

margen N° 66 - setiembre 2012

“En el nombre del niño...”

## Representaciones sociales acerca de Género y Familia en la Sala de Internación de Pediatría

Por María Agustina Cassinelli

**María Agustina Cassinelli.** Trabajadora Social. Residente de 1º nivel, Hospital General de Agudos “Dr. Cosme Argerich”, Ciudad de Buenos Aires.

*“De los dieciséis hermanos de Benjamin Franklin, Jane es la que más se le parece en talento y fuerza de voluntad. Pero a la edad en que Benjamín se marchó de casa para abrirse camino, Jane se casó con un talabartero pobre, que la aceptó sin dote, y diez meses después dio a luz a su primer hijo. Desde entonces, y durante un cuarto de siglo, Jane tuvo un hijo cada dos años. Algunos niños murieron, y cada muerte le abrió un tajo en el pecho. Los que vivieron exigieron comida, abrigo, instrucción y consuelo. Jane pasó noches en vela, acuñando a los que lloraban, lavó montañas de ropa, bañó montoneras de niños, corrió del mercado a la cocina, fregó torres de platos, enseñó abecedarios y oficios, trabajó codo a codo con su marido en el taller y atendió a los huéspedes cuyo alquiler ayudaba a llenar la olla. Jane fue esposa devota y viuda ejemplar; y cuando ya estuvieron crecidos los hijos, se hizo cargo de sus propios padres achacosos y de sus hijas solteronas y de sus nietos sin amparo. Jane jamás conoció el placer de dejarse flotar en un lago, llevada a la deriva por un hilo de cometa, como suele hacer Benjamín a pesar de sus años. Jane nunca tuvo tiempo de pensar, ni se permitió dudar. Benjamín sigue siendo un amante fervoroso, pero Jane ignora que el sexo puede producir algo más que hijos. Benjamín, fundador de una nación de inventores, es un gran hombre de todos los tiempos. Jane es una mujer de su tiempo, igual a casi todas las mujeres de todos los tiempos, que ha cumplido su deber en la tierra y ha expiado su parte de culpa en la maldición bíblica. Ella ha hecho lo posible por no volverse loca y ha buscado, en vano, un poco de silencio. Su caso, carecerá de interés para los historiadores.”*

**1778, Filadelfia: Si él hubiera nacido mujer.**

**E. Galeano.**

*“Al río torrentoso lo llaman violento  
Pero al lecho que lo comprime  
Nadie lo considera violento”*

**Sobre la violencia**

**De Bertolt Brecht**

**En 20 poemas y canciones**

### Introducción

El presente trabajo es realizado como producto de la reflexión generada durante la rotación por la Sala de Internación de Pediatría del Hospital Argerich durante el período de octubre de 2011 a marzo de 2012.

En el mismo se tendrá como objetivo realizar un análisis acerca de las representaciones sociales imperantes en el Equipo de Salud que interviene en dicha sala, y para tal fin, se dividirá el trabajo en dos capítulos.

A lo largo del primer capítulo se sentarán las bases teóricas en relación a lo que se entiende por representaciones sociales, y la postura tomada acerca de las categorías de Familia y Género. Para esto, se utilizarán fuentes bibliográficas las cuales se apoyarán con verbalizaciones registradas en entrevistas realizadas a mujeres, madres acompañantes de niños, niñas o adolescentes internados.

En el segundo capítulo se analizarán, en primer lugar, el equipo de salud, su conformación y características; y en segundo lugar, las prácticas y concepciones que dicho equipo mantiene en relación a las categorías desarrolladas en el capítulo precedente. Las principales fuentes utilizadas serán entrevistas y registros propios.

Por último se presentarán las reflexiones finales –y algunas nuevas preguntas-, intentando responder a los objetivos planteados para el trabajo.

### **Fundamentación**

Desde octubre del 2011 hasta la fecha, me encuentro rotando en la Sala de Internación de Pediatría. Algunos de los motivos que orientaron la elección de la Sala, estuvieron relacionados a:

-la articulación interinstitucional e intersectorial que requiere la intervención con los sujetos en cuestión –Niños, Niñas y Adolescentes<sup>1</sup> -;

-la desconexión entre legislación y realidad;

-la participación de la referente, la Lic. Marta Guldris, en el Comité de Violencia del Hospital y por último;

-las características de la referente, en cuanto a su apertura y la participación que promueve en los residentes.

A partir de tomar contacto profesional, acompañada por mi referente, con los NNyA internados y sus acompañantes y cuidadores familiares, comencé a plantearme una serie de interrogantes relacionados al rol que ocupan (o deberían ocupar) estos últimos para el equipo de salud en los procesos de salud-enfermedad-atención, más precisamente durante la internación. En su mayoría mujeres, son las “madres” cuidadoras quienes reciben las mayores presiones en cuanto a las causas que produjeron la internación, los cuidados previos, durante y post internación de los niños, niñas y adolescentes a su cargo. Si bien la madre es el referente principal donde se pone el foco, es la familia completa la que comienza a ser cuestionada e interrogada acerca de múltiples cuestiones.

El rol de la mujer asociado, en nuestra sociedad, directamente con el de madre, naturaliza que en muchos casos, esta se vea completamente abocada al cuidado de los hijos y otros familiares, dejando de lado las propias necesidades, momentos e intereses de cada mujer, reduciendo su condición a la de madre/esposa. Desde los equipos de salud, en muchas ocasiones se hace eco de dichos mandatos sociales. Cuando la familia no cumple el rol “deseado” se pueden generar malestares en los profesionales, tendiendo a culpabilizar principalmente a las mujeres-madres cuando no están disponibles el 100% de su tiempo al cuidado de los niños, niñas y adolescentes internados. Asimismo, termina recayendo exclusivamente la mirada sobre la familia, cuando se trata de aspectos de índole macroeconómica o macro social, variables determinantes en la realidad de la familia.

Entiendo que la temática es de suma importancia, ya que en el trabajo cotidiano se van naturalizando construcciones sociales e históricas cargadas de prejuicios y desigualdades.

---

1 De ahora en adelante NNyA

Considero que las categorías de familia y género son centrales en los procesos de salud-enfermedad- atención, y en consecuencia se vuelve necesaria su discusión y problematización por parte del Equipo de Salud. La realización de este trabajo pretende recorrer parte de ese camino y brindar algunos insumos para pensar y repensar las intervenciones del Equipo de Salud y del Trabajo Social en particular.

## Objetivos

### Objetivos generales:

-Analizar las representaciones sociales en torno a las categorías de género y familia del Equipo de Salud de la Sala de Internación de Pediatría del Hospital Argerich, durante el período octubre 2011, marzo 2012.

### Objetivos específicos:

- Describir y analizar las concepciones de género y familia.
- Analizar y reflexionar acerca de las prácticas y concepciones que el Equipo de Salud de la Sala de Internación de Pediatría mantiene en relación a las categorías de género y familia.

## Capítulo 1: concepciones de género y familia

*“Ya ustedes, les ruego, se abstengan de juzgar  
Pues toda criatura necesita ayuda de todas las demás”.*  
**La infanticida Marie Farrar**  
**De Bertolt Brecht**  
**En 20 poemas y canciones**

### 1.1 Representaciones Sociales

Según Bourdieu, *“existe una correspondencia entre las estructuras sociales y las estructuras mentales, entre las divisiones objetivas del mundo social -especialmente entre dominantes y dominados en los diferentes campos- y los principios de visión y de división que los agentes les aplican.”* (1989: 7).

El *habitus* es una categoría central en la teoría del autor mencionado, que refiere a una estructura estructurada estructurante, historia hecha cuerpo, *“principio a partir del cual el agente construye sus prácticas y sus representaciones del mundo, de las cosas del mundo, de lo que está bien y de lo que está mal, de lo posible y de lo imposible, de lo pensable y de lo no-pensable. Resultado del habitus como interiorización de las relaciones de poder, las representaciones que éste engendra, constituyen la mediación del poder simbólico. Las representaciones, son imágenes mentales, ideas de las cosas, de los objetos, de las gentes, maneras de verlos, de pensar procesos, de evaluarlos, de valorarlos - está bien o está mal, es lindo o es feo es "distinguido" o es "vulgar", etc.-”.* (Gutiérrez, 2005: 376)

Para comprender el significado de las representaciones sociales, debemos entender al poder simbólico como el poder de hacer ver y hacer creer, el poder de conservar o transformar la visión del mundo y sus prácticas sobre él. Por tal motivo, se considera que el poder simbólico, solo puede ejercerse si es desconocido como arbitrario ya que lo que fundamenta el poder de las palabras, es la creencia en su legitimidad y en los que las pronuncian. (Bourdieu, 1999)

En el mismo sentido, sostenemos que los esquemas mentales resultan de la incorporación de las

divisiones sociales. Las representaciones se constituyen en estos esquemas con un orden gnoseológico, un sentido inmediato del mundo, de construcción de realidad. Se componen así como instrumentos de conocimiento, comunicación y también como instrumentos de dominación, ya que promueven la integración social de un orden arbitrario a través de un proceso de imposición de la legitimación de la dominación. (Gutiérrez, 2005; 377)

Si entendemos entonces a las representaciones sociales como mediaciones del poder simbólico, e internalizaciones de los principios de división del mundo social, debemos pasar a conceptualizar las categorías centrales en este trabajo -Género y Familia, situadas en el Estado Capitalista-, para poder analizar en el segundo capítulo cómo se traducen estos principios y esquemas descriptos, en el Equipo de Salud. De esa forma, a la luz de las prácticas y concepciones mantenidas por el mismo, podremos analizar la conformación de sus propias representaciones sociales.

## 1.2 Familia y Género en el Estado Capitalista

Siguiendo a O' Donnell, afirmamos que el Estado es el garante de las relaciones capitalistas de producción hallándose por dicho motivo, en una relación de complicidad estructural con el sistema económico de producción. La división en clases sociales, se constituye en la principal –pero no la única-, relación de dominación de la sociedad, donde se genera y apropia el valor del trabajo por parte del capitalista. Este principio de contradictorio ordenamiento, se constituye en el gran diferenciador del acceso desigual a los recursos de dominación, debido por un lado a la posición de clase por sí misma, y por otro lado, porque de esa posición, surgen probabilidades diferenciales de lograr situaciones, que a su vez permiten acceder al control de otros recursos de dominación. (1984)

Siempre que sea necesario, existe la posibilidad de efectivizar la garantía estatal mencionada anteriormente, motivo por el cual se desarrolla el Derecho racional-formal, *“codificación formalizada de la dominación en la sociedad capitalista”* (O' Donnell, 1984). Sin embargo, el Derecho no existe sólo en su fase represiva, sino también que este cumple otra función, la de *“enseñar preventivamente a las partes los límites de sus derechos y obligaciones; y disminuye por lo tanto la necesidad de intervención ostensible para invocar en última instancia la garantía coactiva del Estado”* (O' Donnell, 1984)

Dentro de la legislación de nuestro país, existe una Ley Nacional (ley 26.061 del año 2006) y una Ley en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (ley 114 del año 1999) de protección de derechos de NNyA. En cuanto a la primera, citamos el artículo 7º, titulado de *“Responsabilidad Familiar”*: *“La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos. Los Organismos del Estado deben asegurar políticas, programas y asistencia apropiados para que la familia pueda asumir adecuadamente esta responsabilidad, y para que los padres asuman, en igualdad de condiciones, sus responsabilidades y obligaciones”*.

Asimismo, esta ley prevee *“Medidas excepcionales”*, para adoptar en caso de que los NNyA *“estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio”*. Se aplicarán según los siguientes criterios, *“a) Permanencia temporal en ámbitos familiares considerados alternativos (...) b) Sólo en forma excepcional, subsidiaria y por el más breve lapso posible puede recurrirse a una forma convivencial alternativa a la de su grupo familiar, debiéndose propiciar, a través de mecanismos rápidos y ágiles, el regreso de las niñas, niños y adolescentes a su grupo o medio familiar y comunitario. (...) c) Las medidas se implementarán bajo formas de intervención no sustitutivas del grupo familiar de origen, con el objeto de preservar la identidad familiar de las niñas, niños y*

*adolescentes; (...) f) No podrá ser fundamento para la aplicación de una medida excepcional, la falta de recursos económicos, físicos, de políticas o programas del organismo administrativo”.*<sup>2</sup>

Estas leyes, así como el carácter de protección especial que adquiere la niñez y adolescencia, no se gestan producto de una decisión lineal, sino que son un producto histórico, que incluye disputas en numerosos sentidos, como por ejemplo, los derechos y obligaciones comunes para ambos padres por igual; el otorgamiento de los recursos necesarios por parte del Estado para que la familia pueda asumir la “responsabilidad”; y la definición acerca de que por pobreza no se podrá aplicar una medida excepcional.

Más allá del cumplimiento o incumplimiento efectivo de dichos artículos, lo que no se pone en duda ni en debate en estas leyes, es lo esencial: la responsabilidad –casi- exclusiva de la familia en cuanto a los NNyA. No obstante, a lo largo de la Ley, nunca se explicita qué se entiende por “familia”. En términos de Bourdieu, *“la familia es, ciertamente, una ficción, un artefacto social, una ilusión en el sentido más vulgar del término, pero una ‘ilusión bien fundada’ porque, producida y reproducida con la garantía del Estado, recibe de éste, en cada momento, los medios para existir y subsistir”* (1994)<sup>3</sup>

Siguiendo con el autor, se considera que el Estado es el responsable principal de la construcción de categorías oficiales que estructuran las sociedades, a partir de un trabajo de codificación y efectos económicos y sociales reales, que sale a favorecer, reforzar y fortalecer determinada forma de organización familiar, *“(...) como un acuerdo sobre un sistema de formas de aprehensión y de construcción del mundo, en la que esta forma de organización, esta categoría, es sin duda una llave maestra.”* (1994). Si consideramos entonces, como mencionamos anteriormente, que la característica del poder simbólico es no ser conciente como tal, la creación de categorías por parte del Estado no suele ser vivenciada de esta forma por los sujetos, apareciendo más bien como categorías naturales y sincrónicas.

Como síntesis de lo expuesto hasta aquí, entendemos que la categoría de familia, producida y reproducida por el Estado, categoría histórica y contradictoria, se constituye en un mecanismo instituido de reproducción social. *“(...) Así la familia como categoría social objetiva (estructura estructurante) es el fundamento de la familia como categoría social subjetiva (estructura*

2 Citamos similares artículos de la ley 114 de la Ciudad A. de Buenos Aires, antecedente de la Ley Nacional 26061: “Art. 25 - **Derecho a la Convivencia familiar y comunitaria.** Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a ser criados y cuidados por sus padres y a permanecer en su grupo familiar de origen, en una convivencia sustentada en vínculos y relaciones afectivas y comunitarias. Art. 26 - **Preservación del grupo familiar.** La carencia o insuficiencia de recursos materiales del padre, madre o responsable no constituye causa para la separación de la niña, niño o adolescente de su grupo familiar. La convivencia dentro de otros grupos familiares constituye una situación excepcional. (...) Art. 34 - **Responsabilidad de los padres.** Incumbe a los padres la responsabilidad primordial de la crianza y desarrollo de sus hijos/as para su protección y formación integral. La Ciudad de Buenos Aires respeta los derechos y deberes de los padres y les presta la ayuda necesaria para su ejercicio con plenitud y responsabilidad.”

3 El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación considera que “Dos ejes centrales guían la implementación de las políticas sociales en todo el territorio argentino: la familia y el trabajo (...). La familia es el primer espacio en el que las personas crecen, aprenden, construyen y comparten valores y forman parte junto con otros. No son entonces los individuos aislados quienes se encuentran afectados por la pobreza sino el grupo familiar el que sufre las consecuencias de una situación social desfavorable. La familia, junto a la escuela y al trabajo, se constituye como ámbito fundamental para la organización y el desarrollo de la vida en comunidad. Por eso, este Ministerio trabaja en **la protección y la promoción de la familia** como eje fundamental de las políticas públicas destinadas a impulsar la integración social, la protección de los derechos, el desarrollo pleno de todos sus miembros y la inclusión social” (<http://www.desarrollosocial.gov.ar/FamiliaArgentina/Default.aspx>)

*estructurada), categoría mental que es el principio de miles de representaciones y acciones (matrimonios, por ejemplo) que contribuyen a reproducir la categoría social objetiva. Este es el círculo de la reproducción del orden social.*” (Bourdieu, 1994)

Profundizando en cuanto a la idea de la reproducción social, tomamos a Jelin, quien afirma que este término incluye tres dimensiones o niveles analíticos: *“la reproducción biológica que en el plano familiar significa tener hijos y en el plano social se refiere a los aspectos socio demográficos de la fecundidad, la reproducción cotidiana o sea el mantenimiento de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia y la reproducción social o sea las tareas dirigidas al mantenimiento del sistema social”* (1995)

Cuando hablamos de reproducción biológica y cotidiana, nos referimos al trabajo doméstico, la familia. Cuando hablamos de reproducción social, nos referimos principalmente al trabajo remunerado y el Mercado, y al Estado y sus instituciones. Desde este trabajo se entiende a las tres dimensiones del concepto de reproducción, como complementarias y necesarias para el sostenimiento y funcionamiento del sistema de producción capitalista.

Las primeras dos dimensiones, han sido históricamente relegadas al ámbito doméstico y la vida privada -cuyo sujeto por excelencia ha sido la mujer. La tercera dimensión –atribuida al hombre-, ha sido considerada como la más importante para la subsistencia humana. En este trabajo se considera, que los tres niveles son complementarios, entendiendo el trabajo doméstico como una *“actividad material socialmente necesaria”* (Jelin, 1984). Siendo necesario, *“dejar de considerar a la familia como un dato inmediato de la realidad social, para ver en ella un instrumento de construcción de esta realidad”*. (Bourdieu, 1994)

Las formas hegemónicas de interpretación de la realidad, han sido sostenidas desde la sociología positivista, aún vigente actualmente, que sostiene que *“la tarea doméstica –que incluye todas las actividades cotidianas de transformación final de bienes para el consumo y numerosos servicios personales- no parece existir ni requerir análisis y explicaciones. En tanto se realiza en el ámbito privado de la familia y el hogar, la importancia social de la tarea doméstica parece estar centrada en su valor como expresión del amor y la devoción de las mujeres”* (Jelin, 1984). Siguiendo en la misma línea, De Jong afirma que en la sociedad capitalista burguesa, y a través de esa corriente de pensamiento, se considera a la familia como una institución natural, ahistórica, con funciones biológicas y de socialización relacionadas al rol productivo, depositando en la familia la responsabilidad social por la conducta de sus miembros, así como su destino. Como una estructura funcional autosuficiente y *“aislada del contexto en el que inscribe su vida, (...) la familia es un objeto a ser observado desde criterios de “normalidad” instituidos socialmente. (...) La familia debe ser funcional al todo, los sujetos deben ser funcionales a la familia”*. (1998)

La crítica a esta corriente teórica se profundiza a la luz de los estudios de género, motorizados por los movimientos feministas de los años ‘60 en adelante. A partir de allí, *“la familia es examinada y cuestionada por ser el lugar de sometimiento de las mujeres y los niños y niñas, mostrando la falacia de la división en roles complementarios dentro de ella, a la manera de la sociología tradicional”* (Tarducci, 2008). Es decir, se vislumbra que existe otra relación de dominación al interior de la sociedad que coadyuva al sostenimiento de la explotación laboral, el trabajo doméstico.

De este modo, van surgiendo distintas disputas y luchas alrededor de las prácticas y los conceptos, construyendo nuevos significados, cuestionando las dicotomías público/privado y naturaleza/cultura. En este trabajo hablamos de género y no de sexo, ya que este último término refiere a las diferencias biológicas corporales entre uno y otro, mientras que el primero, es una categoría sociocultural relacionada con las significaciones que cada sociedad le atribuye a esas diferencias corporales, en cada momento histórico. *“La perspectiva de género implica la ruptura*

*con la familiaridad acrítica, con la repetición de los lugares naturalmente asignados”* (Entel, 2010)

Hablar de género implica hablar de adjudicación de características, funciones, obligaciones, “modos de ser” y “modos de actuar” diferentes para varones y mujeres; incluyendo relaciones, roles e identidades que los sujetos van construyendo a lo largo de sus vidas. *“Si bien es un proceso histórica y culturalmente variable, en todas las sociedades conocidas las relaciones de género se fundan en relaciones de desigualdad”* (Grimberg, 2003)

Los modos de ser y actuar ideales, se desprenden de un modelo de familia sincrónico. Para Tarducci, *“el modelo que permanece más allá de los cambios que han transformado a la familia, está conformado por la imagen idílica de la familia nuclear donde el padre es fundamentalmente el proveedor y la madre se ocupa del cuidado de sus hijos”* (2008). En numerosas ocasiones, sin embargo, el ideal de familia entra en tensión con la necesidad económica.

“Trabajé de moza en muchos restaurantes. Hace 15 días había empezado en uno y me echaron porque me interné con Thiago. Había entrado a trabajar en blanco y me mandaron la carta de despido. (...) Con el papá de los chicos habíamos arreglado que no iba a trabajar hasta que Thiago tuviera 2 años pero desde que nació el bebe, nos separamos y tuve que salir a trabajar. No es justo para Thiago porque mis otros dos hijos tuvieron toda la atención y yo ahora tengo que ir a trabajar y dejarlo con mi mamá todo el tiempo” (Rosa, 24 a.)

“Yo lo voy a cuidar hasta los 4 años y recién ahí voy a trabajar. Mi marido también opina que no debo trabajar y que es él el que debe traer la plata a casa”. (Silvia, 33 a.)

Para las mujeres, la necesidad de trabajar por fuera del hogar no ha significado necesariamente una distribución del poder dentro del hogar, en cuanto a tareas o responsabilidades transferidas hacia los varones, sino más bien una carga extra, necesitando la ayuda de otras mujeres de la familia: hijas, madres, suegras, tías. Parte de lo que es considerado el trabajo doméstico femenino, incluye los cuidados de los distintos miembros de la familia, *“la existencia (muy insuficiente) de guarderías y formas colectivas del cuidado de niños pueden liberar parcialmente o aliviar la carga de trabajo materna pero no la responsabilidad”* (Jelin, 1995).

“Mi mamá siempre trabajó asique estoy acostumbrada a los chicos, tengo 5 hermanos varones y los cuidaba yo, el más chico tiene 1 año. Tengo mucha familia que me ayuda, me aconseja. Tengo a mis padres, mi suegra, mis tías, cuñadas con experiencia. (...) Yo trabajo de 07 a 14 hs. y la cuida mi suegra. Después yo la voy a buscar o me quedo en lo de mi suegra. Los domingos cuando me toca trabajar, mi marido la cuida hasta cierta hora y después se la lleva a la madre para que la cambie, le de la mamadera” (Alejandra, 21 a.)

Según Jelin, el acceso a los servicios por fuera del hogar es lo que permite a las mujeres adquirir mayores grados de autonomía en relación a las labores domésticas (cuidado de los niños, limpieza, cocina, lavado, etc.) *“En realidad la variación en la carga de la labor doméstica para las mujeres-madres (...) depende fundamentalmente del acceso diferencial de las mujeres a servicios fuera del hogar: sean comunitarios o de mercado, el servicio doméstico remunerado, las guarderías y servicios de cuidado de enfermos y ancianos, el mayor uso de bienes y servicios personales extra-domésticos, el acceso a tecnología doméstica que implica ahorro de tiempo y esfuerzo, etc. En la medida en que la oferta de servicios de este tipo esta centrada más que nada en los mecanismos de mercado por los cuales hay que pagar, la variación fundamental es entre clases sociales y niveles de ingreso”* (1995).

“me gustaría tener aunque sea una hora para mí, aunque sea para sentarme en el parque a tomar un helado. Averigüé por un curso de cocina pero no puedo ir en el horario que lo dan. Me gustaría trabajar de eso, porque ya hice cursos de cocina, pero vino Santi. Yo ya no pensaba en tener más hijos, pensaba trabajar, él vino de arriba. A veces quiero salir y no puedo. Además de ser mamá

soy mujer y tengo que hacer cosas por mí, pero los hombres se lavan las manos. (Silvia, 33 a.)

De la misma forma en que comienzan a desnaturalizarse los roles, identidades y características atribuidas por género, comienza a problematizarse la violencia, dejando de considerar el hogar como el ámbito del afecto y la intimidad por excelencia. El hogar es considerado un lugar privilegiado de la violencia, sin embargo, no afecta a todos por igual, *“obviamente la violencia familiar tiene género: las víctimas son las mujeres en la relación conyugal, las niñas, y en menor medida los niños en la relación filial y como víctimas de otros adultos”*. (Jelin, 1995)

“confío solo en mí, porque mi papá me violó cuando yo tenía tres años y eso hizo que no confíe en nadie y que cuide más a mis hijos. Por eso no los quiero dejar tanto con el papá tampoco”. (Rosa, 24 a.)

“tengo un secreto que me voy a llevar a la tumba, lo sabe solo mi amiga, no se lo conté a nadie más. Mi padrastro, que ahora está muerto, me violaba cuando mi mamá no estaba, a los 14 años. Mi mamá se iba a las 7 de la mañana y para mí empezaba el calvario, además yo nunca había tenido relaciones. Nunca se lo voy a contar a mi mamá. Nunca quise que a mi hija le pasara lo mismo que a mí, por eso le creí cuando me dijo que el padre la tocaba y le hacía que le tocara. Yo salgo adelante por mis hijos, porque ellos no tienen la culpa. Yo solo quiero ser feliz con mis hijos y mi pareja y trabajar cuando todos ellos vayan a la escuela. Esta es la última vez que me junto con un hombre, si esto no funciona, no me junto nunca más” (Silvia, 33 a.)

Tomando en cuenta lo trabajado hasta el momento y las verbalizaciones citadas, destacamos la vigencia que presentan los modelos ideales de familia; así como destacamos la importancia de revalorizar una concepción de familia diacrónica y contextualizada, y una la perspectiva de género que no refuerce dichos modelos.

## Capítulo 2: equipo de salud

*“El papel de las madres y el de los médicos están, y deben permanecer, netamente diferenciados. El primero prepara y facilita el segundo, se complementan, o más bien, deberían completarse en interés del enfermo. El médico prescribe, la madre ejecuta”*  
**Fonssagrives, 1876, citado por Donzelot, J.**  
**en “La policía de las familias”**

### 2.1 La Unidad de Pediatría y sus características

En este apartado comenzaremos por definir el área de Salud como un Campo, describiendo el paradigma biomédico, considerado hegemónico dentro del mismo. Luego de ello, y a la luz de esos aportes, analizaremos cómo se conforma el Equipo de Salud pediátrico.

La noción de *Campo* de la Salud es planteada por Spinelli, al considerarla más apropiada que la noción de *Sistema* de Salud. Esta última se considera un concepto inadecuado, de carácter simplificador, proveniente de la corriente funcionalista. (2010)

Sostenemos esa posición, siguiendo la teoría de Bourdieu, que define al Campo como estructuras de posiciones y de relaciones entre posiciones, que constituyen los diferentes espacios de juego y de lucha donde se insertan las prácticas sociales. Así el sujeto ocupa una posición en un campo, guiado por relaciones objetivas exteriores. Sin embargo, esta noción es complementada con la de *habitus*, definida en el capítulo precedente. A partir del *habitus*, el sujeto interioriza esas reglas y relaciones objetivas del campo y puede jugar en él mediante un conocimiento práctico de dichas relaciones (Gutierrez, 2003). Considerando que *“cada subcampo posee su propia lógica,*

*reglas y regularidades específicas*” (Bourdieu, Wacquant, 1995), es que afirmamos que dentro de estos campos y subcampos existen luchas por los lugares que cada sujeto ocupa dentro de los mismos.

De esta forma, dentro de los equipos de salud, existen reglas, normas, relaciones objetivas, pero también existen disputas entre saberes y profesionales. En el campo de la salud, el modelo biomédico es el paradigma hegemónico, lo que determina que el peso de cada disciplina dentro de este campo no se ejerce de manera equilibrada, sino que condiciona la visión, el diagnóstico y tratamiento de los procesos de salud-enfermedad-atención desde el punto de vista médico. De acuerdo a la teoría bourdiana de los campos, si consideramos que *“donde hay poder, hay resistencia”* (Foucault, 2008) los profesionales de otras disciplinas, no se encuentran exentos de presentar alternativas, ni voces contrahegemónicas.

Por su parte, Grimberg define como construcción social de los procesos de salud-enfermedad-atención *“al proceso de condicionamiento recíproco entre las representaciones y las prácticas, desarrolladas tanto por los “especialistas” del campo –incluidos los distintos niveles de atención institucional y no institucional- y los diversos conjuntos sociales”* (1995)

Siguiendo la definición arriba presentada, podemos decir en cuanto a los llamados “especialistas” del campo, que el paradigma de la biomedicina posee como rasgo estructural dominante el biologicismo, lo que fundamenta tanto el diagnóstico como el tratamiento. Asimismo se constituye en el principal criterio de diferenciación con otras formas de atención. Menéndez sostiene que *“El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud-enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas”* (2004). Las características centrales de los presupuestos culturales e ideológicos que confieren “cientificidad” a la medicina son, según Mari Luz Esteban, la dicotomía mente/cuerpo, la neutralidad de la medicina, la universalidad de las enfermedades y la definición de esta como una norma biológica. (2006)

Una vez definidos los conceptos en los que se enmarca la práctica de salud hegemónica en el Hospital, pasaremos a caracterizar la Unidad de Pediatría.

Dentro del Hospital Argerich, el Departamento Materno Infante Juvenil está compuesto por los Servicios de Pediatría, Obstetricia, Neonatología y Adolescencia. La Jefa del departamento es la Dra. Mabel Poncelas.

La Unidad de Pediatría se encuentra conformada por: 11 médicos de planta, 2 médicos residentes por año y 4 médicos concurrentes por año. El Jefe de este servicio es el Dr. Rubén de Sousa Serro. La Sala de internación posee 18 camas de internación y asimismo, Pediatría cuenta con atención en los Consultorios Externos del Hospital.<sup>4 5</sup>

El resto de los profesionales intervinientes en la Sala, entre los que podríamos mencionar Enfermería, Servicio Social, Salud Mental, Nutrición, etc., poseen su propia dependencia. Todos ellos excepto el primero, atienden exclusivamente por interconsulta. En el caso de los enfermeros, si bien no dependen de Pediatría son asignados a la Sala de forma permanente, y trabajan, al igual que los médicos, con todos los NNyA internados.<sup>6</sup> Asimismo, cuentan con una oficina exclusiva y una habitación con camas para las guardias que realizan en la sala.

---

4 [www.hospitalargerich.org.ar](http://www.hospitalargerich.org.ar)

5 En relación a los/as adolescentes, si bien cuentan con un servicio aparte para atención ambulatoria, no cuentan con camas de internación. Por dicho motivo, si bien en consultorios externos, pediatría atiende hasta 11 años aproximadamente, en internación, hay niños/as de hasta 18 años de edad.

6 A modo de ejemplo, una de las enfermeras se encuentra trabajando en la sala de pediatría desde hace 28 años

Sostenemos que la estructura descrita, está determinada según el modelo médico hegemónico, ya que el criterio de dependencia de los profesionales, responde a una sola de esas profesiones. El resto de las disciplinas, son convocadas, siempre y cuando, sean solicitadas por los médicos. Asimismo, esta situación, se convierte en un obstáculo al trabajo interdisciplinario ya que la intervención de tipo compartimentalizada o corporativa de cada profesión (atendiendo por separado), se aleja de una práctica acorde a la consideración de la salud de forma integral.

*“El equipo de pediatría esta formado por personal médico de planta, residentes de pediatría, equipo de enfermería. Hay un equipo fijo de profesionales de otras disciplinas que son interconsultados diariamente como salud mental y servicio social. También de otras especialidades médicas: infectología, traumatología, Servicio de Adolescencia. Pediatría es una Unidad que depende del Departamento Materno Infantil, por lo que está íntimamente ligado a Maternidad y Obstetricia. En algún momento se consideró al profesional de servicio social y salud mental como integrantes de un equipo interdisciplinario, pero como las dependencias a nivel de las estructuras es distinta, cada uno mantiene su independencia.”* (Trabajadora Social)

*“La unidad de Pediatría está conformada por: jefe, médicos de planta, residentes y concurrentes”* (Médica 1)

Si bien, la intervención del Servicio Social, se realiza por interconsulta, al interior de dicho Servicio existe una división operativa que asigna a una Licenciada, las interconsultas de la sala de Pediatría. La Lic. Marta Guldris se encuentra trabajando allí desde hace más de 20 años.

Esta situación podemos considerada una potencialidad, ya que permite capacitarse y especializarse en el tema NNyA, a la vez que permite conocerse y ponerse de acuerdo con los profesionales intervinientes de la Sala en determinados criterios de intervención (como son los criterios para la interconsulta).<sup>7</sup> En este sentido, es dable aclarar que la Lic. Guldris es especialista en el tema de Violencia Familiar y Maltrato Infantil.<sup>8</sup>

*“Actualmente el médico decide cual es el caso que se va a derivar a Servicio Social o Salud Mental. También están abiertos a las sugerencias de los profesionales que intervienen desde otras disciplinas. Es aceptado con agrado cuando se proponen reuniones interdisciplinarias para resolver un caso complejo. Están pendientes de las intervenciones que se realizan, incluso de las de carácter externo.”* (Trabajadora Social)

Durante el período en estudio, el Servicio Social ha sido interconsultado para intervenir en la Sala de Pediatría con treinta situaciones de NNyA internados y sus familias. A partir de aquellas intervenciones, podemos afirmar que trabajar con dichos sujetos adquiere una significación especial a raíz del carácter de protección especial que adquiere la niñez en nuestro país.

¿Qué puede derivarse de ese carácter? ¿Cómo se traslada eso a la responsabilidad que se le otorga a la familia? ¿Cómo se conjuga ese carácter y la responsabilidad familiar durante una situación de internación donde priman los criterios del equipo de salud y dentro de él, los criterios médicos? A partir de estas preguntas, podemos intentar identificar algunas posiciones y posturas del Equipo de Salud que trabaja con la niñez, desde un visión que focalice en las cuestiones de género y familia.

---

<sup>7</sup> En el caso de Salud Mental, no existe la división por Sala, sino que el Servicio se divide en equipos: de niñez, de interconsultas, de asistencia a la violencia familiar, etc. Debido a esto, según la situación particular, se presentan en la sala diferentes profesionales, lo que dificulta unificar criterios de intervención interdisciplinarios.

<sup>8</sup> Por tal motivo colabora y participa en el Equipo de Asistencia a la Violencia Familiar que depende de Salud Mental. Asimismo, la Lic. coordina el Comité de Violencia del Hospital. En ambos espacios, la referente me ha permitido participar y aprender.

## 2.2 Identificando las prácticas y concepciones

Ya mencionamos que de acuerdo a la legislación vigente, los NNyA requieren de una protección especial por sobre el resto de la población y allí, la familia cobra un carácter sobresaliente. El mismo se encuentra asociado a los cuidados y la atención que ellos requieren por su sola condición de NNyA. Seguido de esto, podemos suponer que en una situación de internación, estos cuidados y la atención requerida es aún mayor. Es decir, siguiendo este razonamiento entendemos que la necesidad de la protección del niño en una situación de internación se amplifica.

Dijimos también que dentro de ella los roles son ejercidos de forma diferencial y también lo que se espera de uno u otro de los miembros de la familia. De esta forma, podemos pensar que el Equipo de Salud, esperaría que la situación extraordinaria de internación, extienda ese rol y ese cuidado, de la casa hacia el hospital.

¿Que pasa cuando es la mujer, quien no cumple con el rol de madre/esposa que le “corresponde”? ¿Qué pasa cuando alguno de los miembros o la familia entera no “funciona”, ni se maneja de la forma esperada? ¿O cuando estos miembros de la familia no cumplen con lo que el Equipo espera de ellos?

Siguiendo a Tarducci, *“nuestra concepción de la familia (además de expresar implícita o explícitamente un modelo de sociedad) moldea la manera con que interpretamos los problemas familiares y los prejuicios del sentido común muchas veces nos impiden ver la complejidad que estos presentan. Tenemos un modelo de familia en mente, de lo que es correcto y de lo que está ‘mal’, y fuera de él nos parece ‘desviante’ cualquier otra manera de organizar el parentesco”*. (2008).

A modo de poder analizar las representaciones sociales del equipo en relación a las cuestiones mencionadas, tomaremos dos ejes: por un lado, la internación conjunta y por el otro lado, las situaciones donde la salud de los NNyA no es el foco de la intervención sino su madre y/o familia. Para ello, iremos identificando situaciones y verbalizaciones de entrevistas y registros, que se han presentado a lo largo del período en estudio.

### 2.2.1 Internación conjunta, ¿un beneficio para quien?

En el año 1958, el Dr. Florencio Escardó, implementa en una de las salas de pediatría del Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez”, la internación conjunta del niño/a con su madre como condición necesaria. A partir de ello, se comienza a expandir este régimen a todas las Salas y Hospitales.

La idea acerca del beneficio que acarrearía al niño/a, estar acompañado por su madre durante su internación, surge en base a estudios europeos acerca del “hospitalismo”, definido por René Spitz como un *“estado de alteración profunda, física y psíquica, que se instala progresivamente en los niños muy pequeños durante los primeros dieciocho meses de vida, si son abandonados o permanecen durante un lapso prolongado en una institución hospitalaria”* (Giberti, 1964). De ese modo, Escardó entendía que la única solución para que el niño/a no sufriera de esa alteración, era la internación junto a su madre.

En aquel momento, la situación causó la oposición de muchos médicos, quienes esgrimían dos series de argumentos: que las madres aumentarían la incidencia de infecciones intrahospitalarias y que obstaculizarían el trabajo de médicos y enfermeros. Sin embargo, *“el mayor temor del sector del cuerpo médico que se oponía era que sus conductas serían observadas y, de este modo, su desempeño quedaría expuesto a las miradas de las mamás. El temor de ser observados y juzgados estaba en la base de la oposición.”* (García Barthé, 2007)

Para el año 1999, la Ley básica de salud de la Ciudad A. de Bs. As. N° 153 incluye en su

reglamentación: *“los centros asistenciales adecuarán las estructuras de los servicios básicos requeridos para asegurar la internación conjunta de la madre y el niño hasta los catorce años de edad. Los entes financiadores de la atención de la salud asumirán los costos derivados de dicha internación conjunta.”*

Así como en su momento, la medida implementada por el Dr. Escardó fue instituyente y vanguardista, ya que iba contra las concepciones vigentes, actualmente podemos considerarla una cuestión instituida, considerada natural y necesaria. En palabras de un miembro del Equipo: *“encima que está enfermo, estaría abandonado. Es una medida protectora, no se me ocurre de otra forma”*.

De este modo, lo que era temido por médicos y enfermeros, hoy ayuda a mantener informado al Equipo de Salud acerca de algunas cuestiones relacionadas al comportamiento de la madre hacia el niño, es decir, se invierten los argumentos por los cuales los médicos se oponían a la medida: las conductas maternas y familiares son observadas y su desempeño queda expuesto a las miradas del Equipo de Salud.

Las normas de la Sala son claras en cuanto al familiar acompañante:

*“Un solo acompañante por paciente, generalmente la madre, sino algún familiar mujer. Sin embargo, puede haber excepciones.”* (Médica)

*“Pueden estar las mamás con sus bebés, si la mamá tiene que hacer trámites o ir a descansar, el papá se puede quedar, sino no se puede quedar, salvo por orden del jefe. El cuidado también lo puede hacer una tía, una abuela, siempre dentro de la familia, pero menores no”* (Enfermera)

*“la madre principalmente o la abuela o el padre. A veces te llevas una sorpresa, pero la madre principalmente. Muchas veces se turnan entre la madre y la abuela, porque por ahí tienen otros hijos.”* (Enfermera)

La internación conjunta habilita el control, es un momento ideal para observar y evaluar las actitudes y comportamientos, tanto de la mujer hacia el niño, como de la mujer hacia el entorno (profesionales, otras madres, etc.), así como también de la situación de la familia previa a la internación.

Dichas situaciones, cuando son consideradas “anormales” o conflictivas derivan en interconsultas hacia Servicio Social y/o hacia Salud Mental. Se juzga a las personas en esa situación y en ese momento, haciéndolo extensivo al conjunto de su vida. Esto tiene que ver con la visión positivista de la que hablamos en el capítulo anterior, sobretodo en dos puntos: a) considerar a la familia como autosuficiente sin considerar las condiciones objetivas de vida, lo que acarrea una culpabilización individual/familiar de manifestaciones de la cuestión social<sup>9</sup> y b) crear una generalización de las actitudes y comportamientos de la familia en base a lo que vemos aquí y ahora.

De este modo, se efectúan preguntas cotidianas en el marco de las intervenciones dirigidas hacia las acompañantes de los NNyA: *“¿Cómo lo trajo así?”*, *“¿Por qué no lo trajo antes al hospital?”* (Frasas efectuadas por miembros del equipo de salud. Fuente: registros de campo). A raíz de ello, pasaremos al próximo apartado, para seguir trabajando acerca de las mujeres acompañantes.

### 2.2.2 Niño/a sano/a, mamá problema

Para comenzar, mencionaremos el rol y las características que desde el equipo de salud, se entiende que debe poseer la madre acompañante.

---

<sup>9</sup> Se entiende por manifestaciones de la cuestión social a las diversos problemas sociales que se derivan de la contradicción central de la sociedad capitalista: capital- trabajo. Los problemas sociales al no aparecer ligados a una raíz común, se abordan de manera fragmentada y aislada. (Netto, 1992)

*“La madre es la más importante, siempre y cuando no este ausente. La mayoría trabaja mucho acá, por lo general bien, siempre depende. Hay más madres que están, que las que no. Hay algunas que son muy especiales, hay que saberlas llevar, es la que te va diciendo qué es lo que pasa con el nene” (Enfermera)*

*“Responsabilidad al cuidado del niño, que incluye todo: estar atento, observar, estar. (...) Cuando el familiar no esta atento, observa enfermería, uno se da cuenta. Si la mamá no está atenta se le explica que tiene que estarlo.” (Enfermera)*

*“Que demuestre afecto, cuidado. Que no sea conflictiva porque te desordena la sala, que cumpla las órdenes de la sala. El tema de la higiene también. (...) La mayoría están preocupadas, angustiadas, después se calman cuando les explicamos. A otras no les importa, te das cuenta porque lo único que te preguntan es cuando se van de alta, pero es la minoría.” (Médica)*

*“Igual hay que ponerse en el lugar del otro, también por ahí está preocupada por irse a su casa por todos los chicos que dejó ahí” (Médica)*

*“Colaborador, higiénico, conciente de lo que está pasando. Pero sobretodo me importa mucho la higiene. Vos ya los ves cuando llegan y te das cuenta, si lo traen sucio... Depende del ambiente donde vivan, pero es importante que estén pendientes del chico y que pregunten todo.” (Enfermera)*

Numerosas mujeres que transitan por la situación de internación no cumplen con el rol o las características deseadas. Comentarios tales como: *“Un hijo de cada marido...”*, *“la madre lo abandonó”* (Fuente: registros de campo), dan cuenta de situaciones en las cuales “el problema” es la madre o la familia y no necesariamente la salud del niño. En estas situaciones, el niño permanece internado, mientras se resuelve la “causa social”<sup>10</sup> que justifica la internación.

Frases del estilo de *“¿Se lo van a sacar al chico no?”*, *“ella dice que es la madre, pero a mi nunca me mostró la partida de nacimiento”* (miembros del equipo de salud. Fuente: registros de campo), dejan entrever que existe cierto paternalismo por parte del Equipo, en relación a los NNyA. El paternalismo es el modelo por el cual alguien (Equipo de Salud) sabe y determina qué es lo que dichos sujetos necesitan. Entendemos que este se “activa” cuando las familias de los NNyA internados no cumplen con las características descritas anteriormente como adecuadas.

De este modo, se califican situaciones como “buenas” y “malas”, esperando el cumplimiento de un supuesto modelo ideal de familia, reforzando y reproduciendo los roles asignados a cada género.

*“Las intervenciones realizadas, en general se hacen desde la defensa de los derechos del niño. (...) Hay concepciones del equipo desde lo teórico que a veces no se traducen en la práctica. (...) En la práctica también se convive con prejuicios, se tiende a responsabilizar a las madres de la falta de cuidado o negligencia, quedando la figura del padre en un segundo plano.” (Trabajadora Social)*

En ocasiones, se generan tensiones originadas por tener que determinar cuál es el límite del Equipo de Salud pediátrico, coexistiendo varias posiciones al respecto. Dentro de ellas, predomina, a nuestro entender, una visión reduccionista de parte de algunos profesionales que consideran que *“no es nuestra función cuidar a la madre”* (miembro del equipo de salud. Fuente: registros propios), asociada a una intervención focalizada y biologicista, en la cual sólo habría que intervenir *en* el niño y *por* el niño, exclusivamente en lo relacionado a los motivos de la internación, y a lo sumo, hasta generar las condiciones necesarias para su externación.

---

<sup>10</sup> Se denomina “paciente social” o con “causa social”, a aquellas personas con las que se encuentra interviniendo el Servicio Social. Generalmente, se lo denomina de esa forma, cuando las causas médicas que motivaron la internación se encuentran resueltas, y el egreso “depende” de que se resuelvan cuestiones de carácter no biológico o físico.

Algunas situaciones ejemplo de lo que acabamos de mencionar son las situaciones de madres de NNyA internados que presentan consumo problemático de sustancias o padecimientos en su Salud Mental. Esto genera también contradicciones y debates en el equipo acerca de qué le compete y qué no al mismo durante la internación pediátrica.

A la complejidad de las situaciones, se suma la dificultad del trabajo con el Servicio de Salud Mental, el cual es interconsultado en numerosas ocasiones para la realización de evaluaciones de la madre acompañante o de la familia (ya sea por interconsulta de los médicos o por pedidos de otras instituciones intervinientes), así como para que participe de reuniones multidisciplinarias y prestando contención a la familia durante el tiempo de internación del niño o la niña. La propia estructura del Servicio mencionado –en cuanto a la división interna que presenta y su metodología de trabajo–, dificulta la posibilidad de contar con otra mirada para pensar y consensuar estrategias, así como plantear la posibilidad de un tratamiento sostenido en el tiempo más allá de la internación del niño, niña o adolescente, quedando a merced de la voluntad de cada profesional.<sup>11</sup>

Como refuerzo de las visiones de aquellos profesionales que opinan que no es función del Equipo de Salud cuidar a la madre, el Consejo de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (CDNNyA) de la Ciudad de Buenos Aires<sup>12</sup> que por ley vela por los derechos de dichos sujetos, también sostiene una intervención focalizada. Si la madre del niño/a tiene 18 años o más, el CDNNyA no se hace cargo de los derechos vulnerados, aún cuando esto afecte el propósito de permanencia del niño con su familia de origen. Podemos mencionar como ejemplo de esta situación, un niño internado por broncoespasmos, que se interna con su madre sin red conocida, presentando la misma un padecimiento en su salud mental. Ese niño/a termina yendo a un hogar, sin garantizar tratamiento para que esa mujer pueda ejercer su derecho a la salud, ni facilitando recursos en cuanto a la situación habitacional, ni laboral para que la mujer pueda vivir con el niño.

Si bien el CDNNyA tiene capacidad de tomar “medidas de protección” y “medidas excepcionales” sobre los niños, niñas o adolescentes, afectando con ellas a la familia de los mismos, no tiene la capacidad de tomar medidas indirectas que permitan garantizar sus derechos y efectivizar justamente el propósito de no tener que tomar medidas excepcionales por cuestiones de pobreza o sus derivados (déficit habitacional por ejemplo). Es decir, no puede efectivizar medidas que protejan a los NNyA en un sentido amplio. Afirmamos que estas situaciones sientan precedentes para que el Equipo de Salud se desvincule de las situaciones, en las cuales “no le compete” la salud de la madre.

Otro tipo de situaciones generadoras de debates en la sala, son las que enfrenta el equipo de salud, a partir de las internaciones que se efectúan por orden del CDNNyA de la Ciudad de Buenos Aires. Niños/as o adolescentes en situación de calle presentando consumo problemático de sustancias, desvinculados de sus familias de origen, esperando una vacante para hogar convivencial o comunidad terapéutica. Dichos sujetos pueden permanecer en espera para ser trasladados durante un período mínimo aproximado de un mes. En relación a esta situación, la opinión de los miembros del equipo es fundamental, ya que continúa situando el foco del problema en la familia

---

11 Cabe aclarar, que se considera que dentro del Servicio de Salud Mental, el Equipo de Asistencia a la Violencia Familiar -con el cual la Lic. Guldris colabora hace muchos años-, presenta gran apertura para el trabajo interdisciplinario y posibilita la continuación del tratamiento psicológico, en caso de que la persona lo requiera, más allá de la internación de los NNyA.

12 El Consejo de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes es el organismo del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires responsable de promover y proteger el cumplimiento de los Derechos de todos los chicos y chicas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Fue previsto en la Constitución de la Ciudad y creado por la Ley 114, e incorpora plenamente la Convención Internacional de los Derechos del Niño, garantizando su plena vigencia

*“Cada vez es peor, antes también había pobreza, venían chicos desnutridos, pero la familia existía. Hoy hay cada vez más familias en la calle. Hay muchos desmembramientos de familia, muchos hijos sin padre, ves muchas madres solas. Hoy por hoy se va uno y viene otro, tipo cama caliente, con muchos problemas de adicciones. Antes había uno cada tanto, hasta nos acordamos los nombres, y alguna familia aparecía, ahora no.” (Médica)*

*“Antes la sala era diferente, a veces te sentís que estas en un psiquiátrico. Es diferente un niño enfermo con familia que otro solo con adicción. Vos podés tener 30 nenes en la sala y está todo tranquilo, pero podés tener uno así y te hace un lio bárbaro en toda la sala” (Enfermera)*

A modo de conclusión podemos afirmar que las concepciones funcionalistas, siguen vigentes y permeando las intervenciones, considerando que la familia debe velar por el destino de sus miembros, y asumiendo a la misma como una variable independiente del contexto socio-histórico y las condiciones objetivas de vida.

## Reflexiones finales

Como aportes finales, podemos decir que la realización de este trabajo tiene que ver con un proceso de conocimiento iniciado desde el ingreso a la Residencia en junio del año 2011. Si bien la producción escrita es de carácter individual, no hubiera sido posible su realización sin los aportes y el acompañamiento del grupo de la Residencia, de la Jefa de Residentes y de la Referente de la Sala. Por tal motivo, lo considero un proceso colectivo.

A lo largo del capítulo uno, planteamos algunas definiciones necesarias para posicionarnos teóricamente en relación a las categorías de representaciones sociales, Estado, género y familia.

En el mismo, situamos al Estado como un Estado Capitalista, responsable principal de la creación de las categorías de división del mundo social. Definimos a las representaciones sociales como mediaciones del poder simbólico, que permite internalizar dichos principios de división de la realidad, vividos por los sujetos como naturales y sincrónicas. De esa forma, el Estado se encuentra en una relación de complicidad estructural con las variadas y complejas formas de dominación de la sociedad, ofreciendo de forma permanente –aunque la forma efectiva en que lo hace sea histórica y situacional-, los medios para producirla y reproducirla, a través de sus leyes y sus instituciones.

Partir de ese marco, nos permitió entender a la familia y a los roles y características de género, como parte de la reproducción social, a partir de posibilitar la reproducción biológica y cotidiana de sus miembros gracias al trabajo doméstico. Esta situación, convierte al último en una actividad material socialmente necesaria.

Si bien se han producido cambios en la sociedad, en cuanto a la conformación y las costumbres y realidades de las distintas familias, se considera aún vigente un modelo ideal que internalizamos en nuestros pensamientos y plasmamos en nuestras acciones. En este modelo, la responsabilidad y el destino de la familia entera es depositado en los miembros adultos -desconociendo el contexto socio-histórico- y el trabajo doméstico, invisibilizado e infravalorado, se considera exclusivo de la mujer.

En este sentido, los aportes teóricos de los movimientos feministas, han permitido descubrir el “velo” que existía sobre la familia y las relaciones al interior de ella, especialmente en lo que tiene que ver con la categoría de género. Esta categoría, permite hablar de mujer u hombre, femenino o masculino -en cuanto a modos de ser, actuar, roles, expectativas, etc.- como producto de la cultura y no como derivados de la capacidad reproductiva de las mujeres o de las capacidades innatas de los hombres.

En relación al capítulo dos, utilizamos los conceptos problematizados en el capítulo anterior para el estudio del Equipo de Salud, sus prácticas y concepciones, permitiendo acercarnos al concepto de representaciones sociales.

Para tal fin partimos de definir a la salud como un Campo, tomando el concepto de Pierre Bourdieu. Consideramos que en este campo, el paradigma biomédico es el hegemónico, por lo que prima una estructura institucional acorde a ello y una visión predominantemente médica dentro del Equipo en estudio. Sin embargo, esta situación no impide que se expresen voces opositoras al modelo hegemónico y que incluso, dichas posiciones alternativas puedan tenerse en cuenta y llevarse a cabo en ciertas ocasiones.

En relación al primer eje, la internación conjunta, afirmada en beneficio del niño, consideramos que permite al equipo de salud: a) delegar a la mujer cuestiones “propias” de su rol materno y b) observar su comportamiento hacia el/la niño/a, hacia los profesionales, hacia otras madres, etc. Es decir, se afirma que los objetivos pasan a ser de control hacia las madres.

En relación al segundo eje, “niño/a sano/a, mamá problema”, partimos de explicitar las características asociadas a la madre acompañante y el rol que debe cumplir. Sostenemos que el incumplimiento de las expectativas del equipo, por parte de las mujeres acompañantes, desencadena situaciones complejas en las cuales la madre o la familia son consideradas “problemáticas” y “conflictivas”. El equipo se debate entonces los límites de la intervención, apoyándose en una concepción paternalista y focalizada *en y por* los niños, calificando las situaciones como buenas o malas, deseables o indeseables para los NNyA.

Para concluir podemos decir que la problematización de categorías internalizadas y estructurantes de nuestras acciones, es un ejercicio necesario que nos permite saber de dónde partimos y a dónde queremos llegar, lo que queremos y lo que esperamos de las familias que transitan por la Sala.

Es parte inevitable del proceso realizado, que la reflexión conlleve la generación de nuevas preguntas. A modo de espiral, presentamos en los capítulos precedentes algunas afirmaciones e hipótesis, para culminar el trabajo con nuevas inquietudes...

-La Unidad de Pediatría ¿es realmente un “Equipo” de salud? ¿Cómo sería trabajar en un equipo interdisciplinario de atención a niños, niñas y adolescentes?

-¿Cómo sería una intervención en Pediatría desde una visión de género? ¿Cómo pensar desde ese enfoque, una internación conjunta que no esté basada en la observación y el control?

-¿Por qué siguen tan vigentes las concepciones funcionalistas acerca de la familia? ¿En qué medida estas afectan a las prácticas? ¿Qué prácticas alternativas surgirían de posicionarse desde las corrientes teóricas planteadas en el presente trabajo?

-¿Qué posibilidades y limitaciones se nos plantean para abordar la complejidad de las situaciones que se presentan en la Sala, desde una perspectiva que no se posicione desde el paradigma hegemónico? ¿Existe una intención de hacerlo?

En definitiva... ¿Cómo hacer para transformar las críticas en acciones transformadoras?

## Bibliografía

- BOURDIEU, P. *“Espíritu de familia”*, en *Raisons pratiques sur la théorie de l’action*. Francia. Ed. Du Seuil. 1994
- BOURDIEU, P. *“Sobre el poder simbólico”*, en: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires. Ed. EUDEBA, 1999
- DE JONG, E. *“La familia en los albores del nuevo milenio”*. Buenos Aires. Ed. Espacio, 1998
- DONZELOT, J. *“La policía de las familias. Familia, sociedad y poder”*. Buenos Aires. Ed. Nueva Visión, 2008
- ENTEL, R. *“Mujeres en situación de violencia familiar”*. Buenos Aires. Ed. Espacio, 2010
- ESTEBAN, M. *“El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista”* en revista *Salud Colectiva* v.2 n.1 Lanús, 2006
- Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000100002#ref](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002#ref)
- FOUCAULT, M. *“Historia de la Sexualidad I: la voluntad de saber”*. Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno, 2008
- FOUCAULT, M. *“El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”*. Buenos Aires. Ed. Siglo Veintiuno, 2011
- GARCIA BARTHE, M. *“Internación conjunta: un avance para la Pediatría argentina”* en revista *Hospital de Niños Buenos Aires* v.49 n.225. Buenos Aires, 2007
- Disponible en: [http://www.revistahnrg.com.ar/pdf\\_contenidos/con168-292.pdf](http://www.revistahnrg.com.ar/pdf_contenidos/con168-292.pdf)
- GIBERTI, E. y ESCARDO, F. *“El Hospitalismo”*. Buenos Aires. Ed. EUDEBA, 1964
- GRIMBERG, M. *“Sexualidad y construcción social del VIH-SIDA: las representaciones médicas”* en *Cuadernos Médico Sociales* n.70. Rosario. Ed. CESS, 1995
- GRIMBERG, M. *“Géneros y salud”*. Ponencia dictada en el II CONGRESO INTERNACIONAL DE SALUD MENTAL Y DERECHOS HUMANOS. Universidad Popular de Madres de Plaza de Mayo. Buenos Aires, 2003
- Disponible en: <http://www.panuelosenrebeldia.com.ar/content/view/106/61/>
- GUTIÉRREZ, A. *“Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu”*. Madrid. Tierra de Nadie Ediciones, 2003
- Disponible en: <http://www.tierradenadieediciones.com/TdN.pdf>
- GUTIÉRREZ, A. *“Poder y representaciones: elementos para la construcción del campo político en la teoría de Bourdieu”* en *Revista Complutense de Educación*. v.16 n.2. Madrid, 2005
- JELIN, E. *“Familia y unidad doméstica: mundo público y vida privada”*. Buenos Aires. Ed. CEDES, 1984
- JELIN, E. *“Familia y género: notas para el debate”*. Versión revisada del texto publicado en WAINERMAN Catalina (1994) *Vivir en Familia*. Buenos Aires. Ed. UNICEF/Losada, 1995
- NETTO, José Paulo. *“Capitalismo Monopolista y Servicio Social”*. San Pablo. Cortez Editora, 1992
- MENENDEZ, E. *“Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”* en SPINELLI, H (comp.), *“Salud Colectiva”*. Buenos Aires. Ed. Lugar, 2004
- O’DONNELL, G. *“Apuntes para una teoría del Estado”* en OSZLAK, O. (comp.) *“Teoría de la burocracia estatal”*. Buenos Aires. Ed. Paidós, 1984

SOTO, TEREZIO, TOMELLINI. *“Vida cotidiana, totalidad concreta y construcción de mediaciones en el Trabajo Social: desafíos políticos en la superación de la inmediaticidad”* en MALLARDI y OLIVA (comp.) *“Cuestión Social, Vida Cotidiana y Debates en Trabajo Social. Tensiones, Luchas y Conflictos Contemporáneos.”*. Tandil. Ed. FCH-UNICEN, 2011

SPINELLI, H. *“Las dimensiones del campo de la salud en Argentina”* en Revista Salud Colectiva. v.6 n.3. Lanús, 2010

TARDUCCI, M. *“Maternidades en el siglo XXI”*. Buenos Aires. Ed. Espacio, 2008

Leyes:

LEY NACIONAL 26.061

LEY 114 CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

LEY 153 CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

Páginas web:

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/FamiliaArgentina/Default.aspx>

Marzo de 2012