

ÍNDICE

RESUMEN	4
PRESENTACIÓN	5
Situación problemática: Conjetura inicial y supuestos básicos	6
Objetivo general de la investigación	8
Antecedentes y preguntas iniciales de la indagación	8
Construcción de un nuevo paradigma	11
La metodología cualitativa	13
Bases del marco metodológico de la investigación	14
Pasos preliminares del abordaje temático y metodológico de la investigación	16
Plan de la obra	19
Nivel local.....	19
Fuentes primarias y secundarias	21
Dimensiones conceptuales centrales y específicas de la investigación	21
Universo imaginado	23
Dimensión temporal.....	23
Técnicas e instrumentos	23
Palabras clave	23
ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO	25
Saber biomédico, saber popular y medicina tradicional	25
Dispositivos y hábitos profesional	27
Dispositivos y hábitos del cuidado	28
Cuidar	29
Cuidar y curar	30
El cuidado materno	32
Históricamente	38
En la modernidad... ..	39
El sentimiento de la infancia... ..	41
Mujeres y niños en situación de precariedad social	46
Supuestos básicos de las políticas públicas.....	46
Contexto socio-económico: Estado y protección social.....	49
La ‘colonización patriarcal’ de América Latina.....	51
Inmigración	54
Las políticas migratorias en Argentina	55
Inmigración, salud, género y cuidado	56
Migración y derechos reproductivos	58
EXPLORACIÓN EN TERRENO	61
Descripción y análisis de los testimonios registrados	62
ANEXO I	74
LIBRO DE PARTOS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL M. LARRAÍN DE BERISSO	74

ANEXO II	75
CONSULTAS AL EQUIPO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR	75
<i>POLÍTICAS PÚBLICAS: ¿A quiénes, cómo y por qué cuidar?</i>	76
Planes y Programas Sociales	76
Programas Materno-infantiles nacionales	76
Programas y planes sociales y sanitarios provinciales	79
El regreso a las prestaciones tradicionales	84
El Plan Más Vida	85
Estructura y forma de implementación del Programa a nivel local.....	87
Morbi-mortalidad materna –infantil en Argentina	88
CONCLUSIONES	97
Líneas de acción que podrían considerarse a partir de la indagación	101
CUESTIONARIOS	104
Cuestionario 1	104
Cuestionario 2	104
Cuestionario 3	105
Cuestionario 4	105
NOTA	106

RESUMEN

La tesis presentada discurre fundamentalmente sobre un estudio realizado a partir de testimonios y textos de planes, programas y políticas de cuidado público particularmente dirigidos al cuidado materno-infantil, para indagar, a través de los mismos, en qué medida las acciones, las prácticas profesionales y los dispositivos de salud se ajustan a una perspectiva intercultural y de género en este terreno.

En función de ello se exponen los antecedentes temáticos y metodológicos sobre los que se apoya el aparato erudito de la exploración, así como los aportes de referentes y autores que permitieron construir el marco teórico, histórico, conceptual y político que conforman el contexto de la investigación.

Si bien el objeto de estudio se construye, en principio, desde una perspectiva local, en la medida en que la situación problemática inicial y los testimonios versan sobre las aplicaciones de planes y programas en una localidad específica – la ciudad de Berisso-; su incidencia se amplifica y cobra escala en función de que la temática del cuidado nos conduce a trascender su alcance a esferas que cuestionan las relaciones sociales de mujeres y hombres en su conjunto, interpelando las acciones y políticas que mantienen sutilmente naturalizado el rol de las mujeres-madres desde una mirada considerada etnocéntrica y con resabios patriarcales.

Destacamos además en este recorrido la contribución de la teoría psicoanalítica para el esclarecimiento y profundización de la temática, demostrando la plena pertinencia de su inserción en el campo conceptual y metodológico de la Salud Pública.

Esta constatación nos permite a su vez trazar un arco que recupera nuestro interés original enunciado en 2006 en el texto que nos interrogaba sobre nuestro propósito para realizar la maestría en Salud Pública del Instituto Lazarte, donde expresamos que, si bien *la teoría y praxis psicoanalítica son consideradas por muchos como una práctica individualista, cuyo exclusivo campo de acción es el delimitado por la demanda de un sujeto sufriente, al margen de sus finalidades y responsabilidades sociopolíticas; considerábamos entonces que se desconocía, de esta manera, el enorme potencial que esta teoría y la enseñanza de su incidencia práctica posee, para ser utilizado en terrenos que parecen ‘impropios’ u ‘hostiles’ a su inserción...*

Creemos en cambio que la teoría y práctica psicoanalíticas nos proveen de herramientas conceptuales fundamentales para establecer rigurosas ‘lecturas’ de las complejas situaciones y dispositivos productores de subjetividad y que, como tal, nos desafían a intervenir, tanto a nivel clínico, comunitario o de gestión, junto con las prácticas y los saberes de las otras disciplinas del campo de la Salud.

PRESENTACIÓN

¿Qué puede aportar un análisis sobre *las mujeres que cuidan o se espera que cuiden* al diseño y el desarrollo de las políticas públicas implementadas por los equipos sanitarios? Más específicamente: ¿Por qué y para qué explorar y deconstruir la noción de *cuidado materno* en el ámbito del sector salud?

La inquietud que nació del “aquí y ahora” de la práctica profesional de un equipo de salud y desde un lugar concreto de la Provincia de Buenos Aires - la ciudad de Berisso – pero que nos llevó inmediatamente a especular de forma más general sobre un objeto “*cuasi-sagrado*” de nuestra cultura: la maternidad- nos obliga a formular de entrada, ciertas aclaraciones sobre el sentido de su indagación en el campo de la salud pública, cuya sola intención ‘sacude’ la naturalización con la que habitualmente aludimos al consagrado binomio *madre-niño* tal como se lo conceptualiza desde el sector sanitario.

Lo primero que salta a nuestra mirada es que, lejos de una supuesta homogeneidad en este asunto, hay tantas formas de *cuidados* como culturas, clases sociales y momentos históricos existen; y, en segundo lugar, advertimos también que, sistemáticamente, en diversos contextos, se ha sentido la necesidad de generar políticas públicas que hacen del *cuidar/apoyar/vigilar* a las madres, especialmente las pobres o de clases subalternas, más que una política de cuidado y protección, un *objeto de intervención*.

Entendimos de esta manera que *el cuidado materno-infantil*, o más precisamente *el cuidado de las cuidadoras* - o cuál es su necesidad y cuáles son sus formas y prácticas concretas – debía dejar de ser la premisa básica universal o ‘pre-cultural’ desde la cual se piensan y elaboran las políticas de protección social en general y de la salud pública en particular; para pasar a constituirse en un tema o un problema de estudio en sí mismo; una cuestión que no sólo revelara qué mecanismos de poder y dispositivos de saber operan en sus cimientos; sino que también nos permitiera reconocer las respuestas (o las resistencias), así como la producción propia de discursos por parte de las mismas mujeres, funcionarios y trabajadores de la salud, dentro o fuera de los acotamientos del ‘discurso científico autorizado’ o, en un sentido amplio, de la hegemonía tradicional de su concepción.

Así, entre los saberes y las condiciones de las prácticas de *cuidado* desarrollados dentro del ámbito de la medicina, la psicología, o los producidos por otras disciplinas del campo de la salud, se percibe muy rápidamente que éstos están teñidos de matices instintuales, naturales, religiosos o culturales de diversa intensidad; que se nutren también de los conocimientos de la biología, el derecho, la economía, la sociología, la antropología, con las ideas filosóficas y las tradiciones que los surcan; o las diferentes connotaciones etimológicas de términos como

cuidado, cura, atención, y de sus significaciones o representaciones imaginariamente instaladas en la sociedades, que son aplicados de manera diferente a mujeres y hombres, con consecuencias técnicas y políticas también diferenciales.

Es así que, cuando hablamos de algunos de los estándares de calidad de atención que fijan los instrumentos internacionales en el campo de la salud, a saber: la *adecuación*, la *igualdad*, la *no discriminación*¹, entre otros, encontramos necesario, a su vez, cuestionar algunos supuestos básicos que son ejes de estas políticas o prácticas, en la medida en que aquellas contienen la idea de que las *mujeres pobres* - las que son objeto excluyente de dichas prácticas y políticas – no pueden o no cumplen debidamente su rol de *cuidadoras*; considerando que esto puede adquirir un papel fundamental, aunque probablemente involuntario, en el mantenimiento y la perpetuación de la subordinación social y cultural de las mujeres, hipotecando el sentido final de cualquier práctica de salud o política social de protección que se monte sobre su desconocimiento.

Nuestra indagación se orienta entonces a profundizar este análisis para aportar puntos de vista alternativos que contribuyan a revelar, precisamente, la *dimensión política* que sustentan estas concepciones; interpelando a aquellas representaciones colectivas tradicionales de la diferencia hombre/mujer que en el imaginario social vienen generando la especulación sobre los distintos fenómenos humanos determinantes de las acciones comunitarias en general, y del ámbito de las políticas públicas de salud en particular.

Entendemos que un déficit de reparo teórico crítico y reflexivo en este terreno, está relacionado esencialmente con el valor que adquiere el *cuidado* en la permanencia de una idea naturalizada del ser mujer, constituyente de un modelo cultural que es preciso desentrañar: un eje de preocupación y exploración clave en esta investigación. Una naturalización, además, que es un obstáculo substancial para una aproximación no etnocéntrica e intercultural de las prácticas de salud.

Situación problemática: Conjetura inicial y supuestos básicos

La investigación partió de enfocar la complejidad de las situaciones de salud que se advierte al considerar las condiciones socio-sanitarias locales de las familias, mujeres, niños y niñas con las que se topan habitualmente en su labor los equipos de Salud, esto es: el *descuido* o *las fallas del cuidado* de las familias, en especial, de madres y niños en condiciones de precariedad social, y agravado por su condición de migrantes.

¹ Cfr. V.Abramovich, en *Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo en América Latina*, trabajo presentado en Reunión BID-CEPAL: Derechos y Desarrollo en América Latina: un seminario de trabajo. Santiago de Chile, 9 y 10 de Diciembre de 2004 y documentos del CELS que analizan políticas públicas a partir de estos estándares (disponibles en www.cels.org.ar).

En estos escenarios, la expresión *descuidadas* circula en un doble sentido y se refiere tanto a la modalidad en que son calificadas las familias -y en particular las madres- desde la óptica de miembros de la comunidad encargados de gestionar y distribuir los beneficios de las políticas y planes sociales (nacionales, provinciales y municipales) - apreciaciones que muy a menudo provienen también de los propios funcionarios e integrantes de los equipos de Salud -; pero que también puede aplicarse a las *fallas en los cuidados específicos* de grupos que por su distancia social o cultural con los formuladores e implementadores de las políticas públicas son generadas al respecto.



A través del abordaje singular de casos de desnutrición infantil que aparecieron hace ya una década - luego de la crisis del 2001 en la Argentina, y en particular en la localidad de Berisso en donde hemos centrado nuestra indagación - percibimos que aquellos beneficios no alcanzaban a sus destinatarios. A pesar de los diferentes y numerosos esfuerzos de rescate alimentario que planificaban el Estado, algunas ONGs y ciertos movimientos barriales - como la organización de las Manzaneras o el movimiento Barrios de Pié, a través de planes como el Vida y el Más Vida²; los comedores comunitarios y la distribución de leche y alimentos-

su eficacia era limitada o fracasaba directamente en la medida en que *ciertas madres*, principales destinatarias de los mismos - y en particular aquellas que eran muy jóvenes o adolescentes y emigrantes de provincias del norte o de países limítrofes como Paraguay o Bolivia cuya población es bien numerosa en la zona - no accedían a estas instancias; no retiraban diariamente los alimentos o no los utilizaban para alimentar a sus hijos...manteniendo a los mismos en un estado de déficit nutricional que se verificaba en los controles efectuados en las visitas domiciliarias realizadas por exclusiva iniciativa del equipo de Salud.

Así es cómo la denominación de *madres descuidadas* fue extendiéndose y cobrando densidad, 'acusando' a estas mujeres de ser las principales responsables de la mala salud de sus niños.

La reiteración de la designación apelativa que recaía sobre ellas y que pretendía explicar desde esta denominación la totalidad del problema, nos condujo a

² Organizaciones vecinales, políticas y planes sociales implementados por el gobierno de la provincia de Buenos Aires que describimos en su alcance y extensión en los siguientes capítulos.

considerar que la misma podía describir dicha situación, a condición de añadir en su significación, además del posible maltrato o desamparo que padecerían los hijos/as de estas mujeres a causa de sus 'criticables malas conductas maternas' - única dimensión aludida hasta aquí - el *descuido* del que, no sólo estas madres, sino sus familias y, muy particularmente estas mujeres y sus niños/as, son objeto a veces por parte del Estado y de las políticas de Salud. Y muy específicamente, desde los programas y planes que contemplan las necesidades y derechos de los niños/as, las mujeres y sus familias desde una perspectiva que en ocasiones entendemos puede resultar prejuiciosa y etnocéntrica, no orientada hacia una equidad de género, y/o que desconoce incluso las nuevas normativas, legislaciones, deberes y obligaciones estatales para una atención integral de la salud de la población en su conjunto; y particularmente de la salud sexual y reproductiva de los inmigrantes y los pueblos originarios que habitan nuestro territorio.

Partimos así del supuesto de que el *cuidado* como constructo y como ideología cultural es un configurador de prácticas sociales e individuales concretas, pero también es parte intrínseca del proceso de constitución de las relaciones de género; y es, asimismo, una dimensión de la vida de los sujetos escasamente analizada en el contexto de las prácticas y los dispositivos que configuran el campo de la salud; por lo que deconstruirlo y reconceptualizarlo es necesario no sólo para ser más conscientes de las 'trampas culturales', o de las 'falsas evidencias' del modelo hegemónico de formación, sino que posibilita profundizar además en la crítica del habitual etnocentrismo cultural y científico en el terreno de la aplicación de muchas políticas sociales.

Objetivo general de la investigación

Aportar a la percepción y evaluación de las prácticas de salud sobre el *cuidado materno* -desde los diversos paradigmas históricos, políticos y teóricos que las sostienen- para comprender las condiciones y el contexto en que las mismas se desarrollan, y su contraste con realidades locales cambiantes, complejas y desafiantes; considerando la efectividad de planes y programas sociales que la nación, los municipios y la provincia de Buenos Aires tienen en vigencia o en vías de implementación destinadas a las familias -madres, hijos e hijas- especialmente aquellas en condiciones de precariedad por situaciones de pobreza y/o migración; como así también, considerar la necesidad de rediseñar actividades y capacitar a los equipos de salud para garantizar cuidados integrales.

Antecedentes y preguntas iniciales de la indagación

La experiencia laboral en el servicio de salud mental del Hospital M.Larraín de Berisso como residente de psicología desde 1986, psicóloga de planta desde 1993 e instructora de la residencia de psicología desde 1995; y los trabajos efectuados para

los diversos seminarios de la maestría de Salud Pública del Instituto J.Lazarte realizada entre los años 2005 y 2007 -primera cohorte de la ciudad de Buenos Aires- han constituido los cimientos de esta tesis, en la medida en que desde ellos puede descubrirse y continuarse un hilo conductor que fue poniendo de relieve el tema de esta preocupación, así como la insistencia en la necesidad de construir herramientas conceptuales y dispositivos coherentes con las complejidades y las mutaciones históricas, políticas y culturales a las que asistimos, específicamente en el terreno de la Salud.

Repasando en un sentido constructivista, en 2005³ me referí, en un primer informe, a la experiencia de trabajo realizado desde el Programa de Residencias Integradas Multidisciplinarias (PRIM) – Programa de capacitación de residencias de medicina general, trabajo social y psicología que se desarrolla desde el año 1998 y tiene sede en el Hospital M.Larraín y en dos Centros de Salud de la población de Berisso - con la red de manzanas del barrio Villa Progreso de Berisso en relación al problema de la desnutrición infantil.

Relaté en él el asombro de estas mujeres convocadas por el equipo a través de su coordinadora municipal, frente a la presentación de las conclusiones de las prácticas que los residentes habían llevado a cabo, pesando y midiendo a los niños/as de las familias abarcadas por el Plan Más Vida⁴.

Resultó revelador para las mismas visualizar, en ese momento, la gran cantidad de niños que se encontraban “en riesgo” de caer bajo el percentil indicador de desnutrición... pero más nos asombró a nosotros, el equipo, constatar que aquellas familias que se encontraban en aquella situación, los llamados “beneficiarios”, no reclamaban por mejoras en su asistencia.

Me pregunté entonces **¿cómo explicar esta situación?; ¿cómo entender que estos sujetos, fundamentalmente mujeres madres, acuciados por la insatisfacción de sus necesidades, no sólo básicas, sino vitales, no demanden nada a las instituciones supuestamente encargadas de protegerlos?...**

Destacaba allí la paradoja a la que nos enfrentábamos en aquella tarea cotidiana: era la gente que más necesitaba la que justamente no acudía a nuestra ayuda, o sólo lo hacía en situaciones de extrema gravedad, en la que era muy difícil, imposible a veces desde nuestro sector, revertir los cuadros que se nos presentaban.

³ En ocasión del Seminario sobre **Políticas de Salud en el marco de las Políticas Sociales**, dictado por el Dr. Mario Rovere, titulado: **Dificultades de las tareas en el campo de la Salud: Significados y Sentidos**

⁴ Plan social de rescate alimentario implementado por el gobierno de la provincia de Buenos Aires desde el año 2002.

En el mismo año 2005⁵ me dediqué a indagar sobre el problema de la conformación de equipos interdisciplinarios que debían asumir aquellos desafíos teóricos y prácticos, tanto en sus dificultades de conformación interna como externa.

Señalaba entonces que, a medida que fueron configurándose las primeras incursiones en el terreno de la actividad comunitaria, aquellos conceptos ‘ajenos’ al Núcleo⁶ de competencias y responsabilidades específicas de la praxis clínica, como: *Proceso de salud/enfermedad/atención, promoción y prevención, así como políticas, planificación estratégica de procesos de trabajo, evaluación de resultados en salud*, debieron pasar a nuestra consideración para posicionarnos en este nuevo Campo de saberes y responsabilidades comunes del trabajo en Salud.

Así, la población abarcada por el PRIM desde sus propósitos, también fue redefiniéndose paulatinamente, en función de la viabilidad de nuestros recursos para intervenir con ella y concebida entonces como un *territorio-proceso, subtendido por tensiones permanentes, conflictos, intereses económicos, políticos, culturales y epidemiológicos*⁷.

En continuidad con este último planteo, en el siguiente trabajo sobre el problema y la producción de conocimiento en el campo de la Salud y sus determinantes y condicionamientos políticos y prácticos⁸, destacamos la necesidad -señalada por la mayoría de los autores- de contribuir en la constitución de un nuevo paradigma científico-ideológico que contemple la complejidad del proceso de salud-enfermedad-atención.

M.Testa⁹ abre esta cuestión con su afirmación de que será *la teoría que aceptemos acerca del proceso de salud-enfermedad, la que determinará el método que intentará abordarlo*. Ahora bien, *cuando esa teoría se encuentre en proceso de revisión, como ocurre precisamente en el terreno de la salud*, determinada por la crisis paradigmática en el contexto de los diferentes procesos históricos, *los enfoques conflictivos conducirán a métodos diferentes y aún contradictorios...* y ésta es la razón principal, por lo tanto, por la que es necesario **profundizar en la teoría** de aquel proceso..

Citamos también, en este sentido, a A.H.Chorny¹⁰, quien encuentra en el cuestionamiento de la autonomía de los que toman las decisiones políticas en este

⁵ En el trabajo titulado **El trabajo interdisciplinario en el marco de la APS: De la práctica disciplinar a la tarea colectiva – Determinantes y condicionamientos**, presentado en el marco del Seminario: **Salud Pública y Servicios de Salud** dictado por la Dra. Débora Ferrandini

⁶ Núcleo y Campo son dos dimensiones propuestas por Gastão Wagner de Sousa Campos en *GESTIÓN EN SALUD. En Defensa de la Vida*; Lugar Editorial; 2001

⁷ E.Vilaça Mendes; Mendes; *Distrito Sanitário: o processos social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993. pág.303

⁸ **Un enfoque histórico- epistemológico**, realizado en ocasión del Seminario sobre **Problemas y producción de conocimientos**, dictado por el Dr. Ernesto Taboada en 2006

⁹ En *Tendencias en Planificación; Pensar en Salud*, Lugar Ed., BsAs., 1993.

¹⁰ *Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes*; en: Cuadernos Médico Sociales 73 CESS, Rosario, 1998.

campo, una dificultad en cuanto al **empobrecimiento de la estructura teórica** que las sustenta, identificando su manifestación principal en el eje de estos planes, que en lugar de centrarse en los resultados en términos de nivel de salud de la población, se justifican en el ámbito restringido de la administración de los recursos humanos y, particularmente, en la gestión de recursos financieros.

Este autor denuncia enfáticamente las proporciones enciclopédicas que asume el **desconocimiento de la dimensión y de las posibles causas de los fenómenos más corrientes en el ámbito sanitario**, y afirma: *todavía se está a la espera de un marco teórico que dé cuenta de las dificultades cotidianas de la práctica en salud*; pues se asiste, en general, a *nuevas versiones de viejas ideas*, indicando que el camino para cambiar la realidad pasa por el reconocimiento de su complejidad y su conocimiento cada vez más profundo.

La breve reseña de estos trabajos citados sugiere un clima de efervescencia teórica y crítica de varios autores con respecto a las posibilidades de incorporación de *nuevos paradigmas en las políticas de Salud*, pues aunque las inflexiones en el campo del saber se hallan subordinadas a las modificaciones en el ámbito de las prácticas, **las innovaciones conceptuales y desarrollos disciplinares, científicos y tecnológicos pueden afectar la formulación e implementación de algunas políticas**, evidenciando así el carácter dialéctico y de influencia recíproca de dichas instancias.

Construcción de un nuevo paradigma

Los autores proponen que el problema es *más profundo*, y no se plantea ya a nivel de los viejos modelos de gestión y distribución de recursos, sino directamente del *paradigma científico que fundamenta este campo de práctica social y técnica*; tratándose, más bien, de una **construcción en el plano epistemológico**¹¹.

Nos preguntamos entonces: **¿Qué pautas epistemológicas, teóricas, metodológicas y políticas se deberían activar para alcanzar estos cambios paradigmáticos?**

La aplicación de estas propuestas se encuentra en pleno desarrollo y su presupuesto básico es que los abordajes de la complejidad producirán **nuevas metáforas**, necesarias para comprender y superar el distanciamiento entre el mundo natural y el mundo histórico, político y cultural. En este mismo sentido, otros autores¹² consideran que *siendo la salud un concepto complejo y paradójico, sólo será*

¹¹ Autores como M. Testa en *Saber en Salud. La construcción del conocimiento* y J. Samaja en *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, realizan un profundo y extenso aporte a la comprensión conceptual de la complejidad que implica el estudio científico del 'objeto Salud' y su dimensión subjetiva.

¹² Cfr. A. Contandriópoulos, en *La salud entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales*; en Cuadernos Médicos Sociales 77 CESS, Rosario, 2000.

posible encontrar en el diálogo entre las ciencias de la vida y las ciencias sociales aquello que en lo social opera para mejorarla.

Así, en otro de los trabajos¹³ señalamos la necesidad de **ampliar la utilización de las ciencias sociales para enriquecer la comprensión y el análisis de los problemas de Salud Pública**, más allá de los marcos de la biomedicina y de su dimensión individual y asistencial.

La Salud-enfermedad entendida entonces como proceso social, obliga a dar cuenta, a diferencia del modelo clásico, de la complejidad e integralidad del hecho epidemiológico, aprehensible sólo en la colectividad e implicando así una concepción de lo social diferente a la sumatoria de individuos aislados.

Para esta nueva perspectiva, las causas de enfermedad o de trastornos no son entidades estáticas que puedan abstraerse formalmente, sino que **deben ser interpretadas como parte del movimiento de la vida social** y, para poder transformarlas, es indispensable comprender entonces las leyes de ese movimiento social global.

Dicha interpretación reconoce así la relación dialéctica que ocurre entre las fuerzas determinantes más amplias y los fenómenos singulares, o sea, reconoce la necesidad de observar las leyes históricas de producción y organización social.

Este planteo establece que en la realidad social, **los procesos individuales son resultantes de fuerzas económicas, políticas y culturales que operan como un todo, por encima de las circunstancias y voluntades individuales, aunque sin anularse como determinantes también de esa vida, y como condiciones decisivas del comportamiento epidemiológico.**

En este sentido, J.Breilh explica que los miembros de cada clase social, de acuerdo a su especial modo de inserción en la esfera productiva, a sus patrones característicos de consumo, a sus formas específicas de organización y cultura, se desenvuelven en un sistema contradictorio, en el que se oponen, por un lado, los bienes o fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan su salud y el avance de sus procesos biológicos y, por otro, los aspectos destructivos que los constriñen y deterioran¹⁴.

Se resalta así la relevancia que en la corriente epidemiológica social latinoamericana, adquieren el **qué y el por qué investigar**, ya que sus respectivas respuestas implicarán la concepción teórica e ideológica-política que se tenga sobre el proceso Salud-enfermedad; **relegando a un segundo plano el cómo hacerlo**, en

¹³En el marco del Seminario sobre **Epidemiología Social**, dictado por la Dra. Rita Barradas Barata y titulado **El modelo epidemiológico clásico y el modelo epidemiológico social: Dos enfoques complementarios?**, en 2006.

¹⁴ En: *Deterioro de la vida. Un instrumento para análisis de prioridades regionales en lo social y la salud*; Cap.1; Corporación Editora Nacional; Ecuador; 1990.

la medida en que, a nivel metodológico, la postura prevaleciente es rescatar y rearticular técnicas ya existentes, al tiempo que se van generando nuevos instrumentos acordes al nuevo marco interpretativo.

De hecho, para que las ciencias sociales se incorporen en el estudio de los problemas de Salud Pública desde esta perspectiva epidemiológica, es necesario reinterrogar sobre: ***¿qué son los diferentes ‘medio-ambientes’ del desarrollo de las personas, de las familias, las comunidades, las sociedades y los estados?; ¿cuáles son las leyes que presiden sus procesos reproductivos y sus transformaciones?; ¿cuáles son los problemas que obstaculizan la dinámica reproductiva de los entornos favorables para el desarrollo y cómo se expresan en eventos observables para orientar las tareas de monitoreo?***¹⁵

Estas son las cuestiones que es necesario enfrentar y resolver *si se quiere disponer de conocimientos realmente válidos para aspirar al máximo de racionalidad en la acción efectiva, así como en la búsqueda de nuevos procedimientos que abran nuevos campos semánticos para sostener nuevos conceptos en dirección de estas demandas teóricas.*

La metodología cualitativa

En otro de los trabajos presentados¹⁶, planteamos el problema teórico y metodológico con respecto a la evaluación de las prácticas en los diferentes niveles y enfoques del campo de la salud. Registramos entonces que dichos problemas responden, en principio, a inadecuaciones e insuficiencias metodológicas indicadoras del **incipiente desarrollo teórico del campo**; pero sobre todo, a la **ausencia de ‘acuerdos de grupo’** que apunten a la atenuación de aquella diversidad conceptual.

En este sentido, C. Calderón¹⁷ señala tres factores que justifican una esperable tendencia al crecimiento de la **Investigación Cualitativa en Salud** (ICS), de los cuáles resaltaremos dos:

- La importancia de evaluar las necesidades de salud de los individuos desde una perspectiva más integral y dinámica - lo que requiere profundizar en el **conocimiento del sustrato socio-cultural y de los valores como condicionantes esenciales** de lo que debería ser una ‘vida sana’ y ‘bien atendida’-

¹⁵ J. Samaja; en *Muestras y representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinelas*; Cad. Saúde Publ.; Río de Janeiro; 1996.

¹⁶ Sobre *El campo de la evaluación en el Sistema Público de Salud: Modelos teóricos y diseños metodológicos*; en el marco del Seminario: *Epidemiología y evaluación de los Servicios de Salud*, a cargo de la Dra. Alicia Aronna, en 2006.

¹⁷ En su artículo ‘*Criterios de calidad en la investigación cualitativa: Apuntes para un debate necesario*’. En: *Revista Española de Salud Pública*, vol.76, nº5, Madrid, 2002.

- La '*descontextualización controlada*' en que tienen lugar la mayoría de los estudios experimentales, lo que relativiza forzosamente el conocimiento de la efectividad de las acciones en Salud;
- Las **repercusiones del contexto social y cultural sobre el quehacer de los trabajadores sanitarios**, las que **condicionan su visión de la asistencia**, su profesión, sus vínculos con otros profesionales y otros estamentos, además de su papel en el sistema sanitario y el sentido que, para ellos tienen, la investigación y la ciencia.

Así, la **Investigación Cualitativa (IC)** implica un enfoque epistemológico diferente del tradicional -basado este último en el *biopositivismo* y la *cuantificación*. Desde esta perspectiva, se insiste en que **los fenómenos deben ser estudiados en su contexto, buscando el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que se les concede.**

La IC se dirige a la multidimensionalidad de la realidad, asumiendo su carácter *dinámico* e *histórico*, así como a la intervención no-neutral de valores y motivaciones de los sujetos involucrados en el fenómeno de estudio y, desde ya, de los propios investigadores. Este enfoque obliga así a plantear la evaluación de forma *integradora*, es decir, el **grado de adecuación del enfoque teórico, la pertinencia y la aplicabilidad de sus resultados**, cuestionando el por qué o el para qué de las actividades asistenciales, de gestión o de investigación.

Se plantea desde aquí la preocupación por favorecer el desarrollo de iniciativas orientadas no sólo a aplicar sino a **crear y elaborar teoría** en interacción con las Ciencias Sociales, intentando mitigar los excesos especulativos y lenguajes inaccesibles.

Bases del marco metodológico de la investigación

Consecuente con la tesis de que *las cuestiones teóricas son inseparables de las cuestiones técnicas*, J.Samaja¹⁸ plantea la necesidad **de hacer énfasis en las condiciones de vida, y, más específicamente, en los ambientes o contextos en que se desarrollan los procesos reproductivos de la vida social**, señalando la exigencia de **potenciar el acceso a datos más ricos que los que aportan las fuentes tradicionales.**

La tarea que propone en esta dirección consiste entonces **en reconceptualizar las unidades de análisis y avanzar en la elaboración de técnicas que permitan combinar información cuantitativa con el saber disponible de expertos académicos y expertos de terreno.**

¹⁸ En *Muestras y representatividad en vigilancia epidemiológica mediante sitios centinelas*; Op.Cit

El método propuesto consiste así en una combinación de procedimientos analíticos de carácter cuantitativo mediante el empleo de datos secundarios (censales), y de procedimientos estructurales y holísticos de carácter cualitativo mediante la utilización de informantes clave y de la reflexión teórica, apoyada en la discusión con informantes calificados.

Se asume que esta estrategia producirá la identificación de configuraciones poblacionales cuya homogeneidad será la resultante de sus propios componentes reales -y no de decisiones teóricas o instrumentales- responsables de las formas específicas de vida que posean el máximo del potencial explicativo y predictivo de la dinámica epidemiológica.

En este sentido, el abordaje metodológico planteado apunta entonces, por un lado, a analizar si la información considerada relevante a partir de la revisión teórica, bibliográfica y documental, efectivamente permite una reconstrucción significativa (separando lo circunstancial de lo esencial) de las relaciones que estamos intentando conocer; y, por otro, si las relaciones de condicionamiento y determinación propuestas – el carácter etnocéntrico y el déficit de perspectiva de género de parte de los trabajadores que implementan la políticas socio-sanitarias con relación al cuidado materno - se cumplen.

Dicho abordaje no resulta simple en nuestro caso, dada la gran complejidad de las categorías utilizadas y su alto nivel de abstracción. Considerando que las leyes de la dimensión más amplia – el contexto histórico-social de las políticas públicas del cuidado materno- son las que determinan los límites dentro de los cuales puede operar el poder determinante de la parte o el individuo – las prácticas de los gestores y trabajadores de salud, los que especifican a su vez dicha determinación - la relación dialéctica que pudimos establecer entre lo general, lo particular y lo individual intenta dar cuenta de la forma en que lo general se hace presente en lo particular, es decir, en cada uno de los argumentos y textos que conforman el material básico – fuentes primarias- de nuestra indagación.

A diferencia del modelo clásico, damos preeminencia en este estudio al análisis de tipo cualitativo, sin excluir, sin embargo, la consideración de estimar elementos cuantitativos, no ya para *medir* procesos y estructuras sociales, sino para valorar la magnitud que pueden alcanzar los desajustes en materia de políticas públicas al conjunto de la población

Así, las principales herramientas de este enfoque son las entrevistas semi-estructuradas realizadas a trabajadores y funcionarios del sistema provincial de salud; y la metodología utilizada es, fundamentalmente, el análisis de los textos, del discurso y del contenido de los mismos.

Pasos preliminares del abordaje temático y metodológico de la investigación

Retomando la reconstrucción, fue concretamente en el trabajo sobre los problemas de salud de la población que, considerando los aportes de la epidemiología, la estadística y la demografía¹⁹, nos dedicamos de lleno a la delimitación del problema que luego se planteó como tema de la investigación.

Partimos entonces de intentar caracterizar a la población destinataria de las acciones llevadas a cabo por el PRIM.

Frente al interrogante **¿de qué se enferma esta población?** relatamos cómo diseñamos y efectuamos, desde los primeros años de implementación del Programa (1998-2000), un Diagnóstico de Situación del barrio a través de encuestas domiciliarias, el que, junto con los datos disponibles de Historias Clínicas y censos, nos permitió acceder a un panorama general de la situación de salud de la población en los barrios de El Carmen y Villa Progreso de la localidad de Berisso²⁰.

Entre las dimensiones básicas consideradas para describir las necesidades y problemas de salud-enfermedad de la población se hallaban: el nivel de alfabetización, empleo, ingresos, cantidad de habitantes por vivienda y condiciones de la misma. La caracterización social que surgió de estos datos correspondía a un perfil de población de escasos recursos, con *necesidades básicas insatisfechas* (NBI).

A partir de allí, planificamos, ejecutamos y evaluamos distintas actividades que consistieron en encarar algunas de las problemáticas que se desprendían de aquel diagnóstico. Así, entre otras actividades, se implementó el consultorio de Salud Reproductiva y, desde el año 2003, permanecemos abocados al tema de desnutrición infantil.

Con relación a este último, el primer paso fue configurar el problema conceptualmente desde las diferentes miradas disciplinares del equipo - conformado por docentes y residentes de medicina general, trabajo social y psicología - cuya definición operativa consistió en delimitar dos rasgos o variables cuantificables²¹ (peso y talla) – utilizando en este caso los procedimientos tradicionales de registro

¹⁹ Seminario dictado por las docentes Irene Lupi, Gabriela Boggio y Alicia Aronna en 2005, titulado: **Contribución de la epidemiología, la estadística y la demografía a las concepciones y prácticas en salud**

²⁰ Desarrollo relatado en ***El derecho a la alimentación: Diagnóstico y Abordaje Interdisciplinario de la Situación Nutricional de los niños y niñas de El Carmen y Villa Progreso PRIM-Berisso 2004-2005***. Presentado en el XX Congreso Nacional de Medicina General, VII Congreso Internacional de Medicina General, XV Congreso del Equipo de Salud y I Congreso Interinstituciones de Trabajadores del Primer Nivel de Atención, recibiendo la 1ª Mención en la categoría Trabajos Cualitativos – Epidemiología y el premio “Salvador Mazza” al Mejor Trabajo Interinstitucional, La Plata, Noviembre 2005.

²¹ A. Moreno-Altamirano, S. López-Moreno, A. Corcho-Berdugo. *Principales medidas en epidemiología*. En: Salud pública de México. Vol. 42 N°4; 2000.

como las curvas de crecimiento y las tablas de entradas múltiples - para obtener resultados proporcionales o medidas que expresen *“la frecuencia²² con la que ocurre un evento en relación con la población total en la cual éste puede ocurrir²³ y establecer, de esta manera, la prevalencia o proporción que indica la frecuencia de un evento, en un momento dado²⁴, del problema.*

En la experiencia de indagación sobre la desnutrición infantil en dichos barrios de Berisso se midió la frecuencia tomando como población el total de los niños evaluados. Ahora bien, teniendo en cuenta que dicha prevalencia *“depende de tantos factores no relacionados directamente con la(s) causa(s) de la enfermedad”, sabemos que estos estudios en sí mismos “no proporcionan pruebas claras de causalidad, aunque a veces puedan sugerirla. Sin embargo son útiles para valorar la necesidad de asistencia sanitaria, planificar los servicios de salud o estimar las necesidades asistenciales”.*

Descubrimos y destacamos entonces cómo a través de los aportes cuantitativos de datos demográficos de cantidad de habitantes y de morbimortalidad; de la estadística²⁵ y de los indicadores epidemiológicos basados en un enfoque poblacional, se podía hacer visible un problema de salud, medir su magnitud y propender a organizar respuestas más acordes a su complejidad.

Sin embargo, se revelaba también que dichas herramientas eran útiles en la medida en que precisáramos con la mayor rigurosidad el **marco teórico-referencial** en el que contextuáramos el problema a abordar. Ello dependía, sin duda, de la correcta articulación de las diferentes miradas disciplinarias que implicaban y contemplaban los problemas pues, si no, los mismos permanecerían sesgados y, tanto las herramientas como los resultados de sus operaciones, serían parciales, inadecuados e ineficaces.

Una lectura errada de los resultados en nuestro caso, podía llevar a interpretar que el estado nutricional de un niño o de una familia *“mejora” exclusivamente con el aporte de una dieta balanceada en calorías, proteínas, hidratos de carbono, lípidos y grasas en cantidad y calidad adecuadas.... y que bastaría sólo con la continuidad de este recurso para asegurarla... O, peor aún, que una vez alcanzado cierto grado de “mejoría”, dicho recurso se estime innecesario... Lamentablemente, apuntábamos ya en aquel trabajo, ese “riesgo” existía, en tanto el divorcio de las políticas sociales y*

²² A. Moreno-Altamirano, S. López-Moreno, A. Corcho-Berdugo. Op. Cit.

²³ Además de datos comparativos que permitirían estimar el *riesgo relativo (rr)*, la razón de odds o razón de productos cruzados; así como *explorar asociaciones con otras variables; realizar análisis multivariados*, establecer hipótesis causales y valorar el riesgo atribuible a algún factor determinado; realizar análisis de regresión logística, estimar coeficientes de correlación o comprobar interacciones estadísticas. Cfr. J.H. Abramson. *Comprobación de que las asociaciones tienen sentido*. En: Métodos de estudio en medicina comunitaria. Cap. N°28. Ed. Díaz de Santo. 1990; y M.Z. Rouquayrol, N de Almeida Filho; *Análise de dados epidemiológicos*. En: Epidemiología y Saúde, Cap.7, MEDSI; 1999.

²⁴ A. Moreno-Altamirano, S. López-Moreno, A. Corcho-Berdugo. Op. Cit.

²⁵ Que transforma las características individuales en variables categóricas, como: sexo, etnia; y en continuas, como: edad, peso, talla; las que permiten confeccionar las curvas de crecimiento y tablas de entrada múltiples.

las prácticas de salud patentizaban una **concepción atomizada y parcial** del problema.

Intentando en nuestro caso desentrañar aquellos complejos factores causales, advertimos que no se trataba sólo de la falta de acceso de los niños y sus familias al alimento - hipótesis más inmediata, como señalamos, y muchas veces excluyente, en base a la cual se establecen generalmente la mayoría de las políticas sociales de rescate alimentario - sino que en él intervenían **agentes subjetivos y culturales** que determinaban que, por ejemplo, en una misma familia, se encuentren niños en diferentes situaciones nutricionales, aunque en iguales condiciones socio-económicas y con las mismas posibilidades de acceso a alimentos.

Convinimos asimismo en que *más que la significancia estadística, la interpretación de los datos debe buscar establecer la 'significancia epidemiológica'*²⁶; por lo que su expresión singular constituye un nudo complejo en el que confluyen múltiples determinantes, y cuyas consecuencias inciden en gran parte de las afecciones detectadas y recibidas como demandas al Centro, de muy difícil resolución.

Así, la demostración y comunicación de la complejidad de estas dificultades fue la base para **condicionar y redireccionar** en su momento, **las decisiones políticas**; dado que está demostrado que *mientras más amplio es el espacio de definición y explicación de los problemas, mayor es la necesidad de recursos de poder (técnicos, administrativos y políticos) para actuar*²⁷.

Acordamos entonces que en la medida en que nuestro campo de estudio envuelve 'altas' y 'bajas' dimensiones, es decir, 'aspectos técnicos, económicos, sociales, políticos, personales, éticos y morales' no susceptibles de medición, junto con datos e indicadores cuantitativos (registros de morbi-mortalidad, demográficos, estadísticos y ambientales)²⁸; **requiere de abordajes innovadores y complejos... y no sólo de varios métodos, sino, y especialmente, de metodologías cualitativas coherentes y consistentes con los respectivos problemas, que permitan comprender (sus distintos) sentidos, percepciones y aspectos culturales ...**²⁹

Finalmente, este recorrido intenta explicitar cuáles fueron las preocupaciones abordadas, atravesadas por la información y la reflexión producida en cada uno de las experiencias y trabajos, sin dejar de traslucir la insistencia en las inquietudes relacionadas al tema destacado del 'descuido de las madres en situación de precariedad social' que en esta puntuación pueden 'leerse'.

²⁶ Cfr.: M.Z.Rouquayrol, N de Almeida Filho; *Análise de dados epidemiológicos*. Op. cit.

²⁷ Castellanos, P.L.: *Sobre el concepto de salud-enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud*. En: Boletín Epidemiológico. OPS. Vol.10 N°4, 1990.

²⁸ Señalados por C.M.de Freitas; en *A vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde*; Ed. Fiocruz, 2003.

²⁹ La traducción es nuestra. A.Carvalho y cols. ; 'Concepts and approaches in the evaluation of health promotion'; En: *Ciencia & Saúde Coletiva*; 9; 2004; pg.525.

Plan de la obra

Nos planteamos comenzar con un análisis del estado del arte, el universo y la situación problema que interroga y enmarca a las mujeres cuidadoras/descuidadas, para abordar luego *con qué se responde*; esto es, reflexionar sobre las políticas públicas orientadas supuestamente a reforzar dicha capacidad de cuidado; surgiendo allí la necesidad de re-pensar el *cómo*: las prácticas de los servicios estatales de salud, a partir de amplificar la noción técnica, clínica, teórica, política, legal y cultural del *cuidado* desde su concepción antropológica, sociológica, psicológica, biológica, jurídica y política que representan la base conceptual de muchas teorías y elaboraciones científicas, presentes explícita o implícitamente en los discursos, programas, planes y políticas sanitarias nacionales y provinciales.

Al llegar a este punto, la atención se concentró sobre cómo se desarrolla este cuidado materno, a través de la forma en que los funcionarios, autoridades responsables y trabajadores de salud locales lo perciben y lo ejercen a su vez, describiendo y analizando los discursos contenidos en los textos de planes y programas, y a través de la realización de entrevistas semi-estructuradas, indagando en las incidencias de los diferentes *dispositivos de cuidado* que *se prestan* en función de cubrir y compensar estas necesidades y demandas en los servicios del sistema de salud - fundamentalmente en la forma en la cual las mujeres, niños y niñas reciben dicho cuidado u organizan el cuidado de sí mismos/mismas - para percibir su adecuación o compromiso con las dinámicas familiares y comunitarias, comprender las relaciones de poder arraigadas en estas diferentes instituciones, enfocando particularmente la inclusión o la atención de aquellas poblaciones en situación de inmigración y precariedad social, y su acceso a derechos, beneficios y subsidios que el sistema ofrece.

Nivel local

Si bien la exploración parte de la consideración de los discursos contenidos en los planes y programas sanitarios nacionales y provinciales que implementa la provincia e indaga en los textos y discursos de informantes clave en el nivel de la gestión central, la misma circunscribió su acción a nivel local, a la forma como esas políticas se tradujeron en una de las ciudades de la Provincia de Buenos Aires más castigadas por las crisis económicas que afectaron nuestro país: la ciudad de Berisso.



Esta ciudad, con una totalidad de 88.123 habitantes (según los datos del Censo Nacional de Población del año 2010) es conocida también como *Capital Provincial del Inmigrante*, ya que se constituyó históricamente por el asentamiento de un fuerte componente migratorio de diversos países del mundo, lo que la torna un ámbito privilegiado para un estudio que incluya la interculturalidad como dimensión.

A fines del siglo XIX y a principios del XX, Berisso recibió gran cantidad de inmigrantes, atraídos por las posibilidades laborales que ofrecía el lugar. Estos provenían en su mayoría de Italia, sudeste europeo y de Medio Oriente. Eran rusos, albaneses, griegos, checoslovacos, yugoslavos, polacos, sirios, árabes, búlgaros, armenios, españoles, ucranianos, lituanos, que dejaron sus países de origen por diferentes causas: problemas políticos, socio-económicos y religiosos, además de las guerras mundiales.

Estos inmigrantes que constituyeron y constituyen la base poblacional de Berisso, se fueron agrupando en distintas colectividades que les permitieron mantener vivas sus costumbres, tradiciones y religión. El censo de 1909 demostró que, en el área de Berisso, la población aproximada era de 4.746, de los cuales más de 2.400 eran extranjeros, entre los que se destacaban italianos, españoles, y en menor medida franceses, ingleses, uruguayos, brasileños y otras nacionalidades. En 1914, la población ya alcanzaba a 8.847 personas, de las cuales el 30% era de otras nacionalidades; y en 1947, la población sumaba 33.970 habitantes, de los cuales 9.853 eran extranjeros.

En los años '60 una comunidad mocoví nómada proveniente de la provincia de Santa Fé que fue rechazada en otros municipios, se instaló también en sus márgenes, lo que induce a especular que, de alguna manera, la historia de inmigración pretérita y el cobijo que la población tradicionalmente ofreció, no pueden desecharse como condicionantes de una elección que no tiene muchas otras razones visibles para ser argumentada.

A partir de esta época, el número de personas de otros países fue disminuyendo como se demuestra en 1960 (tres años después de la autonomía), con 40.983 personas de las cuales sólo 7.500 eran extranjeras.

Como en el resto de todo el territorio nacional, y en forma más o menos continua, Berisso recibió también la inmigración de países vecinos, la que, a

diferencia de la inmigración europea, sabemos que no se incluyó entre la población que 'debía ser fomentada' en cumplimiento de la Constitución... con todas las características y consecuencias que esta discriminación y subvaloración trae aparejada en cuanto a justicia y equidad social.

Fuentes primarias y secundarias

La búsqueda de información combinó finalmente diferentes modalidades para examinar en qué consiste y cómo se prestan servicios de cuidado en las situaciones enfocadas considerando, como *fuentes primarias*, los discursos contenidos en los textos de los planes y programas sociosanitarios y en las actividades de los diferentes niveles y efectores de salud; producción basada en entrevistas semi-estructuradas con funcionarios del nivel central, hospitalario y trabajadores del sector provincial y municipal.

Otras *fuentes secundarias* de datos cualitativos y cuantitativos – experiencias de atención previas a la investigación, estadísticas de morbimortalidad, bibliografía especializada, artículos periodísticos, material jurídico y legislativo- también se utilizaron para situar, en el estado del arte y marco teórico de la investigación, los cambios históricos y culturales en la fuerza económica/laboral de la estructura social global, en función de añadir referencias esenciales a la visión local de los dispositivos públicos de atención, eje de nuestro examen.

Dimensiones conceptuales centrales y específicas de la investigación

La exploración contempló una indagación conceptual en los fundamentos históricos y los supuestos teóricos básicos - explícitos e implícitos - que sostienen las políticas socio-sanitarias y determinan tanto los planes y programas locales que engloban a las poblaciones, así como los discursos y prácticas del equipo de Salud, a saber:

- Conocimientos generales sobre leyes, derechos y garantías de acceso a la salud de toda la población
- Saberes, ideas y opiniones sobre el *cuidado materno en salud*
- Percepciones y posiciones históricas sobre la diversidad cultural de dicho *cuidado*
- Concepciones del cuidado materno en relación al proceso salud-enfermedad-atención
- Adecuación de las prácticas sanitarias al mismo

La cuestión central que organizó la investigación fue:

¿Cómo se aborda el *cuidado materno* desde su implementación *por las políticas socio-sanitarias del equipo de Salud*; y qué desajustes podían existir

respecto a las realidades, necesidades y expectativas de la población en el contexto socio-político e histórico actual de nuestro país y del territorio de Berisso en particular?

Los temas desagregados de este interrogante fueron:

- ❖ A nivel teórico - para la construcción del objeto - se refirieron predominantemente a determinados campos conceptuales que la problemática articula:
 - Por un lado, al concepto de *cuidado materno*. En él se concentran los interrogantes sobre lo que las distintas instancias culturales, históricas, ideológicas, políticas, jurídicas, profesionales e institucionales entienden sobre lo que es *cuidado materno* y sobre lo que no se considera como tal - definido habitualmente como *maltrato, violencia, negligencia, o abandono*.
 - Por otro, la necesidad de encarar y profundizar el estudio sobre los determinantes y las consecuencias materiales y simbólicas de la situación de las *mujeres y familias descuidadas* en contextos de lo que definimos y delimitamos como *situaciones de inmigración y precariedad social*.
 - Finalmente, nos interrogamos sobre la conceptualización de la práctica local del Equipo de Salud en el marco de las *políticas socio-sanitarias* respecto del *cuidado materno* que engloban la atención de las mujeres y las familias de toda la población.
- ❖ A nivel empírico, para el trabajo de campo, algunas preguntas iniciales que mostraron su utilidad en este sentido fueron:
 - ¿Qué consideraban *cuidado materno* los informantes-clave (trabajadores de los diferentes efectores municipales y provinciales, y funcionarios del nivel central, hospitalario y municipal)?
 - ¿A través de qué conceptos lo han puesto de manifiesto?
 - ¿A través de qué prácticas lo expresaban?
 - ¿Cómo definían esos conceptos en las prácticas?
 - ¿Qué teorías usaban para explicar dicha experiencia?
 - ¿Encontraban particularidades en este abordaje?
 - ¿Cómo consideraban que se articula entre sí el Estado, a través de sus políticas sociosanitarias, las acciones del Equipo de Salud, y el *cuidado* de las familias, en particular aquellas en situación de migración?

Universo imaginado

Se considera que la exploración de esta investigación alcanzó de algún modo, sin querer representarlos, a los diferentes proveedores del cuidado en salud entre quienes -además de los propios ciudadanos- se encuentran específicamente todo el personal sanitario y las instituciones que, a través de sus acciones, ponen en práctica las políticas que el Estado implementa, para la protección infantil, y el cuidado a los adultos que la encarnan.

El universo quedó constituido así por la formulación de las *políticas socio-sanitarias* y su implementación por funcionarios y trabajadores a través de acciones, planes y programas locales que abordan el *cuidado* de las poblaciones de familias, mujeres y niños.

Dimensión temporal

Se trató de un estudio transversal o sincrónico, pero con extensiones hacia ciertas dimensiones histórico-políticas imprescindibles para la comprensión del objeto que forman parte del marco teórico de la investigación.

Técnicas e instrumentos

Las unidades informantes (documentos relacionados con acciones, planes y programas de atención socio-sanitarios vigentes que engloban a la población; funcionarios relacionados con acciones, planes y programas de atención que engloban a la población implementados a nivel local y autoridades institucionales y miembros del equipo de Salud) han sido relevadas a través de entrevistas semiestructuradas (cuestionarios y guías) y protocolos de registro con relación al:

- *Cuidado en salud* en general,
- *Cuidado materno-infantil* en especial,
- *La situación de precariedad social, particularmente en el escenario de las poblaciones migrantes,*
- *El grado de adecuación de las políticas socio-sanitarias a través de las respuestas del equipo de Salud*

Palabras clave

Se consideran como dimensiones determinantes y condicionantes de las prácticas en salud a las trayectorias y tradiciones internacionales y las repercusiones locales sobre el ámbito laboral, las instituciones del bienestar y del cuidado, al igual que la gestión y distribución de recursos materiales y simbólicos en la estructura

social; los cambios en las organización de los hogares, así como la diversidad de visiones históricas, colectivas y subjetivas sobre la maternidad y la crianza de los niños/as, desde una perspectiva de género, de interculturalidad y de derechos.

Específicamente las variables principales e intervinientes son:

- Estado
- Políticas socio-sanitarias (acciones, planes y programas)
- Diferentes paradigmas del cuidado materno en salud
- Migración y culturas - interculturalidad
- Género
- Clase Social
- Prácticas socio-sanitarias del equipo de Salud

ESTADO DEL ARTE Y MARCO TEÓRICO

Saber biomédico, saber popular y medicina tradicional

Si bien la epidemiología biomédica construye su discurso sobre un sofisticado dispositivo técnico-metodológico basado en la demografía, la estadística sanitaria, el registro de las instituciones, la investigación construida sobre las poblaciones institucionalizadas, o investigaciones de campo cuantitativas como son las encuestas de salud - siempre basadas en *evidencias científicas* - también lo hace sobre la experiencia personal y clínica de los profesionales que, desde la autoridad que le confiere su título, certificaciones académicas y reconocimiento de los pares, deriva de la frecuencia de su contacto con ciertas enfermedades - no olvidemos que la palabra *doctor*, con la que habitualmente se le llama al médico, no tiene que ver con sus títulos académicos, sino con *docencia*, es decir, no sólo *el que cura y medica*, sino el que lo hace porque *sabe mucho*³⁰.

Ahora bien, entendemos desde la complejidad del marco conceptual que hemos establecido, que las dos experiencias son limitadas: la primera, porque las fuentes primarias remiten a las grandes variables demográficas, sin atender a las diversidades que sólo pueden estimarse a partir de finos estudios cualitativos y contextualizados localmente; y la segunda, porque la experiencia del epidemiólogo, excepto cuando trabaja directamente en el campo, está siempre mediatizada por la distancia respecto a los acontecimientos que le permite su metodología, y por el uso de los grandes números. Por su parte, la experiencia epidemiológica del clínico, también se halla sesgada, pues se construye, tradicionalmente, sobre la acumulación de experiencias particulares concerniente a un número limitado de casos clínicos, de los que habitualmente no se toman en cuenta las dimensiones subjetivas, sociales y culturales que los acompañan, y se elaboran y basan en una mirada referente a las enfermedades con las que más a menudo está en contacto.

Definitivamente los dos, tanto el clínico como el epidemiológico, sólo ven aquellos casos que en su proceso asistencial entran en contacto con el dispositivo sanitario, e invisibilizan el entorno y las condiciones que lo determinan, así como aquellos casos que no acuden al sistema, o que, por la enorme variabilidad cultural de los procesos asistenciales, no pueden ser detectadas finamente por las encuestas y las anamnesis generales.

Estos casos son corrientemente opacos para el sector sanitario y en cambio, las evaluaciones que se han realizado de este tipo de procesos, tanto por antropólogos como por sanitarios, muestran que representan del 70% al 90% de los problemas de salud, también en las sociedades desarrolladas.

No hay registro pero sí hay procesos asistenciales, y por tanto experiencias colectivas, que hacen que estos trastornos que se mantienen ocultos a la mirada de

³⁰Cfr. I.Bordelois; en: *A la escucha del cuerpo*; ed. Libros del Zorzal; BsAs. 2009

la medicina organizada, se constituyan en el entorno de prácticas terapéuticas o de ayuda colectiva al margen de los dispositivos y *hábitus* profesionales e institucionales.

Si tenemos en cuenta que la presencia y las prácticas de los dispositivos asistenciales determinan el modo de vivir y pensar los problemas de salud, entenderemos que la medicalización no es únicamente la intervención efectiva del médico o la concurrencia concreta al hospital; sino que alcanza a la concepción que el conjunto de la población tiene con respecto a la enfermedad, a la cual entiende como *individualizada*, de honda *raíz biológica* y sobre la que se aplica, tanto en la medicina profesional como en la popular, los criterios terapéuticos impuestos por la medicina occidental, esto es: la descontextualización psico-social de sus determinantes y el recurso hegemónico al fármaco como toda solución doméstica a los males.

La experiencia de la enfermedad y los procesos asistenciales se construyen, en estas condiciones como una experiencia individual, en la que las responsabilidades colectivas y políticas se delegan ora en los dispositivos asistenciales organizados, ora en el conocimiento popular de los medios terapéuticos, reflejos vulgarizados de aquellos.

Las discrepancias entre las representaciones de las enfermedades de la epidemiología, la percepción *popular* y la práctica biomédica, tienen unas enormes consecuencias sociales y sanitarias, pues las priorizaciones a las que dan lugar en el ámbito popular y en el biomédico-político pueden ser absolutamente contradictorias, y por ende, pueden explicar el fracaso de muchas campañas globales de educación para la salud, y de la poca o nula incidencia de varios de los programas y acciones estructuradas en torno a las líneas maestras de los estudios epidemiológicos generales o de las encuestas de salud.

La medicina tradicional, por su parte, si bien transcurre fuera de los ámbitos científicamente institucionalizados de la medicina moderna al igual que la medicina popular, es una expresión amplia que se refiere tanto a los sistemas de medicina tradicional, como a *la medicina china*, la *medicina ayurveda* o la *medicina árabe*, y a distintas formas de *medicina indígena*, y tiene su base en el saber transmitido por la historia de estas culturas milenarias. Es, según la OMS, *la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias - que existían antes de la aplicación de la ciencia - sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnosis o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales*³¹.

Entre ellas, la tradición médica que encontramos formando parte de la cultura de las poblaciones migrantes con las que más contacto tienen los equipos de salud de nuestro sistema es *la medicina tradicional andina*, surgida principalmente en los

³¹ En: *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*; WHO/EDM/TRM/2000.1; World Health Organization Geneva; 2000

andes peruanos, que sustenta la idea de salud en el *equilibrio cálido/frío y el pensamiento animista del mundo*, cuya metodología parte de explicar el *sentido holístico de la vida*, en que *los agentes tradicionales de salud asumen su rol como un don divino* y basan su intervención en la *restitución del equilibrio con rituales y plantas medicinales*.

Dispositivos y hábitos profesional

A partir de estas consideraciones, surge la importancia de establecer cuáles son los *dispositivos* y/o los *hábitus* que pueden pensarse incluidos dentro del campo de los saberes y las prácticas que inciden en el proceso salud-enfermedad, pero que provienen de diferentes orígenes y se vinculan al campo sanitario en articulación a instancias distintas entre sí.

Definimos la palabra *dispositivo* como un *término técnico decisivo* –tal como lo señala G.Agamben³²- cuya acepción y utilidad se encuentra básicamente desarrollada en la estrategia del pensamiento de M.Foucault. Dicho término -continúa el autor- se deriva de *positividad*, que es el nombre que, según Hyppolite - maestro de Foucault - el joven Hegel da al *elemento histórico*, con toda su carga de *reglas, rituales e instituciones impuestas a los individuos por un poder externo*; pero que es, por así decir, *interiorizado en los sistemas de creencias y sentimientos*. Es así que, tomando en préstamo este término, se convertirá más tarde, en la obra foucaultiana, en *dispositivo*.

Aunque propiamente Foucault nunca dé de él una definición exhaustiva, se acerca a ello en una entrevista de 1977³³: *...lo que trato de indicar con este nombre es, en primer lugar, un conjunto resueltamente heterogéneo que incluye discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; brevemente, lo dicho y también lo no-dicho, éstos son los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que se establece entre estos elementos...una especie -digamos- de formación que tuvo por función mayor responder a una emergencia en un determinado momento. El dispositivo tiene pues, una función estratégica dominante y...está siempre inscripto en un juego de poder.* También es, para el mismo autor, *aquello que en determinada sociedad permite distinguir lo que es aceptado como un enunciado científico de lo que no es científico*³⁴.

Por su parte, el concepto de *hábitus* de Bourdieu, muy emparentado al de dispositivo de Foucault - y que corre en su obra la misma suerte que su par, con una

³² En *¿Qué es un dispositivo?*; conferencia dictada en Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación; UNLP; 2005.

³³ En: *Dits et écrits* 3, pg.299; Ed. Gallimard. (La traducción es propia).

³⁴ M.Foucault: op.cit.

multiplicidad de usos y sentidos, sin encerrarse enteramente en ninguno- también nos brinda la posibilidad de comprender cómo las instituciones, sus reglamentos, sus valores morales y las consagradas verdades científicas *se incorporan* en las prácticas de los agentes y en las estructuras de las situaciones donde ellos interactúan. Los *hábitus*, en su obra, son *esquemas de percepciones, de apreciación y de acción interiorizados, sistemas de disposiciones a actuar, a pensar a percibir, a sentir*, ligados a las definiciones de *lo posible y lo no posible, lo pensable y lo no pensable, lo que es para nosotros y lo que no lo es...incorporadas al agente por las condiciones objetivas, producto de un sentido práctico y que tienden a pensar el mundo 'como es', a aceptarlo más que a modificarlo*³⁵.

Dispositivos y hábitos del cuidado

Es en este sentido que entendemos a la práctica del **cuidado materno** como un *dispositivo* o *habitus* que admite más de una dimensión, en la medida en que incluimos en él tanto a la atención que las madres, o quienes están a cargo, brindan al niño/a; como a las políticas, programas, planes y acciones concretas, directas o indirectas, que el equipo de Salud en particular, y el Estado y la sociedad en general, brindan al *cuidado materno*.

Es por tanto en la dimensión socio-discursiva e histórica que se pueden explorar los contenidos de los discursos hegemónicos y alternativos que tienen una influencia directa en las experiencias de las mujeres y en el proceso de construcción de la subjetividad femenina. Es decir, los significados, metáforas y símbolos asociados a los procesos de *cuidado* y a una determinada forma de entender la feminidad y la masculinidad en nuestra sociedad.

Desde esta visión, la identidad de género puede ser definida como la *síntesis particular de prescripciones sociales, discursos y representaciones sobre el sujeto que se producen y son puestas en acción en cada contexto particular*³⁶. Se recoge en esta definición la tradición de diferentes autores que señalan cuatro aspectos o niveles distintos pero interrelacionados del género: los símbolos y representaciones (a veces contradictorias); los conceptos normativos expresados en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas; la dimensión política e institucional de todo lo anterior (sistema de parentesco, mercado de trabajo, instituciones relativas a la educación, la economía y la política); y la construcción de la identidad subjetiva.

³⁵ Cfr. P.Bourdieu; *Intelectuales, política y poder*; Eudeba; 2006

³⁶ En: M.L.Esteban Galarza (UPV-Euskal Herriko Unibertsitatea); R.Medina Doménech (Universidad de Granada); A.Távora Rivero (Universidad de Granada-Servicio Andaluz de Salud); en *¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género*; Comunicación presentada dentro del Simposio "Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual"; X Congreso de Antropología de la F.A.A.E.E., Sevilla; septiembre de 2005.

Encontramos así que dependerá de la significación profunda que las comunidades le otorguen a la importancia de dicho cuidado en términos de *crianza, protección, nutrición, atención*, en los primeros tiempos del sujeto humano, la forma en que las sociedades organicen sus dispositivos y sus hábitos de asistencia a esta tarea, considerada generalmente como fundamental, tanto para el desarrollo del individuo, como para el desarrollo social.

Indagaremos, en primera instancia, las acepciones que estos términos han adquirido en la filosofía, en las ciencias sociales en general y en la teoría psicoanalítica en particular, a lo largo de la historia, para considerar cómo hoy las prácticas concretas del cuidado sostenidas desde el imaginario social y el poder estatal, se ajustan o no a la importancia que el cuidado materno ha adquirido desde que se considera que las primeras experiencias del cachorro humano en este terreno marcan en forma indeleble su destino.

Cuidar

El término *cuidar*, entendido fundamentalmente como *preocupación*, ha desempeñado un papel fundamental en la filosofía existencial de Heidegger, quien nomina con esta palabra, ni más ni menos, que al *Ser mismo de la Existencia*. A ello se agregan otros testimonios³⁷ que indican que *todo lo que el hombre hace es para evitar la preocupación (o el cuidado), lo cual muestra que tal preocupación está en la raíz de la existencia humana*.

Encontramos también que existen múltiples connotaciones del mismo. En los diccionarios lo definen como *poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mirar, esmerarse, imaginar, pensar, meditar, asistir, aplicar la atención o pensamiento, vigilar, tratar, prevenir*. El cuidado significa además *preocupación, interés, afecto, protección*. En portugués significa *cautela, celo, responsabilidad, preocupación*. El verbo *cuidar* específicamente asume la connotación de *causar inquietud, entregar la atención*.

Con relación a las diferentes acepciones de la palabra, G.Agamben señala que *los diccionarios -en particular los que no tienen un carácter histórico/etimológico- funcionan dividiendo y separando los varios sentidos de un término, pero que esta fragmentación generalmente corresponde, sin embargo, al desarrollo y a la articulación histórica de un único sentido original, que es importante no perder de vista*³⁸.

Desde esta perspectiva, entendemos que si su sentido original es *preocupación por el otro* -como lo señala el filósofo existencialista- el mismo plantea

³⁷ Véase un texto de Abenhazan (Ibn Hazm) . Cfr.J. Ferrater Mora; *Diccionario de filosofía*; Ed. Ariel; 1999.

³⁸ G.Agamben; op.cit.

ya sus primeras dificultades y ambigüedades, en la medida en que se constituye en una instancia esencial para la existencia, y a su vez, en un 'sentimiento' o 'disposición' del que se huye, o se intenta evitar...

Cuidar y curar

A partir de la etimología es posible entonces intuir, en las transformaciones que sufren con el tiempo, los desarrollos de la historia misma de estas nociones entre los términos que relacionan el *cuidado materno* con el mundo médico³⁹.

Encontramos así que, si bien la raíz etimológica del verbo *cuidar* tiene su origen en el latín *cura* cuyo sentido original e histórico se relacionaba directamente, en la cultura romana, con el *cuidado integral del cuerpo y del espíritu* - por lo que algunos sostienen que *aplicar la cura significa también cuidar*; y por lo tanto, *sería un error separar teórica y prácticamente la acción de curar y la acción de cuidar*- esta expresión ha ido perdiendo, sin embargo, su antigua asociación a la dedicación o preocupación por el otro, refiriéndose hoy más a *curar algo* - una enfermedad, un síntoma, un trastorno o malestar- que *a alguien*. Por lo que se entiende que si el término *curar* exige profesionalidad, *el cuidar* significa y exige, además de la técnica y la competencia, sensibilidad y tacto⁴⁰.

Por su parte, a la palabra *care*, en inglés, a pesar de su consonancia con *cura*, los diccionarios etimológicos la relacionan más al *cuidado*, al dolor y al sufrimiento y amor por el otro. Incluso conocemos la controversia vigente sobre la traducción de lo que se denomina *Primary Health Care* en la que se insiste, por su fuerte connotación ideológica y conceptual, en que no se trata de *Atención Primaria de la Salud*, sino de **Cuidados Primordiales de la Salud**, estrategia que desborda políticamente los límites específicos de dicho sector.

Pueden distinguirse desde aquí, por lo tanto, dos tipos de competencias y conocimientos que hacen referencia a la resolución de un problema ante una consulta: una que se refiere a **cuidar**, proteger y dar apoyo afectivo en el trance; y otra destinada explícitamente a **curar**, a intervenir directa e incisivamente sobre el trastorno o la enfermedad, lo que, en este contexto, se reduce sólo a una de las formas, muchas veces parcial, con que se cuida al otro.

A su vez, si bien el *cuidar* incluye *asistir*, esta última disposición no es recíproca. Asistir implica *estar presente, comparecer, hacer compañía, auxiliar, socorrer, testimoniar, observar*; pero no incluye cuidar (puedo estar presente, hacer compañía, pero sin atender o esmerarme por el bienestar del otro). A este respecto, son conocidos los casos en que el neonato, aún si está adecuadamente alimentado y

³⁹ Cfr. I.Bordelois; op.cit.

⁴⁰ Cfr. N.Mateos Manchado; Capellán del hospital Clínico San Carlos; *Cuido de él cuida de él (Lucas 10,30 ss)* Pastoral Sanitaria de *el cuidar*; Temas de formación de Capellanes de Hospital; Madrid.

atendido, es decir, *asistido*, se debilita progresivamente y puede llegar a morir a causa de la privación afectiva y del contacto emocional particularizado indispensable en los primeros momentos de vida.

Por lo tanto, *cuidar* tiene que ver, entonces, con el mundo afectivo asociado a la asistibilidad, y en determinadas circunstancias, puede implicar aceptar pasivamente el curso de las cosas, sin administrar una acción directa sobre el proceso. La terapéutica curativa supone, en cambio, intervención, como es el caso de los remedios empíricos o de la terapéutica biomédica, o a veces, esfuerzos de mediación, como es el caso de los rituales terapéuticos de todo orden.

Otra dimensión igualmente importante, pero que proviene esta vez del orden jurídico, es la que se denomina: *curatela* como término, pero también como institución. Al tratarse de un recurso para proteger a un ciudadano que por algún motivo pierde transitoriamente el control de sus actos – como los declarados *pródigos*. Un *pródigo*, en Derecho, es la persona que dilapida su patrimonio en detrimento de su propia familia y los alimentos que debe satisfacerle- asocia a la *cura* con un acto transitorio y al *cuidado*, con uno permanente. Esto coliga a su vez a la cura con lo *agudo* y explica su jerarquía (como por ejemplo en la denominación que clasifica a los hospitales: hospital general de agudos) mientras que en lo *crónico*; resulta mas difícil separar cura y cuidado.

Se considera así que *el cuidado* procura ir más allá de aliviar un desconfort, tratar una herida, ayudar en una cura o aplacar una dolencia: el cuidado implica una forma específica de ser y estar en el mundo con el otro, un vínculo particular.

En cuanto a la ambigüedad señalada, se encuentra en el término la raíz de otra palabra que significa pena o aflicción, como *cuira*. A su vez, ambas descienden del latín *cogitare* (agitar pensamientos, prestar atención). Según este origen, quien presta atención o cuidado, también contrae, por solidaridad, una aflicción semejante a la que sufre, justamente, su semejante...

En contraste con ello, la habitual expresión en medicina de *tratamiento o procedimiento seguro* que liga *cura* con *seguridad* (*se-curus*, cuyo origen significa *libre de cuidado, sin preocupación*) avizora, justamente, sobre la idea contemporánea, aséptica y distante, que parece requerir que la cura se realice precisamente *sin preocupación –sin cuidado!*- haciendo depender, paradójicamente con la asociación anterior, la garantía de un buen resultado, del desprendimiento y la distancia del médico de alguna preocupación excesiva que pudiera generar el estado de su paciente⁴¹.

Tal vez hallemos aquí, una de las claves que nos permiten pensar por qué hoy el mundo médico y el trabajo en salud dominado por su hegemonía, se ha vuelto tan impersonal y desconsiderado por el sufrimiento del otro, y sea el cuidado, la preocupación por el otro, precisamente, lo que se busca evitar....

⁴¹ Cfr. I.Bordelois; op.cit.

El cuidado materno

Un dato irrefutable en cuanto a la amplitud del *cuidar*, que desborda con holgura el terreno sanitario, es que las primeras atenciones del cuerpo en cuanto a nutrición e higiene, el primer contacto vital con que el recién nacido cuenta obligatoriamente a su llegada al mundo, proviene del que cumple con la función maternal, siendo efectivamente o no su madre biológica. Estas primeras ceremonias, tan físicas como psíquicas, de amamantamiento, palabras y aseos, dejarán huellas poderosas en la capacidad con que el futuro adulto enfrente los cuidados en general y los médicos, entre ellos. Conectado a ello, no resulta azaroso que la palabra *nurse*, relacionada con *nutrición*, refiera, en inglés, a las enfermeras, cuyos cuidados revelan al niño en que se convierte el desvalido en situación de enfermedad⁴².

La separación *prematura* de la matriz por parte del niño en el nacimiento *origina* – señalaba también J.Lacan en sus primerísimos escritos sobre el tema⁴³ - *un malestar que ningún cuidado materno puede compensar, más allá del amamantamiento, el abrazo y la contemplación que reemplazan la insuficiencia vital a través de la regulación de una función social, explicando así la intensidad, la riqueza y la duración del sentimiento materno. La nostalgia del todo: ilusión metafísica de la armonía universal, abismo mítico de la fusión afectiva, utopía social de una tutela totalitaria; formas todas de la búsqueda del paraíso perdido anterior al nacimiento y de la más oscura aspiración a la muerte*, son las huellas en las que Lacan reconoce la estructura de la imago materna que permanece en la base del psiquismo humano⁴⁴.

Sin embargo, la exaltación de este cuidado -que se espera de la madre biológica-, no viene de muy atrás en la cultura occidental. Incluso la historiadora I.Knibiehler señala, en este sentido, la curiosa ausencia de la palabra *maternidad* en la Grecia Antigua: *en la Antigüedad, la palabra maternidad no existe en griego ni en latín*, lo que evidencia que la misma no aludía a ninguna función específica ni valorada, más allá del acto de alumbramiento. El entronamiento de la maternidad, e incluso la nominación de dicha experiencia, poseen una fecha de nacimiento en esta historia; y así lo refiere la misma autora *...la aparición de la palabra maternitas en el siglo XII marca un momento de inicio: los clérigos inventaron una palabra simétrica a paternitas, para caracterizar la función de la Iglesia en el mismo momento en que se producía una especie de expansión del culto de Notre-Dame, como si necesitaran reconocer una dimensión espiritual de la maternidad, sin dejar de despreciar la maternidad carnal de las hijas de Eva*⁴⁵.

En el mismo sentido, S.Freud define ciertas relaciones psíquicas *-edípicas-* basadas en una disimetría de ambos sexos que especifican y dominan la estructura

⁴² Cfr. I.Bordelois; op.cit.

⁴³ Cfr.: *La Familia* (1938); Ed. Argonauta; 1982; pág. 38..

⁴⁴ J.Lacan; op.cit. Pág. 43.

⁴⁵ I.Knibiehler; *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*; Nueva Visión 2000; pág. 7.

psicológica de la familia humana y subordina a ellas todas las variaciones sociales y culturales de la misma, lo que no quiere decir con ello que la instaure fuera de la relatividad sociológica. *El Complejo de Edipo* que especifica a la familia humana, es *relativo a la estructura social*, afirma J.Lacan⁴⁶. Más bien, lo que aquel eminente autor demuestra es que la maternidad, lejos de ser una capacidad instintual o natural, es una función determinada socialmente, y de ella, la madre, primer objeto ofrecido al deseo edípico del niño, dependerán la constitución misma de la realidad y sus avatares psicopatológicos.

Es entonces la tradición patriarcal del pueblo judío y la exaltación apoteótica que la Iglesia cristiana realiza con la integración de esa tradición en su moral, ubicando en el primer plano del vínculo del matrimonio, la libre elección de la persona, la que determina que la institución familiar franquee el paso decisivo hacia su estructura moderna -inversión de la preponderancia social de la familia en beneficio de la sociedad conyugal- transformación que se produce en el siglo XV con la revolución económica de la que surgieron tanto la sociedad burguesa como la psicología del hombre moderno⁴⁷.

Nuestro interés en este marco es destacar que, producto de esta consagración colectiva arraigada en la tradición judeo-cristiana de occidente, la seducción de las producciones intelectuales que desde la perspectiva de la *asimetría natural* de los sexos ejerce este 'imperialismo cultural', puede contribuir a la imposición de una visión del mundo directamente conectada con las esferas del poder económico y político de las sociedades más desarrolladas. Dicha visión ve favorecida su dominio incluso, en la construcción de conocimientos y prácticas aparentemente progresistas, equitativas e inclusivas que, invisibilizando estos verdaderos 'caballos de Troya' importados del imaginario cultural dominante e insertos en nuestro campo conceptual, tienden a erigir en nociones 'científicas' ciertos prejuicios del sentido común, largamente elaborados y sostenidos por los poderes y las tradiciones, y alejados de las teorías más serias y rigurosas al respecto. Debemos destacar que muchas de las tergiversaciones que han sufrido algunos de estos conceptos resultan de la lectura poco profunda, imprudente o tendenciosa de autores como S.Freud, J.Lacan, entre otros.

Consideramos por tanto que el concepto mismo de *maternidad* puede encontrarse 'intoxicado' de dimensiones y falsos atributos que son desconocidos a la hora de construir e implementar políticas que atiendan a la problemática de su diversidad cultural. Si pretendemos ajustar efectivamente las acciones de los equipos de Salud a su compleja dimensión necesitamos, por consiguiente, develar aquellas ideas que parecen inmiscuidas en su noción y pueden invadir e investir ilusoriamente las decisiones y las acciones para sostener su valor y su imagen, entrañando asimismo intenciones económicas y políticas que pretendan conservar el status quo social.

⁴⁶ Cfr.: J.Lacan, op.cit.

⁴⁷ Cfr.: J.Lacan, op.cit. pág. 89.

La antropóloga estadounidense N.Scheper-Hugues nos ilustra de ello en una investigación denominada *La muerte sin llanto* (1992), cuyo foco de atención es la existencia extremadamente precaria de las mujeres del Alto do Cruzeiro - una barriada de chavolas en el nordeste brasileiro - y su aún más marginal descendencia: los niños y niñas que mueren casi literalmente "como moscas" en un entorno de tremenda hostilidad, antes de llegar, siquiera a ser conceptualizados como personas. En función de este estudio, la autora profundiza y reclama la necesidad de lo que denomina una *demografía y una epidemiología sin números*, donde intervenga de manera crucial el método cualitativo etnográfico-antropológico en que los datos se obtengan directamente de la narración de sus protagonistas.

En esta indagación, su estudio registra que los moradores del Alto prácticamente no conceden entidad alguna a los bebés y niños pequeños hasta que consideran que han superado determinadas pruebas de supervivencia. Sólo entonces reciben el cariño de sus madres y van adquiriendo, y se les atribuye, una personalidad. Antes de ello, son considerados pre-humanos y sus madres no les prestan atención: simplemente están pendientes de que les demuestren que quieren vivir (si no es así, son abandonados a su suerte, no se les cuida debidamente). *Estas mujeres, disponen de un sistema clasificatorio que condena a unos niños y salva a otros: los primeros, dicen, ya nacen destinados a morir...* Opera en esta población una especie de *lógica selectiva* derivada de la escasez de recursos; *es el espinoso arte de lo que ellos denominan "triagem": como no pueden alimentar ni mantener a todos sus hijos, tienen que escoger.* En una ocasión, cuenta incluso la autora, en que su propia hija Jennifer se mostraba triste ante las informantes y amigas de su madre por tener que asistir al velatorio de un niño, *"ellas la miraron incrédulas. '¿Por qué? - preguntaron. ¡Sólo se trata de un bebé!"*

Ésta es una de las tesis principales del libro de N.Scheper-Hugues, y también una de las que más se le ha criticado. Entre ellos, el antropólogo E.Menéndez, incómodo con el uso de conceptos que *-dice- perpetúan de hecho estereotipos sobre colectivos marginados* -el de la negligencia selectiva de las madres del Alto, por ejemplo- e incómodo también con la *individualización y culpabilización a la que llevan estos estereotipos cuando son utilizados para intervenir a través de instituciones internacionales, fundaciones u Organizaciones No Gubernamentales*; pero también por académicos –como la misma N.Scheper-Hugues con su interpretación–, sugiere desculpabilizar a quienes de hecho no son más que víctimas, sosteniendo que *"si bien otros factores intervienen, incluido el propio sujeto, las causas más constantes y decisivas son las de tipo económico-político"*⁴⁸.

Las polémicas tesis de N.Scheper-Hugues generaron muchas reacciones en contra, como la de E.Menendez, sobre todo dentro de Brasil mismo, con el resultado de que finalmente sus investigaciones sobre estos temas no son tenidas en cuenta precisamente donde más deberían serlo.

⁴⁸ En: *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Bellaterra; 2003.

De cualquier manera, como lo señala también uno de sus críticos, lo que nos interesa subrayar es que tal vez no se trate de centrar la atención exclusiva o preponderantemente sobre un factor frente a otro/s, sino de ver cómo se articulan todos ellos y, en todo caso, abrir las interpretaciones de modo que las elaboraciones teóricas permitan que los factores alternen en su preponderancia según las circunstancias, según los momentos y según los contextos⁴⁹.

Finalmente la observación de N. Sheper-Hugues apunta tanto a develar la 'vacuidad conceptual' del llamado instinto materno, como el propio prejuicio de la investigadora 'asombrada' por su ausencia en esta precaria comunidad.

En el mismo sentido, el historiador I. Lewkowicz⁵⁰ plantea que quienes no forman parte del sector de los *excluidos* – los funcionarios o los intelectuales, por ejemplo - piensan y actúan habitualmente desde los ideales de la modernidad occidental, como si todos pertenecieran al mismo *mercado* hegemónico de la cultura moderna o post-moderna; como si, en todos los casos, se tratara de hombres y mujeres libres, iguales y fraternos...

Es así que, en las teorías sociales, afirma, *subyacen un mar de supuestos*, no sólo *epistemológicos, axiomáticos o metodológicos*, sino de *a priori históricos*. El problema de estos *a priori* de los supuestos es que, de pronto, nos advierte el autor, *se ausentan*. Entonces, todo lo que la teoría había supuesto, en un punto, se desmorona y se convierte en un *conjunto de representaciones sin arraigo práctico*.

La *historicidad* demuestra que, de esto, uno siempre se da cuenta tarde, exponiendo penosamente *la estrechez constante de nuestros hábitos de pensamiento*, y de prácticas, agregamos.

Quizá, de ciertas construcciones teóricas de estas realidades, también se estén ausentando una serie de elementos que yacen en su sustrato histórico, en *un zócalo invisible que se revela sólo en su desvanecimiento...*

Para descubrirlo, es necesario, entonces, *historizar* lo se supone *natural, estructural u ontológico*; o que se supone *histórico*, pero que admite o necesita, en términos de este autor, más *historicidad*.

El *desamparo*, en este sentido, es afirmado como una condición humana estructural, previa a cualquier historización. Una especie de *a priori ontológico* más radical que cualquier *a priori histórico*.

Y es precisamente la historización de este desamparo, la que lleva a la historización de la institución tan particular que estamos enfocando: *la madre. La*

⁴⁹ Cfr. P. Romero Noguera; en *¿Muerte sin llanto? Reflexiones y comentarios críticos en torno de las investigaciones de Nancy Scheper-Hugues sobre la pobreza y la muerte infantil en el Nordeste brasileño*; Universidad de Barcelona; Gazeta de Antropología nº20, 2004.

⁵⁰ En su libro *Pedagogía del aburrido*; Ed. Paidós; 2004.

madre, así como *la lengua*, es una de las instituciones más difíciles de percibir como institución⁵¹ –la más difícil quizá, subraya el autor- como *cosa instituida*, y no *natural*, como realidad sometida a proceso de institución.

El adagio jurídico romano: *Pater incertus est, mater semper certa est*, hoy es cuestionado incluso por los avances tecnológicos... *Confiada a la ciencia*, nos dice en este sentido M.H.Brousse, *lo real de la reproducción se encuentra separado de lo simbólico de la filiación*⁵².

Si bien es la familia en nuestra cultura la primera institución de amparo que recoge al desamparado que llega al mundo –y la mujer, en su seno, la supuesta *encargada oficial* de brindarlo- aquella es también un *espacio paradójico: el lugar del afecto y la intimidad, y el lugar privilegiado para el ejercicio de violencia*⁵³.

Melanie Klein, pionera del psicoanálisis infantil, demostraba ya en 1950 que, bajo la fachada de la mayor normalidad, la familia afectiva moderna ocultaba en su seno los padecimientos más crueles y los secretos más ominosos⁵⁴; consideraciones que luego J.Lacan tomó para trazar un cuadro tenebroso de esta familia - *crisol del crimen, la locura y la neurosis, la familia era, a su juicio, la peor de las estructuras, con excepción de todas las demás...*⁵⁵ - en que describe la relación de dependencia y determinación entre el medio y el sujeto, descartando la idea de un contrato entre un individuo libre y la sociedad, y destacando también el temible poder ‘estragante’ de las *imagos* – representaciones inconcientes – marcadas por el padre y la madre.

Un discípulo de M.Klein, D.Winnicott, acuña la famosa noción de la ***madre suficientemente buena***, *aquella que es capaz de dar cabida al desarrollo del verdadero yo del niño, es decir, acoger su gesto espontáneo, en el sentido de lo que el niño quiere expresar, e interpretar su necesidad y devolvérsela como gratificación*. En este contexto entendemos que una madre puede ser *suficientemente buena*, es decir, cumplir con su función de amparo y cuidado, en un entorno cultural *suficientemente sólido*. Pero si éste deja de serlo, asegura I.Lewkowicz, ***la relación de cuidado debe ser repensada y reconstruida permanentemente***.

Lo más interesante que nos aporta este último autor es que, si no hay este amparo, si no hay un andamiaje estructural para instituir el vínculo materno - garantizado en otros tiempos por la familia y la institución estatal que lo hacía posible- si no pueden instituirse los cuidados necesarios, *incurrimos en un tipo muy particular de violencia cuando tratamos mediante teorías de desamparo a alguien suponiendo que hay instituciones capaces de ampararlo...y los hacemos*

⁵¹ Citado por M.E.N.Baptista en *Los bebés en la serie de los gadgets*; Virtualia, Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana.

⁵² En *"Un neologismo de actualidad: la parentalidad"*; en *Enlaces 11*, Buenos Aires, Gramma, 2006.

⁵³ Cfr. E.Jelin; en *Pan y Afectos. La transformación de las familias*; Ed. Fondo de Cultura Económica; 2010; pág.13

⁵⁴ M.Klein; *Obras Completas*; Ed. Paidós.

⁵⁵ Citado por E.Roudinesco; en *La familia en desorden*; Ed. Fondo de Cultura Económica; 2006; pág.119.

desembarcar en instituciones que supuestamente los amparan, pero así, por suponerlo, no se construye ni se constituye el vínculo necesario para instituir un yo que pueda desarrollarse plenamente.

Por lo tanto, podemos sospechar una *historicidad de lo maternal* y, por ende, del amparo y del cuidado, desterrando para siempre la idea de que el mismo pueda ser algo *natural* o *instintivo*, proveniente únicamente de las entrañas femeninas. Ni Freud, ni mucho menos Lacan, sostuvieron algo parecido a un 'instinto maternal' en la mujer. La feminidad es siempre planteada más bien como 'un enigma' o 'una pregunta', siendo la *maternidad* uno de los posible destinos o respuestas del tránsito de la niña por los avatares edípicos. Y podría percibirse incluso, no sin cierta provocación, más que del lado de *lo femenino*, del lado de *lo masculino*, en la medida en que la misma, según la teoría analítica, es producto de la equivalencia simbólica que realiza la mujer entre *el niño* y *el falo*⁵⁶.

Estas consideraciones permiten salirse del arraigado prejuicio y poder entender al fin que, en determinadas situaciones de total desolación, **por más que exista una madre y una familia biológica, esto no parece asegurar la provisión del cuidado que un infans requiere, si no existe un entorno cultural como marco que garantice aquellas instituciones.**

Procuramos así analizar los relatos en torno al surgimiento de *la maternidad* en occidente como un asunto de estado, ya que, como dijimos, ambas instancias son indisociables; aunque, como es habitual, se confunda *Naturaleza e Historia*; confusión que puede implicar, sin dudas, una operación de carácter más ideológico que científico.

En otras palabras, si bien se halla sólidamente naturalizada la atribución de este destino al género femenino, imputar esta función primordial exclusivamente a la mujer que engendró lo que devendrá el sujeto humano, no deja de ser una convención en lo que atañe al compromiso con el cuidado, la crianza y la educación de los infantes, posible producto de intereses y poderes en pugna que vienen siendo cuestionados y superados socialmente en los últimos decenios por vigorosas organizaciones que luchan por reivindicar la igualdad de dicha responsabilidad entre los géneros y hacer respetar los derechos de las mujeres.

De esta manera consideramos que el proceso de construcción de la noción de *cuidado materno* necesita enmarcarse en una trama socio-histórica que requiere de una *deconstrucción*, con el objeto de reflexionar, cuestionar y reposicionar este *rol* o *habitus* encarnado habitualmente por la mujer en el entorno familiar, y proponer nuevas formas para encararlo, lejos de preconceptos biologists o naturalistas, etnocéntricos o patriarcales.

⁵⁶Cfr. S.Freud, Obras Completas; Amorrortu Ed.; y J.Lacan; El Seminario 4; Ed. Paidós.

Históricamente...

La producción de niños siempre fue una cuestión de poder...
Ivonne Knibiehler⁵⁷

Si bien la función procreadora de la mujer absorbió desde siempre su individualidad - ya en la Grecia Antigua (siglo V y VI a.C.) el mensaje del Corpus Hipocrático: *tota mulier in utero*, ilustra claramente lo que la caracterizaba: todas las enfermedades femeninas tenían su origen en él, y la esterilidad era considerada el *mal absoluto*, mientras que el parto se tornaba la mejor *prueba de salud*. El embarazo y el parto aseguraban la supervivencia de la especie y la renovación de las generaciones, por lo que la mujer no podía sustraerse a ellos, no tenía elección, de la misma manera que el hombre no podía elegir no ir a la guerra⁵⁸ - es en las postrimerías del siglo XVIII, como ya señalamos, que la sexualidad - la *maternidad*, o la *producción de niños*- se torna, en Occidente, un *asunto de Estado*.

Esta dimensión estatal sustituye al poder eclesiástico de los siglos precedentes (sin independizarse nunca totalmente, sin embargo, de la temática del pecado), y a la *apropiación de las mujeres por parte de sus padres y hermanos – que disponen de ellas para procurarse esposas*- señalada a la luz de la *etnología, de la filosofía antigua y de las literaturas tradicionales*; lo que legitima y *comprueba la existencia de un sistema social de aparatos de pensamiento que, de un modo conceptual, despojan desde siempre*, afirma F.Héritier, a las mujeres de su *extraño poder procreador de niños de ambos sexos*⁵⁹.

Dicha función maternal ingresa, en nuestra cultura, en los dispositivos de poder-saber que dominan la modernidad por mediación de la medicina junto a la pedagogía y la economía; cuyo discurso sobre las enfermedades relacionadas a las funciones procreadoras fue proporcionándoles a los médicos un lugar cada vez más importante en la actividad de *consejeros de las familias*, quienes intervienen progresivamente en la organización doméstica del hogar a través de sus sugerencias en cuanto a la higiene y sus consejos educativos, y modifican sustancialmente su organización interna, apuntando a superar, señala J. Donzelot, a la *arbitrariedad de las familias, de la moral y de la Iglesia*⁶⁰.

Se reconoce aquí una continuidad visible que no impide, sin embargo, una transformación capital: La *tecnología del sexo*, a partir de ese momento, empezó a responder a la institución médica, a la exigencia de normalidad; y más que al

⁵⁷ *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*; Nueva Visión 2000

⁵⁸ Cfr. I.Knibiehler; Op.Cit

⁵⁹ Cfr. En *Masculino/Femenino II – Disolver la jerarquía*; Ed. Fondo de Cultura Económica; 2007; pgs. 19-20. El subrayado es nuestro.

⁶⁰ En *La Policía de las Familias*; Ed. Pre-textos, España, 1979.

problema de la muerte y el castigo eterno, al problema de la vida y la enfermedad. Ahora *la carne*, antiguo terreno del pecado, es proyectada sobre *el organismo*⁶¹.

El *dispositivo familiar*, relata M. Foucault, en lo que tiene precisamente de insular y de heteromorfo respecto de los demás mecanismos de poder, *servió de soporte a las grandes maniobras para el control malthusiano de la natalidad, para las incitaciones poblacionistas, para la medicalización del sexo, y la psiquiatrización incluso de sus formas no genitales*⁶². En definitiva, para el dominio funcional necesario al nuevo orden burgués-capitalista de occidente.

Sin embargo, aunque *la familia* conserva una especificidad estructural, *nunca es una institución aislada*, replica E.Jelin⁶³, *sino que es parte orgánica de procesos sociales más amplios, que incluyen las dimensiones productivas y reproductivas de las sociedades, los patrones culturales y los sistemas políticos*.

De esta forma, el poder estatal y disciplinar - producto reflejo, y a su vez, productor y reproductor de los mismos principios morales - pretende reordenar y condicionar, desde los nuevos valores socialmente establecidos, las conductas individuales, colocando en el terreno público cuestiones otrora consideradas como pertenecientes al terreno de la intimidad personal o subjetiva. Se revela así que, a pesar de la barrera que aparentemente sostiene el ámbito interno del seno familiar contra la intromisión del 'afuera', determinados *aspectos de las acciones privadas dependen en su realización de ciertas condiciones de la esfera pública*⁶⁴; poniendo en evidencia *cómo lo íntimo y lo personal es igualmente político*⁶⁵.

En la modernidad...

*El Estado... un factor de la vida doméstica*⁶⁶

Lo nuevo y más distintivo de la llamada *familia conyugal* en nuestra cultura occidental –devenida de la contracción de la antigua *familia paternal* y patriarcal - señalaba por su parte E.Durkheim⁶⁷, es *la intervención siempre creciente del Estado en su interior* que, *en la persona del magistrado, preside los consejos de familia*, ejerciendo el *derecho de corrección del padre cuando éste sobrepasa ciertos límites*, tomando bajo su protección al menor huérfano y en ocasiones, requiriendo *la interdicción del adulto*, autorizando, incluso, al tribunal, en ciertos casos, a pronunciar

⁶¹ M.Foucault en: *Historia de la sexualidad; la voluntad de saber*; T.1; Ed.Siglo XXI

⁶² M.Foucault; Op. Cit. Pág. 122.

⁶³ *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas*; CONICET- Facultad de Ciencias Sociales; Universidad de Buenos Aires; en: Reunión de Expertos "Políticas hacia las Familias, Protección e Inclusión Sociales" - CEPAL, 28 y 29 de junio 2005

⁶⁴ En: S.Levín; *Los desafíos de la ciudadanía en las sociedades contemporáneas*; Pág.24.

⁶⁵ En: S.Levín y otras (2007); *La política de género de las políticas públicas en Argentina*.

⁶⁶ E.Durkheim; frase de una publicación póstuma de un "Curso sobre la familia" dictado en 1892, extraído de la *Revue philosophique* 90; 1921.

⁶⁷ Ibidem.

la *destitución del poder paterno*. Un ejemplo tardío de ello lo constituye la abolición del derecho de los padres a ejercer castigos sobre los hijos que en Francia data de 1935; y tres años más tarde, de la potestad conyugal - conservada sin embargo sobre los hijos - como el derecho de autorizar o no a la esposa a ejercer una profesión.

Este proceso coincide con lo que J.Lacan denominó *la declinación social de la imago paterna*⁶⁸, momento también en el que este autor sitúa la eclosión de la subversión crítica que condiciona *la aparición misma del psicoanálisis*, cuando *un hijo del patriarcado judío* (S.Freud) *imaginó el complejo de Edipo*: núcleo central condicionante, según este autor, de la *gran neurosis contemporánea*, cuya *determinación principal* sería la *personalidad carente siempre de algún modo, ausente, humillada, dividida o postiza* del padre.

De esta manera, tanto el análisis psicológico como el sociológico se centran en las consecuencias de la desestructuración de aquellos marcos tradicionales de integración social, y se destaca la emergencia de las nuevas formas de individuación⁶⁹.

El estudio de la *familia patriarcal* muestra entonces que la familia se contrae a medida que el medio social, con el cual cada individuo está en relaciones inmediatas, se va extendiendo, y se desarrolla el sentido del individualismo y el sistema capitalista moderno de occidente; es decir, *en la medida en que el medio deviene más vasto, permite un juego más libre a las divergencias privadas* y, en consecuencia, *las diferencias se multiplican de individuo en individuo*.

En palabras de L.Esteban, R.Medina y A.Távora⁷⁰, *el individuo se convierte, de este modo, en una unidad cognitiva, moral, psicológica y emocional, absolutamente aislada y aislable del resto, un yo consciente dividido en un exterior y un interior, desde el que se exteriorizarían las emociones...* y agregan: *esta construcción de lo subjetivo se produce de forma articulada con la estratificación y delimitación de las fronteras entre sexos, clases, etnias, la demarcación de las esferas pública y privada, y la especialización de las mujeres en la supervisión de esta última, incluido todo lo relativo a las emociones...* es decir, *la nueva subjetividad conlleva una reordenación de las relaciones de género, clase y etnia*. Son varios los autores – entre ellos Zygmunt Bauman⁷¹- que han subrayado fuertemente la fragilidad, inestabilidad y ambivalencia de los vínculos afectivos o amorosos en nuestra sociedad actual.

⁶⁸ J.Lacan; La Familia; pgs. 93-94; Ed. Argonauta; 1938

⁶⁹ Y de individualización o individualismo. Cfr. E.Fromm; *El miedo a la libertad*; Ed. Paidós; España; 2008

⁷⁰ Op.cit.

⁷¹ Cfr. *Amor líquido – Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*; Ed. Fondo de Cultura Económica; 2003.

De esta manera, en los últimos siglos en Occidente, se da una redefinición cultural del sujeto, en que la familia conyugal o moderna se constituye en la *célula básica de nuestra sociedad*, pero ello no fue de un día para otro, ni porque sí. La transición del feudalismo al capitalismo, o del matrimonio como intercambio entre grupos al matrimonio conyugal, es la culminación de una larga evolución que separa el núcleo *padre-madre-hijo(s)* de lo que constituía antaño *las familias*: un conjunto, una casa, un grupo; que incluía a los demás parientes, los allegados, los amigos, los domésticos⁷². Recordemos en este sentido que el término *familia* procede del latín *familia*: "grupo de siervos y esclavos patrimonio del jefe de la gens", derivado a su vez de *famulus*, "siervo, esclavo". El término abrió su campo semántico para incluir también a la esposa e hijos del *pater familias*, a quien legalmente pertenecían, hasta que acabó reemplazando a *gens*⁷³.

Lo que manifiestan estos autores es que la familia conyugal así concebida, no hubiera podido nacer de la familia patriarcal sin la intervención de este *nuevo factor* que es el Estado. Hasta ese momento, *los lazos de parentesco podían siempre ser rotos*, ya sea por un pariente que quería salir de la familia, ya sea por el padre del que dependía. El primer caso es aquél de la familia agnática, y también de la familia paternal; el segundo caso no se presenta sino en la familia patriarcal. Ahora bien, a diferencia de la organización antigua, con la *familia conyugal* los lazos de parentesco *devienen absolutamente indisolubles: el Estado, garantizándolos, ha retirado a los particulares el derecho de quebrantarlos*.

El hombre moderno se instituye entonces junto a la familia conyugal, en la medida en que también la Iglesia integra a las exigencias de los individuos en su moral cristiana, y ubica en el primer plano del vínculo matrimonial la libre elección de la persona.

El sentimiento de la infancia...

*His Majestic the Baby*⁷⁴



del s XVIII, se encuentra el desarrollo de lo que algunos historiadores, como

⁷² Cfr. E.Roudinesco; en *La Familia en desorden*; Ed. Fondo de Cultura Económica; 2003.

⁷³ Cfr. Diccionario etimológico latino-español; Ed. Generales Anaya; Madrid 1985

⁷⁴ S. Freud; en: *Introducción del narcisismo*; Obras Completas T. XIV; Amorrortu ed. Pg. 88.

J.L.Flandrin, han denominado: *el sentimiento de la infancia*⁷⁵, es decir, *la conciencia de los deberes de amor y educación hacia los hijos*⁷⁶. El niño se constituye por entonces, como el *pivote* en torno al cual comienza a girar todo la dinámica familiar y, en cierto sentido, social.

Esta nueva organización familiar se basa así en tres fenómenos notables: la *revolución de la afectividad*, pues ya los matrimonios no se 'arreglan' entre los padres para asegurar la transmisión de un patrimonio sino que su lazo se consiente libremente entre los esposos; el lugar preponderante asignado al niño, cuyo efecto es la *maternalización* de la célula familiar; y la práctica, cada vez más aceptada, de una *contracepción espontánea*, que disocia el deseo sexual de la procreación y da origen a una organización más individualista de la familia⁷⁷.

Si bien hasta ese momento, las mujeres de todas las capas sociales recurrían a diferentes técnicas contraceptivas más o menos eficaces y el aborto era frecuente, el infanticidio y el abandono seguían siendo, desde hacía siglos, los dos medios más utilizados para el control de la fecundidad. Por entonces el niño era considerado, ante todo, como *la cosa* de los padres, un objeto totalmente sometido a su voluntad, y ni la Iglesia cuestionaba demasiado estas prácticas⁷⁸.

El instinto materno - explica sintéticamente el psicoanalista J.C.Volnovich en una nota en el periódico Página 12 - *es un mito de la modernidad. Como las madres no criaban a sus hijos, la mortalidad infantil estaba en estrecha relación con la dificultad para encontrarles nodrizas o con la incompetencia de ellas... El mito es, en este sentido, un intento de contención de ese infanticidio que estaba despoblando Europa... que necesitaba, por otro lado, soldados para las guerras imperiales y colonizadores para poblar las colonias...Eso que hoy conocemos, padecemos y disfrutamos como algo "instintivo", "natural", "incondicional", no tiene nada de instintivo: es una construcción social que surge de esa época, e identifica a la mujer con su función de madre, a partir de discursos económicos, filosóficos, y fundamentalmente ideológicos, como el de Rousseau. Las dulzuras de la maternidad fueron objeto de una exaltación infinita; ser madre devino así en un deber impuesto, pero también en la actividad más envidiable y gratificante que podía esperar una mujer...*⁷⁹

Paulatinamente, a lo largo del siglo XIX, los preceptos de Rousseau fueron encontrando eco en todas las capas poblacionales: se incitó a las madres a

⁷⁵ J.L.Flandrin; en: *La moral sexual en Occidente*; Ed: Juan Granica, pag. 161, 1981.

⁷⁶ Para un estudio más detallado de este viraje, ver P.Ariès; en: *L'Enfant et la Vie familiale sous l'Ancien Régime*, París, Plon, 1960.

⁷⁷ Cfr. E.Roudinesco; op.cit.

⁷⁸ Cfr. E. Badinter; *L'Amour en plus*; Ed. Flammarion; 1980

⁷⁹ J.C.Volnovich; Página 12; 1993; citado por C.E.Gerstenhaber; en *La infancia, entre el pasado y el presente; Acerca del mito del amor materno*; publicado en: 0 a 5 LA EDUCACIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS; Ed. Novedades Educativas - Año 2001

amamantar a sus niños y a dejar de entregarlos a las nodrizas. Según E.Badinter, de los 21 mil niños nacidos en 1780 en París, sólo mil permanecieron con sus madres; otros mil, de familias acaudaladas, fueron amamantados por nodrizas en la casa paterna, y los 19 mil niños restantes fueron entregados, desde el momento mismo del nacimiento, a nodrizas a sueldo que los criaban en el campo. Un 90 por ciento de ellos no pasó el primer año. Las estadísticas de la época consignan que hasta casi fines del 1700, eran muchos los niños que morían sin haber conocido la mirada de su madre. Paradójicamente el abandono - no ya su asesinato - aumenta considerablemente en la 2ª mitad de este siglo, dando cuenta así del haber situado al niño en una paridad -e incluso en un lugar superior- de valoración social, y por tanto, de una mayor conciencia de las obligaciones materiales y morales con las que se exalta el *amor maternal*; lo que no implica, sin embargo, ni mucho menos favorece, la permanencia de los niños en el seno familiar, sino todo lo contrario.

La contracepción cada vez más socialmente admitida en Occidente, tuvo finalmente como corolario una baja de la natalidad por un lado, y la criminalización del infanticidio por otro, siendo reemplazado entonces por el abandono, fenómeno que el poder público comenzó a facilitar a partir del siglo XVIII para mitigar aquella práctica y sus costosas consecuencias. De esta época data la invención del *torno* en los Orfanatos, en el que anónimamente se podía depositar al recién nacido.

Podemos comprobar también en este punto cómo el desarrollo de las prácticas anticonceptivas lejos de comportar -como lo sostienen los sectores conservadores y la iglesia aun hoy- una desvalorización del niño y de la maternidad, son más bien la consecuencia de la alta estimación de la responsabilidad individual, familiar y social que la misma significa.

Resaltamos cómo por entonces, la filosofía de las Luces cuestionó todas las tradiciones y se esforzó por pensar un nuevo tipo de sociedad, otorgándole así un lugar especial a la maternidad, situándola *al servicio* del hijo, futuro del mundo.

Destacamos también que contrariamente a lo que se sostiene en el imaginario social, la estructuración más democrática de la sociedad occidental- que abandona el antiguo autoritarismo verticalista del patriarcado - debilita, sin embargo, los lazos solidarios o fraternos entre los sujetos, delegando al Estado las funciones protectoras que antes cumplía la familia extensa: educación, atención sanitaria, provisión para la vejez; que desarrollan ahora las instituciones públicas y subsidiariamente, las instancias religiosas o privadas; suscitando la división de lo público y lo privado, resituando a cada hogar como refugio de las 'hostilidades' del mundo industrial, encumbrando los valores familiares de la pequeña burguesía urbana y promoviendo un funcionamiento mucho más individualista de la misma.

Por su parte, S.Freud teoriza este pasaje del *niño objeto* al *niño sujeto* con la revelación de que éste deviene siempre, para sus padres, *una prolongación de sí mismos*...Discierne así la *actitud tierna* que los padres le prodigan, no precisamente como un amor altruista o generoso por el otro, como podíamos esperar, sino como un *renacimiento y reproducción del narcisismo propio*...y nos recuerda que *la*

sobrestimación gobierna, como todos sabemos, este vínculo afectivo... Para sus padres, afirma Freud, el niño debe tener mejor suerte que ellos... enfermedad o muerte...no han de tener vigencia para él, y las leyes de la naturaleza y de la sociedad deben cesar ante él... situándolo en el centro y el núcleo de la creación...prevaleciendo así una compulsión a atribuir al niño toda clase de perfecciones (para lo cual un observador apasionado no descubriría motivo alguno) y a encubrir y olvidar todos sus defectos...

Para Freud, insistimos entonces, ***el conmovedor amor parental...no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres***⁸⁰; lo que debe contribuir a nuestra reflexión sobre el mentado *cuidado materno* y su excelsa valoración social....

Consecuentemente en este momento también, el cuerpo de la mujer, primer refugio de ese preciado ser humano que será el futuro hijo, se vuelve digno de atenciones y cuidados; tornándose, esencialmente, en la matriz del cuerpo social. Pubertad, matrimonio, embarazo, parto y lactancia comenzaron a ser etapas que había que preparar desde el punto de vista de la higiene, de la salud y, desde ya también, desde una perspectiva moral.

Desde ese momento - señalan Foucault y otros - *las campañas a propósito de la natalidad desplazan bajo otra forma y en otro nivel el control de las relaciones conyugales, cuyo examen, la penitencia cristiana había perseguido con tanta obstinación*. La sexualidad se convierte así en un tema de operaciones políticas, de intervenciones económicas mediante incitaciones o frenos a la procreación y de campañas ideológicas de moralización o de responsabilización. *De uno a otro polo de esta tecnología del sexo, se escalonan toda una serie de tácticas diversas que, en proporciones variadas, combinan el objetivo de las disciplinas del cuerpo y el de la regulación de las poblaciones*. De una manera generalizada, en la unión del cuerpo y la población, *la sexualidad se convierte en un blanco central para un poder organizado alrededor de la administración de la vida y del interés 'superior' del niño, justamente en la medida en que occidente 'supera' el dominio patriarcal*.

La aparición del problema de la natalidad en el campo de las prácticas políticas y las observaciones económicas dio entonces al poder *su acceso al cuerpo*, e inició la denominada *era de la bio-política*⁸¹ que, en términos foucaultianos, designa *lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos*; y convierte al *poder-saber* en un agente de transformación de la vida humana.

La atención médica de la reproducción humana, proyecto que comienza en las Luces y se convierte en realidad en el último tercio del siglo XIX, hace entrar a la medicina occidental en una etapa de *aceleración triunfante* que determina la transformación de la función materna en la sociedad.

⁸⁰ Cfr.: S. Freud; op.cit.; Pg. 88.

⁸¹ M.Foucault; Op.Cit.

El cuerpo fecundo de las mujeres y ciertas formas específicas de entender el cuidado materno, entran al control social y forman parte de procesos velados y escondidos del ejercicio del poder, a través de lo subjetivo, bajo los valores hegemónicos de estas nuevas concepciones de la familia y la maternidad.

La incipiente demarcación social entre lo público y lo privado abierta en este periodo, de profundas consecuencias - muchas veces ignoradas y ocultas en la vida de las mujeres - comprende así un conjunto de procesos que han cristalizado a la mujer burguesa occidental y desde allí - en un sentido etnocéntrico más amplio - al género femenino, en una imagen universal, histórica y natural.

Como contrapartida, comienzan a organizarse en este momento también, los cuestionamientos por el papel de las mujeres en la sociedad, dando lugar a las primeras corrientes del pensamiento feminista en occidente. Si bien se tienen noticias de que la llamada *conciencia de género* tendría un origen muy anterior, ésta se limitaba fundamentalmente a una controversia teórica entre personas cultas, sin el alcance de un movimiento social concreto⁸².

Del mismo modo hacen su aparición -evidentemente en función de aquel interés 'superior' del niño- los conceptos que en las sociedades occidentales y burguesas inspiraron el Estado de Bienestar en que surgen los derechos de licencia por maternidad, seguro de maternidad, salario familiar y subsidios familiares. Gracias a la nueva dimensión social que adquiere la *producción de niños*, la función materna se convierte también en el trampolín para el acceso de las mujeres a la esfera pública y a los beneficios de sus políticas sociales.

A partir de entonces, el derecho de las mujeres a cuidados especiales durante la gestación y el parto se impone en nuestras latitudes, mientras que el poder de las familias se debilita en cuanto a su capacidad de contención afectiva y formativa, conforme se fortalecen también paralelamente las instituciones especializadas en la educación de los niños más pequeños. Esto ha sido motivado, además, por la necesidad de incorporación de ambos progenitores en el campo laboral, lo que lleva en abundantes ocasiones, a delegar esta función en espacios como las guarderías, el sistema de educación preescolar y, finalmente, en la escuela, que en los sectores más empobrecidos, continuaron siendo, muy a menudo, el único ámbito de amparo social y hasta nutricional de estos menores.

⁸² Cfr. I. Knibiehler , op cit. Pág. 77.

Mujeres y niños en situación de precariedad social

Supuestos básicos de las políticas públicas

Como ha sido históricamente señalado, a partir de la revolución industrial se escinden entre lo público y lo privado, las esferas de especialización de género⁸³: los varones, más orientados al ámbito público, y las mujeres, hacia lo privado.

Esta división configuró el paradigma occidental de *producción familiar masculina*, en que los hogares eran sustentados por el ingreso recibido por los varones. Dicho paradigma no sólo comportó un determinado modelo familiar, sino que también erigió las relaciones institucionales, económicas y culturales que aún están presentes en una diversidad de formas que tienen que ver con el diseño de las políticas públicas, a pesar de las enormes variaciones en las condiciones actuales del trabajo y las relaciones entre la sociedad y el Estado.

Concretamente, la situación de la mujer en general, y su papel en la familia en particular, fue adquiriendo, en estos nuevos escenarios, un relieve especial. El consenso acerca del alto costo pagado por las mujeres de sectores populares que han venido sufriendo el deterioro económico de sus ingresos reales, se expresa en una abundante producción académica⁸⁴, y se focaliza, principalmente, en los problemas suscitados por la pobreza, en que las mujeres 'jefas de hogar' son consideradas como 'las más pobres entre los pobres'⁸⁵; y más aún, en el caso de las familias o comunidades que han tenido la necesidad de migrar de sus lugares de origen en busca de mejorar su situación socio-económica.

Las evidencias muestran que las mujeres de los sectores pobres de la población son las que pagan el costo más alto del 'ajuste' económico, pues los efectos de la crisis significan más tiempo y energía dedicados al trabajo doméstico con la administración de recursos e ingresos cada vez más escasos. Presuponemos por ende, que este 'precio' se multiplica cuando se trata de mujeres o familias extranjeras. Un caso particular de este costo es la consideración de la necesidad, por parte de estas mujeres, de 'entregar' a sus hijos en adopción, tal como lo plantea y denuncia la psicóloga E. Giberti en su investigación sobre *Madres excluidas. Mujeres que entregan sus hijos en adopción*⁸⁶.

En los hogares pobres, se señala, aquel trabajo suele ser realizado, además, en condiciones de particular dificultad, a veces, sin acceso a agua potable, y sin recursos tales como electrodomésticos, lo que insume mucho más tiempo que en hogares con otra posibilidad de acceso a recursos y servicios. Por otra parte, los

⁸³ E. Faur; Conferencia *Género y cohesión social*; en el Observatorio Social de la Asociación Argentina de Políticas Sociales; 26 de marzo del 2008.

⁸⁴ Rosa N. Geldstein: *Los roles de género en la crisis: Mujeres como principal sostén económico del hogar*; Cuaderno del CENEP N° 50.

⁸⁵ M. Buvinié et al.; en: *Women-headed house hold: The ignored factor in development planning*; AID report; 1978.

⁸⁶ FLACSO; 1994.

tamaños de las familias en ellos suelen ser numerosos, lo que, en muchos casos, *no responde a una decisión autónoma por parte de las mujeres y de sus parejas, sino a la falta de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva*; situación que enfocaremos cuando analicemos los programas sanitarios que se ocupan de este abordaje, con particular énfasis en su relación a la población migrante. Todo ello, en el contexto de un sistema de responsabilidad por el cuidado centrada en las familias, *y con escasas alternativas de servicios estatales de cuidado infantil*, lo que *dificulta particularmente la posibilidad de inserción femenina en actividades remuneradas*.

No obstante la importancia que adquiere el trabajo no remunerado de prestación de cuidados -referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, materna, el avance del vih/sida y el sustento del medio ambiente- para alcanzar los Objetivos del Milenio, insisten algunos informes de alcance internacional, *muchos señalan con sorpresa la ausencia de su mención para estos logros*.

Nuestra indagación apunta a revisar, en este contexto, qué tipos de políticas efectivas se establecen frente a esta transformación social y económica y cómo se ajustan o no a estas realidades.

Intentaremos comprobar si las ideas prevalecientes en torno a la división del trabajo, tanto como las prescripciones legales y los beneficios laborales que las reflejan- como los subsidios y licencias por maternidad y lactancia; el derecho a guarderías - asignan a la mujer, en Argentina, especialmente si es madre, la exclusiva responsabilidad por el cumplimiento de las tareas reproductivas, independientemente de que ella sea o no una trabajadora remunerada.

En una investigación llevada a cabo por el Centro de Estudios de la Población (CENEP) entre fines de 1990 y 1992 – y estimamos que esta situación no ha variado demasiado en la actualidad - se comprueba que, debido a las normas y valores culturales prevalecientes, como a la limitada oferta de servicios sociales en América Latina, y Argentina no es una excepción, la unidad doméstica - conjunto de personas, emparentadas o no, que comparten una vivienda y tienen un presupuesto en común según la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Instituto Nacional de Estadísticas y censos (INDEC)- debe asumir la responsabilidad primaria por el cumplimiento de las diversas funciones relativas a la reproducción cotidiana y generacional de sus miembros⁸⁷; lo que significa, en principio para las mujeres, una doble carga de trabajo, pues sabemos que la asimetría de género en el dominio doméstico coexiste, a su vez, con la persistencia de la desigualdad de oportunidades en el mundo del trabajo, como el acceso limitado a sectores particulares del mercado laboral y a determinadas ocupaciones y, en general, a las posiciones jerárquicas y remuneraciones que obtienen los hombres con calificaciones equivalentes en el desempeño de tareas similares⁸⁸.

⁸⁷ R.Geldstein; Op.Cit.

⁸⁸ Cfr. C.Wainerman; en: *Educación, familia y participación económica femenina en Argentina*; Cuaderno del CENEP N°19; 1984.

Es por ello que los autores consideran que las mujeres que se han visto compelidas a satisfacer las necesidades económicas de familias de escasos recursos, y más en un contexto de crisis, soportan la doble carga bajo las peores circunstancias, y *fueron y son*, por lo tanto, *especiales merecedoras de los esfuerzos que se realizan a través de las políticas sociales*. Ahora bien, lo que intentaremos develar es que las políticas que se focalizan en estas vulnerabilidades, no siempre ayudan, y muchas parecen entorpecer la salida de las mujeres de estos lugares de exclusivas cuidadoras familiares. La reciente decisión de otorgar lo que se denominó 'jubilación al ama de casa', también parece ir, al menos discursivamente, en esta dirección. Cabe aclarar, sin embargo, que esta denominación es un nombre 'extraoficial'. Es decir, no existe un régimen específico para este sector. Si bien la llamada 'jubilación de amas de casa' se debe a que permite que aquellas mujeres que nunca aportaron puedan acceder a una cobertura de seguridad social, también puede abarcar a los hombres que por diferentes motivos no lo hicieron.

En cuanto a los niños, debemos considerar que se presentan como las víctimas 'por excelencia' de las políticas de desigualdad económica del país. Éstos son y han sido *abandonados* del mismo modo, no sólo por los padres (uno o ambos), sino también por la sociedad en su conjunto - y, particularmente, por las políticas del Estado - que los estigmatiza generalmente como *niños problemas, vagos, forajidos y de mal vivir*. Lo que no suele abordar plenamente ni la sociedad ni el Estado respecto de ellos - más allá de ciertas políticas focalizadas, de subsidios, de discursos y de las acciones de algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs)- es el problema integral, real y concreto, que implica la existencia de niños en irregularidad social. No se cuestiona suficientemente por qué ellos deben salir a la calle. Se los piensa, habitualmente, como *niños que buscan la calle naturalmente por delincuencia*, o por *vicio*, se insiste en la necesidad de bajar la edad de su imputabilidad; no se plantea la posibilidad, por ejemplo, de que estén buscando el sustento que no perciben en sus casas, o alguna compañía entre sus pares, porque en sus hogares encuentran maltrato y abandono...son sólo *los niños de la calle o simples delincuentes...*

Los especialistas nos advierten que *los niños que se "portan mal" son aquellos que se "sienten mal". Se sienten poco reconocidos, que no valen, que no son queridos ni aceptados. Estos niños, con frecuencia han tenido una historia familiar difícil y no han recibido un trato que los haga sentirse valiosos, sienten que no los quieren. Considerando que este sentimiento de "no pertenecer" es uno de los que mayores sufrimientos nos trae, también a los adultos, podemos hacer una lectura diferente: que los niños se portan mal porque necesitan ser mirados...*

La historia de la infancia, afirma De Mause en este sentido, *es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuánto más se retrocede en el pasado, más expuestos están los niños a la violencia, el maltrato y la muerte. Menos eficacia muestran los padres en la satisfacción de las necesidades de desarrollo del niño. El trato despiadado abarcaba desde el infanticidio, el abandono, la negligencia, los rigores de la envoltura en fajas, la inanición deliberada, las palizas, los encierros, etc.... Recién en el siglo XIX los poderes públicos comienzan a pensar*

en los niños como personas con necesidades especiales, vulnerables, desamparados; y no como adultos pequeños prestando servicios a sus padres.. ¿en qué medida persisten en nuestras prácticas educativas los modelos heredados y sobre qué concepción de infancia se sostiene?...se pregunta C.E.Gerstenhaber, profesora y licenciada en ciencias de la educación⁸⁹.

Si comprobamos entonces que la violencia y el descuido son directamente proporcionales a esta exclusión familiar y social, en la medida en que las políticas no reviertan esta situación y sean verdaderamente inclusivas, apuntando a los auténticos y efectivos resortes que pueden sostener *un cuidado integral* de las familias y los sujetos, podemos esperar que aquello se mantenga, se replique y se intensifique.

Contexto socio-económico: Estado y protección social

El pasaje del capitalismo industrial hacia un nuevo nivel de capitalismo que comienza a ejercer su hegemonía hacia mediados de los años '70 - un capitalismo financiero y no industrial - puede ser *una de las causas*, según los sociólogos, *de la desestructuración de la protección social por parte del Estado*. En este contexto, la mayoría de los estudios señalan el progresivo abandono de la inversión en bienestar social por parte de los Estados. R.Castel subraya, en varios de sus artículos, que el Estado organizado en este nuevo orden capitalista, si bien posee una gran capacidad de producir riqueza, se ha convertido, a su vez, en una **máquina de excluir**, como producto de la *degradación de los sistemas de protección* que se habían construido en la sociedad salarial del siglo pasado. La gran crisis económica-financiera global actual parece dar cuenta de ello, en la medida en que las primeras decisiones de ajuste recaen precisamente sobre estos beneficios.

De esta transformación es importante remarcar que, más allá del desempleo masivo y la pauperización que desencadenó, hubo, sin duda, *un proceso más profundo* que conformó a la vez, *un proceso de descolectivización y de reindividualización* que ha jugado en varios niveles⁹⁰ y que, agregamos, afectó de manera decisivamente asimétrica a la población, en términos de género y de situación social, de etnia, de nacionalidad, de origen y, por ende, de derechos ciudadanos.

Este proceso ha ocurrido en Argentina, al igual que en otros países, en el contexto de un significativo aumento de la desocupación para ambos sexos, y de precarización de los puestos de trabajo, lo que supone una importante participación

⁸⁹ en: 0 a 5 LA EDUCACIÓN EN LOS PRIMEROS AÑOS; Ediciones Novedades Educativas - Año 2001.

⁹⁰ Cfr. R.Castel; en: *Reflexiones sobre la relación: Estado, mercado, neo-liberalismo, trabajador móvil*; seminario desarrollado en el marco de la Cátedra UNESCO sobre *las manifestaciones actuales de la cuestión social*; en el Auditorium de la Universidad Torcuato Di Tella; editado por P. Chiesa y N. Schiavinato; apoyado y publicado por INCASUR, Buenos Aires, 2005.

de hombres y mujeres en trabajos no registrados, en los cuales durante mucho tiempo no existió ningún tipo de protección de los derechos sociales y laborales. La difícil situación económica, cuyo inicio se remonta en nuestro país a la última y más sangrienta dictadura militar, se agudiza hacia fin de la década de 1980, alcanzando luego una relativa estabilidad y 'estallando' a fines de los '90, con la llamada crisis de 2001. Debido posiblemente a esto, en los últimos años, ha habido un constante incremento de la participación económica de las mujeres en el mercado laboral.

Un informe post-crisis del año 2003 señalaba: *La afluencia femenina en la fuerza de trabajo remunerada se ha producido en el contexto de una importante recesión económica, lo que trajo aparejado un nivel de desocupación que supera los dos dígitos desde hace una década, y que se ubica entre el 15 y el 20% desde el año 2000. Pese a que una de las novedades de esta crisis de empleo ha sido la desocupación de varones de edades medias entre los considerados jefes de hogar por la EPH, lo cierto es que las mujeres han estado proporcionalmente más afectadas que los varones por esta crítica situación. La tendencia apenas se ha revertido en los tres últimos años*⁹¹.

Siendo que el número total de las trabajadoras mujeres es bastante menor que el de los trabajadores varones, esta evidencia viene indicando que *la probabilidad de participar en trabajos informales – menos productivos, más precarios y con menor cobertura de protección social - es sustantivamente más elevada en el caso de las mujeres*⁹².

En términos de género, se observa que *el acceso a licencias por maternidad, la dotación de espacios y servicios de cuidado infantil y la transferencia de recursos económicos que permitan a las mujeres y a sus familias un piso mínimo de acceso a recursos para el desarrollo de actividades de crianza, son algunas de las dimensiones particularmente vulneradas a partir de la flexibilización de las condiciones laborales*⁹³.

Debemos aclarar, sin embargo, que no es que haya más mujeres pobres que varones pobres, sino que *la pobreza se vive diferente en función del género, y por ende, llama al diseño de propuestas y políticas más atentas a esta dimensión*⁹⁴; las que parecen responder a la paradoja que venimos señalando: por un lado, se reconoce el mayor peso que las mismas soportan en tanto trabajadoras y

⁹¹ E.Faur y N. Gherardi; *El derecho al trabajo y la ocupación de las Mujeres*, en Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (2005) *Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina*, Buenos Aires, ELA-Editorial Biblos. Los datos provienen de la Encuesta Permanente de Hogares (INDEC), del año 2003.

⁹² E. Faur; *La Igualdad de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aportes para la definición de un programa conjunto para el Sistema de Naciones Unidas en la Argentina*; Naciones Unidas; Agosto de 2005.

⁹³ L.Pautassi, E.Faur y N.Gherardi (2004) *Legislación laboral en seis países latinoamericanos. Avances y omisiones para una mayor equidad*. Unidad Mujer y Desarrollo. Documento No. 52, Santiago de Chile, CEPAL.

⁹⁴ E.Faur; *La Igualdad de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aportes para la definición de un programa conjunto para el Sistema de Naciones Unidas en la Argentina*; op.cit.

cuidadoras, pero por otro, no dejan de situarlas en este lugar, por intentar, justamente, aliviarlas.

Aún hoy -2012- las consecuencias de este largo proceso en la región y en nuestro país se dejan sentir, a pesar de la reversión en gran medida de aquel cuadro crítico, con crecientes aumentos en asignaciones, jubilaciones, pensiones y subsidios familiares, y más aún, con la generación de la nueva Asignación Universal por Hijo a mujeres que no lo percibían, o que sí lo hacían pero no era suficiente - incluso a las embarazadas - reflejo quizá en parte de una mayor visibilidad política y presencia de la mujer y del hecho de que, como se afirma, *cuando ellas llegan al poder, a menudo defienden las causas de las políticas del cuidado y de la familia...*⁹⁵.

Acordamos en que, a pesar de estas notables mejoras en la distribución de los ingresos y en algunas de las intervenciones estatales para paliar aquellas desventajas, nos sigue pareciendo imperativo indagar en estas condiciones para continuar identificando claramente a quienes, por qué y cómo se deben otorgar los beneficios de programas y planes sociales; y más importante aún, establecer si dichas políticas se ajustan o no a las necesidades de las poblaciones que habitan nuestra tierra, respetando las libertades y derechos de ciudadanos y ciudadanas de acuerdo a su condición social y económica, su orientación sexual y de procedencia cultural.

La ‘colonización patriarcal’ de América Latina

Como nos recuerda E.Jelin⁹⁶, América Latina fue colonizada por España y Portugal, *países que introdujeron el catolicismo como parámetro normativo básico*. Durante el período de la formación del estado nacional a lo largo del siglo XIX, la legislación introducida en los países de la región estuvo basada en el *Derecho Romano*, en el *Código de Napoleón* y en el *código alemán*. Así, en los códigos civiles de Argentina (1869), Chile (1855) o Brasil (1916), *la legislación sobre la familia heredó una concepción patriarcal, donde el jefe (pater de familia) detenta el derecho a decidir sobre la vida y muerte de sus familiares; estableciendo a su vez el deber de obediencia de la mujer como un imperativo de orden público, hacia su padre primero y su marido después*. Las mujeres, por su parte, *no eran ciudadanas plenas ni tenían competencia legal, sino que se las definía como dependientes y necesitadas de tutela, incapaces de conducir actividades públicas por sí mismas. Las normas católicas se aplicaban al vínculo matrimonial, visto como indisoluble, así como a la sexualidad y la virginidad*.

Poco a poco, la legislación fue incorporando más elementos laicos que, bajo aspectos técnico-legales, y a pesar de las presiones, no hicieron estallar las tensiones con la Iglesia, lo que condujo paulatinamente a que la desigualdad de

⁹⁵ Cfr. *Economía política y social del cuidado*; United Nations; Instituto de investigaciones para el desarrollo social; 2005-2009.

⁹⁶ Op.Cit.; Pág. 5.

género en el matrimonio y en la sociedad fueran atenuándose a lo largo del siglo XX en dirección a una mayor igualdad. La *Patria Potestad* compartida, por ejemplo, fue sancionada en Argentina en 1985; y el divorcio vincular, en 1987; quedando sin vigencia algunas de aquellas legislaciones discriminatorias sobre causales de divorcio y adulterio de las mujeres, o la de niños 'ilegítimos', a partir de entonces.

A pesar de ello, algunos estudios empíricos realizados en América Latina⁹⁷ constatan que, en los sectores de la región donde los derechos sociales básicos están garantizados, la concepción acerca del género es aún diferente que en aquellos donde esas necesidades no han sido satisfechas: *En los primeros, las mujeres se reconocen como sujetos de derecho autónomos y luchan por esta reivindicación, mientras que en los segundos, la mujer actúa como intermediaria entre el Estado y la familia, utilizando sus roles domésticos para garantizar la satisfacción de necesidades básicas.*

En cuanto a la garantía de estos derechos elementales, si bien el Estado argentino reconoció a la sexualidad y la reproducción como *derechos humanos* en la reforma constitucional de 1994, en el desarrollo de los planes de esta área no aparecieron inmediatamente programas relacionados con la Salud Reproductiva y, por ende, las posibilidades de regular la fecundidad de acuerdo a la voluntad de las parejas con escasos recursos materiales se hallaban, en ese entonces, severamente restringidas. Tampoco se hacía mención pública de las muertes maternas por abortos clandestinos como consecuencia de su penalización. Para hacerse una idea, se estima que entre los años 2000 y 2001 al menos un tercio de las muertes maternas tuvieron como causa un aborto practicado por un embarazo no deseado⁹⁸.

Sobre veintitrés provincias, sólo siete, cuatro municipios y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires reconocían, en aquel entonces, estos derechos a través de leyes provinciales y ordenanzas municipales, creando programas de Salud Sexual y Reproductiva o Procreación Responsable. En otras provincias y municipios, las mismas estaban en proceso de discusión. Estas leyes y ordenanzas legalizaban métodos anticonceptivos reversibles y transitorios o no abortivos. La ligadura tubaria y la vasectomía se encontraban prohibidas como métodos de planificación familiar⁹⁹. Como abordaremos más adelante, sólo desde que algunos sectores progresistas de la sociedad argentina demandaran el reconocimiento de aquellos derechos luego de un arduo y prolongado debate en el Congreso de la Nación, se logra la aprobación de la Ley Nacional que crea la política de Salud Sexual y Procreación Responsable que rige desde el año 2003.

⁹⁷ S.Levín; *Los desafíos de la ciudadanía en las sociedades contemporáneas*; mimeo de la Maestría en Salud Pública de la UNR - Instituto de la Salud Juan Lazarte; citado en *El campo de la Salud Sexual y Reproductiva: Un debate ético-político en vigencia*; trabajo presentado para el Seminario: Estado, derechos sociales y de salud, dictado por la Dra. S.Levín en 2007.

⁹⁸ Cfr. S.Levín y otras (2007); op.cit

⁹⁹ Según datos extraídos del reporte sombra sobre el tercer Informe presentado por Argentina ante el Comité de Derechos Humanos CLADEM - EQUALITY NOW; ONU, en su 70va sesión, Ginebra, Octubre de 2000.

Por otro lado, en el otro extremo de esta situación, se advertía también en aquel tiempo que en otras regiones de latinoamérica hubo quienes no sólo vieron en la esterilización un medio de aligerar el peso de la maternidad en las mujeres más pobres, una especie de contracepción segura y una prevención del aborto, sino un arma para 'controlar' el aumento de la pobreza. Es así como las viejas ideas de eugenismo, producto de los 'avances' de la medicina, reaparecieron en las campañas estatales de esterilización de la población en Perú, cuyos objetivos, según la denuncia de la periodista N.Tarnawiecki en *El derecho a elegir*; del Informe *Nada personal*, encubrían la idea de *regenerar la raza* impidiendo que ciertas personas procreen. Allí, según el *Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica (AQV) en el Perú* divulgado a mediados de 1999, la planificación familiar anunciada en 1996 por el entonces presidente A.Fujimori como una *democratización de los servicios de salud a fin de que las mujeres fueran dueñas de su destino*, se transformó, según dichas imputaciones, en una *política coercitiva de esterilización, con la AQV como única opción, para cumplir con ciertos 'cupos' nacionales*. Para popularizar la AQV, cuenta el informe, se organizaron "festivales de salud", donde no sólo se ofrecía, sino que se presionaba a las mujeres para que se sometieran a una ligadura de trompas.

Contra estas circunstancias, tímidos y progresivos pero irrevocables cambios de tendencias en los comportamientos matrimoniales y reproductivos fueron formando parte de los procesos de modernización y secularización de las últimas décadas; productos posiblemente de la urbanización acelerada, el aumento de la tasa de participación femenina en la fuerza de trabajo y el aumento en los niveles de educación.

El pensamiento sobre la ciudadanía, apunta E.Jelin¹⁰⁰, *implicó entonces la consideración de los derechos de las mujeres, no solamente en lo que hace a la igualdad jurídica, sino también en cuestiones donde la diferencia sexual y de género no puede ser negada u obturada: vistas primero como cuestiones definidas en términos de salud, la sexualidad y la reproducción pasaron luego a ser interpretadas en términos de demandas de derechos.*

En los últimos años, varios países de ingreso medio-alto - entre ellos Chile, México y el Uruguay - han incrementado la disponibilidad de los servicios de educación y cuidado en la primera infancia buscando de forma explícita (o facilitando de forma implícita), la *comodificación del trabajo femenino y la desfamiliarización del cuidado*. Ahora bien, muchos académicos feministas tienden a mirar estos programas con *ojo crítico*, pues temen que *las condicionalidades* sobre el mismo, refuercen las funciones tradicionales de género y terminen aumentando la carga de trabajo de las mujeres pobres y, por lo tanto, sea poco lo que contribuyan a mejorar la seguridad económica de la mujer a largo plazo; dando cuenta, de esta manera, de que *la política social en América Latina parece seguir atascada en el sendero inalterable del familialismo* más tradicional. Contribuye a esta situación la denominación incluso que se mantiene, al menos en nuestro país, para referirse a

¹⁰⁰ Op.Cit. Pág.7.

aquellos servicios de cuidado de la primera infancia, conocidos precisamente como “*jardines maternos*”.

Según R.Gerhard y Silke Staab en el informe *Childcare Service Expansion in Chile and Mexico: For Women or Children or Both?*, del Programa Género y desarrollo del proyecto de *Economía política y social del cuidado* (Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social - UNRISD), a partir de una comparación de los programas de ambos países, el documento muestra que las diferencias en el diseño de las políticas tienen implicaciones importantes en cuanto a las oportunidades que los mismos pueden generar para las mujeres y los niños de familias de bajos ingresos y las posibilidades de mitigar –o afianzar- las desigualdades de género y de clase existentes.

En líneas generales, afirmamos con los autores/ras que aunque se vienen produciendo cambios muy graduales, el grueso de la legislación y de las políticas públicas no parece muy impregnado de estas ideas, y más bien responden a una *visión “tradicional” de la familia*, en la que todas las nuevas formas y prácticas tienden a pensarse aún como “*desviaciones*” de una *normalidad ideal*.

Inmigración

A partir de la Segunda Guerra Mundial (1950) se observan cambios importantes en los patrones migratorios a nivel internacional. En el sur de América Latina, comienza un crecimiento de las migraciones internacionales de carácter regional, fenómeno que tiene su reflejo en la Argentina durante las últimas décadas del siglo XX.

Después de la crisis mundial de 1929, la inmigración hacia Argentina proveniente de Europa y otros orígenes de ultramar comenzó a reducirse drásticamente. La última oleada, menos importante en su magnitud, se produjo entre 1948 y 1952, finalizando así con el largo período de emigración europea transcontinental como fenómeno masivo.

Por el contrario, la inmigración proveniente de países limítrofes se mantuvo relativamente estable a lo largo del siglo XX, a la vez que aumentó la corriente migratoria proveniente de otros países latinoamericanos, entre los que se destacan el Perú; de países asiáticos - principalmente China y Corea del Sur - y de países de Europa del Este.

La estabilización demográfica de la población ha ido reduciendo la proporción de extranjeros desde el máximo del 30% alcanzado en 1914, hasta el 4,5% cuando se realizó el censo de octubre de 2010.

En cuanto a las áreas de asentamiento, la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires concentra un 70% de extranjeros, del que un 63% provendría de países limítrofes, siendo también importantes como destino de estas migraciones las provincias fronterizas.

Las políticas migratorias en Argentina

Como ya señalamos, desde hace medio siglo la Argentina es destino de abundantes flujos inmigratorios provenientes de los países de la región. Según el Censo Nacional de 2010 residen en el país 1.805.957 extranjeros, predominando actualmente la inmigración de origen paraguayo, boliviano y peruano.

Históricamente, amplios sectores de la población migrante han sido objeto de explotación, abuso y violación de sus derechos básicos. Atento a esta realidad, en los últimos años, el gobierno argentino ha implementado una política migratoria tendiente a la integración del inmigrante en un marco de igualdad y reconocimiento de derechos.

En 2002, los países del Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay, Bolivia y Chile) firmaron dos tratados reconociendo el derecho a la libre residencia y trabajo en cualquiera de dichos países, de los ciudadanos de las naciones firmantes. El 17 de diciembre de 2003 el Congreso de la Nación sancionó una nueva ley de migraciones, la ley N° 25.871, que tiene la particularidad de reconocer el derecho a residir y trabajar libremente a los ciudadanos de los países limítrofes. Con posterioridad, el gobierno del presidente N.Kirchner firmó un tratado con la República del Perú reconociendo los mismos derechos a los ciudadanos peruanos. En 2006, durante el mismo gobierno, se puso en marcha el *Plan Patria Grande*, con el fin de conceder la residencia a los inmigrantes provenientes de países fronterizos y Perú que se encontraban en situación irregular, extendiéndose también para los ciudadanos de origen ecuatoriano, colombiano y venezolano. Este Plan ha sido continuado por la presidenta C.Fernández de Kirchner.

Por su parte, la Ley de Migraciones N° 25.871 vigente desde 2004, fija los lineamientos fundamentales de la política migratoria de la República Argentina y da cumplimiento a los compromisos asumidos por el país en materia de derechos humanos, integración y movilidad de los migrantes. Esta ley marca un punto de inflexión con respecto a la legislación anterior, y deja sin efecto a la antigua ley de política migratoria (N° 22.439) sancionada en 1981 durante la última dictadura militar y conocida como la *Ley Videla*, sumamente represiva y discriminatoria en su concepción, que consideraba al inmigrante como un *peligro para la seguridad nacional y el orden público*, establecía mecanismos de control al margen del derecho y negaba el acceso a los derechos fundamentales garantizados por la Constitución Nacional a todos los habitantes del país.

La ley vigente modifica la relación entre el Estado y los migrantes, garantiza el derecho a migrar, a la igualdad de trato entre nativos y extranjeros, a la reunificación familiar y a un tratamiento libre de discriminaciones. A su vez, asegura el acceso a la salud, la educación y a la asistencia social de la población extranjera independientemente de su situación migratoria. Dicha ley establece que el Estado debe asegurar *el acceso igualitario de los inmigrantes a la protección y los derechos*

de los que gozan los nacidos en la Argentina, particularmente el acceso a los servicios sociales, de salud, de educación, de justicia, al trabajo, al empleo y a la seguridad social; y además, ya no permite que la Dirección de Migraciones pueda detener y expulsar a los indocumentados, lo que ahora requiere la intervención del Poder Judicial.

La reglamentación de esta ley, en mayo del 2010, a través del Decreto 616, ratifica en todos sus términos dichos derechos y remarca una línea de capacitación permanente para todos aquellos que cumplen funciones de policía migratoria, instando a *organizar un sistema de formación e información sobre los derechos y deberes para funcionarios, empleados públicos y personal que se desempeña en entes privados que tienen trato con los extranjeros, en especial las entidades educativas, de salud, alojamiento y transporte.*

Sin embargo, el reconocimiento formal de las nuevas leyes no parece suficiente para garantizar la concreta y plena vigencia de los derechos humanos de los migrantes. En este sentido, es preciso seguir avanzando en la remoción de los prejuicios contra el extranjero, el racismo y la xenofobia que también obstaculizan la integración en todos los sectores organizados del Estado y la sociedad.

Inmigración, salud, género y cuidado

...toda diferencia puede ser considerada como déficit
Delia.Lerner

Si bien son numerosos y diversos los enfoques desde donde se estudian los fenómenos migratorios, es reducida en general la información respecto de las condiciones de salud/enfermedad/atención de estos grupos sociales, de cuál es su consideración desde los dispositivos y los hábitos de los profesionales de la atención, sobre sus saberes y creencias particulares, y del proceso de continuidad/discontinuidad cultural afectados por dicha migración.

Como bien señala la licenciada en ciencias de la educación D.Lerner¹⁰¹ *ser “otro” implica ser diferente en algún sentido (o, simplemente, hacer algo diferente). Y toda diferencia puede ser considerada como déficit, depende de quién tenga el poder y de cómo lo use (conciente o inconcientemente). En la relación docente-alumno, esta cuestión es crucial y, podemos afirmar, lo mismo parece suceder en la relación médico-paciente.*

A menudo, los trabajadores de la salud tienden a ver la etnicidad como una patología o como una desviación de la normalidad, sin tener en cuenta la manera en

¹⁰¹ En *Enseñar en la diversidad*; conferencia dictada en las Primeras Jornadas de Educación Intercultural de la Provincia de Buenos Aires: “Género, generaciones y etnicidades en los mapas escolares contemporáneos”. Dirección de Modalidad de Educación Intercultural, La Plata, 28 de junio de 2007.

la que la misma puede estar configurada en la estructura social y cultural de un pueblo o de un grupo étnico determinado, o cómo el proceso de aculturación o transculturación puede incidir en sus conductas, en sus cuerpos y en su entorno ambiental.

Desde estas perspectivas, se desprende que el proceso salud-enfermedad necesita considerarse desde las condiciones materiales de vida de los sujetos, el tipo de relaciones y redes sociales que establecen, las oportunidades diferenciales de acceso a los recursos para la salud y atención – la que a menudo, por distintos motivos, desconocimientos, prejuicios, se encuentran coartadas para los extranjeros, los migrantes de las diferentes regiones o los miembros de determinados pueblos originarios, a pesar de las leyes y normativas que los amparan en su derecho - pero, sobre todo, debe tenerse en cuenta que las condiciones y significados que adquiere la salud, la maternidad y la crianza de los niños dependen mayormente del *bagaje cultural con que cada grupo social cuenta para abordarlos*.

Esta última complejidad tiene que ver con representaciones y prácticas relacionadas con la vida sexual, la construcción de la pareja y la familia, el sentido de la maternidad y la paternidad, el valor de los hijos, el ejercicio del poder de cada género, la experiencia de la gestación, el parto, el nacimiento y la crianza de los niños, que condicionan los deseos y elecciones en cada situación cotidiana y que *serán diferentes según el género, la generación, el grupo cultural de pertenencia, el estrato social, el nivel de educación y de escolaridad formal, etc.*; por lo que los programas deberían advertir la importancia de investigar esta diversidad.

Por otro lado, aunque se trata de otras latitudes¹⁰², se señala que en general la inmigración tiene, cada vez más, una ‘cara femenina’. Si hasta hace algunas décadas el fenómeno migratorio fue una actividad predominantemente masculina, hoy esta realidad ha cambiado. La mayoría de estas mujeres son jóvenes: casi el 40% tiene entre 30 y 39 años; y el 34%, entre 20 y 29 y todas tienen en común las circunstancias de pobreza, falta de trabajo, ausencia de oportunidades, inseguridad, discriminación o persecución que las obligan a dejar sus hogares y en muchos casos a sus hijos (el 30% lo hacen) en busca de un futuro mejor.

En suma, una mujer inmigrante debe hacer frente generalmente a una triple discriminación: una discriminación de género que se nutre de los prejuicios y estereotipos que se les atribuye a todas las mujeres en relación a lo que “deben ser” en contraposición con el hombre; una discriminación por razón de su nacionalidad: como extranjera se le niega el acceso a la misma información, al amparo o refugio con el que cuentan las ‘nativas’, y debe hacer frente, además, a numerosos trámites e impedimentos legales. Por último una discriminación laboral, que viene determinada por su condición de mujer e inmigrante, en un ámbito mal regulado y un mercado de trabajo que prácticamente determina las características del tipo o lugar de trabajo que corresponde a esa mujer.

¹⁰² Fuentes: Ikuspegi Observatorio Vasco de Inmigración - CIS

Además, un determinado origen o nacionalidad, que se entiende como pobre o subdesarrollado, suele etiquetar automáticamente a los sujetos y situarlos en clara posición de desventaja, lo que puede determinar su confinamiento a trabajos 'acordes' a su presunta escasa capacidad. De esa manera, el trabajo de la mujer inmigrante se encuentra concentrado en ciertas actividades y ocupaciones, por no hablar de la alta tasa de mujeres inmigrantes ocupadas en empleos informales y no regularizados. La economía informal es una solución cuando la falta de papeles o la imposibilidad de convalidar sus titulaciones les impiden ejercer una ocupación regular¹⁰³. Como vemos, si bien en la Argentina se ha avanzado más en materia de derechos y no discriminación que en otros países, los y las inmigrantes no alcanzan muchas veces a percibir los beneficios por factores que hacen a estos impedimentos, no ya legales, pero sí burocráticos.

Resulta central, en este sentido, reconocer la influencia de la condición migratoria sobre el cuidado materno-infantil, así como el rol de la mujer migrante, el que puede tener delicadas repercusiones intergeneracionales en la constitución de las familias, rara vez tratadas en la literatura sobre migración, cuidado materno-infantil y políticas públicas.

Migración y derechos reproductivos

Sabemos que para lograr mejoras en la salud sexual y reproductiva, particularmente para reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad, es preciso contar con sistemas de atención de la salud fiables y en buen estado de funcionamiento y con una adecuada planificación de los recursos humanos y de las políticas¹⁰⁴.

En este contexto, el reconocimiento formal de los derechos reproductivos como responsabilidad del Estado y objeto de políticas públicas ha sido algo tardío según algunos autores¹⁰⁵. Sin embargo, en los últimos años, se han sancionado leyes y se han implementado numerosas acciones en este campo, tanto a nivel nacional como provincial.

Las acciones desarrolladas por el Estado argentino en el período 2004-2009 están claramente alineadas con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo –CIPD– y los Objetivos del Milenio –ODM. En el informe insumo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CELADE) se afirma que los avances en la implementación e institucionalización de los derechos consagrados en las leyes son importantes tanto

¹⁰³ Cfr. J.Robledo y O. Arenas; *La Feminización de la Inmigración, mitos y realidades*; Cuadernos de trabajo – Lan Kuadernoak

¹⁰⁴ Cfr. *Informe Anual 2008* - UNFPA

¹⁰⁵ Cfr. Petracci, M. (coord.) y Pecheny, M: *Argentina. Derechos humanos y sexualidad*. Buenos Aires, Centro Latinoamericano de Sexualidad y Derechos Humanos, Instituto de Medicina Social de la Universidad del Estado de Río de Janeiro y Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Buenos Aires: CEDES, 2007.

en el campo de migración como de salud sexual y reproductiva. *Hace menos de una década el escenario actual resultaba difícil de imaginar. No obstante, queda mucho por avanzar especialmente en la cristalización de los derechos en acciones concretas, efectivas y sustentables, en la reducción de inequidades entre provincias y en el mejoramiento de los sistemas de información y de evaluación y monitoreo de las políticas*¹⁰⁶.

Recientemente, organizaciones como el Fondo de Población de Naciones Unidas en Argentina (UNFPA) y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID); junto con el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), la Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos de la Nación; la Dirección Nacional de Migraciones del Ministerio del Interior y el Ministerio de Salud de la Nación se ocupan intensa y específicamente de difundir los contenidos de las leyes que propician la igualdad de derechos a la salud, a la asistencia social o a la atención sanitaria para todos los extranjeros que lo requieran, cualquiera sea su situación migratoria.

Uno de los pilares fundamentales en los que se enmarcan estas acciones es la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, sancionada en octubre de 2002, que crea el **Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable** – PNSSyPR- en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación.

Se trata de una política pública nacional delineada a partir de una ley federal, cuyos ejecutores finales son los efectores del sistema público de salud de las distintas jurisdicciones, sean estos provinciales o municipales. Actualmente todas las provincias cuentan con programas de salud reproductiva alineados con el programa nacional, y muestran grados de avance muy disímiles en su implementación y consolidación

En el 2006 el PNSSyPR pasó de depender de la Dirección Nacional de Salud Materno Infantil a ubicarse en la Secretaría de Programas Sanitarios, en el marco de los programas de atención primaria de la salud bajo la órbita directa del Ministro de Salud de la Nación. Esto le otorgó mayor autonomía y visibilidad y evidenció una consonancia mayor con la perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos y con un abordaje integral de la salud de las personas a lo largo de toda su vida que trasciende sus experiencias reproductivas. También cabe destacar que desde el 2007 el PNSSyPR cuenta con una asignación presupuestaria propia dentro del presupuesto nacional y es también uno de los once programas definidos como prioritarios e incluidos dentro del Proyecto Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP) que se ejecuta con financiamiento del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF).

¹⁰⁶ Cfr. *Informe Nacional sobre el Avance de la Implementación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) a 15 años de su firma*. Este informe constituyó un insumo para el informe regional que elaboró la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas (CELADE) para presentar y discutir en un seminario técnico con especialistas de los países de la región en agosto de 2009 en Santiago de Chile.

El PNSSyPR tiene por objetivo general *garantizar y facilitar el acceso universal a los servicios de salud reproductiva*, lo que incluye: *alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; disminuir la morbimortalidad materno-infantil; prevenir embarazos no deseados; promover la salud sexual de los adolescentes; contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de VIH/sida y patologías genital y mamarias; garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable y **potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.***

Es dable destacar que en la ley 'homónima' de la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, a diferencia de la ley nacional sólo se hace mención a la *protección de la salud reproductiva* y a *la procreación responsable*, sin nombrar el *derecho a la salud sexual*, salvo en términos de educación o de información. En esta última se hace mención de las mujeres como exclusivas destinatarias de la atención durante el embarazo, parto y puerperio, refiriéndose solamente en un punto de la misma - a la inversa que en la ley nacional que promueve la potenciación de la decisión femenina en estos asuntos - a la ***promoción de la participación de los varones en el cuidado del embarazo, parto y puerperio, la salud reproductiva y la paternidad responsable***; dando por sentado que los mismos no participan espontáneamente. Una ley que, en el caso de la provincia, parece continuar en ciertos puntos la línea de 'naturalizar' que la salud reproductiva, el embarazo, el parto y puerperio y la responsabilidad de la procreación misma, siguen siendo, básicamente, asunto de mujeres.

EXPLORACIÓN EN TERRENO

La exploración en terreno consistió en la realización de una serie de entrevistas semi-estructuradas (17 en total) a trabajadores de diferentes niveles de atención - y con distintos cargos jerárquicos – pertenecientes a los servicios de salud mental, servicio social, servicio de ginecología, sala de maternidad y área programática del hospital M.Larraín de Berisso; los Centros de Salud de los barrios de Villa Progreso y El Carmen de la zona de la franja de Berisso y funcionarios del nivel central, coordinadores o responsables de los Programas del sistema de salud de la provincia de Buenos Aires - como el Materno-Infantil; el Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable; el Programa provincial de salud para la prevención de la violencia familiar y sexual y la asistencia a las víctimas del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires - que se basan en las leyes que imponen al Estado hacerse cargo y garantizar el derecho social a la salud, enfocando situaciones de emergencia y vulnerabilidad fundamentalmente en la población materno-infantil, protegiendo su acceso a la alimentación, a la atención de la salud reproductiva, la protección contra la violencia de género y control sanitario de niños y niñas.

- A. Cinco funcionarios del nivel central (Coordinadores de Programas provinciales – Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires)
- B. Dos del primer nivel de atención (Jefe del Centro de Salud del barrio Villa Progreso y Trabajadora Social del Centro de Salud de El Carmen del municipio de Berisso)
- C. Diez profesionales del Hospital M.Larraín de Berisso o segundo nivel de atención (cinco enfermeras de la Sala de maternidad; un referente del servicio de ginecología; dos psicólogas del servicio de salud mental, una trabajadora del servicio social y un referente del área programática)

En general, los profesionales entrevistados pertenecen a una franja etarea que comprende entre los treinta y cincuenta años, cuya extracción social corresponde a los sectores medios de la población, salvo en el caso de las enfermeras, las que provienen de estamentos de menores recursos materiales que el resto de profesionales y funcionarios, con un recorrido menos extenso en la educación formal (la mayoría carece de título universitario); con más de diez años de trabajo en promedio; y la mayoría pertenece al sexo femenino (catorce mujeres y tres hombres), lo que resulta proporcional a la correlación de género verificable con las disciplinas y especialidades médicas que se ocupan de la salud de la mujer y los niños, como la enfermería, la psicología, la obstetricia y la pediatría.

Es necesario aclarar que los cuestionarios confeccionados inicialmente iban sufriendo ligeras modificaciones que enriquecieron el instrumento original en la medida en que los supuestos y preguntas inaugurales iban incorporando nuevas aristas relacionadas con las representaciones y tradiciones culturales que estábamos indagando también en la bibliografía y en la documentación consultada; lo que

motivó, dependiendo del caso, que los sondeos se extendieran en algunas ocasiones, y persiguieran las líneas de razonamiento o de preocupación, las propias preguntas o certezas con respecto a las políticas del cuidado materno en general y del cuidado con respecto a las familias inmigrantes en particular; las que generaban no pocas adhesiones, críticas o replanteos en cuanto a su efectividad, forma de implementación, perspectiva intercultural o de género, y/o sus propuestas de mejora o profundización.

El tema principal -enfocado inicialmente en el discurso sobre las prácticas particulares que el equipo o grupo de profesionales desarrolla en el hospital de Berisso y en los centros de salud de su área programática con respecto a la población inmigrante y secundariamente en el discurso de los funcionarios y autoridades institucionales a cargo de la gestión de los planes y programas a nivel central- abrió así al reparo de consideraciones y temáticas afines que necesariamente debieron complementarse con la indagación de la documentación histórica sobre los programas, planes, acciones y discursos de funcionarios actuales y anteriores que participaron de su confección y desarrollo – rastreados en documentos, legislaciones antiguas, antecedentes de las actuales y vigentes; memorias colectivas o individuales y artículos recientes o más antiguos - interpelando a su vez a los acontecimientos de orden social y político que incidieron en dicha implementación y hasta en el ‘humor’ con que los trabajadores enfrentan en general su tarea.

Debemos destacar, y agradecer también, que la mayor parte de los entrevistados accedieron rápidamente a colaborar con los cuestionarios y casi todos tendieron a responder, prácticamente sin titubear, sobre los fundamentos y objetivos de sus programas a cargo, proyectos de trabajo o responsabilidades asistenciales; aunque no dejaron de sorprendernos con sus conocimientos e interpretaciones sobre normas, resoluciones u otros programas que se encuentran en vigencia o en desuso en nuestro sistema sanitario provincial - y que desconocíamos- ; como así también, a mostrar cierto asombro ante preguntas que a muchos no se le había ocurrido formular, a pesar de haber estado vigente en los medios, en el lapso en que se efectuaron las mismas - entre julio de 2010 y agosto de 2011- el tema de la reglamentación de la nueva ley de inmigración en vísperas del festejo por el bicentenario, y de los actuales adelantos en materia de legislación y de derechos ciudadanos en este sentido.

Descripción y análisis de los testimonios registrados

Realizaremos un relato de todos los testimonios recogidos en las encuestas efectuadas atendiendo fundamentalmente a un orden más temático que cronológico, pues las mismas se sucedieron de acuerdo a las posibilidades de tiempos y espacio de los entrevistados, por lo que respetar esta secuencia no presenta mayor relevancia; y sí es nuestro interés realizar un análisis de contenido de discurso destacando en ellos las coincidencias más frecuentes en los temas, en las opiniones

manifiestas, así como algunas divergencias y ‘subtextos’ que emergen en los intersticios de sus dichos, sus silencios y gestos, y que remarcaremos con cierto énfasis en los comentarios particulares de acuerdo a sus ámbitos de inserción e incidencia profesional.

En términos generales, y ante nuestra indagación inicial sobre el cuidado al que tiene derecho a acceder la población inmigrante, el conjunto de los entrevistados se apresuraba a afirmar que, en las prácticas de salud, no existe *‘una especificidad de acciones con relación a esta población en particular’*; e incluso, que *‘no hay un registro específico de dicha población’*, dato que pudimos corroborar incluso en los registros formales que recogen los servicios dedicados a la recepción de las parturientas; como en los casos, por ejemplo, de la ausencia del ítem *nacionalidad* en la exhaustiva Planilla de Historia Clínica Perinatal diseñada por la CLAP – OPS/OMS; o la ausencia del mismo ítem entre los datos de las consultas al equipo de planificación familiar del servicio de salud mental del hospital M.Larraín de Berisso, encargado de informar sobre el derecho a practicar la anticoncepción quirúrgica y el requisito de los consentimientos informados para efectuar las ligaduras de trompas y vasectomías¹⁰⁷; e incluso su falta de mención entre los datos de las planillas propuestas para el registro de consultas por violencia familiar y sexual del ministerio de salud de la provincia de Buenos Aires¹⁰⁸.

Ello se debe precisamente, según los reiterados testimonios, al malentendido de *‘no discriminar’* - en el supuesto de que inquirir sobre el origen étnico o la nacionalidad de un ciudadano/a constituiría *per se* un acto discriminatorio - no considerándolo incluso *‘un dato fundamental, que aporte al entendimiento de la patología o los trastornos de conducta y/o aprendizaje por los que habitualmente se consulta’*, ya que no se supone que *‘las estructuras psíquicas y sus síntomas difieran en general por su origen étnico o cultural’*, nos señala en este caso la psicóloga del área de consulta infantil del servicio de salud mental del Hospital de Berisso.

Nos comenta también dicha profesional, en este mismo sentido, que *‘son habitualmente terceros’* (por indicación de la escuela más frecuentemente) los que realizan la mayoría de las consultas por niños y niñas al servicio; y que las acciones y programas de salud mental *‘se dirigen a toda la población en situación de precariedad y de ausencia de cobertura’*; aclarando que, en todo caso, la *‘segregación’* por parte de los equipos de salud se produce en dirección a *‘toda la población empobrecida’*, y no a causa de su etnia o nacionalidad. Con respecto a las madres en particular *‘se discrimina’*, en todo caso, *‘a las que no cuidan’*, aseguraba por su parte la trabajadora social del primer nivel de atención consultada, así como lo reafirmó también una antigua integrante del Programa de Salud Reproductiva.

Sin embargo también comprobamos que, a poco de indagar, estas exclusiones o rechazos aparecen casi imperceptiblemente en algunos discursos. Por ejemplo, en uno de los comentarios de una alta funcionaria del Plan Materno-infantil

¹⁰⁷ Ver anexo II

¹⁰⁸ www.ms.gba.gov.ar/programas/violencia/documentacion.html

de la provincia se escucha, con un dejo de orgullo, pero también de ironía, que nuestro sistema, *'a pesar de sus limitaciones, es mucho más amplio que otros -el de Chile por ejemplo'-* y que *'aquí se atiende a todo el mundo, venga de donde venga'*. Dicho comentario podría pasar inadvertido salvo que una escucha atenta se pregunte ¿por qué la comparación? ¿es que nosotros somos los 'amplios y generosos'? ¿no cabría más bien una crítica a la discriminación efectuada por el país vecino aludido?... Como ejemplo, realiza una acotación que refuerza y termina revelando este sentido de 'exceso de magnificencia' en la que 'caemos' como sistema, refiriéndose a la asistencia a una niña boliviana *'que llega en un avión a operarse de urgencia a la provincia. Lo que, en todo caso, debería debatirse'*, señala, es *'si la embajada o el sistema de su país debería rembolsar los gastos del nuestro, ya que los recursos son finitos'*; lo que es reafirmado, por si quedara alguna duda, por otro alto funcionario que la acompañaba en la entrevista.

Otro comentario que comparte el mismo tono de 'sutil xenofobia' y crítica velada hacia la actitud de los inmigrantes de nuestros países limítrofes es el que refiere al Plan Nacer. Señala así que *'antes, podía entenderse como discriminatoria la no inscripción de niños argentinos, hijos de extranjeros, en el Plan'* – situación que acaba de ser modificada. Inmediatamente se preocupa por ofrecer una explicación: *'en realidad, no podía saberse si los padres, siendo extranjeros, tenían o no cobertura en sus países de origen, dado que el Plan sólo contempla a los sin cobertura'*. De todas formas, agrega, *'esto sigue siendo un problema: Por un lado, en las provincias limítrofes, como Misiones por ejemplo, la gente cruza permanentemente las fronteras para acceder a los efectores de salud, lo que genera las quejas del equipo'*, (frente a lo que reflexiona el otro funcionario presente en la entrevista: *'si fuera al revés, ellos también se quejarían!'*...); y por otro, la duda planteada *'es si esta situación no fomenta la ilegalidad'*, en la medida en que ofrecer esta cobertura podría, en esta lógica, 'premiar' una situación de infracción, lo que vuelve a revelar claramente la consideración de este beneficio como un privilegio, y a la salud como un bien al que se accede en determinadas circunstancias, y no como un derecho humano universal.

Otra de las funcionarias entrevistadas, ex integrante del Programa de salud reproductiva y procreación responsable, reconoce también esta discriminación disimulada en aquellas argumentaciones que plantean la atención a los habitantes extranjeros como *'un exceso de gasto que el sistema no podría afrontar'*, recomendando una respuesta que replicaría este mismo juicio: *'más gasto nos provocaría no atenderlos, en todo caso!'*, justificando así la atención en un sentido de interés económico y no de derecho.

También percibe, la misma entrevistada, la injusticia que significaba que el Plan Nacer – un proyecto de salud materno infantil que brinda cobertura a embarazadas, púerperas hasta 45 días y niños/as menores de 6 años que no tienen obra social y funciona en los hospitales, maternidades y centros de atención primaria; y cuya modalidad de gestión consiste en que la nación transfiere recursos a las provincias por inscripción de beneficiarios/as y cumplimiento de resultados sanitarios - no se extendiera a los inmigrantes. Al no recibir el financiamiento del

Plan, nos dice, los Centros de Salud *'desatendían'* a esta población incurriendo también, en este caso, en un doble acto discriminatorio: frente a los migrantes, pero también con los demás, ya que, otra vez, se los atiende en función del beneficio económico que implica el Plan, y no en reconocimiento de sus derechos.

Estas situaciones revelan a su vez que los textos de las leyes y programas que revisamos conjuntamente van muchas veces a la vanguardia en materia de protección de derechos ciudadanos con respecto a las prácticas rezagadas, poco *cuidadas* y entorpecidas de los equipos de Salud; y así lo registramos en los dichos de la misma funcionaria entrevistada: *'El mayor problema en cuanto a la discriminación no son los planes o las leyes, sino el poder que tiene el profesional dentro del consultorio, lo que desde las instancias centrales suele desconocerse. Se cree que basta con impartir directivas. Todos pueden aceptarlas de palabra, pero ¿qué pasa dentro del consultorio?...Por más que la ley diga, en la práctica, falla. Es el profesional el que marca el punto de inflexión en este tema. Y desde los programas y leyes, no se tienen en cuenta que estas prácticas...se basan sobre supuestos que no existen...Muchas veces, las acciones no fallan, como se suele creer desde el nivel central, por desconocimientos de los derechos por parte de la gente, o de información sobre las medidas de prevención. Tampoco porque los profesionales desconozcan estos derechos. Igual el primer turno se lo dan al argentino.'*

Desde esta misma conciencia, la funcionaria afirma que el problema no es, por lo tanto, de difusión de las leyes, como se insiste generalmente desde el nivel central, sino la cultura de las prácticas: *'¿Para qué se necesitan tantas leyes para que se hagan correctamente las cosas? ¿Para qué sirven? ¿Quiénes la aplican? ¿Quiénes lo dijeron? Se olvidan de los actores básicos: El equipo de salud y los destinatarios. En general, se trata de proyectos de ley para las postulaciones políticas. El colmo, hace poco, en una reunión muy importante, ante la presencia del ministro, se hace una presentación de un proyecto de ley para difundir la ley!...Era la ley de ligadura tubaria. Cuando el problema, se sabe, es otro! Una locura!'*

Y aquí también aparece un señalamiento en cuanto a la ausencia de dimensión intercultural de las acciones en salud, y a la dificultad de comprender que la misma no se reduce a la atención de extranjeros o de etnias diferentes, sino que incluye el trato igualitario a sujetos que pertenecen a sectores, clases o condiciones socioculturales diferentes de los profesionales, los que muchas veces son tratados como *'extranjeros'*, en el sentido esta vez de *'extraño'* – no familiar o fuera de lo común: *'Creo que antes de hablar de interculturalidad, hay que trabajar otras cosas, porque eso decanta solo. ¿Cómo pretender que se trate bien a un extranjero, si se desconoce que son personas las que se atienden? Es muy difícil bajar con un política de inmigración si aún no se entiende que lo primero que hay que hacer es humanizar el trato en general'*, como si se tratara de problemas diferentes.

Se insiste, además, en la falaz exclusividad materno-infantil del enfoque del Programa de Salud Reproductiva, cuyo extremo se muestra en la -hasta ese momento idea, luego efectivizada- decisión de extender la Asignación Universal por

Hijo a las embarazadas: ... (el Programa) *'se encuentra casi exclusivamente relacionado con la maternidad, cuando a la mujer hay que cuidarla como mujer, y no sólo por su potencialidad de ser madre. Pero es un sistema perverso. Sólo la mujer embarazada tiene privilegios. Hasta se está pensando otorgar una asignación universal para embarazadas!! No se puede dar plata porque estás embarazada!! Se paga por lo peor!! Se premia lo peor!!'*. Nuevamente, el beneficio se asocia a 'premio', no a derecho; y mucho menos universal, en la medida en que no existe una ayuda parecida para los asalariados, sin contar que se excluye a los hombres-padres –o futuros padres- del mismo; y se prescinde también de la capacitación, en estos temas, de todos los otros profesionales más allá de ginecólogos y obstetras, que deberían participar de la atención integral: *'Todo está orientado a la mujer-madre. Por más que discursivamente se insista en la participación masculina, todos los referentes de los programas son ginecólogos y obstetras. ¿Qué varón va a consultarlos? Si sus objetivos son universales, se debería dirigir sus acciones a otros profesionales, los clínicos por ejemplo. Las capacitaciones están orientadas (sólo) a la mujer'*.

Tampoco en el 1er Nivel de Atención se registra la cantidad de extranjeros o inmigrantes que consultan, salvo a los que solicitan o se detecta que necesitan tramitar la documentación para obtener la nacionalidad o la residencia. Sí se afirma, como nos manifestaba la trabajadora social de uno de los Centros, la percepción de *'muchas situaciones de mujeres que dejan a sus primogénitos en sus países o ciudades de origen, y vuelven a formar familia o tener hijos aquí'*. No se reconocen, nos comentaba el Jefe de otro de los Centros, discriminaciones, aunque sí *'ciertos gestos o comentarios discriminatorios o xenófobos que se dejan escuchar a veces en boca de algunos trabajadores (en mayor medida, señala, los que atienden en mesa de entrada y dan los turnos, por ejemplo)'*, gente que muchas veces es del barrio, es decir, que pertenece generalmente a la misma clase o condición sociocultural de los que son asistidos. En este caso, la 'diferencia' que parece querer hacerse valer es la de pertenecer a una jerarquía –institucional o laboral- superior. Entra aquí a jugar aquella categoría considerada por S. Freud como *el narcisismo de las pequeñas diferencias*¹⁰⁹, que no por pequeñas se expresan con menos violencia; incluso, todo lo contrario: se intensifica su agresividad.

En este primer nivel, como en el segundo, se asegura que *'los planes y programas son para todos'*. Sin embargo, el insistente registro de que hoy habría más población migrante en atención que antes: *'Hemos tenido más internaciones de madres extranjeras en estos últimos 10 años, sobre todo de bolivianas y peruanas'* cuando esto no se verifica en las estadísticas - en los libros de parto, no se identifica un número significativo. Sólo 5 o 6 de unos 60 partos mensuales son de extranjeras, en su mayoría peruanas o paraguayas- lo que completa un cuadro de enmascaramiento de esta inequidad, cuya marca se manifiesta tanto en los subtextos, como en huellas de comentarios al pasar¹¹⁰.

¹⁰⁹ Cfr. *El malestar en la cultura* (1930 [1929]); Obras Completas; Amorrortu ed.

¹¹⁰ Ver anexo I

Esta negación es expresada por una de las enfermeras entrevistadas en la Sala de Maternidad del Hospital, cuando, asegurando que no se hacen diferencias, afirma: *‘Con las madres bolivianas tenemos el único problema de que no podíamos hacer que suban a la camilla para dar a luz!’*.

En la entrevista realizada a la trabajadora social de uno de los Centros del primer nivel de atención se destaca que **a la Asignación Universal por Hijo no la pueden cobrar los extranjeros...**desconocimiento que sorprende (incluso a la entrevistada misma cuando se le señala) precisamente, al provenir de una profesional probadamente comprometida con la formación e implementación de una atención primaria integral. Cuando se le recuerda que no es eso lo que dice el texto, se remite a él y, con cierta perplejidad, se rectifica, pues en el mismo se afirma que siempre que demuestren la residencia en el país, no están excluidos del beneficio.

En este punto, la entrevistada admite que, casi automáticamente se ‘justifica’ la exclusión del extranjero, resida o no en el país, de cualquier beneficio social o de salud.

Nos advierte además que la residencia *‘es un trámite engorroso’*, para la que se deben hacer múltiples gestiones en el país de origen, pagar a gestores, cuando lo pueden hacer, pues muchos no saben leer, y no pocas veces los estafan; y luego, con el tiempo, los papeles pierden vigencia, y deben volver a empezar.... *‘Es un cuello de botella, tramposo: Todos tienen derecho! Pero’*....en la práctica, no es real el acceso, aunque los discursos y los textos lo aseveren.

A partir de este punto, la trabajadora demostró su inquietud por revisar otros beneficios que ella entendió siempre, estaban vedados a los extranjeros. Con sorpresa fuimos descubriendo en los textos que, si bien contemplan a los residentes en el país, las condiciones distan de ser igualitarias.

Por ejemplo, para acceder a las **Pensiones para Madres de 7 hijos**, la extranjera tiene que acreditar una **residencia de 15 años** en el país...además, debe fotocopiar la tercera página del DNI, a diferencia del nativo, para demostrar la ciudadanía.

*‘En Provincia existe, incluso, la **Pensión para Madre Sola**, que les permite contar con obra social – IOMA- sin importar la cantidad de hijos. Más ridículo todavía! Se otorga un beneficio por estar sola! Lo que, a veces, hace que las mujeres escondan o mientan sobre su verdadera situación de pareja, exponiéndose a otros perjuicios, psíquicos o sociales...’Matan al marido’ para obtener más recursos...Esto se refuerza en las políticas’;* lo que nos condujo a rematar, con un dejo de ironía, que, socialmente, ‘vale más una madre sola’ que...(cien) mujeres, en cualquier otra condición!

Y continúa: *‘para acceder a una **Pensión por Vejez**, debe certificarse una residencia mínima de **20 años**; al igual que para obtener una **Pensión por Invalidez**, si se es extranjero, siendo indispensable tramitar todo con el DNI; sin embargo, acá*

hay gente que hace más de 15 años que reside y no puede conseguirlo. Esto implica que, aunque en teoría existan las leyes, en la práctica hay una marginalización complicada'; nos afirma la misma profesional.

'Yo creo que Migraciones debería contratar trabajadores sociales para evaluar las condiciones de los inmigrante y garantizar que se cumplan las leyes, pero no lo hace...y dejan librado a un sistema que responde con prejuicio y desconocimiento...Está la ley, pero existe una barrera real a la accesibilidad', corrobora.

*'Esto lleva a situaciones en que las familias mienten sobre el lugar de nacimiento de los hijos, para evitar el tramiterío internacional, y termina siendo peor! No se puede establecer el origen y por lo tanto, a veces la verdadera identidad de los niños!...También sucede que, cuando tienen hijos argentinos, los adultos ya no hacen los trámites de nacionalidad pues, en muchos casos, es a través de los niños que acceden a los beneficios, como en el caso del **Plan Nacer**; sin advertir que se exponen a otras exclusiones'...*

Cuando la interrogo sobre si se ha dado el caso de que algún padre reclame estos beneficios, inmediatamente afirma: *'Padres?...no hay!. Además, la cultura paraguaya en este punto es más machista y tradicional que la nuestra. En el relato, el lugar de la mujer es de recontra-sometimiento. Las mujeres cuidan a los niños y se ocupan de la comida y las tareas domésticas. Se naturaliza la atención de las mujeres a los hombres. El hombre es el que trabaja, aunque muchas trabajen en el servicio doméstico. Al Centro vienen las mujeres. Los hombres sólo acuden 'de últimas', cuando no pueden trabajar, salvo los muy viejitos que vienen a tomarse la presión'.*

'Recuerdo un solo caso que para todos era conmovedor. Producto de la reflexión, al interior del equipo, de por qué no acudir al padre ante la imposibilidad, en este caso, de convocar la responsabilidad materna...Pero siempre es por defeción de la figura materna, nunca se piensa, de entrada, que la responsabilidad es compartida. Cuando aparece un padre solo con un hijo, es un 'ídolo'!. En el imaginario social, tiene peso! Cuando por poco, en realidad, lo quería regalar al hijo!'

Y asegura: *'Nosotros, como equipo, reforzamos muchas veces esa responsabilidad materna. Para mí fue un desafío que nos preguntemos ¿dónde están los hombres?. Mientras aparecen las madres, todo está cubierto'.*

De acuerdo a estos testimonios constatamos asimismo la percepción de que las madres de los sectores desfavorecidos, sean migrantes o no, no siempre quedan embarazadas por falta de información... *'No es que no sepan de prevención: No les interesa (señala una enfermera de la Sala de Maternidad del Hospital)... Muchas veces, las acciones no fallan, como se suele creer desde el nivel central, por desconocimientos de los derechos por parte de la gente, o de información sobre las medidas de prevención. Por más que se les diga, no vienen a los cursos sobre sexualidad y maternidad responsable, no solicitan anti-conceptivos, no retiran las*

pastillas ni los profilácticos. Tampoco pasa porque los profesionales desconozcan estos derechos' dice por su parte una funcionaria Nivel Central...muchas acuden directamente a prácticas abortivas, y otras, a pesar de contar con ciertos medios, se niegan a abortar...'*Las adolescentes hacen más abortos, o idealizan la maternidad: Quieren tener algo propio, que sea de ellas, que les pertenezca'* según los dichos de otra enfermera de la sala de maternidad del Hospital....

Lejos de la idea de muchas profesionales progresistas o feministas en este punto, constatamos que las mujeres de los sectores más desfavorecidos no rechazan la maternidad. La eligen muchas veces, y cuando su elección no es reconocida, se manifiestan apenadas y sufren por eso. Con respecto a los motivos por los cuales las mujeres sexualmente activas no utilizan métodos anticonceptivos, es interesante destacar lo señalado por Abdala F., Bertoncetto R., Binstock G., Cerrutti, M., Geldstein, R., Lattes, A., Maguid A., Moreno M., y Pantelides, E.; en cuanto a que el desconocimiento y los problemas de acceso representan porcentajes mínimos, mientras que una quinta parte expresa desear embarazarse¹¹¹.

Las experiencias y la memoria profesional en este asunto nos revelan que los hijos más que una carga parecen ser, para muchas de ellas, como en épocas pretéritas, la única seguridad para el período improductivo de la vejez; a la vez que, en muchos casos, colman una carencia afectiva y social que compensa sus distintas frustraciones... Tener un hijo constituye frecuentemente, para estas mujeres, el acceso a un status, una función, un rol social; *'para algunas, darle un hijo a un hombre es todo lo que sienten que pueden ofrecer'* (nos señala una psicóloga del servicio de Salud Mental)...

Algunas mujeres incluso rechazan la anticoncepción porque su cultura privilegia la maternidad como fundamento de la identidad femenina. Dejan 'hacer a la naturaleza' y generan tantos hijos como les permita su cuerpo. Aunque se quejan abiertamente de ello, no hacen nada por intentar cambiar el rumbo de las cosas, corrobora además la misma psicóloga.

Para las adolescentes significa, en algunos casos, el ingreso a la vida adulta, la posibilidad de recibir atención y consideración de los demás quizá por primera vez. También es cierto que cuando el bebé llega, algunas se sienten perdidas por las exigencias, agotadas por la carga que éstas significan... *'Están más preocupadas por su pareja que por el chico. Uno adivina, cuando las ve cómo se conducen, que esos niños volverán rápidamente por alguna enfermedad o trastorno al hospital; y todo recae sobre la enfermera...Uno se da cuenta enseguida cuando el bebe fue deseado o no. A los 2 meses vienen desnutridos, con la cola paspada, no están cuidados...A veces también te das cuenta cuando una madre va a dar (en adopción?) a un bebe'*...admiten las enfermeras de la sala de Maternidad del Hospital.

¹¹¹ En *Informe para el análisis de la situación de la población en Argentina*; Centro de Estudios de Población y UNFPA (2009)

Aquí parece emerger también el prejuicio de 'descuidadas' y la calificación despectiva que reciben las madres cuando no alcanzan la expectativa de los profesionales de la salud en cuanto a las 'competencias' o la 'capacidad' que debe demostrar una mujer cuando da a luz: *'Ahora se ve más que antes la desaprensión materna', insisten... 'Uno tiene que lidiar con pacientes adolescentes, adictas, y los novios, las parejas, los amantes... están más preocupadas por su pareja que por el chico; incluso se debe cuidar que los padres no se roben a los bebés, y que las madres los atiendan'*... Es notable que en esta concepción, el padre es tan ajeno a la responsabilidad de la procreación que hasta se lo registra como un 'intruso', sin ningún derecho sobre su propio hijo.

Incluso se considera esta falta de habilidades o descuidos, fundamentalmente de las más jóvenes, como una especie de 'herencia' intergeneracional: *'La juventud ahora está así, por falta de amor de las madres. Uno tendría que saber (que haber aprendido) que un hijo necesita todo'*. Aclaremos que este 'todo' se refiere a la exclusiva y excluyente atención de las madres.

La mayoría de los profesionales continúa asegurando que *'más que por ser extranjeras, los problemas en la relación de las madres con los bebés los vemos cuando fueron maltratadas o violadas: No quieren darles la teta, o la mamadera, y nos tenemos que hacer cargo nosotras'*, comentan las enfermeras.

El sutil borramiento de la palabra *Sexual* en el nombre mismo del Programa de Salud Reproductiva y Procreación Responsable en el ámbito provincial merece una atención particular. Además de una cuestión 'informática' referida por una de nuestras entrevistadas anteriormente a cargo de dicho programa - quien cuenta la anécdota de que *'no podía usarse el término 'sexual' en las PC del Ministerio, pues inmediatamente se detenía la operación cibernética'*...- aparece a las claras que, de esta manera, y retomando su propio texto *'sólo se enfoca la preparación de la mujer para la procreación responsable... La Salud reproductiva y la procreación responsable es diferente de la Salud sexual... **Lo sexual queda afuera de la ley!**'*. A ello, debemos añadir que, si bien como lo afirma otra de nuestras entrevistadas también responsable del mismo programa a nivel provincial, la salida de la órbita materno-infantil es percibida como un progreso, la ausencia de presupuesto inicial, y la notable diferencia en el volumen del mismo comparado con el Programa Materno-Infantil luego, también indican una subvaloración en términos de la gestión de Salud.

Además de todos los aspectos 'negativos' señalados en función de las marcas y huellas halladas en los discursos de los entrevistados, también debemos señalar la apreciación de algunas 'ventajas' que los programas y planes aportan para la visibilización y 'discriminación positiva' de esta población. En este sentido las enfermeras del hospital expresaban: *'Ahora, gracias a los subsidios, por lo menos vacunan más a los chicos, les hacen los documentos, los mandan a la escuela... Hace poco, una mamá de 16 años que reclamó un subsidio, descubrimos que no sólo los niños no tenían documentos: ella tampoco, y no era extranjera...o: los extranjeros muchas veces son más ordenados con la documentación. Han visto tanta miseria en su lugar de origen que llegan acá y encuentran un paraíso! Los bolivianos,*

por ejemplo, se organizan muy bien. A los peruanos les interesa que sus hijos puedan estudiar, lleguen a la facultad, lo que en su país sería imposible por los costos. El argentino es más quedado. Porque no tenemos raíces, somos más mezcla; o, como afirma la trabajadora social del 1er nivel: Los extranjeros, paraguayos en su mayoría en esta zona – hay 3 o 4 manzanas que son todas familias del Paraguay- han desarrollado con el tiempo condiciones materiales más dignas, a veces, que los propios nativos. Las mejores caritas son las de extranjeros...La gente de Paraguay es más conciente y respetuosa de las posibilidades y recursos del Centro. El ‘nativo’ reclama y exige más, y de peor modo’.

En palabras de los responsables del recientemente independizado Programa Provincial de Salud Reproductiva (SR) y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la provincia de Bs.As. se nos aclara que, a pesar del tiempo que lleva ya su creación e implementación en nuestro país, *‘la sexualidad (Salud Sexual (SS)’ continúa siendo ‘el tema ausente. Es el tema que no se aborda desde los equipos de salud’.* Las consultas se refieren generalmente a los métodos anticonceptivos (MAC) y son fundamentalmente de mujeres... Y *‘en SS y SR, no se tiene acceso concreto, no solamente las mujeres, sino también los varones’,* como *‘el acceso a vasectomías’.* En este punto, se afirma, *‘no hay servicios adecuados y suficientes. No hay oferta. Este también es un tema a instalar’.*

Se nos aclara, además, que se equipara *‘género a lo que es sexo, porque no hay indicadores específicos de género’..*lo cual invisibiliza de esta forma precisamente lo que está más valiosamente en juego en el concepto: el registro de la inequidad con relación a las diferencias.

Desde hace un tiempo, nos informan, se viene haciendo *‘desde Nación un diagnóstico con organizaciones de diversidad sexual’,* donde se ve surgir claramente *‘esta cuestión del acceso a los servicios, los obstáculos y barreras culturales que existen para las minorías sexuales’;* a pesar de haber identificado que en la provincia existen desde hace tiempo, resoluciones que protegen la identidad de género, como la que permite, desde el año 2007, *‘que a la persona se la llame por su nombre y no por el DNI. Esta resolución debería estar en la puerta de entrada para trabajar con los equipos de salud, pero se desconoce su existencia’.*

Con respecto al registro en estos temas de la población migrante, la respuesta fue que, *‘más que nada, en principio’,* el diagnóstico estaba *‘orientado a lo que se refiere a la diversidad sexual’* y no de etnias. Por lo que podemos comprobar que el tema está ausente en los objetivos y las prácticas que de él se desprenden. La *diversidad* es sólo pensada, por el momento, en términos de *género,* o de *elección sexual.* El único comentario referido a las diferencias culturales fue que ***‘en salud todavía, el cuidado de la salud reproductiva, la responsabilidad del cuidado, pasa por la mujer. Si hoy buscan preservativos, eso sí aparece. Pero el cuidado de la salud sexual recae sobre la mujer, como el cuidado de la familia. Se reproduce eso en el cuidado de la salud sexual. Así como la mujer es responsable del cuidado, y en algunas culturas, la idiosincrasia de las distintas culturas, aparece también, por ejemplo, algo que llama la atención: que la mujer se cuida con pastillas,***

implica que la mujer es infiel... Tiene que ver con una visión muy patriarcal. Que se quieran cuidar, les juega en contra a la hora de las relaciones...Estoy hablando de todo lo que es NEA, NOA (noreste y noroeste argentino) con todos los mandatos culturales, que aparece más el machismo y la cuestión patriarcal, y aparece en relación al cuidado. Que una mujer quiera cuidarse genera sospecha. Que la mujer lleve preservativo, es mal visto. Es una realidad. Es lo que atraviesa la cuestión ideológica y cultural.... Hay denuncias de que siguen haciendo legrados sin anestesia!. Tiene que ver con la cuestión punitiva hacia la mujer...Hay profesionales que, por ejemplo, para hacer una ligadura, te dicen: Yo le tengo que pedir el consentimiento a la pareja. O que haya tenido hijos. No es necesario para hacer una ligadura!. La ley dice si es mayor de 18 años, y con consentimiento informado, es suficiente. ¿Qué tiene que ver si tiene 10 hijos previos? si tiene 18 años...por ahí hay que tratar de que utilice otro MAC, reversible, pero no por eso negar la práctica. ¿Y si después tiene otra pareja, y quiere tener hijos? ¡Pero eso no es asunto del médico!, para eso la mujer firma el consentimiento, se hace responsable. ¿Te das cuenta?, ¡ni siquiera la firma de un consentimiento es válido!. Aunque sea de la mujer, ¡no tiene valor!

Con relación a estos temas, en la entrevista efectuada a la integrante del servicio de salud mental del hospital de Berisso responsable del equipo de planificación familiar encargado de informar sobre el derecho a practicar la anticoncepción quirúrgica y el requisito de los consentimientos informados para efectuar las ligaduras de trompas y vasectomías, se nos informa que generalmente estas consultas no son espontáneas, sino que las mujeres, y casi exclusivamente ellas -*'muy rara vez la acompaña la pareja'*- están derivadas por los médicos, quienes *'tienen más cuidado con las más jóvenes, a quienes en general no les proponen la ligadura, sino otros métodos'*¹¹².

En lo tocante al consentimiento informado, donde se juega el derecho de las parejas con relación a su salud reproductiva y su decisión de tener, o mejor, de **no tener** hijos, pasa algo particular, pues, si bien *'el consentimiento informado'*, nos aclaran, *'no obliga a que al o a la paciente los vea un equipo de profesionales, el problema es que, muchas veces, los médicos lo comunican como un requisito: 'Vamos a ver si la psicóloga te lo autoriza', cuando en realidad, nosotros sólo debemos advertir que la decisión es irreversible; que hay otros métodos, que también la pareja puede realizar una vasectomía'*, etc. Volvemos a registrar aquí otra vez, la 'incomodidad' que continua existiendo en el orden médico para aceptar que las decisiones sobre el cuerpo, y fundamentalmente sobre su genitalidad y aparato reproductor, se conviertan en dominio de las personas, de las mujeres en particular, más allá de su incumbencia profesional, ¿y moral?.

Este 'prurito' médico se complementa con las barreras hacia las vasectomías...*'desde que se implementó el equipo, hubo una sola consulta de un*

¹¹² Ver **Anexo II Consultas para efectuarse la ligadura de trompas al servicio de salud mental del hospital M.Larraín de Berisso**

hombre que solicitó una vasectomía, pero fue derivado a otro hospital, con 'la excusa' de que 'no había condiciones adecuadas en el hospital para realizarla'. En realidad, hay prejuicio... Incluso cuando el hombre está presente, la decisión suele ser: 'Hágaselo a ella'

En este punto, la psicóloga nos aclara que lo básico de su función es *'que esto es un derecho de la persona, del que sólo se indagan las condiciones y el contexto psicosocial para evitar que estas decisiones resulten 'actings' (una acción o conducta que reactualiza impulsivamente algo que debería recordarse o ponerse en palabras; en el proceso de un duelo, por ejemplo, o una identificación riesgosa. En algún caso, había en juego una posible identificación con una hermana de la paciente que, después de ligarse las trompas, se suicida); o de que existan presiones ajenas al deseo del sujeto demandante. A veces están enojadas con sus parejas y 'no quieren darle más hijos' para que ellos 'no la aten'. Otras, no quieren repetir la historia familiar; y otras tienen una posición y una decisión claras y quieren parar de tener hijos; algunas deciden tener un último hijo 'por la pareja' –es frecuente que hablen de 'darle un hijo', para sostener la relación- y otras tantas que no han buscado el embarazo, pero no decidieron abortar por sus creencias;... hay de todo'.*

Con respecto a la consulta de migrantes, la respuesta se reitera en cuanto a la falta de registro de esta situación, y su confusión con una intención que, paradójicamente, se considera discriminadora... *'Yo no pregunto la nacionalidad si no es necesario. Sólo solicito el dato si la historia o el contexto de la persona resulta relevante en la entrevista, si no, no... No sé si tiene que ver con que sean de otro país'. Pero al respecto, recuerda una oportunidad en que, 'en un caso de extranjeros, el marido se negaba a que a la mujer le hicieran una cesárea...pero los médicos priorizan al bebe y a la salud de la mujer (madre)'.*

Finalmente, *'lo que he notado', nos cuenta, 'es que muchas de las chicas más jóvenes que solicitan la ligadura se posicionan como 'no cuidadas'. Son mujeres que dependen más de una mujer mayor, que puede ser la abuela, que organiza y cuida a la familia y se encarga de las mujeres más jóvenes y de los niños. Como un matriarcado. Los hombres no están, o trabajan afuera, lejos. Parecen mujeres que tienen hijos, muchos a veces, buscando un lugar de ser cuidadas o de ser consideradas por el Otro (o los otros)'.*

Y compartiendo el temor, acompañamos a la entrevistada en la siguiente reflexión: *'A veces me pregunto, además, si nuestra función no es invasiva también, con respecto al cuerpo de la mujer, y sus decisiones íntimas'...*

ANEXO I

LIBRO DE PARTOS DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL M. LARRAÍN DE BERISSO

JULIO/10

TOTAL 57 PARTOS

5 CIUDADANAS EXTRANJERAS:

- 2 CIUDADANAS PERUANAS; 37 y 32 años
- 2 CIUDADANAS BOLIVIANAS; 36 y 31 años
- 1 CIUDADANA PARAGUAYA; 31 años

AGOSTO/10

TOTAL 66 PARTOS

5 CIUDADANAS EXTRANJERAS:

- 3 CIUDADANAS PERUANAS; 30, 24 años y una sin registro de la edad.
- 2 CIUDADANAS PARAGUAYAS; 21 y 22 años.

SEPTIEMBRE/10

TOTAL 63 PARTOS

6 CIUDADANAS EXTRANJERAS:

- 3 CIUDADANAS PERUANAS; 27, 36 y 35 años
- 3 CIUDADANAS PARAGUAYAS; 21, 29 y 19 años

En 13 casos de los 16, salvo en 3 (1 ciudadana peruana de 27 años y 2 ciudadanas paraguayas de 22 y de 29 años), se registran datos de la pareja.

ANEXO II

CONSULTAS AL EQUIPO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL M.LARRAÍN DE BERISSO, ENCARGADO DE INFORMAR SOBRE EL DERECHO A PRACTICAR LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA Y EL REQUISITO DE LOS CONSENTIMIENTOS INFORMADOS PARA EFECTUAR LAS LIGADURAS DE TROMPAS Y VASECTOMÍAS

Año

2008-2009= 65 mujeres

2009-2010= 66 mujeres

2010-2011=69 mujeres

2011 hasta Julio=23 mujeres

Vienen con el marido: 6

1 pedido de vasectomía

Total desde 2008 hasta Julio 2011= 223 mujeres y un hombre

Edad

Entre 20 y 25= 36 16,14%

Entre 26-30=72 32,28%

Entre 31-35=68 30,49%

Entre 36-40=42 18,83%

Más de 40=5 2,24%

Razones

Criterio médico: 75 33%

Criterio económico: 'por tener muchos hijos': 63 %28

Sólo por no tener más hijos:18 8%

Criterio de liberación, decisión para otra cosa: 38 16,8%

Otros:

Por 'no ser buena madre'

Por 'separarse del marido'

'Para no seguir dando hijos a un hombre y que luego se vaya'

'Para no ser como las mujeres de mi familia "llena de hijos"'

POLÍTICAS PÚBLICAS:

Planes y Programas Sociales

Se observa, como tendencia general en América Latina y, seguramente, en otros lugares, que las mujeres responden positivamente a las propuestas que se encuentran en el campo de competencia de la reproducción familiar y el bienestar comunal. Tal es el caso programas de alimentación, de salud, o de proyectos productivos destinados a elevar el ingreso familiar y/ o mejorar la calidad de vida.

Luego de la larga noche de la dictadura militar de los '70 y sus políticas neoliberales, la llegada de la democracia a nuestro país no implicó que la pobreza disminuyera o se estancara en su crecimiento. Por el contrario, la misma no sólo aumentó sino que, a su vez, adquirió nuevas formas, si pensamos que alcanzó una mayor 'visibilidad social'¹¹³. Los pobres se urbanizaron y a partir de este hecho, fue imposible eludir la mirada de estas problemáticas.

Para "emparchar" situaciones de extrema carencia a nivel nacional, provincial y municipal, el Estado lanzó "planes de ayuda" que el licenciado en ciencias políticas y sociales E.Tenti Fanfani no escatima en llamar "asistenciales y promocionales" y, algunas veces, hasta "de carácter proselitista"¹¹⁴.

En determinadas oportunidades, la pobreza y la vulnerabilidad que se deriva de ella parece ser utilizada por el poder para lograr réditos políticos - haciendo uso precisamente del voluntariado de las mujeres - y nos permite visualizar cómo este tipo de programas impacta en las clases sociales poco acomodadas, revirtiendo el concepto de participación con prácticas cuyos buenos resultados a nivel de la salud no alcanzan para justificarlas como acciones de promoción de derechos.

Programas Materno-infantiles nacionales

El órgano de formulación y aplicación de las políticas materno-infantiles del Estado nacional es La *Dirección Nacional de Maternidad e Infancia*¹¹⁵. Desde allí el **Programa Nacional Materno-infantil**, que se financia con fondos del Estado y también con el aporte de la cooperación internacional, realiza su propuesta estratégica reconociendo el concepto de derechos ciudadanos presente en el *Compromiso Nacional en favor de la Madre y el Niño*, asumido ante la *Cumbre*

¹¹³Cfr. A. Borón, *Estamos mal pero vamos bien. Pobreza y ajuste neoliberal*: en revista Doxa N13/14, 1995.

¹¹⁴En *Estado y pobreza: estrategias típicas de intervención/1*. CEAL 1989.

¹¹⁵ *Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios - Subsecretaría de Salud Comunitaria - Ministerio de Salud de la Nación*.

Mundial a Favor de la Infancia (1990) y teniendo en cuenta, en particular, la *Convención Internacional Sobre los Derechos del Niño* (1989) y la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer* (1979). Sus actividades se enmarcan en los lineamientos de la *Ley Nacional N° 26.061* (2005), de *Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños Y Adolescentes*.

A través de la asistencia técnica y financiera al sector salud de las provincias argentinas, la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia procura alcanzar los siguientes objetivos:

- *Reducir las probabilidades de enfermar o morir de la población de mujeres, niños, niñas y adolescentes.*
- *Reducir las desigualdades entre los indicadores de salud correspondientes a cada uno de los géneros, las distintas áreas geográficas, los niveles socio-económicos, **etnias**¹¹⁶, etc.*
- *Mejorar la cobertura y calidad de los servicios de salud, así como las posibilidades de acceso a ellos de toda la población, en especial de los más desfavorecidos.*
- *Promover la participación ciudadana en las cuestiones relacionadas con la salud materno-infantil de la población.*

Para la implementación de las políticas de salud materno infantil fueron fijados tres ejes estratégicos prioritarios: *Salud Perinatal, Salud Integral del Niño y Salud Integral en la Adolescencia*.

En esta dirección también, el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación incorpora al ya existente Régimen de Asignaciones Familiares, el nuevo **Programa Asignación Universal por Hijo** (decreto 1602/09), que se implementó recientemente (noviembre de 2009) con la finalidad de aliviar la situación de vulnerabilidad de los niños/as y adolescentes cuyos padres están desempleados o con empleos informales, es decir, que intenta equiparar la protección social que tienen los niños con padres insertos en el mercado laboral formal. A cambio, el titular debe presentar anualmente la Libreta Nacional de Seguridad Social, Salud y Educación, en la que los profesionales de la salud y educación registran, en sus respectivas áreas, los controles médicos, los esquemas de vacunación, la inscripción al *Plan Nacer* y la asistencia a la escuela, requisitos indispensables para poder cobrar la Asignación Universal.

De esta manera, se otorga un subsidio a uno solo de los padres, tutor, curador, guardador o pariente por consanguinidad hasta el tercer grado (un abuelo, un tío, hermano mayor de 18 años), por cada menor de dieciocho (18) años -hasta un máximo de 5 niños- que se encuentre a su cargo, o sin límite de edad cuando se trate de un discapacitado, *privilegiando a la mamá* al igual que en los otros programas sociales como el de **Familias por la Inclusión Social** y el **Programa**

¹¹⁶ El subrayado es nuestro y resalta el compromiso enunciado de la Dirección con la perspectiva intercultural.

Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, hecho establecido en este caso por la Resolución 393/2009 del ANSES, que en su artículo 10 determina: Cuando la tenencia del niño, adolescente o persona discapacitada sea compartida por ambos padres, la madre tendrá prelación sobre el padre en la titularidad de la prestación...¹¹⁷.

Al poco tiempo de implementación del programa se destaca una palpable realidad: el 87% de los titulares son mujeres-madres (marzo de 2010)¹¹⁸, lo que significa, en principio, que el cumplimiento de las condicionalidades establecidas en salud y educación recae, nuevamente, y de manera exclusiva, sobre ellas.

Por su parte el **Plan Nacer**, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación - al que deben suscribirse los beneficiarios a la Asignación Universal por Hijo- surge en el año 2004, en el marco del Plan Federal de Salud, con el objetivo de *brindar más y mejor salud a las mujeres embarazadas y niños y niñas hasta los 6 años de edad sin obra social*. Su funcionamiento consiste en que, por cada consulta y práctica médica realizada a los beneficiarios inscriptos del plan, el centro de salud u hospital recibe recursos para mejorar el edificio, comprar equipamiento y mejorar la calidad de atención. Cada prestador decide en qué invertir para mejorar el cuidado la salud de la población.

En aquellos ejes y en estas condiciones podemos percibir el cuidado central que se le otorga, ya desde los enunciados, al *niño* en primera instancia, y a su *madre biológica* en segundo lugar, mientras la salud integral de la mujer no se encuentra priorizada en el mismo nivel, y sí lo es, casi excluyentemente desde este enfoque, en función de su maternidad. Es así que comenzamos a registrar las inequidades que presentan estas políticas públicas de cuidado en la atención integral de las mujeres, más allá de su ser madre, y la aparente ausencia de consideración hacia otros integrantes de las familias o de la comunidad donde habitan, quienes pueden estar verdadera y efectivamente a cargo del cuidado infantil.

En este sentido, adherimos una vez más a las palabras de E.Jelin, quien afirma que *en términos del reconocimiento social y la regulación de las responsabilidades mutuas derivadas de las relaciones de parentesco, la existencia y visibilidad de nuevas relaciones familiares requieren atención por parte de la legislación y las políticas públicas...Los padrastros y madrastras de antaño...han sido reemplazados por parejas de padres y madres en familias ensambladas, con hijos e hijas que conviven y comparten actividades familiares sin ser hermanos, con "abuelos" y "abuelas" que no lo son en términos legales o genéticos. Las expectativas sociales acerca de los deberes y responsabilidades de estos nuevos vínculos están en flujo. Obviamente, no se puede ni se debe legislar el amor y el afecto. Lo que sí se puede y debe hacer es establecer algunos parámetros que*

¹¹⁷ El subrayado es nuestro.

¹¹⁸ Cfr: G.Cogliandro; *Programa Asignación Universal por Hijo para la Protección Social: niños y niñas beneficiarios y las madres principales titulares*; en Boletín de la Maternidad n° 9; Observatorio de la Maternidad; BsAs; junio de 2010.

*permitan incorporar a estos vínculos como posibles depositarios de responsabilidades cuando se trata de proteger y contener a personas vulnerables que lo necesitan*¹¹⁹.

Programas y planes sociales y sanitarios provinciales

El **Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable** (PPSRyPR) se crea a partir de la Ley 13.066 sancionada en Mayo de 2003 (y el decreto reglamentario 2327 de noviembre de 2003 que establece su implementación en el ámbito del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires), con el propósito de garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la salud reproductiva y la procreación responsable, para toda la población sin discriminación alguna (Art. 2 Ley 13.066). Como habíamos referido anteriormente, no se menciona a la **salud sexual** en su denominación.

En el año 2007 mediante el Decreto 4559 del Ministerio de Salud se agregan las prácticas denominadas Ligadura de Trompas de Falopio y Ligadura de Conductos Deferentes o Vasectomía, como métodos de anticoncepción, en concordancia con la Ley Nacional Nro. 26.130 de anticoncepción quirúrgica.

A su vez, en el año 2006 (Resolución N° 1245) el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) de la provincia de Buenos Aires aprueba el Plan SER de Salud Sexual y Reproductiva. El mismo tiene como objetivo la prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las enfermedades de transmisión sexual y cáncer genito mamario, y busca garantizar el acceso a la información sobre salud sexual y reproductiva, encuadrándose en las obligaciones emanadas de la Ley 13.066.

Desde su creación, al igual que en su inicio en el ámbito nacional, el programa funcionó como subprograma dentro del Área Materno Infantil. En mayo de 2010 mediante resolución N° 1395, comienza a funcionar bajo la órbita del Área de Políticas de Género, dependiente de la Unidad Ministro dentro del Ministerio de Salud provincial.

A partir de esta iniciativa, se intenta dar respuesta a los compromisos adquiridos por nuestro país con vistas a adoptar medidas tendientes a mejorar la calidad de vida de la población a través de la adopción de un enfoque de género en un abordaje tendiente a la promoción de los derechos y la construcción de una perspectiva que denuncia situaciones de desigualdad, discriminación y violencia y que intenta promover relaciones más igualitarias en los servicios de la salud.

¹¹⁹ Op.Cit. pág.9

Si bien este programa destaca la necesidad de la participación y el protagonismo de todos y todas en el cuidado de la salud en general y de la salud sexual y reproductiva en particular; sus objetivos explícitos son:

1. Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana.
2. Respetar las pautas culturales, éticas y religiosas del demandante.
3. Disminuir la morbi-mortalidad materno infantil.
4. Contribuir en la educación sexual de la población y en especial de los adolescentes, prevenir y detectar las enfermedades de transmisión sexual, patologías genitales y mamarias.
5. Prevenir mediante información y educación, los abortos.
6. Brindar información respecto de las edades y los intervalos intergenésicos considerados más adecuados para la reproducción.
7. Promover la participación de los varones en el cuidado de la salud reproductiva y la paternidad responsable.
8. Otorgar prioridad a la atención de la salud reproductiva de las adolescentes.
9. Capacitar a docentes, profesionales y personal específico en educación sexual.
10. Informar, otorgar y prescribir por parte del profesional médico, de los conceptivos y anticonceptivos, aprobados por la ANMAT, de carácter transitorios y reversibles a ser elegidos libremente por parte de los beneficiarios del Programa, los que serán otorgados respetando las convicciones y criterios de los destinados.

Como señalamos anteriormente, en los intersticios del texto –la ausencia de la alusión a la salud sexual en el nombre del programa, y la contradicción en el enunciado que especifica la promoción de la participación y la responsabilidad sobre la procreación primero en todos y todas y luego sólo en los varones - se cuela aquella mirada ‘naturalizada’ que mantiene la idea de que bajo las *Políticas de Género* se encuentran fundamentalmente mujeres que pretenden proteger los derechos de otras mujeres, pero parten de la certeza de sus responsabilidades, deberes y obligaciones como madres.

Por su parte, el **Programa para la prevención de la violencia familiar y sexual y la asistencia a las víctimas**, basa su fundamentación en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1994, Resolución de las Naciones Unidas 48/104 (444), que define a la violencia contra la mujer como *"todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada"*. Abarca, sin carácter limitativo, a *"la violencia física, sexual y psicológica en la familia, incluidos los golpes, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital y otras prácticas tradicionales que atentan contra la mujer, la violencia ejercida por personas distintas del marido y la violencia relacionada con la explotación; la violencia física, sexual y psicológica al nivel de la comunidad en general, incluidas las violaciones, los abusos sexuales, el hostigamiento y la intimidación sexual en el trabajo, en*

instituciones educacionales y en otros ámbitos, el tráfico de mujeres y la prostitución forzada; y la violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra"

Otros antecedentes son: la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994; la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 en Beijing, las organizaciones de mujeres de distintas partes del mundo que abogan por la terminación de la violencia basada en el género como problema de alta prioridad; el Programa de Acción de El Cairo y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing que dedicó una sección entera al tema de la violencia contra la mujer; la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (1994); la 49ava. Asamblea Mundial de la Salud de 1996 que aprueba la resolución (WHA49.25) en la que se declara la violencia como una prioridad de salud pública; las campañas regionales de UNIFEM en África, Asia, el Pacífico y América Latina de 1998; el Fondo de Población de las Naciones Unidas que en 1999 declaró que la violencia contra la mujer es "una prioridad de la salud pública".

Este programa, creado en el ámbito de la provincia de Buenos Aires en el 2007, se establece directamente como política pública a partir de la Ley de Violencia Familiar de la provincia de Bs.As. N° 12.569. La misma, en su artículo n° 20, plantea la necesidad de que el Poder Ejecutivo implemente a través de sus organismos las medidas para prevenir y erradicar la violencia familiar. En ese sentido retoma las recomendaciones y acuerdos internacionales suscriptos por nuestro país en materia de protección contra la violencia de género, pero, como se destaca en su fundamentación, objetivos y protocolos de abordaje, es un programa dirigido fundamentalmente a proteger la salud de las mujeres, con escasa perspectiva intercultural, en la medida en que dichas diferencias son mencionadas pero no específicamente enfocadas. Ni siquiera se considera el ítem *nacionalidad* en la propuesta Planilla de registro de casos de violencia en el sector sanitario provincial.

Por otro lado, si bien este programa enfatiza la no judicialización del aborto en el caso en que la ley lo autoriza (Artículo N° 86, Inciso 1 y 2 del Código Penal que establece que: *"El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: Si se ha realizado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para la practica abortiva)* no especifica qué entender por **evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios**, creyéndose generalmente como un peligro de carácter físico, sin aludir a las dimensiones subjetivas y/o sociales de dicho riesgo; además de poner de manifiesto también el poder de la medicina y del Estado en la decisión sobre el cuerpo de las mujeres ('idiotas', 'dementes' o no) cuando se trata del poder de procrear ¹²⁰.

¹²⁰ Ver <http://www.ms.gba.gov.ar/programas/violencia/docs/protocolos/>

El Plan Vida

Con la 'participación/utilización' de la mujer a través de las redes creadas desde el Estado para asegurar la distribución de alimentos, en 1992 se implementa un Plan de grandes proporciones en la provincia de Buenos Aires: el **Programa Materno Infantil Vida** que, junto al *Programa de Capacitación de Trabajadoras Vecinales*, las llamadas **manzaneras**, propone la provisión de alimentos través de la una red solidaria conformada por estas trabajadoras vecinales, la atención de la salud y el desarrollo de la organización comunitaria en el conurbano bonaerense y el interior de la provincia de Buenos Aires, cuyos objetivos explícitos fueron:

- Disminuir las enfermedades y la muerte de los niños y las madres.
- Estimular la participación de la mujer, reforzando los lazos solidarios para el cuidado de su salud y la de su familia.
- Brindar apoyo nutricional a las embarazadas y niños de 0 a 5 años.
- Promover una adecuada atención del parto.
- Promover y reforzar la participación y organización comunitaria para el logro de los objetivos propuestos.

A su principal objetivo - revertir los índices de morbimortalidad maternoinfantil, alcanzando por ello a las mujeres embarazadas, a las que amamantan y a los niños de 0 a 5 años a través del esfuerzo compartido entre el Estado provincial, los estados municipales, las instituciones intermedias de la comunidad y la red solidaria - se suma la capacitación en organización comunitaria sobre nutrición, prevención sanitaria y elaboración de diagnóstico participativo.

El antecedente inmediato de su implementación en toda la provincia de Buenos Aires en relación con su modalidad de ejecución fue el **Programa Alimentario Municipal** implementado por el Dr. E. Duhalde durante su intendencia en Lomas de Zamora (1983-1987).

Un poco más tarde, comenzó a advertirse la necesidad de diseñar un programa complementario de acompañamiento y contención de las mujeres embarazadas y se implementó así el **Programa Comadres** que a partir de 1997 en el Conurbano bonaerense y desde 1998 en el interior de la provincia, contribuyó al objetivo de disminuir el riesgo de morbimortalidad maternoinfantil, promoviendo el ingreso de esas mujeres al sistema de salud en etapa temprana y en articulación con otros programas.

En el año 2000, el **Plan Vida** y el **Programa Comadres** alcanzaban a un millón de beneficiarios que comprendían mujeres embarazadas, mujeres que amamantaban y niños menores de seis años. Los resultados se basaron en el trabajo de 35000 voluntarias, amas de casa pobres quienes asumieron las tareas básicas de

ambos planes sin recompensas materiales, movilizadas sólo por *'su deseo de servir a la comunidad'*¹²¹...

En enero de 2002 – cuando E.Duhalde asume el gobierno nacional luego de las sucesivas renunciadas de F.de la Rúa y A.Rodríguez Saa a la presidencia de la nación - el cargo de gobernador de la provincia de Buenos Aires, pasa a ser ocupado por el hasta entonces vicegobernador, el ingeniero agrónomo F.Solá.

Se desarrollaba en ese momento el período de mayor conflictividad social de los últimos años de la Argentina, en que el país pasó de tener en octubre de 2001 un 38 % de las personas bajo la línea de pobreza, a un 57 % en octubre de 2002.

En ese marco de urgencia, el equipo de funcionarios comienza a repensar el Plan Vida. Había consenso en que se debía transformar la concepción de fondo del programa pasando – como relata uno de los miembros del equipo - de tener *"beneficiarios, a sujetos de derecho... apuntando a la transformación, a la toma de conciencia de que es un derecho el estar bien alimentado"*¹²².

Una alternativa que se llegó a discutir fue la de volver a desarrollar una transferencia directa de dinero a grupos de familias¹²³ (alternativa que sí pudo implementarse años más tarde, a través de tarjetas exclusivamente destinadas a la compra de alimentos¹²⁴) pero esto no pareció posible de instrumentar inmediatamente, dado que los padrones del Plan Vida no estaban organizados por "grupos de familias", sino por "beneficiarios".

Existiendo esta limitación para la compra de alimentos, surge la idea de agregar a la entrega de la leche, un bono que reemplace los alimentos secos y los huevos distribuidos con anterioridad. Como el mismo gobernador explicó más tarde, la idea era que con el nuevo programa *"se (logre) más vida comercial, (hayan) más compras a minoristas y (se contribuya) a la dignidad de cada madre, porque puede elegir qué comprar, cuándo y dónde"*.

La nueva modalidad consistió en que cada familia beneficiaria recibía, a través de la manzanera correspondiente, la ración de leche que estaba fijada anteriormente, pero a cambio de las prestaciones semanales y mensuales (de huevo y cereales),

¹²¹ Cfr. <http://www.chicheduhalde.com.ar/>

¹²² Cfr. *Las transformaciones de un programa social: del "Plan Vida" al "Mas Vida" en la provincia de Buenos Aires (Argentina, 2001-2002)*¹²², resumen de S. Ilari (2004) del texto *Reformulación estratégica de programas sociales: Del "Plan Vida" al "Más Vida". Provincia de Buenos Aires, Argentina*; elaborado para su uso en el Curso de Gerencia Social para Directivos del INDES (2004).

¹²³ Tal como se lo había hecho diez años atrás desde el Programa PAIS, también bajo la gestión de M. West (Ministro de de Desarrollo Humano y Trabajo durante la gestión de F.Solá). El Programa Alimentario Integral y Solidario (PAIS) se había implementado en la provincia de Buenos Aires entre 1990 y 1992 durante la gobernación de A.Cafiero. M. West, en aquel entonces ministro de Acción Social, fue su principal impulsor. El programa deja de existir el 1992, al iniciar la gestión Eduardo Duhalde como gobernador de la provincia, quien dos años después crea el Plan Vida.

¹²⁴ Ver infra.

recibiría mensualmente un talonario de "Vale Vida" por un valor de 20 patacones¹²⁵. Para el gobierno este cambio era significativo, pues como señaló uno de sus miembros "*significaba un paso para dejar la política del "reparto de cosas" y pasar a una política de ingreso, a una política de promoción del desarrollo local*".

El regreso a las prestaciones tradicionales

En enero de 2002 comenzó la primera entrega mensual de los Vale Vida en los cincuenta y un municipios que participaban del programa, pero los inconvenientes no tardaron en aparecer: problemas con el padrón de beneficiarios, ya que 75.000 personas no aparecían correctamente identificadas y no recibirían el vale; los nombres, números de identidad o direcciones no estaban correctamente consignadas en los talonarios, etc.

A los problemas del padrón se sumó la oposición que varios actores mostraron hacia el nuevo programa. Según el registro de los funcionarios, *las manzaneras no colaboraron activamente con el Vale Vida*. La nueva modalidad reducía la relativa discrecionalidad de la cual gozaban antes para distribuir los bienes (los vales hacían más rígida la distribución al tener impreso el nombre del destinatario), reduciendo así la dependencia de los beneficiarios con respecto a ellas.

Estas optaron así por repartir el bono sin realizar, en la mayor parte de casos, las actividades de monitoreo y promoción que eran parte de su rol. Es importante subrayar que la oposición de las manzaneras era particularmente grave no sólo porque eran el principal mecanismo intermediario entre el programa y los beneficiarios, sino porque ellas constituían *uno de los soportes del poder que la corriente del Partido Justicialista liderada por E. Duhalde tenía en la provincia de Buenos Aires*.

El Plan Vida había sido uno de las prioridades políticas de H.González, esposa de Duhalde, cuando ésta condujera en 1994 su creación y puesta en marcha desde el Consejo Provincial de la Familia y Desarrollo Humano de la provincia. Siendo ella en ese momento la Primera Dama de la Nación, el mensaje que dejaba llegar a la provincia era "*al Plan Vida no me lo toquen*". En consecuencia, la oposición al Vale Vida generaba no sólo malestar a las manzaneras, sino al aparato provincial del partido de gobierno, e indirectamente al Presidente de la Nación y a su esposa¹²⁶.

La reacción de los comerciantes mayoristas de alimentos tampoco fue positiva. Dada la elevada inflación – que afectaba velozmente el valor de los Vales – estos dejaron rápidamente de aceptarlos, rompiéndose así la cadena de pagos con

¹²⁵ El Patacón fue un título público, que por problemas financieros, emitió el gobierno de la provincia de Buenos Aires Se utilizó en el período 2001 –2003 y mantuvo la paridad 1 a 1 con el peso argentino y cada vale debía llevar impreso su valor, el nombre del beneficiario y su número de documento

¹²⁶ Cfr. S.Illari; op. cit.

los minoristas, que a su vez se veían obligados a rechazar los vales de los beneficiarios. Las empresas de distribución de alimentos, que cobraban de acuerdo al volumen de alimentos distribuidos, se vieron también afectados por la eliminación de los alimentos secos de la oferta del programa. Finalmente, la puesta en marcha del Vale Vida se dio en el marco de fuertes conflictos laborales entre el gobierno provincial y los trabajadores del mismo (en febrero y marzo de 2002 se produjeron protestas y paros que afectaron la actividad de las dependencias responsables de la marcha del programa). Como recuerda uno de los responsables del programa - “*los conflictos fueron estallando por todos lados (...) Los problemas que existían se acrecentaban, pero a la vez, aparecían nuevos problemas*”. Entre ellos, estuvieron los fuertes incrementos de precios que tuvo la leche en los primeros meses del 2002, mayores del 50 %. Esto llevó a que los fondos destinados al Vida se gastaron casi en su totalidad en la leche¹²⁷.

Mientras tanto, en mayo de 2002 comenzó la puesta en marcha en toda la Argentina del primer **Programa de subsidio a Jefas y Jefes de hogar desocupados**. Este Plan se materializa con pagos mensuales, y sus beneficiarios debían ser personas desocupadas que además tuvieran hijos menores de 18 años.

El lanzamiento de este nuevo proyecto fue visto por el gobierno provincial como una oportunidad para interrumpir la entrega de los Vales. Por otra parte el contexto económico de la Argentina tendía a estabilizarse. En tal contexto, como señala uno de los involucrados “*se fue tranquilizando la situación. El ministerio pudo volver a comprar alimentos secos para el programa Vida y con esto se deja sin efecto el Vale*”; lo que algunos señalaron como un retroceso en términos de políticas sociales y derechos ciudadanos.

El Plan Más Vida

Con esta preocupación, hacia fines de 2002, en un momento económico algo más estable, el gobierno se propuso apuntar a *superar las políticas sociales asistencialistas* por otra que implicara un *enfoque socioeconómico integral*, sin dejar de asegurar la seguridad alimentaria¹²⁸

Como indica uno de los funcionarios del gobierno de entonces “la propuesta era desarrollar un subsidio dinerario dirigido a grupos de familias. De alguna manera, la idea era volver al Plan PAIS”. Y añade: “Una de las líneas sobre la que se trabajó más fuertemente pasaba por suprimir todos los programas de dación directa, incluyendo al Vida”.

Sin embargo, un acontecimiento con fuerte resonancia mediática hacia mediados del año 2002 detiene las propuestas alternativas y afecta el desarrollo de este proceso de cambio en la toma de decisiones del gobierno de la provincia: la instalación del problema de la desnutrición a partir de la aparición de graves casos

¹²⁷ Cfr. S. Ilari; op.cit.

¹²⁸ Ver *Ante la Crisis* - documento de uso interno; una suerte de marco conceptual del equipo de gobierno de entonces. Citado en S. Ilari; op.cit

de desnutrición infantil en la provincia de Tucumán y, posteriormente, en Catamarca y Misiones; con enorme impacto en los medios de comunicación.

Dadas las circunstancias, aunque en la provincia de Buenos Aires no habían aparecido casos graves de desnutrición, la idea fue continuar con el Plan Vida – dada su magnitud y conveniencia de mantenerse en buenos términos con el gobierno nacional¹²⁹ - pero el desafío consistió en reformularlo.

Respecto de las prestaciones nutricionales, se elaboró una propuesta que sumaba una perspectiva médico – nutricional a un grupo de trabajo compuesto fundamentalmente por trabajadores sociales y sociólogos, y que distinguía los alimentos básicos (recibidos por todos los beneficiarios del programa) de aquellos alimentos específicos, los cuales se deberían distribuir según el tipo de beneficiarios (suplemento para embarazadas y nodrizas, cereal infantil y suplemento infantil) y según el nivel de riesgo nutricional. Se coincidió además en la necesidad de establecer un claro sistema de evaluación del programa, materializado en el diseño de una línea de base, la elaboración de indicadores y la medición continua del desarrollo de las acciones.

Otro tema que debió analizarse y redefinirse fue el del rol de las manzaneras y la creación o no de nuevos roles de trabajo. Se decidió entonces incorporar la figura del “promotor social” que intentaría, según uno de los actores del momento “*no dejar a la manzanera como dueña del reparto*”, y sería a su vez el principal motor del diseño de proyectos generados por los grupos multifamiliares, con una función transitoria de realizar el relevamiento de beneficiarios y con ello disponer de una base de datos actualizada y confiable

La propuesta definitiva de transformación del Plan Vida en lo que se denominó **Plan Más Vida** aumentó en casi un cincuenta por ciento los fondos para el programa.

Luego de idas y vueltas, controversias e incidentes con manzaneras y movimientos barriales, este Plan Más Vida se compone hoy de tres ejes: alimentario; salud y organización comunitaria. Su prestación se efectiviza a través de dos vías: una tarjeta de débito -emitida por el Banco de la Provincia de Buenos Aires (BAPRO) - que permite acceder a un monto fijo que el Ministerio de Desarrollo Social de la provincia de Buenos Aires acredita mensualmente a cada beneficiaria según su número de hijos, y que está destinada a la compra de alimentos.

La tarjeta alimentos otorga a las familias destinatarias, a diferencia de la distribución anterior, mayor capacidad de elección de los comestibles que consume; pero continúa considerándose fundamental la función de Manzaneras y Comadres -trabajadoras voluntarias de cada barrio - dentro de la implementación del Plan, quienes siguen recibiendo formación y capacitación para desempeñar su rol en la promoción de derechos, la seguridad alimentaria, el cuidado de la salud y la inclusión educativa.

¹²⁹ Cfr. S. Ilari; op.cit

Estructura y forma de implementación del Programa a nivel local

Como observamos, este programa dejó de ser fundamentalmente un plan alimentario, para proponerse acciones respecto a la salud de los destinatarios: detección de mujeres embarazadas; seguimiento para su control en los centros de salud y detección de niños menores de cinco años sin cobertura médica. De esta manera las mujeres representativas del barrio, una vez seleccionadas y debidamente coordinadas a través de los municipios deben, respecto de la cobertura sanitaria, detectar a las mujeres presuntamente embarazadas para que se acerquen a la sala sanitaria más cercana.

La Trabajadora Vecinal debe 'sugerir amablemente' sobre la necesidad del control médico para el bienestar de la mujer. A través de la entrega de alimentos y mediante las recorridas habituales por el barrio, estas trabajadoras vecinales pueden saber si las embarazadas se controlan periódicamente en el centro de salud. Si no, se informa al trabajador social sobre la existencia de niños/as que carecen de asistencia médica, así como sobre los casos en los que haya evidencia de enfermedad o signos de abandono o maltrato.

Dicho programa arriba a algunas ciudades porque *Cáritas*¹³⁰ lo solicita al gobierno provincial y éste comienza a implementarlo a través de las municipalidades que, por su carácter de instituciones locales y en tanto "conocedoras" de sus problemáticas, deciden qué barrios son los beneficiarios.

El equipo técnico provincial está constituido fundamentalmente por funcionarias municipales y las mujeres convocadas a través de las siguientes instituciones: Sociedades de Fomento, *Cáritas*, Federación de Iglesias Evangélicas, Unidades Sanitarias, comedores, jardines maternos y escuelas primarias.

Las trabajadoras vecinales o **manzaneras**, son propuestas por las instituciones barriales respondiendo al pedido de que sean mujeres con "vocación solidaria", personas "aceptadas", "no conflictivas", que en lo posible, no trabajen fuera de sus casas, para poder coordinar con quienes efectúan la distribución de los alimentos y con los beneficiarios directos; a las que se dirigen discursos como el siguiente, apelando constantemente a su solidaridad: *"Uds. han puesto el esfuerzo, han puesto tiempo, han puesto dedicación...han sumado al rol que tenemos todas las mujeres: de mamá, de esposa, de abuela y de trabajadora; una noble tarea más, una tarea solidaria, voluntaria, ad honorem; guiadas por el amor a los demás, por el bien común y por mejorar la calidad de vida de los vecinos"...* (discurso de una funcionaria del nivel provincial en el acto de inauguración del programa).

Su fundadora, la entonces 'Primera Dama' de la provincia de BsAs, H.Duhalde, pronunció en la ocasión el siguiente discurso: *"La mujer está más cerca de las cosas que tiene que ver con las necesidades básicas de nuestro hijos, está más preocupada por su salud, con todo lo que tiene que ver con la vida...Esta tarea*

¹³⁰ Organización humanitaria de la Iglesia Católica.

es de las mamás, de las mujeres, de las trabajadoras vecinales que la van a llevar adelante...Yo espero que realmente comprendan el sentido del programa y qué nos ha movido a realizarlo, y que ha sido nada más y nada menos que luchar por lo que más queremos, que son nuestros hijos".

Y agrega, pues si bien "es un programa social, se trata de acompañar a las mamás, interesarse por su salud, tener una relación con ellas...quienes...deben llevar un registro del beneficiario y establecer lazos de confianza con los vecinos...ya que si se...divide a los vecinos, no es saludable para nadie, menos para los chicos a quienes va dirigido el plan, lo importante es que haya acuerdo". Se aclara que las tareas de las trabajadoras vecinales "no son las de una asistente social, ustedes son vecinas y van a seguir siendo vecinas del barrio, interesadas por los chicos, la salud y la alimentación"...

De esta manera, la tan mentada participación (entendida como un proceso mediante el cual la comunidad interviene en la identificación de sus problemas y toma un fuerte papel en la resolución de los mismos) queda reducida a la colaboración.

Las palabras de A.Toffler¹³¹ son elocuentes al respecto...*Dejando a un lado los efectos desmotivadores de la desnutrición, los parásitos intestinales y un opresivo control político, ¿no podría, parte de lo que parece 'falta de motivación' (queja habitual de los equipos de Salud y de miembros de estas redes con relación a la 'falta de colaboración' de la población y de las madres en particular), ser en realidad falta de disposición a prescindir del propio hogar, de la familia y de la vida en el presente, a cambio de la dudosa esperanza de una vida mejor a la vuelta de muchos años?... Mientras "desarrollo" signifique la sobreimposición de una cultura totalmente extraña a otra existente, y mientras parezca imposible alcanzar mejoras reales, sobran razones para atenerse a lo poco que se tiene...*

Morbi-mortalidad materna –infantil en Argentina

Cuando nos interrogamos sobre cómo viven -y de qué se enferman y mueren- las mujeres y los niños en nuestras comunidades, corroboramos, a escala mundial, que los trastornos de la salud reproductiva - si bien como nos señalaba E.Menendez no es el factor preponderante - constituyen aproximadamente una sexta parte de la carga de enfermedad y de muerte prematura en general, y una tercera parte de las enfermedades y muertes prematuras de las mujeres en edad de procrear. Los embarazos no deseados, las defunciones y lesiones maternas y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, siguen plagando a las personas - particularmente a los pobres - en todas partes del mundo. Cada año, más de 500.000 mujeres pierden la vida durante el embarazo o el parto y muchas más padecen lesiones relacionadas con el embarazo. Un millón de recién nacidos mueren dentro de las

¹³¹ En *La Tercera Ola*; Plaza & Janes. S.A. Editores;1980.

primeras 24 horas de vida. De las muertes maternas, un 99% ocurre en países en desarrollo.

La reducción de la mortalidad materna constituye un tema fundamental para avanzar en el cumplimiento de los compromisos internacionales asumidos por nuestro país y uno de los desafíos más importantes que enfrenta el Estado argentino. En los últimos 20 años, la razón de mortalidad materna (RMM) tuvo un comportamiento general descendente, aunque con oscilaciones. De un nivel de 7,0 muertes por cada 10.000 nacidos vivos en 1980 llegó a un mínimo de 3,8 en 1997 y 1998 y 3,5 en el 2000, para luego ascender y mantenerse en valores nunca inferiores a 4,0 hasta el presente (la RMM del 2007 fue 4,4). Los estudios informan que si esta tendencia se mantiene, la Argentina difícilmente cumplirá con lo establecido en los objetivos de milenio que contemplan la disminución para el año 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna del año 1990 (es decir alcanzar una RMM de 1,3 x 10.000 N.V).

Se sabe, además, que las defunciones de madres y de recién nacidos, en su mayoría, pueden prevenirse mediante intervenciones estratégicas que salvan vidas y tienen buena relación costo/beneficio, entre ellas, la planificación de la familia, la atención obstétrica de emergencia y la presencia durante el parto de personal de partería calificado.

Se verifica a su vez que, cuando tienen oportunidades adecuadas, las mujeres tienen capacidad para mejorar exponencialmente la salud y el bienestar de ellas mismas, de sus familias y de sus comunidades. Pero la discriminación que persiste desde antigua data y la violencia contra las mujeres y las niñas, sumadas a la deficiente salud reproductiva, restringen a un mínimo sus contribuciones, para lo que es necesario tener muy en cuenta las actitudes culturales, además de procurar un cambio en las leyes y políticas¹³².

La mortalidad infantil tiene estrecha relación con las condiciones en las que nacen los niños y niñas, así como con la edad y educación de sus madres. Los nacimientos ubicados en categorías de riesgo reproductivo, vinculados tanto con la edad de la madre, como con los intervalos intergenésicos y el número de partos, aumentan las probabilidades de muertes infantiles.

En el caso de Argentina, la tasa de mortalidad infantil por mil nacidos en 2003 corresponde a 20.1, cuando la madre es menor de 20 años, a 12.1 cuando la madre tiene entre 20 y 34 años y a 15.0 cuando la madre es mayor de 35 años. Vale decir, que *entre los hijos de madres adolescentes se registra la tasa más alta de mortalidad infantil: 20.1 por mil, es decir, un 66 por ciento más elevada que la que corresponde al grupo de madres de entre 20 y 34 años*¹³³.

¹³² Datos del *Informe Anual 2008* - Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.

¹³³ INDEC-UNICEF (2003) *Situación de los niños y adolescentes en la Argentina 1990/ 2001*. Serie Análisis Social / 2. Buenos Aires, con base en datos del Ministerio de Salud para el año 2000.

Por otro lado, se comprueba que las principales causas de mortalidad infantil se mantienen a lo largo de los años: trastornos relacionados con la duración del embarazo, dificultades respiratorias del recién nacido, malformaciones congénitas del corazón, desnutrición y diarrea. Finalmente, dos tercios de las muertes infantiles son neonatales.

Se estima que en el año 2000, 6 de cada 10 de muertes de recién nacidos podrían haberse evitado con un buen control del embarazo, una atención adecuada del parto y diagnóstico y tratamiento precoz. En todas las jurisdicciones argentinas, se calcula que por lo menos la mitad de las muertes de niños podría evitarse¹³⁴.

Desde otra perspectiva, también se ha demostrado que *cuando las mujeres disponen del control de ingresos monetarios, también se reduce el riesgo de mortalidad infantil*. Según el Banco Mundial: *El efecto marginal de los ingresos femeninos multiplica casi 20 veces la probabilidad de supervivencia de los hijos, casi ocho veces las medidas de peso por altura (un indicador de nutrición infantil) y casi cuatro veces las de peso por edad (otro indicador de nutrición infantil)*¹³⁵.

*Estos datos cuestionan, según la licenciada E.Faur, socióloga y oficial de enlace de UNFPA, la división tradicional del trabajo por sexo, sustentada –entre otras cosas- en cierta representación social que supone que la dedicación de las mujeres al cuidado de sus hijos en forma exclusiva (y la renuncia a la inserción en el mercado de trabajo) mejoraría todos los indicadores de desarrollo infantil. Sin perder de vista la máxima importancia que tiene el hecho de construir vínculos de cuidado por parte de madres y padres hacia sus hijos e hijas, la evidencia invita a formular políticas públicas creativas, que contemplen ambas dimensiones a la vez, y en las cuales la responsabilidad de cuidado y desarrollo infantil no recaiga exclusivamente sobre las mujeres dentro del ámbito familiar, limitando su autonomía tanto en el terreno económico como en la participación social y política*¹³⁶.

Datos recientemente publicados por el Ministerio de Salud de la Nación indican que la razón de mortalidad materna aumentó de 4 x 10.000 nacidos vivos en 2008 a 5,5 en 2009. Esto significa que en el país murieron 114 mujeres más por causas relacionadas con el embarazo, aborto, parto o puerperio. El 23/12/10 leemos en el diario Clarín: *demasiado déficit en el sistema de salud producen el alto nivel de muertes maternas. La falta de vigilancia activa de este drama deriva en que no se sepa dónde es necesario introducir cambios ni que se tomen decisiones políticas*

¹³⁴ Datos de Mortalidad infantil 1990-2000 extraídos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, noviembre 2002; citados por Jorge A. Mera y Julio N. Bello; Organización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina: una introducción /.- 1ª. ed.- Buenos Aires: OPS, 2003.

¹³⁵ World Bank, 2001, *Engendering Development Through Gender Equality in Rights. Resources and Voices*. Washington, D.C. World Bank, citado en World Bank, 2003.

¹³⁶ En E.Faur; *La Igualdad de Género en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Aportes para la definición de un programa conjunto para el Sistema de Naciones Unidas en la Argentina*; op.cit.

*efectivas. Aún más, insisten las autoras, las recomendaciones de esos análisis no se traducen en cambios en los sistemas y servicios de salud*¹³⁷.

En este contexto se asegura que las complicaciones por abortos inseguros siguen siendo la primera causa específica de muerte materna, pero se denuncia también, que la cadena de eventos que llevan a esas muertes no se evalúan suficientemente; y que la morbilidad materna severa (situaciones potencialmente fatales que no llevan a la muerte) no es valorada ni registrada en forma regular.

Frente al aumento de las muertes maternas, pero también ante el reconocimiento sobre lo que ya se sabe que hay que hacer para reducirlas desde el campo de la atención médica, cabe preguntarse si de lo que se trata de lograr es sólo una mayor cobertura para la atención y control de las mujeres, o podemos realizar también una revisión más amplia, que rebase los límites del sector y se interne en las paradojas e interrogantes que venimos desarrollando.

¿A quiénes, cómo y por qué cuidar?

Las prácticas de cuidado estuvieron a cargo de las mujeres a lo largo de la historia, pero naturalizar a la mujer como “cuidadora” y asumir que cuidar es la esencia de lo femenino, puede ser considerado un mito...

L. Sacchetti, M.Rovere¹³⁸

La noción de *cuidado* define, de cierta manera, el diseño de las políticas: quienes son *proveedores* y quienes *cuidadores* y, fundamentalmente, quienes, por acción o por omisión, se convierten en casi exclusivos responsables¹³⁹. Como venimos destacando, y de acuerdo a los testimonios registrados, el trabajo de *cuidar* se presenta como un compromiso absolutamente ‘generizado’, sin visibilidad social, debido quizá al hecho de que se encuentra asociado al ámbito de lo privado intrafamiliar; a la dificultad de catalogarlo como ‘trabajo’ por su componente afectivo y moral, sin reconocimiento social del conjunto de saberes y técnicas que el mismo requiere, ni del tiempo y la dedicación que supone; y a la fuerte naturalización que soportan, ya que se piensa que las mujeres, sólo por el hecho de serlo, poseen naturalmente esos saberes y habilidades, sin registrar que las mismas pueden ser

¹³⁷ Un artículo escrito por S.Ramos y M.Romero; *Inaceptable tasa de muertes maternas*; Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva; diario Clarín, 23 de diciembre de 2010.

¹³⁸ *Surgimiento de la Enfermería Moderna; Descifrando Mitos, Contextos y Devenires* Junio de 2009; trabajo presentado en las VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. Instituto Gino Germani. UBA. Agosto 2009

¹³⁹ Cfr. E. Faur; Conferencia *Género y cohesión social*; op.cit.

producto o consecuencia de la histórica división genérica del trabajo en las diferentes sociedades y culturas¹⁴⁰.

Como afirma E.Jelin¹⁴¹, dado el papel central que adquiere esta nueva organización familiar en occidente, *su análisis debiera ser uno de los ejes principales de los diagnósticos sociales y de la determinación de los mecanismos de implementación de políticas. Así, la organización familiar y los modelos de familia deberían tener un papel central en las políticas estatales de bienestar, ya que tanto los modelos como las prácticas de políticas sociales están anclados en un modelo de familia, generalmente implícito y a menudo bastante alejado de la realidad cotidiana de lo/as destinatario/as de esas políticas.*

Como podemos inducir, este imaginario discursivo construye realidades -para los colectivos sociales, profesionales, de la administración pública, de los agentes de gobierno- sobre identidades que parecen teñir a los hábitos y dispositivos institucionales que las abordan, conminando a algunas de estas políticas de *cuidado*, a asistir explícitamente a los/as cuidadores/as de los niños a través de proporcionar subsidios o acciones que resultan *maternalistas* si se considera que únicamente las *madres* tienen el *derecho a (o el deber de) cuidar*.

Desde la asunción de *His Majestic the Baby* por parte del Estado y la sociedad, podemos corroborar que el *cuidado infantil* ha sido prioritario en los programas de atención y promoción de la salud desde la perspectiva y la práctica médica institucional, y abordado desde leyes y normativas de salud reproductiva y atención materno-infantil teniendo como objetivo focalizar la acción fundamentalmente en el niño y en la mujer *madre*, identificada como *exclusiva* responsable de la reproducción - a pesar del insistente esfuerzo discursivo actual por incluir a la figura paterna asumido como vemos por el mismo Programa Provincial de Salud Reproductiva y Procreación Responsable de la provincia de Buenos Aires¹⁴²- y sostenido principalmente por progresistas corrientes feministas, excluyendo de este modo al hombre, pareja o padre, y a otros sujetos o instancias de posibles cuidados.

Es decir, por un lado se tiende a definir y construir identidades genéricas que compartan los derechos y deberes del cuidado con equidad; por otro, parece excluirse de estas funciones, a pesar de estas intenciones integrales, a otros actores sociales que podrían cumplir vicariamente esta responsabilidad.

A pesar de valerosos intentos, verificamos que continúa reduciéndose el concepto de proceso reproductivo a la fecundidad y la gestación, localizando en el cuerpo femenino el objeto de aplicación de estas políticas y prácticas, y dejando en

¹⁴⁰ Cfr: D.Comas d'Argemir; *Mujeres, familia y estado del bienestar*; en: Perspectivas feministas desde la antropología social; Barcelona; Ariel; 2000.

¹⁴¹ En *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales: Hacia una nueva agenda de políticas públicas*; CONICET- Facultad de Ciencias Sociales; Universidad de Buenos Aires; Reunión de Expertos "Políticas hacia las Familias, Protección e Inclusión Sociales" - CEPAL, 28 y 29 de junio 2005

¹⁴² Ley 13.066

un segundo plano o desconociendo en última instancia, que es la pareja la que se reproduce y, por ende, se invisibiliza la complejidad de considerar desde la teoría y desde las prácticas a dicho proceso en un contexto familiar, socio-político y cultural más amplio. Por otra parte, se afirma que *las licencias por paternidad pueden o no existir, o ser ínfimas en los países latinoamericanos*, lo cual ratifica la suposición de que *la persona que se encarga del cuidado de los hijos es, definitivamente, la mujer*¹⁴³.

Los datos numéricos corroboran desde hace tiempo esta situación, señalando que tres cuartas partes de los cuidados de salud son desempeñados por las familias y, dentro de ellas, en una proporción similar, por las mujeres¹⁴⁴.

Estos estudios establecen que *los costos de la prestación de cuidados se distribuyen de forma desigual entre géneros y clases*, y que *las familias, en sus diversas formas, siguen siendo la institución clave para satisfacer las necesidades de cuidados*. Como se señala en casi todas las investigaciones en esta área, *son las mujeres las que desempeñan el grueso del trabajo de cuidados en todas las economías y culturas*.

Compartimos la idea de que *la maternidad*, supuestamente un fruto íntimo y subjetivo de decisiones personales, conyugales y familiares, parece responder a su vez a determinaciones y condicionamientos sociales, culturales, económicos y políticos que van decididamente más allá de la esfera 'interna' y privada de los individuos y las parejas, exigiendo un horizonte colectivo para desarrollarse, es decir, del reconocimiento de los otros, del Estado y de la sociedad.

Ahora bien ¿qué valor tiene este *cuidado*, el que las mujeres prodigan a sus familias, para las prácticas de salud y para la sociedad en su conjunto?

Si bien se destaca en general la importancia del *cuidado* para los procesos de desarrollo económico¹⁴⁵ ya sea en razón de su *contribución a la formación de capital humano* o como *componente de la inversión social* – o como *parte del tejido de la sociedad* o como *elemento integral del desarrollo social*; lo cierto es que, todos insisten, *la forma en que las sociedades abordan el cuidado tiene implicaciones trascendentes para las relaciones y desigualdades de género*. Se calcula incluso que, si se asignase un valor monetario para este tipo de trabajo, el mismo representaría entre el 10% y el 39% del PBI¹⁴⁶.

¹⁴³ Cfr. E. Faur; Conferencia *Género y cohesión social* ;op.cit.

¹⁴⁴ Cfr. MA. Durán; *Costes invisibles de la enfermedad*; Bilbao: Fundación BBV; 1999; y G.Rodríguez Cabrero; *La protección social de la dependencia*; Madrid: IMSERSO; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.

¹⁴⁵ Cfr. *Cuál es la importancia del cuidado para el desarrollo social*; Research and Policy Brief: 9 Code: RPB9s; Project Title: *Political and Social Economy of Care*; Programme Area: *Gender and Development*; UNRISD.

¹⁴⁶ UNRISD, op.cit.

No obstante su evidente valor, prosiguen los estudiosos, *el trabajo de prestación de cuidados es una labor invisible en las representaciones de la economía que alimentan la formulación de las políticas*. A pesar de su importancia incluso para alcanzar muchos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (reducir la mortalidad infantil, alcanzar la igualdad de género, la educación primaria universal, combatir el VIH/SIDA, reducir la mortalidad materna), los mismos ODM no mencionan la importancia del trabajo no remunerado de prestación de cuidados; mientras se demuestra que, *cuando el trabajo de cuidados recibe una protección adecuada, éste puede satisfacer los intereses tanto de los trabajadores como de los usuarios de esos servicios, pero eso no es lo que se observa habitualmente*.

En esta dirección, y tomando en cuenta estas afirmaciones insistimos en que las prácticas y las políticas públicas de desarrollo deberían considerar tanto *el cuidado* al que debe recibirlo -los niños y niñas- como al que puede o 'debe' brindarlo - muchas veces las madres o las familias.

Subrayamos con los autores consultados que *la masiva entrada de las mujeres a la fuerza laboral remunerada - tendencia casi mundial - ha reducido aquel tiempo hasta ahora destinado al cuidado no remunerado de la familia y los amigos*. Sumando a ello *el envejecimiento de la población en algunos países y las crisis sanitarias de envergadura en otros*, se ha intensificado la necesidad de contar con *servicios de prestación de cuidados*. Ahora bien, en muchos países en desarrollo, como el nuestro, cuyos sistemas públicos de salud se han visto profundamente debilitados tras décadas de reforma orientada por el mercado, *buena parte de la carga del cuidado continúa recayendo sobre las mujeres y niñas*, y las magras políticas públicas en este terreno se orientan primordialmente a intentar subsidiar o apoyar a este colectivo de la población –madres adolescentes y solteras prioritariamente, de acuerdo a los testimonios - desconociendo la potencialidad de otros miembros familiares, allegados o instancias institucionales que muchas veces cubren efectiva y más eficazmente este propósito.

El comentario de una de nuestras informantes, desagradablemente sorprendida frente a la posibilidad, en ese momento, de *'ampliar la asignación universal por hijo, familia numerosa, etc. a una asignación universal a la mujer embarazada'* - atribución que no figura en el régimen de las asignaciones familiares de los asalariados – es una cuestión que, consideramos, puede generar no pocos debates en cuanto a sus efectos en la sociedad. Esta decisión, finalmente tomada y anunciada por el Poder Ejecutivo en abril de 2011 desde la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) puntualizó entonces que la inclusión de las embarazadas al programa oficial tenía por objeto *"la protección social de la mujer en estado de gravidez"* y el acceso a los programas de salud, cuyos requisitos, es *cumplir con los controles previstos por el "Plan Nacer" del Ministerio de Salud de la Nación*.

Resulta interesante acoplar en este punto la crítica que realiza E.Menendez a los estudios con perspectiva de género, los que, señala, muchas veces tienden a estudiar e intervenir sólo sobre ciertos aspectos específicos de salud, que en el caso

de la mujer refieren básicamente a salud reproductiva y a ciertas violencias, dejando de lado otros aspectos por los cuales enferman y mueren la mayoría de las mujeres; destacando principalmente el indicador de mortalidad materna, que en muchos países representa un mínimo porcentaje del número total de muertes femeninas (por ejemplo en México, sólo constituye el 1,28%). Dichos estudios, objeto del antropólogo, parecen responder, más bien, a los intereses de las políticas públicas de salud selectiva y de programas asistenciales verticales recomendados por toda la gama de instituciones internacionales - que van desde UNICEF hasta el Banco Mundial – más que a las verdaderas necesidades de la población.

Ello no niega, aclara el mismo autor, que en múltiples aspectos, y por supuesto en función de su pertenencia étnica y socioeconómica, la mujer tenga peores condiciones de salud que el varón; pero no es así con respecto a varios de los indicadores más frecuentes y decisivos como son los que refieren a la mortalidad infantil y escolar, así como a la mortalidad en edad 'productiva'.

Señala, además, que dichos estudios de género, por lo menos en América Latina, se dedican a investigar y/o actuar básicamente sobre los grupos etarios comprendidos en la denominada 'edad reproductiva', no existiendo casi trabajos sobre mujeres a partir de la menopausia, por ejemplo. Es decir – termina de subrayar el autor - que la mujer dejaría de interesar a la perspectiva de género cuando deja de ser productora de hijos...¹⁴⁷.

Con el mismo tono polémico, la licenciada en medicina y doctora en antropología social M.L.Esteban presenta una contundente crítica a la fundamentación científica de la biomedicina y a su enfoque positivista que surge en occidente dentro del amplio proceso de consolidación del nuevo orden económico, político y científico de la sociedad capitalista, burguesa y colonial, la que, aparentemente neutral, suele permanecer invisible para los profesionales de la salud¹⁴⁸.

Dicho sistema de poder y dominación inscripto en el cuerpo y la biología – *biopoder*, subraya - pone de manifiesto la visión *esencialista, determinista y etnocéntrica del cuerpo* – y la salud - *de las mujeres que, aunque desigual y jerárquico, es presentado como natural por el evolucionismo social y la noción de progreso*; el que no sólo se ejerce desde los ámbitos legislativos, judiciales o ejecutivos de la política, sino desde los 'discursos expertos' y las prácticas que las ciencias desarrollan desde la modernidad. Un etnocentrismo que se ha reflejado en el plano teórico, tanto en la utilización concreta de conceptos como: *hogar, familia, maternidad, sexualidad, reproducción/producción, doméstico/público*; en los que se ha plasmado la infravaloración de las creencias y costumbres no occidentales, como en modelos interpretativos que implican una clasificación jerárquica de distintas realidades y que legitiman desigualdades entre poblaciones y grupos sociales.

¹⁴⁷ *Salud y Género: Aportes y Problemas*, en: Rev. Salud Colectiva; UNLA; V2, N°1; 2006

¹⁴⁸ En *El estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque antropológico y Feminista*; en: Rev. Salud Colectiva; UNLA; V2, N°1; 2006

Esto, entendemos, ha provocado la supervivibilización de los roles reproductivos de las mujeres y la invisibilización de sus aportes a la economía o la política. Las mujeres han sido contempladas como *meras reproductoras biológicas*, sin tener en cuenta la diversidad cultural y los riesgos de hacer uniforme y universal su realidad cotidiana, peligros en los que caen habitualmente, como hemos verificado, los discursos y las prácticas del campo de la medicina, la psicología y el trabajo social.

En este sentido, una contribución valiosa de la antropología¹⁴⁹ ha sido mostrar que las gramáticas sexuales, las formas de hablar de las diferencias sexuales, son locales y culturales, no universales. Es decir, que las conceptualizaciones y teorizaciones científicas no son nunca disociables de las concepciones culturales acerca de las relaciones y las jerarquías sociales. Finalmente, son las desigualdades sociales las que interpretan y explican las diferencias biológicas de determinada manera, y no al revés, como se suele pensar.

La cuestión, plantea también la doctora en sociología E.Jelin, es cómo las transformaciones que ha sufrido la institución familiar en las últimas décadas *han sido incorporadas o negadas en las políticas públicas, incluyendo la atención en los servicios de salud, la educación, los programas de jubilaciones, etc;* ya que es en la manera en que el estado y las políticas públicas responden a (o también promueven, de manera explícita o implícita) las transformaciones en las familias, que se van a poder encontrar caminos para revertir desigualdades y promover la equidad en el bienestar social.

Acompañamos a esta autora cuando asegura que...*evitar violencias y sufrimientos, aumentar la igualdad y la democracia intrafamiliar son objetivos que debieran guiar la política estatal en relación con la familia. Para ello, la lógica de las políticas de bienestar debería apuntar a la necesidad de que la política estatal se base en un conocimiento profundo de las transformaciones familiares y se adapte a las prácticas sociales concretas de la población, y no que se dé por supuesta la vigencia social de un modelo único y eterno de familia (la nuclear patriarcal). De esta manera, se podrá maximizar el efecto de la política, se podrán ampliar los rangos de libertad humana, y las decisiones implementadas no penalizarán o estigmatizarán a algunos sectores sociales, ni coartarán sus libertades y opciones*¹⁵⁰.

Se trata, en definitiva, en el campo de la salud, de poner en cuestión los principios positivistas de la medicina occidental en que se basan las políticas públicas, y asumir el particularismo, la sensibilidad a la dimensión histórica y cultural, y las vinculaciones entre lo 'natural' y lo 'social', para avanzar en formulaciones de salud que no sean negativas - definiendo a las mujeres como 'vulnerables' per se - con perspectivas que localicen en cada contexto los padecimientos y malestares.

¹⁴⁹ Cfr. N.C.Mathieu; *Les transgression du sexe et du genre a la lumière de données ethnographiques*; en: Sexe et Genre. De la hiérarchie entre les sexes; París; CNRS; 1991.

¹⁵⁰ Op.cit.

CONCLUSIONES

'La subjetividad de la mujer excede lo médico'

Una entrevistada

Luego de la exploración y análisis de las entrevistas, la bibliografía, los discursos, las legislaciones y los textos de los documentos relativos a los planes y programas sociales que contemplan el *cuidado materno*, pudimos colegir que una determinada ideología y práctica del *cuidado* permea y amplifica una forma establecida, específica y naturalizada de constituir una identidad de género femenino subordinado, lo cual tiene consecuencias decisivas a muy distintos niveles del espectro de las situaciones sociales y de salud entre hombres y mujeres.

Estas situaciones suelen mostrar que las decisiones que determinan las elecciones de los modos de vida no se fundamentan únicamente en una construcción personal o familiar, sino que las mismas dependen de valores culturales y sociales que no deberían dejar de tomarse en consideración cuando se conciben e implementan las políticas sociales, y cuando se pretende ofrecer un servicio de calidad integral, ajustado al derecho a la salud de *todos/as y cada uno/a de los ciudadanos/as*.

Las cuestiones en torno al poder de la familia y el Estado en el desarrollo de los cambios históricos en la composición de aquella y su entorno político, económico y laboral interpelan la conformación y estabilidad de los lazos familiares y la solidaridad doméstica en el contexto de la ayuda social y estatal; y nos conduce a interrogarnos si dichas relaciones afectivas se refuerzan o se debilitan con esta 'ayuda', y si esta fortaleza y/o debilidad son causas o consecuencias de la 'intromisión' del Estado en el considerado 'ámbito privado' de las familias.

Como han señalado los testimonios y autores, *los valores cambian más lentamente que las realidades sociales*. También constatamos que algunas leyes y normativas con respecto a las uniones matrimoniales, la salud sexual y reproductiva y la inclusión de derechos de los inmigrantes y pueblos originarios van a la vanguardia de algunas concepciones y prácticas, *dispositivos* y *hábitus* muy enraizados aún en los viejos valores religiosos y tradicionales.

En este sentido se observa, por un lado, que la vinculación entre hijos y padres considerada desde los programas sociales que refuerzan y reflejan los derechos y deberes jurídicos -así como los valores colectivamente consensuados y afianzados por las tradiciones culturales y sus bases científicas- es más fuerte en la actualidad, en la medida en que los lazos del parentesco, a diferencia de otras épocas, son jurídicamente indisolubles. Esto significa que, a diferencia de antaño, el padre (o *pater*) no posee un poder absoluto sobre la progenie, y el Estado limita su abuso, prescribiendo obligaciones de cuidado y garantizando derechos y protecciones a mujeres y niños/as.

También observamos en esta dirección que cuando el Estado se ausenta de esta responsabilidad o más aun, cuando por determinadas condiciones sociopolíticas el Estado no sólo incumple con sus obligaciones constitucionales, sino que se convierte en una amenaza para la ciudadanía - como ha sucedido en las últimas dictaduras en la región de América Latina y en nuestro país en particular - se pone en evidencia que aquel poder protector de las familias y de los vínculos más cercanos, recuperan e imponen su fortaleza frente al propio Estado.

Un ejemplo manifiesto de ello, y resaltado por una de las autoras de referencia de nuestra investigación, E. Jelin¹⁵¹, es que, en plena dictadura, las organizaciones de familiares (Madres, Familiares y Abuelas de Plaza de Mayo; posteriormente la agrupación HIJOS y Hermanos) en lucha por el esclarecimiento del destino de los miles de parientes, hijos y padres desaparecidos por el terrorismo de Estado, sobrevivieron, enfrentaron y fueron más fuertes y efectivas que la reivindicación democrática de cualquier agrupación política que reclamara por los derechos ciudadanos de la población.



¿Quién no es capaz de evocar a Antígona ante cualquier conflicto que nos desgare en nuestra relación con una ley que se presenta en nombre de la comunidad como una ley justa? preguntaba J.Lacan en el transcurso de su enseñanza sobre la ética del psicoanálisis.

La tragedia de Antígona, mito que metaforiza ciertos valores de origen de nuestra cultura, muestra esta tensión cuando se desafían las *leyes de la ciudad* en función de un valor o 'derecho superior' como el lazo familiar.

Por otro lado, se constata también a nivel global que las obligaciones que normatizan estos lazos familiares son actualmente menos numerosas y menos importantes que otrora. Lo cierto es que la solidaridad doméstica sustentada por las familias se ha transformado, y de la desestabilización que ha sufrido el antiguo poder patriarcal a manos del Estado, se desprende que aquel respaldo dependa cada vez más de las personas; por lo que el poder que el individuo termina por disponer deviene cada vez más amplio, pero a su vez, podemos afirmar que se encuentra cada vez más aislado de una completa y efectiva protección social.

Dicha protección, cuyo énfasis en el amparo y el cuidado del niño/a y su madre sostenido por todas las políticas y planes sociales que desplegamos en nuestra indagación, parece implicar sin embargo, desde nuestro punto de vista, algo

¹⁵¹ En *Pan y Afectos. La transformación de las familias*; Ed. Fondo de Cultura Económica; 2010.

del retorno de aquel poder patriarcal sustentado primero en forma absoluta por el padre o *pater* y delegado más tarde en el Estado.

Estas políticas sociosanitarias representan, en este sentido, el *síntoma* en el que podemos reconocer, escuchar y 'leer' precisamente el retoño de aquel sometimiento de las mujeres en la medida en que, no ya como *ciudadanas*, pues han logrado con sus luchas reivindicarse jurídicamente como *sujetos* de derecho en igualdad de condiciones con los hombres –derecho a votar, a trabajar, etc.- pero sí como *madres* y, especialmente, si son *extranjeras*; pues a pesar de todos los esfuerzos, continúan siendo *objeto* de políticas, las que, intentando aliviar sus tareas, persisten en el desconocimiento de sus particularidades culturales o subjetivas, y las vuelven a condenar subrepticamente, desde las intervenciones médicas y educativas, al rol 'sacrosanto' y 'vanagloriado' de ser madres; pero también, a ser las exclusivas responsables - y señaladas como 'culpables' en el caso de no cumplan con lo que socialmente se espera - del '*buen*' cuidado de la progenie.

Hemos observado claramente a través de nuestra indagación cómo, en los casos de las familias pobres, esta situación se agudiza, registrándose fundamentalmente en la restricción de la libertad y la calidad de vida de las mujeres inmigrantes en particular, hecho que no consideramos posible de subsanar integralmente -e incluso que parece empeorar o agudizarse indirectamente a veces- con la aplicación de meros programas sociosanitarios, retribuciones o subsidios que en muchas ocasiones, por razones administrativas o simples descuidos de los mismos *hábitus* y dispositivos profesionales como queda registrado, no las incluye.

Percibimos entonces que **las consecuencias de estas políticas sociales de protección ciudadana suelen traducirse en una indeseada continuidad de la inequidad de género** que, paradójicamente, al beneficiar a la *mujer-madre*, parece desprotegerla al mismo tiempo de otras libertades y derechos; así como una indeseable 'discriminación' entre las mismas mujeres, pues habitualmente se *incluye* como principales beneficiarias de la salud pública a las *mujeres que desean ser madres*; y se *excluyen* como tales, a las *mujeres que no lo desean*; cayendo de esta manera en la delicada situación de confundir *derecho* con *deseo*.

Entendemos, de esta manera, que los discursos, planes y programas están aún teñidos -a pesar de desperejados avances por extender y mejorar su cobertura- de sutiles e inquietantes injusticias que parecen restringir la protección y la seguridad social de las mujeres en su condición de tales, y en particular, la de aquellas que pertenecen a los sectores más desfavorecidos.

Estas mujeres, migrantes en la mayoría de los casos, que suelen encontrarse solas, abandonadas por sus parejas, o que han dejado hijos y familia en sus lugares de origen, que no pueden ejercer plenamente la libertad para decidir sobre sus cuerpos y no cuentan con el acceso a una atención que respete sus específicas particularidades sociales y culturales, parecen transformar, en muchas ocasiones, aquellos derechos en *deberes*: desde esta óptica, pareciera que ser madre es casi la única salida que pueden encontrar para acceder a un estatus ciudadano digno,

convirtiendo esta posibilidad más en un *deber*, o una necesidad social, o económica incluso, que en una elección deseada o en un *derecho* respetable.

En este punto, intentamos aportar una interpretación de este *síntoma* o suerte de 'rechazo' de la autonomía de la mujer también desde una mirada psicoanalítica. La famosa pregunta freudiana, subrayada por todo el psicoanálisis, como **La Pregunta: *Qué quiere una mujer?***... implica la preocupación, desde esta perspectiva, por disociar lo femenino de lo materno y comprender su lugar. En este sentido, lejos de sujetar a las mujeres a un destino ineluctable, S.Freud planteó precisamente la contingencia misma del objeto pulsional, desnaturalizando el deseo materno al diversificar aquel destino y confinando a la maternidad sólo a una de las posibilidades que no pueden predecirse, ya que será uno de sus puntos probables de llegada, de acuerdo a los avatares del desarrollo edípico libidinal.

Desde esta perspectiva, si como sociedad, desde los valores, las creencias, los dogmas, las leyes y las normativas insistimos en responder permanentemente que lo único o lo máximo que puede pretender una mujer es ser madre, **estamos contrariando continuamente, sin duda, el derecho de un sujeto a decidir** o, peor aun, obturando la libertad de efectuar una elección genuina acorde al deseo y, por añadidura, condenando a la neurosis y el sufrimiento psíquico a los sujetos; además de tergiversar y malinterpretar un instrumento legal y, especialmente, una acreditada teoría que no ha hecho más que denunciar hasta qué punto pueden causar estragos los tan reputados 'cuidados maternos' cuando la madre, precisamente, no tiene un deseo más allá del niño.

Así, nos advierte J.Lacan en su texto sobre la dirección de la cura...si el *Otro* (la madre) *que tiene sus ideas sobre las necesidades* (del niño), *se entromete, y en lugar de lo que no tiene, le atiborra con la papilla asfixiante de lo que tiene, es decir, confunde sus cuidados con el don de su amor...el niño rechazará el alimento*¹⁵²...pagando 'amor' con odio, en la anorexia mental...

Por su parte, y en este mismo sentido, R.Spitz ha demostrado que *al niño lo alimenta más el amor que la comida, o que lo protege más el amor que el abrigo*; es decir, que es necesario, para que un niño crezca sano, que se lo ame y se desee algo para él, más allá de la satisfacción de sus necesidades.

Parece ser, en este punto, que es la ansiedad que genera el vacío o la imposibilidad de dar una respuesta lo que inquieta e impulsa a intentar cubrir o taponar, revistiendo el deseo en derecho, pero convirtiendo a éste en última instancia, en un imperativo categórico. Este agujero o falta –un 'real' heterogéneo al influjo del orden simbólico e imaginario- implica inevitablemente que *lo sexual* – la vida y la muerte- *queda(n) fuera de la ley*...y en este asunto, proyectar su cobertura resultará siempre fallido e ineficaz.

¹⁵² *La dirección de la cura*; Escritos 2; pág. 608; Ed. S XXI; 1984.

Insistimos en que lo más grave - como podemos corroborar fundamentalmente en las prácticas del equipo de Salud y en los discursos de aquellos funcionarios y ciudadanos que están a cargo de distribuir los beneficios de programas y planes sociales - es que esta situación puede constituirse en un determinante grosero de la dificultad de estas mujeres que, subjetiva y objetivamente, son o pueden sentirse 'obligadas a ser madres' más allá de su deseo.

Las experiencias acumuladas y los testimonios registrados nos informan sobre los severos conflictos que padecen las mujeres para establecer genuinos lazos de amor y de cuidado hacia sus niños/as, convocando así todos los prejuicios y rechazos de quienes las juzgan como *madres descuidadas* desde las convicciones más tradicionales, religiosas, jurídicas y hasta científicas de su concepción; redoblando, sin duda, la profunda problemática.

La idea de que 'la mejor madre' es la que se dedica exclusivamente al cuidado de sus niños/as resulta anacrónica y contradictoria frente a las pruebas que señalan los estudios, en cuanto demuestran que si la madre-mujer recibe un reconocimiento y respeto sólo por su ser ciudadana -a nivel laboral y del Estado- ello redundará en una mayor y mejor atención hacia sus hijos/as, más allá del tiempo que pueda dedicarles.

Madres, o más bien, mujeres descuidadas...¿por quienes? nos preguntamos finalmente, si atendemos a estas elucidaciones y advertimos a la vez la sobrecarga que se imprime también a las mismas desde los discursos, las políticas y los programas que las enfocan en exclusividad, para 'aliviarles' paradójicamente a ellas y a sus hijos/as el peso de sus padecimientos económicos y sociales. Beneficios y subsidios que muchas veces, se observa, no llegan al destino que se prevé desde aquellas acciones colmadas de buenas intenciones y de falsos saberes, produciéndose una doble equivocación de fundamento y objetivo, que termina desprotegiendo en múltiples formas a niños/as, mujeres y familias; transformando incongruentemente a la misma protección en un riesgo.

Líneas de acción que podrían considerarse a partir de la indagación

Entendemos que la presente indagación permite repensar las políticas en este terreno, partiendo -según los testimonios recogidos y las reflexiones de los actores y autores que hemos consultado- de que la nueva cuestión social que implica desestructuración; dificultades de inserción en el mercado laboral; situaciones de trabajo cada vez más precarias y móviles; inequidades de género, de clase y de etnias; aislamiento individual y soledad; hacen que disponer hoy de un empleo estable, en la mayoría de los países, sea cada vez más difícil y si, además, se es mujer e inmigrante, hallar cualquier trabajo, y de esas características, parece aún más utópico.

Implica partir también de la comprobación de que el estatuto del empleo de las sociedades capitalistas industriales no puede ser ya un soporte suficiente para lograr protecciones y derechos estables y que, por lo tanto, hay que pensar en obtener ayudas, apoyos y beneficios novedosos para las actuales circunstancias de

movilidad y precariedad laboral, pero que las mismas contemplen necesariamente una perspectiva intercultural y de género.

Resulta imprescindible en este sentido ampliar el concepto de interculturalidad e incluir en él no sólo la necesidad de lograr un trato y un cuidado equitativo con los inmigrantes y las diferentes etnias en términos de la salud como un derecho humano universal, sino abarcar **todas** las diferencias que implican las disímiles condiciones socioculturales de los diferentes sectores o clases que se identifican en la sociedad, diferencias de género, de capacidades - incluso etareas o generacionales (la adolescencia, la vejez) - multiplicidades que muchas veces son tratadas por el campo de la salud como ajenas o *extrañas*- palabra cuyo origen tiene una raíz etimológica común con el término *extranjero* – en el sentido de *no familiar*, de *fuera de lo común*.

Se delimita así un heterogéneo conjunto de sujetos y situaciones que replantean la mirada habitualmente estrecha de este tema, y requiere extender el concepto de interculturalidad a la perspectiva de género en la medida en que también **la mujer** se presenta por ‘antonomasia’ como ‘*lo otro*’, *lo desconocido*, *lo inquietante* – tal como lo expone el desarrollo del campo psicoanalítico.

En este sentido, el término interculturalidad se transforma en un instrumento que nos permite enfocar y amplificar la mirada sobre aquellas inequidades que se esconden más allá de la distinción superficial de etnias, nacionalidades y culturas, tras ‘inocentes’ y naturalizados *sentidos comunes* que invisibilizan los contrastes, diferencias y jerarquías enquistadas en las estructuras profundas que sostienen las conductas y prácticas etnocéntricas y patriarcales.

La opción ética generalmente recomendada en estos escenarios de *enormes descuidos* por *el/la otro/a pobre, débil, diferente*, es que las políticas sean negociadas con los distintos actores sociales envueltos en el proceso cuyos intereses sean afectados; es decir, que las políticas públicas puedan considerar las diferentes situaciones de las personas y las familias, sus restricciones y posibilidades, para crear instrumentos y diseñar herramientas de intervención más acordes con las realidades de la población que se busca atender; postulando, a tal efecto, una **política pública de cuidado** que permita a hombres y mujeres conciliar el espacio de trabajo productivo con sus responsabilidades familiares y el trabajo no remunerativo que ellas implican; y respete al mismo tiempo la particularidad étnica, cultural y subjetiva en todas sus dimensiones.

En esta dirección, pretendemos contribuir con las diversas formas de participación, tanto empíricas como conceptuales, singulares ó complementarias, a la construcción de un espacio de debate sobre la *ética del cuidado* que revise y renueve sus concepciones y pueda propulsar a las agendas de política y re-enfoques a través de los estados y las organizaciones sociales.

La cooperación entre los gobiernos de los países de origen, de tránsito y de destino de los ciudadanos inmigrantes, y entre las organizaciones del Estado, las

ONG, las entidades de la sociedad civil y los propios migrantes, nos parece imprescindible para velar por la aplicación de los instrumentos internacionales de derechos humanos y para que los ciudadanos tengan conciencia de sus posibilidades y obligaciones en el despliegue de sus necesidades y deseos; para lograr que funcionen, al mismo tiempo, *los dos principios de la diferencia cultural y de la identidad como ser humano*, esto es: *los principios de derecho a la diferencia y del derecho a la semejanza*; pues obviamente *la diferencia sólo es un derecho si se afirma con base en la semejanza, en la universalidad del ser humano*.

En este sentido, dar respuesta a la diversidad cultural o de género no implica atender de manera especial a “los diferentes”, o crear instrumentos, leyes, instituciones o herramientas diferenciales o particulares para ellos, sino **modificar los dispositivos y hábitos para todos**.

Más allá de los hallazgos concretos de nuestra investigación, y siendo siempre conscientes de que la nuestra es y será una perspectiva situada, parcial e incompleta en sí misma, y que, por tanto, necesitará de otras que discutan con ella; consideramos que este estudio transversal sobre el *cuidado* puede tener aportaciones directas o indirectas muy significativas para revisar y ampliar las perspectivas de las distintas disciplinas y prácticas en el campo de la salud pública.

En esta línea, entendemos que el reconocimiento de la dialéctica entre autonomía y dependencia; obligaciones y derechos que caracterizan culturalmente a los diferentes lazos familiares y sociales, permitiría adoptar nuevas y mejores formas de pensar y actuar desde los diferentes *dispositivos y hábitos públicos* para incluir efectiva y congruentemente en la agenda de los planes, programas y acciones políticas, tanto las *demandas* al sistema de atención articuladas por la población, como las *necesidades* supuestas o deducidas en estos escenarios mudos de pobreza y abandonos.

Una política pública de cuidado que integre la perspectiva intercultural desde una mirada de género; esto es, concebir, en el caso de la mujer - migrante o no - un sujeto de pleno derecho, garantizando su acceso a todos los estamentos, recursos y cuidados que el Estado puede brindar a los ciudadanos sin distinción de etnia, género o clase social y, fundamentalmente, dejar de considerarlos un simple objeto de políticas, beneficios y compensaciones, para permitir que los sujetos decidan, desde sus libertades culturalmente determinadas, sus destinos: única garantía de reproducir lazos afectivos y sociales que propicien el genuino *cuidado* por el otro.

CUESTIONARIOS

Questionario 1

Preguntas con respecto al grado de adecuación de las políticas de *cuidado socio-sanitario integral* de la población.

Destinatarios:

- **Documentos:**

1. ¿Qué concepciones de *cuidado* se desprenden de los documentos que componen los programas, planes y políticas socio-sanitarias?
2. ¿Se desprende de ellos alguna especificidad con respecto a las poblaciones migrantes?

- **Funcionarios**

1. ¿Qué acciones -programas, planes y/o políticas socio-sanitarias- se destinan al *cuidado integral* de la población?
2. ¿Se ha registrado o establecido alguna especificidad en dichas acciones con respecto a los migrantes?
3. ¿Cree que son necesarias y suficientes dichas acciones para comprender y satisfacer la situación actual de salud de toda la población?

Questionario 2

Preguntas con respecto al grado de adecuación de las respuestas implementadas por el Equipo de Salud para el *cuidado integral* de la población.

Destinatarios: **Director, Jefe o responsables del Equipo de Salud**

1. ¿Qué tipo (consultas; visitas domiciliarias; trabajo comunitario, interinstitucional y/o intersectorial, etc.) y frecuencia de intervenciones se realizan con respecto al *cuidado integral* de la población?
2. ¿Con qué grado de sostenimiento, continuidad y éxito se implementan las mismas?
3. ¿Con qué motivos y fundamentos se realizan?
4. ¿Hay inquietudes, preocupaciones y/o propuestas en el Equipo con relación al *cuidado integral* del estado socio-sanitario de la población?
5. ¿Se ha registrado o establecido alguna especificidad en dichas acciones con respecto a los migrantes?

Cuestionario 3

Preguntas generales con respecto al *cuidado integral* de la población.

Destinatarios: **Miembros del Equipo de Salud**

1. ¿Cuál es el estado psico-físico de la población atendida?
2. ¿Cuál es la situación económica?
3. ¿Cuál es la situación laboral?
4. ¿Con qué ingresos cuentan?
5. ¿Qué nivel de instrucción alcanzan?
6. ¿En qué condiciones de saneamiento ambiental y vivienda viven?
7. ¿En qué condiciones de vestimenta e higiene personal se presentan?
8. ¿Cuentan con redes familiares y/o vecinales?
9. ¿Con qué tipo de cobertura social-sanitaria cuentan?
10. ¿Se ha registrado o establecido alguna especificidad con respecto al cuidado de los migrantes?

Cuestionario 4

Preguntas específicas con respecto al *cuidado integral* de la población migrante

Destinatarios: **Miembros del Equipo de Salud**

1. ¿Con qué frecuencia consultan los migrantes?
2. ¿Qué tipo y frecuencia de padecimientos físicos se registran?
3. ¿Qué tipo y frecuencia de accidentes se registran?
4. ¿Qué tipo y frecuencia de alteraciones o padecimientos psíquicos se registran?

NOTA

Ponemos a disposición del jurado el registro de entrevistas desgrabadas y/o cualquier otro material bibliográfico o documental que se estime conveniente para corroborar la coherencia y la fidelidad de las fuentes que permitieron la construcción del aparato erudito y el desarrollo de esta investigación.

Tesista- Lic. Analía Bertolotto

Director de Tesis- Dr. Mario Rovere