

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel
de atención

Tesina de Intervención Preprofesional en el Hospital Infantil Municipal

LOS CUIDADOS PARENTALES EN LA SALUD EN INSTITUCIONES DEL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

“En busca del espacio del varón padre en las familias actuales”

(Año 2011)

Autores:

Pellegrino, Juan Carlos

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel
de atención

Ruggieri, Walter Maximiliano

Córdoba, junio de 2012

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel
de atención

ÍNDICE

Prólogo.....	4
Presentación.....	7
Introducción.....	8
Momento I: Aproximaciones al campo problemático.....	10
CAPÍTULO 1. El impacto de las macroestructuras en el sistema sanitario argentino.....	11
<i>Diferentes miradas en torno a la salud.....</i>	<i>11</i>
<i>Políticas sociales vinculadas al campo de la salud.....</i>	<i>13</i>
Sobre las políticas de empleo y su relación con los cuidados:.....	14
Programas de salud sexual y educación sexual:.....	15
<i>Marco legal de regulación de la salud.....</i>	<i>16</i>
<i>Analizando la fragmentación del sistema sanitario.....</i>	<i>18</i>
CAPÍTULO 2. La trayectoria institucional: el escenario.....	21
<i>La Institución: pasado y presente.....</i>	<i>21</i>
Los vaivenes de la historia.....	25
La realidad del hospital en nuestros días.....	26
<i>Servicio social: un camino inacabado.....</i>	<i>27</i>
Momento II: Proceso diagnóstico y construcción del sujeto de abordaje.....	31
CAPÍTULO 3. ¿Atención primaria en el tercer nivel?.....	32
<i>La demanda:.....</i>	<i>32</i>
Problemas parciales priorizados.....	36
Fundamentación de la intervención.....	37
CAPÍTULO 4. Reconociendo la cotidianeidad de la dinámica familiar.....	38
<i>Sujetos de la intervención.....</i>	<i>38</i>
Las familias: caracterización.....	38
Varones padres:.....	41
Mujeres madres:.....	42
Niñas/os internados en el Hospital Infantil:.....	44

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel
de atención

Momento III: Estrategia de intervención.....	46
CAPÍTULO 5. Construyendo los dispositivos de intervención.....	47
<i>Objeto de intervención.....</i>	<i>47</i>
<i>Objetivos.....</i>	<i>47</i>
Objetivo General:.....	47
Objetivos específicos:.....	47
Metas:.....	47
<i>Estrategias.....</i>	<i>48</i>
CAPÍTULO 6. Dinámicas implementadas con los sujetos de nuestra intervención	
.....	50
<i>Entrevistas.....</i>	<i>50</i>
Asesoría para padres.....	51
Talleres.....	51
Ateneo con profesionales.....	58
Momento IV: Apreciaciones finales.....	60
CAPÍTULO 7. Las implicancias éticas en la intervención social.....	61
<i>Lo ético en lo social.....</i>	<i>61</i>
<i>Cuestiones éticas en el abordaje preprofesional.....</i>	<i>62</i>
CAPÍTULO 8. El final de nuestro proceso dentro del proceso.....	65
Conclusiones.....	65
Epilogo: De estudiantes a estudiantes.....	68
Bibliografía.....	70
Anexos.....	73

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Prólogo

Finalmente hemos llegado. Qué satisfactorio es saber que esto no fue simplemente contentarnos con el deber cumplido de un trabajo final como corolario de nuestra carrera, sino mas bien una ajustada síntesis de tantos años de alegrías, emociones y porque no sinsabores, cuya pretensión es mostrar el inmenso placer que sentimos de sabernos futuros profesionales de esta disciplina/vocación que tanto queremos y por la que tanto luchamos y trabajamos.

Es verdad que este producto sólo muestra una parte de todos los conocimientos que hemos ido construyendo y apropiándonos a lo largo de tantos años de reflexión y estudio, conjuntamente con nuestros compañeros y también con nuestros profesores y ahora colegas.

Parece mentira haber llegado al final de lo que ahora se convierte en un nuevo comienzo. Pues si de algo estamos convencidos es de que este es el último peldaño de una carrera, pero es el primero de otra nueva y apasionante, llena de desafíos por enfrentar y caminos por andar. Y es justamente esto lo que cada día nos entusiasma y nos anima, es lo que nos impulsa a seguir eligiendo la senda de la educación, la construcción conjunta y reflexiva, una y otra vez, como la clave para hacer de esto nuestra cotidianeidad; entendemos que este es el camino que queremos transitar y del cual estamos seguros no vamos a renunciar.

Y es en este marco en el que nos proponemos referir nuestro reconocimiento y agradecimiento a las instituciones y personas que nos ayudaron a que todo esto fuese posible.

En primer lugar queremos darle gracias a la Universidad Nacional de Córdoba y en particular a la Escuela de Trabajo Social por abrimos las puertas a este mundo de conocimientos y experiencias nuevas, de las que estamos seguros existirán otras, pero no iguales a esta. Fue este espacio el que día a día fuimos sintiendo como propio; la academia que nos brindó muchas de las herramientas intelectuales y humanas para alcanzar lo que hoy somos, o mejor dicho lo que vamos siendo.

Es imposible dejar de incluir en estos agradecimientos al Hospital Infantil Municipal, lugar en el que pudimos volcar todo lo que aprendimos, pero sobre todas las cosas en el que aprendimos a valorar de verdad el lugar del otro, el sentir y el pensar de

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

todas y cada una de las personas que allí están, de los padres, de los niños, de los profesionales y estudiantes con los que compartimos y tanto nos enriquecimos.

Y claro que de un modo especial queremos agradecer a todos aquellos docentes y profesionales comprometidos con nosotros, incluso mas allá de sus propias responsabilidades e intereses. Por ello, en este apartado singularizamos a algunas personas que fueron pilares en todo este proceso, en todo este sueño hoy realizado.

Así nuestro agradecimiento se dirige de un modo particular a la profesora, Mgter. Elva Giana, quien con su experiencia tanto profesional, como humana, nos alentó y apuntaló en los momentos más difíciles y nos entusiasmó en nuestros momentos más gratos. A ella le dedicamos este trabajo y le dirigimos nuestro mayor respeto y estima.

A su vez extendemos este agradecimiento a la Lic. Mónica Pagano, quien desde el hospital nos acompañó y entusiasmó constantemente en nuestro proyecto. A ella y las demás integrantes del área de Servicio Social del hospital, les expresamos nuestra mayor gratitud y agradecimiento.

No queremos dejar de mencionar a la profesora Mgter. Inés Torcigliani, quien con su dedicación y experiencia fue construyendo junto a nosotros este producto que hoy presentamos. A ella también dedicamos este trabajo y junto a él, nuestra estima y reconocimiento.

Juan Carlos y Maximiliano.

Finalmente nosotros ahora queremos explayarnos de un modo más personal, usando el propio lenguaje profesional podríamos decir de un modo más subjetivo.

En lo particular, yo Maximiliano, en primer lugar doy gracias a Dios por haberme dado la fortaleza de estos últimos años, que pese a que muchos de ellos fueron difíciles de transitar, nunca me abandonó y me ayudó a seguir cumpliendo uno de mis sueños del que hoy veo el fruto, recibirme.

En el mismo lugar y jerarquía, agradezco y dedico este trabajo de un modo especialísimo a dos personas que de no haber sido por el fruto de su amor yo no hubiese existido, ellos son mis padres. Por un lado a la memoria de mi Padre, que hoy me acompaña desde el cielo, día a día en mi corazón. A Él le doy gracias por haberme transmitido el valor de la alegría de vivir, el de la esperanza y de la fortaleza a pesar de todo.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Por otro lado a mi Madre, que gracias a Dios todavía camina a mi lado. A ella le doy gracias por transmitirme el valor de enfrentar la vida, por su sostenerse de pié y no dejar caer sus brazos y por apoyarme siempre sin medida.

A los dos les doy gracias por haberme apoyado en cada decisión, dejando de lado sus intereses personales y sólo bregando por mi felicidad.

También quiero agradecer y dedicar todo este esfuerzo a mis Abuelos que ya no están y de un modo especial a mis abuelas, mi nona María y mi nona Cacha, y a través ellas a mi querido hermano Marcelo y a su esposa, mi cuñada Mónica. Y en ellos a la persona que ha sabido provocar en mí fortaleza y alegría, mi pequeña ahijada Romina.

Tampoco voy a olvidarme de quienes han sabido trasmitirme su amor y cariño a lo largo de mi vida, mis cuatro tías mas queridas, Chicha, Etel, Irene y Mirta. A mi familia, Muchas Gracias!

En este momento es imposible que deje de nombrar a aquel con quien pude llevar adelante todo esto, pues sólo no hubiese podido, ese es mi compañero y mi gran amigo más que hermano, Juan Carlos, a Él le dedico todo este esfuerzo que juntos realizamos y que sólo nosotros sabemos cuanto nos costó, pero cuan felices hoy nos hace. Y en su nombre a todos nuestros amigos de la facultad y de la vida, en especial a mi querida amiga y hermanita de la vida Florencia Rivero y a mi querido Padre Juan C.

Finalmente quiero terminar agradeciendo a una familia hermosa, que en secreto, a sabido acompañarme con entrega y sin medidas, ella tiene una parte muy importante en este logro y en la tranquilidad y alegría de estos últimos años, a mi querido Esteban , Liliana y mi ahijada Florencia.

A todos Gracias! Los quiero mucho, los llevo en mi corazón, Dios los bendiga.

Maximiliano Ruggieri.

También yo Carlos, expreso mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que el azar o Dios han puesto en mi camino. Además de quienes ya fueron mencionados en las anteriores líneas doy gracias a Maximiliano, mis padres, amigas/os, compañeras/os y demás personas que sabiéndolo o no contribuyeron no sólo en este momento de la tesina, sino también y de manera más importante para mí, en honrarme con su tiempo y calidez humana. Incluyo también a aquellos que por diversos motivos dificultaron mi andar, y de quienes aprendí tal vez más aún en esta vida por extraño que parezca; a resistir, comprender y volver a empezar tantas veces como haya sido necesario.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

A todos digo ¡gracias por siempre!

Juan Carlos Pellegrino.

Presentación

Iniciamos esta sistematización con una introducción a la temática de abordaje y las razones que nos movilizaron a intervenir en ella.

Luego exponemos el desarrollo en cuatro bloques a los que denominamos momentos; caracterizados centralmente por el reconocimiento del campo problemático, el diagnóstico, la estrategia y las apreciaciones finales, respectivamente.

El primer momento, nos permite corroborar la complejidad del campo problemático, de aquí que juzgamos pertinente desplegar una serie de cuestiones que hacen al tratamiento de la problemática, situadas en un contexto fuertemente condicionante de las prácticas sociales, tales como paradigmas que conceptualizan a la salud, políticas sociales, marco legal y fragmentación del sistema sanitario argentino. También analizamos la trayectoria y prácticas de la institución, enfocándonos especialmente en el área de servicio social.

En el segundo momento, analizamos la consistencia de la demanda reconociendo el bagaje de particularidades que atraviesan a esta problemática. Proseguimos luego, con una caracterización de los sujetos con los que trabajamos desplegando los rasgos de interés para nuestro proceso posterior.

En un tercer momento construimos el objeto de intervención, argumentando las razones que justifican su abordaje, y establecemos a continuación los objetivos de manera desglosada. Seguidamente, nos explayamos en el diseño de una estrategia pertinente y fundamentada, acorde con estos últimos. Profundizamos entonces en las dinámicas implementadas y el desarrollo de los diferentes dispositivos de intervención utilizados con los sujetos.

En el cuarto y último momento nos referimos a las cuestiones éticas en lo social y en el abordaje preprofesional propio, y junto con este, el de los profesionales de la institución. Tras ello, nos centramos en las conclusiones a las que arribamos sobre el conjunto del proceso desarrollado, sumando un breve epílogo destinado a los estudiantes que nos sucedan en esta etapa tan particular de aprendizaje.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Introducción

El presente trabajo final es el producto de la sistematización de nuestras prácticas preprofesionales del quinto año de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social.

La intervención que llevamos adelante durante el periodo marzo-noviembre del año 2011 se sitúa en el Hospital Municipal Infantil de la ciudad de Córdoba, más precisamente en el área de internado de las salas comunes de dicho establecimiento sanitario.

Este nosocomio de alta complejidad opera en los tres niveles de atención de la salud: a través de los cuatro centros periféricos de atención del primer nivel; los consultorios externos en el segundo nivel; y el área de internado en el tercer nivel. Nuestra inserción se produce en este último acorde a lo mencionado en el párrafo anterior.

Por otra parte, la demanda que da origen a nuestra intervención es planteada por el área de “Servicio Social” del hospital y consiste en la escasa participación de los varones-padres en torno a los cuidados parentales. Sin embargo, la aceptación de esta demanda por nosotros sienta sus bases en una necesidad social, en tanto hace hincapié en los derechos de los sujetos con lo que intervenimos, es decir, los grupos familiares.

Creemos entonces de interés mostrar nuestras visiones, deseos e intereses de trabajar en esta institución, partiendo de la demanda planteada.

Así es que nuestro involucramiento en la temática de género, no es ajena a contradicciones ni disputas de sentido, y es aquí donde las propias concepciones entran en juego desde un posicionamiento que no busca la nivelación varón-mujer, sino una distribución equitativa de funciones (en tiempo y calidad) entre ambos, acorde a sus posibilidades y preferencias, democratizando así las relaciones en el seno de los grupos familiares y empoderándolos en su conjunto.

En el caso de los varones esto implica el conocimiento y la valoración de una paternidad más flexible y responsable como una función no sólo necesaria sino también deseable. Para las mujeres en tanto, el desafío no es menor y parte de la autovaloración de sus propias capacidades y necesidades. También, claro está, del reconocimiento por parte del estado de una mayor protección de sus derechos.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Creemos que la ampliación de los espacios de participación de los varones hacia el ámbito doméstico incorpora otras posibilidades de satisfacción, que a nuestro entender beneficia a toda la familia, contemplando además los derechos de cada uno de sus integrantes tanto individuales como sociales. Por cierto, para ello es innegable la necesidad de incorporar también a la mujer en cualquier estrategia de intervención, ya que esta deconstrucción-reconstrucción es relacional.

No olvidamos que en el reparto de responsabilidades los grupos familiares tienen sólo una parte de las mismas, siendo el estado corresponsable a nivel general a través de sus diversas instituciones e intervenciones en políticas públicas, garantizando y promoviendo procesos de transformación tendientes a la equidad de género. Es aquí donde se enmarca y justifica nuestra propia inserción e intervención, como parte de estos dispositivos sociales.

A la hora de trabajar con los grupos familiares y más allá del interés que perseguimos de conocimiento e intervención, hay una elemental identificación con el género de pertenencia en cuanto compartimos la misma condición de varones, por lo cual nuestra perspectiva subjetiva puede diferir de la propuesta feminista, pero no el horizonte de alcanzar un estado de situación superador de las prácticas cotidianas actualmente naturalizadas en la sociedad en que nos toca vivir.

Vivimos hoy otros tiempos, con otras demandas y problemáticas sociales que exigen transformaciones en la organización cotidiana de las familias, no sólo para adaptarse a la sociedad, sino fundamentalmente a la inversa, es decir para producir desde las familias cambios en el conjunto de la sociedad, o dicho de otro modo, originar una sociedad más justa e igualitaria.

Momento I:

Aproximaciones al campo problemático

CAPÍTULO 1. El impacto de las macroestructuras en el sistema sanitario argentino

“Estoy convencido de que a esta sociedad consumista, cegada por el mercado, la sucederá otra que se caracterizará por el hecho trascendente de que no dejará de lado la justicia social y la solidaridad.”
Dr. René Favaloro

Diferentes miradas en torno a la salud.

A lo largo de los últimos siglos se construyeron diversos modos de explicar el proceso de salud-enfermedad. Estos modos a los que denominamos paradigmas¹ y que a continuación desarrollamos, conviven de manera conflictiva en la actualidad configurando así formas específicas de atención de la salud que es necesario identificar y que nos exigen tomar posición al respecto.

Tomamos como punto de partida el siglo XIX, época en que “fue consolidándose como hegemónico un modo de concebir a *la salud como ausencia de enfermedad*. La enfermedad es el efecto de la invasión de un enemigo externo. El trabajo en salud consiste fundamentalmente en eliminarlo.” (Ferrandini, D.; s.d.) Este paradigma aún pervive y se manifiesta a través de políticas en salud que niegan “el carácter político de la producción de la enfermedad y este reduccionismo biologicista es la base de las políticas focalizadas.” (Ferrandini, D.; s.d.) Es así que los aspectos ligados a la promoción de la salud quedan excluidos de esta concepción, que privilegia la atención médica de la salud y donde los sujetos aparecen como meros objetos de intervención.

Luego desde mediados del siglo XX fue imponiéndose el paradigma de *la salud como completo bienestar* cuyo principal referente organizacional es la OMS. Esta

¹ Paradigma: Según Nérida Landreani es “un sistema teórico científico dominante, determinado por las condiciones socioeconómicas, que orienta la producción científica según cánones e inhibe todo esfuerzo que no se incluya en la racionalidad vigente. Todo paradigma establece un marco de legitimidad fuera del cual el conocimiento no es considerado científico”.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

perspectiva considera a “la salud como el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”. (OMS) Al centrarse en el concepto de bienestar la salud es vista “como el resultado de la satisfacción plena de las necesidades primarias del ser humano”. (Manrique Abril,) Si bien este paradigma incorpora aspectos como la multicausalidad en la enfermedad y recupera el sujeto su carácter de tal, no es por ello menos reduccionista que el anterior, ya que profundiza los procesos de medicalización de la sociedad, mediante una compleja trama de controles sociales relativos a diversos aspectos de la conducta humana. Además, la promoción en salud aquí tiende a desvincular al estado, responsabilizando a las personas, pero sin brindarles las posibilidades materiales y simbólicas imprescindibles para ello.

Finalmente, *el paradigma de la complejidad* determina la idea de que “el proceso salud-enfermedad es un fenómeno colectivo, histórico y complejo que se encuentra determinado por cada sistema social, en última instancia. En donde el carácter colectivo no es la resultante de la suma mecánica de las enfermedades presentes en una sociedad y sí la expresión concreta de manifestaciones sociales, psicológicas y orgánicas de los diferentes grupos sociales, cuyo origen está dado por la forma en que los hombres producen y se apropian de los bienes producidos.” (Aguirre del Busto, R.; Macías Llanes, M.; 2002). Por ello puede entenderse a la salud como “capacidad de lucha por cambiar el estado de las cosas”. (Ferrandini, D.; s.d.) Donde es imprescindible la presencia de sujetos que devengan en actores de su propia realidad, transformándola. Para ello desde las diversas disciplinas de intervención profesional, entre ellas el trabajo social, debemos participar en la promoción entendida como “fortalecimiento de la salud por medio de la construcción de la capacidad de elección, así como a la utilización del conocimiento con el discernimiento de considerar las diferencias y singularidades de los acontecimientos.” (Czeresnia, D.; 1999).

Esta mirada se liga estrechamente al concepto de derechos, entendidos como: “Pretensiones o reivindicaciones justificadas. Por esto, decimos que se tiene un derecho, en sentido legal, cuando el ordenamiento jurídico reconoce a un sujeto una potestad, la de hacer o no hacer algo, y la de reclamar correlativamente a otros sujetos que hagan o no hagan algo” (Abramovich V.; Courtis C.; 2006). Es así que al considerar al sujeto como activo, estamos dándole lugar y espacios de participación concreta, en el uso, goce y configuración del derecho a una salud integral.

En la actualidad señalamos como el paradigma de la complejidad es un emergente en el campo de la salud, ya que la perspectiva epistemológica en la que se

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

han formado y se forman actualmente muchos profesionales de la salud es preponderantemente la tradicional (biologicista), es decir la dominante.

Nuestra elección no defiende meramente la implementación del paradigma de la complejidad sólo por ser nuevo, sino que intentamos hacerlo en base a criterios cuya fundamentación encuentran su plataforma en una visión integral del sujeto y de su humanidad inserta en un contexto siempre cambiante y frecuentemente agresivo.

En nuestro escenario de intervención podemos corroborar una convivencia clara y conflictiva entre los paradigmas antes descriptos, lo cual nos permite advertir que estas diferencias no se dan sólo en el plano analítico, sino que se manifiestan concretamente en la práctica profesional.

A continuación para que comprendamos mejor como impactan estos paradigmas de la salud en las acciones concretas llevadas adelante por el estado en el espacio macrosocial nos adentramos en el tratamiento de las políticas sociales implementadas en la actualidad que consideramos afines a la temática de nuestro interés.

Políticas sociales vinculadas al campo de la salud

Para desarrollar el siguiente apartado creemos pertinente comenzar con un breve análisis. Para ello retomamos algunos acontecimientos claves de nuestro país vividos durante la última década.

La crisis de diciembre de 2001 marca el quiebre de la hegemonía neoliberal, un momento signado por la crisis, por la emergencia, por una situación de deterioro generalizado del país. Hablamos de crisis de la hegemonía neoliberal y no de crisis del neoliberalismo, atento a que entendemos junto con Danani y Grassi, que dicho sistema no es sólo económico-político, sino también ideológico, y como tal, disputa espacios de representatividad y sentido, incluso en el espacio social actual. (Danani, C.; Grassi, E.; 2008).

En este proceso de agotamiento del modelo neoliberal, es que se propone como alternativa un modelo de Estado, que pretende, a primera vista, políticas públicas y sociales de carácter más redistributivas, es decir tendientes a la reducción de la inequidad y desigualdad social, aunque no por ello ajenas a contradicciones.

Comenzamos entonces por referirnos a la política de “Asignación universal por hijo” que desde su sanción en el año 1996 hasta el presente ha sido varias veces modificada y cuyo contenido consiste fundamentalmente en “un subsistema no

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

contributivo de Asignación Universal por Hijo para Protección Social , destinado a aquellos niños, niñas y adolescentes residentes en la República Argentina, que no tengan otra asignación familiar prevista por la presente ley y pertenezcan a grupos familiares que se encuentren desocupados o se desempeñen en la economía informal.” (Ley nacional 24714).

Entre los requisitos para su acceso encontramos los de acreditar controles sanitarios y el plan de vacunación obligatorio. Además, desde los 5 años y hasta los 18, se exige la concurrencia obligatoria de los menores a establecimientos educativos públicos.

Creemos que el estado en este sentido atiende una demanda social tendiente a la satisfacción de los derechos de los niños que implica además de una prestación monetaria, la inclusión a los sistemas educativos y de salud de los destinatarios.

Sin embargo, el estado con la aplicación de esta política soslaya y delega en los grupos familiares los problemas de empleo y pobreza, desde una concepción “que no busca superar el problema sino meramente administrarlo como un componente funcional a los principios de organización social.” (Rodríguez Enríquez, C. y Reyes, M.; 2006) contribuyendo en última instancia al control social de los sectores más vulnerables de la sociedad.

Complementariamente, destacamos que es la mujer quien con mayor frecuencia asume la responsabilidad del cumplimiento de las condicionalidades impuestas por el programa, reforzando los roles de género socialmente construidos por un modelo de base patriarcal y legitimando así las funciones de cuidado como inherentes a las mujeres. De este modo, también se tiende a reforzar la reclusión de las mujeres en el espacio doméstico, al dificultar las posibilidades reales de inserción laboral en el mercado de trabajo remunerado.

Sobre las políticas de empleo y su relación con los cuidados:

Profundizando el aspecto anterior afirmamos que no basta con “la incorporación de las mujeres a un mercado laboral estructurado genéricamente, lo que se requiere es modificar la relación entre trabajo para el mercado y trabajo del hogar de manera que todos los adultos, varones y mujeres, puedan alcanzar sus ideales familiares y de empleo.” (Rodríguez Enríquez, C.; Nieva, D. y Giosa Zuazúa, N.; 2010). Esto implica

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

visibilizar al trabajo del hogar como trabajo no remunerado que involucra a su vez, actividades de cuidado que otorgan a otras personas “elementos físicos y simbólicos que les permiten sobrevivir en sociedad” (Rodríguez Enríquez, C.; 2005) y cuyo impacto social determina una economía del cuidado entendida como “un espacio bastante indefinido de bienes, servicios, actividades, relaciones y valores relativos a las necesidades más básicas y relevantes para la existencia y reproducción de las personas.” (Rodríguez Enríquez, C.; 2005) Esto significa que estos espacios “generan, o contribuyen a generar, valor económico.” (Rodríguez Enríquez, C.; 2005) Por ende su impacto no es neutral en términos de equidad. Si las políticas sociales (y públicas en general) niegan este valor no es por ignorancia sino por ocultamiento premeditado, con el fin de preservar y privilegiar los intereses de la economía de acumulación capitalista.

A lo anterior hay que agregarle que existen dos componentes de fuerte incidencia en las inequidades ya existentes. Estas son el de la clase social de pertenencia y el nivel educativo alcanzado por parte de las mujeres integrantes de los grupos familiares; cuyo impacto en el primer caso se sitúa en el orden de que “en un contexto macroeconómico más favorable, las trayectorias ocupacionales muestran efectivamente rasgos más positivos, aunque persiste la estratificación en el acceso a estas mejores condiciones.” (Rodríguez Enríquez, C.; 2007), en tanto que respecto al impacto del segundo componente “la evidencia cuantitativa da cuenta que son las mujeres de menor nivel educativo y mayor peso de las responsabilidades domésticas, quienes desarrollan en mayor medida tránsitos hacia la inactividad en las etapas de recuperación económica. Se presume que esto obedece al hecho de que la mejora en las condiciones de ocupación e ingresos de las otras personas del hogar, les permite prescindir de opciones laborales mayormente precarias, y asumir plenamente el rol de principales responsables del cuidado de los miembros del hogar.” (Rodríguez Enríquez, C.; 2007).

Programas de salud sexual y educación sexual:

El “Programa nacional de salud sexual y procreación responsable”, ley 25673 sancionada en 2002, es un instrumento importante para deconstruir los valores socialmente legitimados de dominación machista, en tanto establece pautas de difusión de información pertinente e imprescindible destinados a una mayor democratización de las relaciones interpersonales, junto con la provisión de métodos anticonceptivos y

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

servicios de atención que tienden a la equidad entre los géneros. De este modo se lleva al espacio público una problemática históricamente reservada al ámbito de lo privado, permitiendo su paulatina transformación.

El “Programa nacional de educación sexual integral”, ley 26150 sancionada en 2006, es otro soporte trascendente que complementa al anterior, promoviendo desde los inicios de la socialización secundaria de los sujetos un aprendizaje de valores igualitarios entre los géneros y expandiendo un sentido ético crítico en las relaciones humanas.

Por ello creemos que si bien hay mucho por cambiar en lo concerniente a las pautas sociales establecidas, el panorama se presenta favorable a la implementación de dispositivos de abordaje que contribuyan a una mayor valoración del trabajo cotidiano en los espacios domésticos y los cuidados de la salud que en estos y otros espacios se desarrollan habitualmente.

Marco legal de regulación de la salud

En este apartado nos referimos brevemente a las normativas que regulan y dan marco al diseño y ejecución de diversas políticas sociales y de salud.

La Constitución Nacional de 1994 establece en su artículo 42 que la salud es un servicio al que tienen derecho “los consumidores y usuarios”. Creemos nosotros que este artículo no tiene el alcance ni extensión para garantizar el desarrollo y goce pleno del derecho a la salud, ya que restringe al mismo a las posibilidades de accesibilidad, las cuales dependen del modelo económico general y de la situación coyuntural de atención de la salud vigente.

La Constitución Nacional adhiere a los Convenios Internacionales que versan sobre estas mismas cuestiones, tal es el caso de La Convención Internacional por los Derechos del Niño, de la cual destacamos fundamentalmente, la priorización de la atención primaria como estrategia prevalente, la cual da sustento a nuestra práctica preprofesional, no sin las dificultades que esto conlleva en un área del tercer nivel de atención de la salud.

En relación al contenido de la Constitución de la provincia de Córdoba, esta en su artículo 59, entendemos que propone una visión más amplia de la salud que la

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Constitución Nacional, en tanto que habla del “derecho al más completo bienestar psicofísico, espiritual, ambiental y social” de los habitantes de la provincia.

Coincidentemente con nuestra intervención, esta ley nos resulta de gran importancia ya que nosotros proponemos un concepto de salud integral que involucra los aspectos mencionados por la citada ley. Esto se ve reflejado en uno de nuestros objetivos de intervención con los que pretendemos reflexionar y construir un concepto de salud que trascienda la sola ausencia de enfermedad.

La ley nacional 26.061 de “Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes”, nos proporciona instrumentos legales que facilitan el trabajo realizado con los grupos familiares (sujetos de nuestra intervención), en tanto incluye a la familia del niño dentro del proceso de satisfacción y goce del derecho a una salud integral, involucrando aspectos de prevención y promoción.

Por otra parte, los derechos de la mujer según lo establece la ONU a través de la Oficina en Colombia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los derechos humanos, actualizada en el año 2002, nos permite reflexionar y trabajar sobre otra de las temáticas que pretendemos cuestionar a partir de este trabajo, entre ellos se encuentra el concepto de equidad de género, flexibilización de roles y funciones entre varones y mujeres, etcétera. Este documento legal pretende reforzar el ejercicio de los derechos humanos, y es en relación a ello que lo consideramos importante para respaldar los contenidos de nuestra intervención, desarrollado a través de diversas actividades y dispositivos.

Finalmente, destacamos la existencia de la Ley de Educación Nacional sancionada en el año 2006 en cuyo artículo 11, inciso “u” refiere a “Coordinar las políticas de educación, ciencia y tecnología con las de cultura, salud, trabajo, desarrollo social, deportes y comunicaciones, para atender integralmente las necesidades de la población, aprovechando al máximo los recursos estatales, sociales y comunitarios”. Con ello, advertimos como se articulan diversas políticas públicas con la pretensión de lograr un carácter de integralidad, el cual permite percibir a la salud de manera relacional con otros aspectos de la vida cotidiana de los grupos familiares.

De este modo comprendemos a la salud como construcción social en movimiento, inserta en un tiempo y espacio concreto.

Tras el análisis de las leyes que dan marco a la salud en general, a continuación desarrollamos los aspectos principales que caracterizan al sistema de salud en particular.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Analizando la fragmentación del sistema sanitario

Es importante señalar aquello que entendemos por sistema de salud, en tanto que este “compromete a todas las organizaciones, instituciones y recursos que producen acciones, cuyo propósito primario es el mejoramiento de la salud. (...) El objetivo final de un sistema de salud es el de alcanzar niveles óptimos de salud y las menores diferencias posibles entre el estado de salud de los individuos y/o los grupos poblacionales.” (OMS; 2000).

En el sistema de salud argentino conviven tres subsistemas con características que los particularizan a cada uno de ellos: “el público, el llamado de Obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan.” (Acuña, C.; Chudnovsky, M.; 2002).

Estos subsistemas se caracterizan del siguiente modo:

- El estatal (sistema solidario): este sector se divide en diferentes niveles, según sea nacional, provincial o municipal, y existiendo un grado de coordinación entre los mismos. Se financia a través de la recaudación impositiva y sus beneficiarios son todos los ciudadanos, aunque esto es un supuesto ya que sólo cubre al 30 % de la población. (Acuña, C.; Chudnovsky, M.; 2002).
- Las obras sociales (sistema corporativo): en este sector sus beneficiarios son aquellas personas insertas en el ámbito laboral formal, y se financia con los aportes de empleados y empleadores.
- Las pre-pagas (sistema individualista): a diferencia de los otros dos, este defiende un interés individual y tiene un fin de lucro. Su cobertura alcanza a los sectores que pueden pagar con recursos propios estos servicios.

Este subsistema tiende a una mercantilización de la salud, en detrimento de la salud como un derecho.

Complementariamente, señalamos que los cuidados parentales de la salud podrían estar insertos en lo que llamaríamos mecanismos de atención no sistémicos, en tanto adolecen de una organización formal de carácter aglutinante que trascienda los espacios familiares, no siendo además, reconocidos por el estado y gran parte de la sociedad. De allí que nuestra intención radica no sólo en la visibilización y tratamiento de este tema, sino también en su inclusión paulatina (a pequeña escala) en la agenda de

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

los profesionales intervinientes del Hospital Infantil, en tanto mediadores privilegiados de la atención sanitaria. Con ello promovemos un gradual reconocimiento de los cuidados parentales de la salud en el marco del sistema sanitario formal.

Retomando la caracterización del sistema de salud nacional, encontramos que este se escalona además en tres diferentes niveles de atención, a saber:

- 1º Nivel: orientado a la promoción y prevención de la salud, de los sujetos.

“Las acciones preventivas se definen como intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominando en las poblaciones. (...) Los proyectos de prevención y de educación en salud se estructuran mediante la divulgación de información científica y de recomendaciones normativas de cambio de hábitos.” (Czeresnia, D.; 1999).

Por otro lado, “promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar (Ferreira, 1986). Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención.

“Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial” (Terris, 1990).

- 2º Nivel: orientado preponderantemente al tratamiento por especialidades médicas.

En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referencia. Coordinando con el Centro de Salud acciones de diversa índole como por ejemplo, la realización de estudios complementarios.

- 3º Nivel: orientado predominantemente al proceso de rehabilitación de los usuarios.

El tercer nivel de atención se ubica en Hospitales Especializados (por ejemplo: Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, de Quemados, de Ojos, etc.) donde la tarea se relaciona con problemáticas de salud específicas.

En nuestra práctica implementamos acciones centradas en actividades de promoción, dentro de una institución hospitalaria del tercer nivel. Esto es importante señalarlo ya que habitualmente se relaciona a las actividades de promoción con el primer nivel de atención, con lo cual damos cuenta de una ruptura en este aspecto.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

En el siguiente capítulo desarrollamos la materialización de estas características del sistema de salud dentro de la institución y concretamente desde el área de servicio social, espacio desde el cual realizamos nuestra práctica.

CAPÍTULO 2. La trayectoria institucional: el escenario

“Lo que acostumbramos a llamar instituciones necesarias, muchas veces son instituciones a las que nos hemos acostumbrado”
Alexandre de Tocqueville

La Institución: pasado y presente

El Hospital Infantil se ubica al norte de la ciudad de Córdoba entre Av. Lavalleja (al oeste), Jujuy (al este), Av. Góngora (al sur) y Anacreonte (al norte) en el tradicional barrio de Alta Córdoba, a 10 minutos del centro de dicha ciudad.

En la misma manzana y sobre la calle Anacreonte, se encuentra la Dirección de Especialidades Médicas, delegación Norte. La misma, al igual que el nosocomio hospitalario, depende de la órbita municipal. En los alrededores existen además, consultorios de diversas especialidades, dependiente del sub-sistema privado de salud.

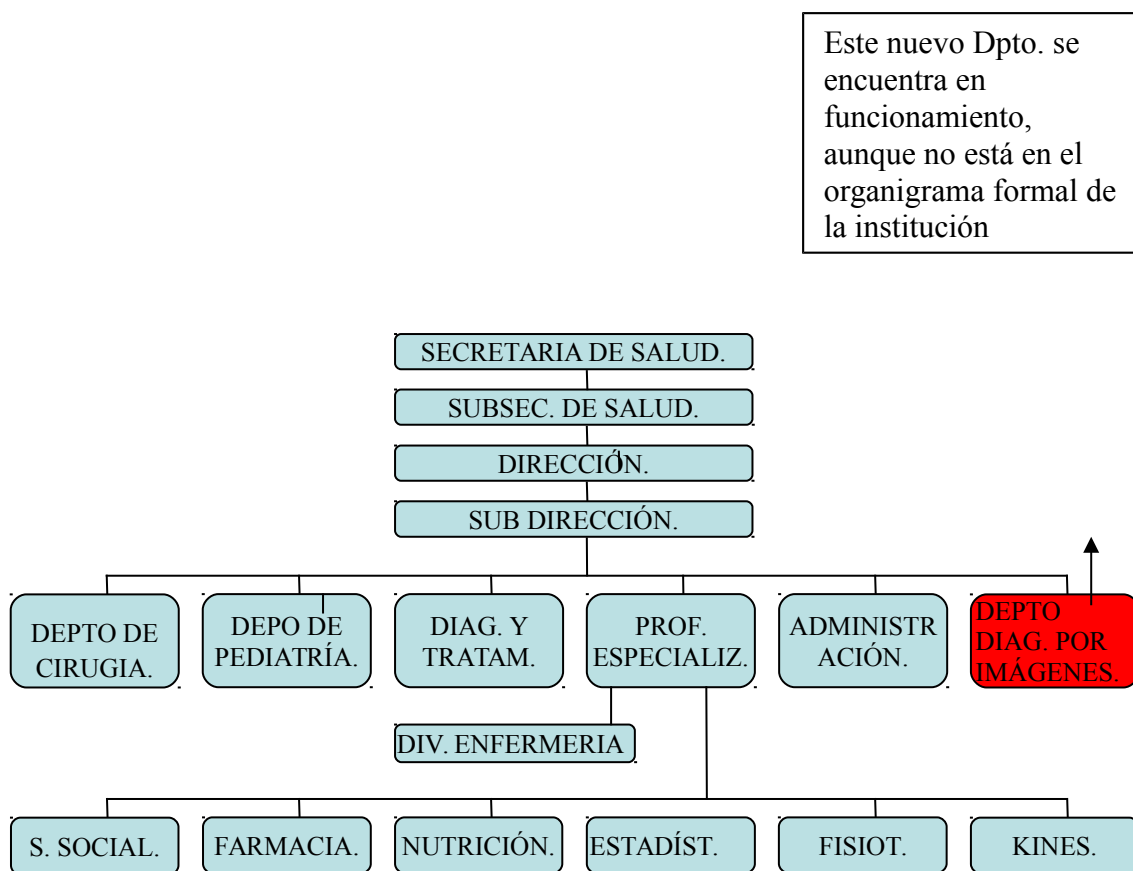
En cuanto a la infraestructura barrial, dicha zona cuenta con todos los servicios esenciales como, alumbrado público, gas natural, red cloacal, agua corriente, energía eléctrica, recolección de residuos y transporte público. Además de todos estos servicios el barrio posee amplias calles y avenidas pavimentadas, lo que permite una mejor circulación.

El Hospital Infantil fundado en el año 1968, se encuentra bajo la órbita de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Córdoba. Destacamos que cuenta con 4 unidades sanitarias periféricas del primer nivel de atención, que si bien no dependen de forma directa del nosocomio sino de la DAPS (Dirección de Atención Primaria de la Salud), se articulan en cuanto a derivación de demandas, prácticas profesionales y residencias, e información específica.

En lo referente a las jerarquías y estructuras internas del hospital, el mismo cuenta con un Director, una Sub directora, departamentos y jefaturas de áreas, y también con los demás profesionales del equipo y no profesionales o administrativos que allí se desempeñan y trabajan, incluido personal monotributista y contratado (actualmente en conflicto con el municipio por cuestiones laborales).

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

El organigrama puede visualizarse del siguiente modo:



Aquí nos parece pertinente complementar este organigrama con elementos propios de la dinámica intrainstitucional, por lo que exponemos un análisis FODA (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas), de la propia institución enfocado particularmente en los aspectos de género y niñez, respecto a la problemática en la que intervenimos.

FODA²

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> • Estructura: espacio físico. • Recursos humanos capacitados. • Existencia del comité de 	<ul style="list-style-type: none"> • Formación biologicista con predominio del modelo médico hegemónico.

² Este análisis FODA, se basa en información brindada por las trabajadoras sociales del hospital registrada en el año 2009, e incorpora insumos propios.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

<p>prevención de SMI.³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios fragmentados, merced a la fragilidad en el trabajo interdisciplinario. • Déficit en el trabajo preventivo. • Escasez de recursos, tanto humanos como materiales. • Deficiencias comunicacionales, producto de las relaciones de poder.
<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convención de Derechos del niño (1989) • Convención Belén Do Para (1994) • Ley de protección integral del niño/a y adolescente. N°26061 • Ley de la provincia de Córdoba de protección integral del niño/a y adolescente. Ley N°9396 • Ley de protección integral a las mujeres N°26485 • Ley de violencia familiar N°9283 • Adhesión provincial a la Ley Nacional N°25673 de creación del programa de salud sexual y procreación responsable.(año 2003) • Ordenanza municipal 9479, Programa de salud reproductiva, sexualidad y planificación familiar • Mayor sensibilización de los medios de comunicación masiva en la temática de género. • Mayores experiencias basadas en el paradigma del protagonismo 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Modelo patriarcal, configurado histórica, social y culturalmente • Contexto político municipal. • Ruptura de lazos comunitarios como consecuencia del modelo político- económico imperante.

³ El comité no funciona durante el corriente año (2011).

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

infantil. • Hospital base de cuatro centros de salud (zona norte) con responsabilidad pediátrica.	
--	--

Por otra parte destacamos que la población destinataria de los servicios brindados por el hospital pertenece mayormente a un nivel socio-económico medio-bajo o bajo, acorde con algunos indicadores NBI, LP y LI que pudimos constatar en el transcurso de las entrevistas realizadas.⁴

En lo referente a las intervenciones llevadas a cabo en el hospital, vale decir que las mismas están destinadas preponderantemente a un sujeto individual: el paciente, en tanto esté enfermo temporalmente o por algún padecimiento de carácter crónico, acorde al paradigma dominante, médico hegemónico de carácter biologicista. Sostenemos esto, en tanto advertimos el actuar diario y escuchamos el discurso de varios de los profesionales dentro de la institución.

Dicha visión habla de una relación médico-enfermo, donde el profesional asiste un estado de enfermedad del sujeto, brindándole la solución a través de la ingesta de fármacos y/o de algún tipo de tratamiento a nivel hospitalario o de carácter ambulatorio, pero cuando este sujeto ya posee la dolencia. Sin embargo este modo de intervención pareciera dejar de lado, cuestiones de carácter preventivo o de promoción, que se pueden desarrollar previamente antes de llegar a la situación de enfermedad, lo cual, no le corresponde técnicamente al hospital, según la organización del sistema de salud actual.

No obstante, creemos factible el abordaje desde la atención primaria de la salud dentro de este tercer nivel en particular. De hecho, de no ser así, nuestra estrategia de intervención no tendría sentido ni viabilidad.

Por ello es que en el Hospital Infantil, nosotros llevamos adelante un dispositivo de “asesoría para padres”, que tiene por fin la promoción en torno a los cuidados parentales referidos a la salud. Así, creemos que esta acción se torna en un instituyente, en tanto facilita el ingreso a otra dimensión de lo instituido. De este modo lo instituido se define como “una estructura ya dada”, mientras que lo instituyente “se va conformando según este juego o dialéctica”. (Kaminsky, G.; 1994).

⁴ Ver anexo 3.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Seguidamente y para poder comprender mejor estas prácticas del hospital en la actualidad, juzgamos oportuno hacer una breve reconstrucción histórica que nos permita descubrir el origen y propósito que se plantea la institución dentro del sistema de salud.

Los vaivenes de la historia

Por los años '60 el clima social propiciaba cambios en lo cultural, económico, político, etcétera, nosotros nos centramos principalmente en el campo de la salud.

Así es que en América Latina en general, en La Argentina y en Córdoba en particular, se elige el camino de la transformación, concretamente a través del trabajo comunitario y del compromiso profesional.

En el Hospital Infantil se apuesta por una medicina de “*carácter integral*” entendida como una medicina “humana, organizada y en un continuo progreso” (González, S.; 1998), aunque aclaramos que esta perspectiva está atravesada por la mirada médico hegemónica de matriz positivista, vigente por aquel entonces.

Es importante señalar en este punto que el surgimiento e impulso de esta medicina entendida como “de carácter integral”, según el Dr. Sixto González (co-fundador y primer director del hospital), se da merced a “la falta de políticas referidas a la salud de aquel momento; que como consecuencia de esto se producía la falta de integración de los programas existentes, falta de participación de las comunidades organizadas en la creación de los programas de salud y a la fuerte concentración de los médicos en las grandes ciudades en detrimento de la periferia”. (González, S.; 1998). Todas estas transformaciones y visiones dan origen al desarrollo de una medicina “colectiva” en detrimento de una medicina de carácter “individual”. Estas particularidades dieron origen a un nuevo enfoque para entender a la salud, comprendiendo a esta como un sistema, que se puede esquematizar en 5 niveles según Leavell y Clark, citados por el Dr. Sixto González.

Por un lado el de promoción de la salud, por otro el de prevención de las enfermedades específicas, también un tercer nivel que consiste en sistemas de diagnóstico y tratamiento de la población sana, otro que se centra en la limitación de la invalidez de aquellos ya enfermos y por último, el de generar un espacio de rehabilitación.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Según este modelo y la aplicación de estas acciones y funciones, debía surgir una medicina de carácter integral, debiendo garantizar la accesibilidad de la atención médica a la población en todos los espacios geográficos. La planificación, debía ser llevada a cabo por equipos de salud interdisciplinarios, permitir la integración de lo preventivo y curativo por una parte, y de lo individual con lo social por otra.

Sin embargo, de todo lo hasta aquí expuesto y siguiendo los datos biográficos y demás información de fuentes secundarias, logramos verificar que en torno a las críticas que este médico hace a las políticas de salud, sobre todo lo referido a la participación comunitaria y al logro de una medicina integral, efectivamente se consigue una fuerte colaboración de la comunidad en torno a la realización de los programas y/o proyectos de salud, incluso en el apoyo económico y material que recibe por parte de la gente en general; vecinos, comerciantes, maestros, clubes, iglesias de diferentes credos, el ejército, damas de la caridad de San Vicente de Paul, Cortaderos de ladrillos, etc. No obstante, más allá de lo positivo que pudo ser esta experiencia en cuanto a la posibilidad de organización comunitaria, que permitió que la gente se involucre, conozca y se sienta parte de su propio proceso de salud, a nuestro entender esto denuncia y denota un corrimiento por parte del Estado, por ejemplo a través de la escasez de recursos que distribuye para estos fines, cuya incidencia tiende a la “familiarización” (Esping-Andersen, G.; 2000) de las políticas de salud, la cual es proclive a responsabilizar a las familias y la comunidad en general, promoviendo una creciente estratificación en el acceso a este vital servicio.

La realidad del hospital en nuestros días

Todo lo antes mencionado nos conduce a reflexionar sobre cómo la construcción histórico- social de la trayectoria del Hospital Infantil no es un hecho aislado del pasado, sino mas bien un proceso dinámico y permanente.

Es así que durante el periodo de nuestra intervención corroboramos como los acontecimientos políticos, económicos, sociales, etcétera, generan una fuerte influencia en el funcionamiento institucional. Ejemplo de ello es que en el momento de la finalización de nuestra práctica preprofesional, la institución y los profesionales de la misma, se ven afectados por conflictos de carácter laboral, como son la suspensión del pago de haberes, la informalidad laboral, entre otros aspectos. A esta situación se la

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

puede caracterizar como de malestar institucional, en tanto “es un fenómeno que se dramatiza en los sujetos, en las relaciones y vínculos, de estos con la institución y en el interior del escenario institucional”. (Garay, L.; 2006)

Esta situación hace que la dinámica institucional entre en tensión con la dinámica político- económica de la sociedad en general, lo cual provoca una resignificación de los espacios físicos y simbólicos, cristalizados a través de las asambleas y manifestaciones por parte de los profesionales, como así también de prácticas de intercambio y socialización de conocimiento, como por ejemplo, un ateneo, el cual se lleva a cabo en la sala de espera del hospital, en vez del aula preparada para tal fin. Hay muchos otros acontecimientos que podríamos mencionar, pero citamos estos porque son a nuestro entender sucesos claves y visibles que constituyen la naturaleza misma del devenir institucional.

Esto nos permite dar cuenta de que esta institución en particular, y las demás en general, no son una isla dentro de la sociedad, sino que poseen un fuerte anclaje dentro de la misma, siendo constructoras y construidas por esta, con la permanente presencia de conflictos, a los cuales entendemos como “Fenómenos internos que enfrenta a individuos, grupos, colectivos e instancias institucionales e interinstitucionales” (Garay, L.; 2006), y que se constituyen en una variable que promueve el cambio y la transformación constante y sostenida.

A continuación, y para profundizar en el conocimiento de nuestro escenario de intervención, es que dentro de la institución nos centramos en una de las áreas particulares; la de “Servicio social”, en tanto es el espacio desde el cual nos insertamos de forma concreta, además de ser la disciplina en la cual nosotros nos formamos.

Servicio social: un camino inacabado⁵

En lo referente al área de “Servicio social”, esta se funda en el mismo momento que la institución hospitalaria, abordando en consonancia con la misma a las problemáticas y necesidades de los sujetos, desde una perspectiva comunitaria, y además, subordinada al dominio médico.

Desde sus inicios el rol estuvo centrado en la higiene y la puericultura acorde con los requerimientos de la época. Parte del personal del área era no profesional y se

⁵ Información basada en datos proporcionados por el área de “Servicio social” del Hospital Municipal Infantil.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

priorizaba el seguimiento personalizado de los niños provenientes de los cuatro dispensarios con dependencia pediátrica del H.M.I., en base a un trabajo interdisciplinario de extensión a la comunidad.

Ya por el año 1999 el servicio social registra su mayor cantidad de personal: cuatro trabajadoras sociales y una secretaria. Sin embargo, la crisis más pronunciada del área se produce en el año 2001, quedando solamente una trabajadora social.

Poco a poco el servicio social se fue reconstituyendo hasta la actualidad (2011) en que son 3 profesionales en ejercicio. Todas ellas, y en particular la Lic. Mónica Pagano (nuestra referente institucional), colaboran como facilitadoras para nuestro desempeño en la institución.

Ellas han instituido un modo de trabajo que tiende a apartarse del modelo médico-hegemónico, centrandose en los grupos familiares. El equipo de esta área expresa además una notable coincidencia en lo teórico e ideológico internamente, e incluso con respecto a nuestro proceso de prácticas en la institución. Su valiosa información fruto de la sistematización de sus propias prácticas y de investigaciones llevadas a cabo en la temática de género, nos posibilitan una labor más enriquecedora.

Las actividades actualmente desempeñadas por las profesionales se organizan específicamente en las áreas de diabetes, nefrología y neumonología, además de las demandas espontáneas y de emergencia. Destacamos que esta atención provoca fragmentación en tanto dificulta un trabajo en grupo por parte de las trabajadoras sociales, ya que deben situarse en la especialidad que les toca. También esto produce dificultades para la realización y desarrollo de otras tareas fuera de las asignadas, como por ejemplo el trabajo comunitario, producto de la escasez de recursos humanos y el desborde en la demanda que estas reciben.

Destacamos que este departamento del hospital, como los demás, está inserto dentro de la institución y como tal no es algo aislado, sino que se integra funcionalmente al mismo. Ello nos ayuda a entender el por qué de la dificultad del trabajo en grupo y el difícil abordaje de otras demandas que no sean las ya mencionadas. Como dice Balestena “las instituciones obedecen a un modelo normativo y racional” (Balestena, E.; 2003), al cual todos deben responder. Sin embargo también sostiene que “lo irracional son los problemas y demandas que estas captan” (Balestena E.; 2003), y es en este aspecto en el que nos referimos a la llamada “saturación institucional”, lo que significa que hay un exceso de demandas en la institución y el tiempo para resolverlas es tan poco, que no se pueden profundizar. Esta situación hace

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

que el eje de la institución deje de ser la atención de las demandas y comience a serlo la institución misma.

Es justamente “el tiempo en las instituciones el problema con el cual se enfrenta muchas veces el trabajador social, en tanto que las exigencias de la institución implican muchas veces una mayor profundización sobre la problemática” (Balestena E.; 2003), pero que por tal cuestión no puede darse.

Con esto no queremos justificar la ausencia de abordajes más integrales, pero si creemos que es una de las tantas variables que influyen en esta situación.

Continuando con lo anterior y en lo referente a las funciones que se cumplen desde el Servicio social, desde las demandas se realizan entrevistas a los padres de los niños internados para prevenir y atender situaciones conflictivas; elaborar informes socioeconómicos para la consecución de insumos, medicamentos, prótesis y estudios especiales; coordinar con los servicios intra e interhospitalarios y las instituciones públicas y privadas por recursos materiales y para la asistencia de necesidades de los pacientes y sus familias; asesorar sobre temas de familia, niñez, adolescencia, insumos de salud, violencia familiar, recursos humanos, derechos de ciudadanía, discapacidad y enfermedades crónicas; participar en espacios interdisciplinarios como el “Comité de prevención del maltrato infantil”; y capacitación, docencia e investigación.

Entre otros de los aspectos que destacamos, está el proceso de sistematización de información e intervenciones efectuadas, que denota un gran esfuerzo en dejar asentado todo lo que se va realizando y de este modo poder construir una base de datos que sirva como antecedente para mejorar intervenciones presentes y futuras.

En lo referido al comité de prevención de maltrato infantil cuya fundación data del año 1994, aunque ya funcionaba de manera informal desde el año anterior, integrado entonces por 5 médicos, una trabajadora social, un psicólogo, un administrativo, un abogado y un voluntario, se crea para atender algunos casos que se fueron registrando de modo informal. Es así que desde su inicio hasta su actual estancamiento se atendieron demandas numéricamente crecientes, lo cual denota la importancia de la existencia de este espacio.

Sin embargo, la labor realizada en este comité atravesó por una interrupción entre los años 1999 y 2007 producto de disputas de poder intra-comité y por la ausencia de un verdadero trabajo interdisciplinario.

A partir del año 2007, se produce una reorganización de este espacio y se reabre el mismo, aunque en la actualidad (año 2011) a causa de la renuncia de las dos pediatras

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

del comité, quedan solamente representantes de las disciplinas de trabajo social y psicología, produciéndose la caída del comité como tal y la disolución de sus funciones.

Finalmente y más allá de las aproximaciones referidas que se realizan desde el área de Servicio social, destacamos que advertimos como positivo, la posibilidad de trabajar y compartir con futuras colegas nuestro campo disciplinar, lo que nos otorga una fuerte consonancia en cuanto a la preocupación por lo social.

Este trabajo en conjunto es el que nos permite recibir en primera instancia el encargo institucional, que luego y a través de un proceso de construcción colectiva nos permite llegar a la demanda institucional que seguidamente abordamos.

Momento II:
Proceso diagnóstico
y construcción del sujeto de abordaje

CAPÍTULO 3. ¿Atención primaria en el tercer nivel?

“Mientras gastan millones en un momento,
de hambre se muere gente que es un
portento.
Mucho dinero en parques municipales
y la miseria es grande en los hospitales.”
Violeta Parra

La demanda:

Nuestra llegada a la institución, se da con el deseo de intervenir en un proceso vinculado de forma directa con los niños que asisten o están internados en el hospital, a través de fomentar y participar en el proceso de construcción de la salud integral de los mismos. Además, nuestra idea es trabajar de forma directa con los 4 centros de salud dependientes del hospital, o por lo menos con alguno de los mismos.

Sin embargo, al llegar al nosocomio, nos encontramos con obstáculos ligados a lo institucional derivados del tipo de relación establecida entre estos organismos de salud pública, ya que según lo dicho por una de las autoridades del hospital (jefe de pediatría), los 4 centros de salud dependen de la DAPS y no del citado nosocomio, lo cual echa por tierra la articulación imaginada por nosotros en el marco de una posible intervención situada en el nivel comunitario del objeto. Ello nos ubica en la disyuntiva de buscar otro espacio organizacional o reformular nuestra idea original.

El siguiente paso que realizamos fue el de reunirnos con las trabajadoras sociales del Hospital Infantil con el fin de aclarar aún mejor lo expuesto con anterioridad. Es entonces que se nos plantea como demanda, la actual preocupación de estas profesionales respecto a la escasa presencia de varones padres o tutores responsables de los cuidados hacia las/os niñas/os internados en el hospital. Seguramente, esto es visible para ellas por ser mujeres, pero también, nosotros corroboramos dicha característica en este y otros centros de salud a lo largo de nuestras prácticas precedentes. Este asunto no es puntualmente afrontado por las profesionales, de allí que nos proponen la creación de un espacio destinado a abordarlo.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Principalmente la demanda surge a partir de una necesidad observada por las trabajadoras sociales, quienes indican que la mayoría de los programas o proyectos de asesoramiento, capacitación o asistencia en los cuidados parentales de la salud, están generalmente destinados a mujeres, consideradas tradicionalmente como las encargadas de todo este tipo de tareas. Correlativamente a ello, el varón, aparece como “enajenado” de estas responsabilidades, considerando a este último, sólo desde su lugar de proveedor económico.

Este vacío institucional nos motivó en tal sentido, y dejando de lado nuestros supuestos iniciales, decidimos reorientar la construcción de nuestro objeto de intervención.

Para ello revisamos algunas categorías teóricas que nos ayudan a definir y construir dicho objeto. Conjuntamente realizamos un proceso de diagnóstico a través de una serie de entrevistas semi-estructuradas efectuadas a los cuidadores de los niños (padres y madres), en las salas comunes de internado de este hospital. Señalamos que decidimos intervenir sólo en estas salas, dejando de lado las de cuidados especiales e intensivos, como oncología, nefrología, quemados, aislamientos, entre otras, a razón de que consideramos que este tipo de trabajo de promoción en instancias de crisis familiares es inoportuno. Dejando claro de este modo que no es por falta de interés de nuestra parte con estas situaciones, sino por una cuestión de prudencia en relación a las familias que se ubican en esta situación.

Luego de este momento de diagnóstico vamos reconociendo las particularidades de lo que se transforma en la problemática de nuestra intervención. Dichas manifestaciones son producto de los resultados de las entrevistas antes mencionadas y observaciones realizadas. Además, el intercambio de experiencias y saberes con las profesionales del área de Servicio social también son fundamentales al momento de ir develando la matriz de la demanda en cuestión.

De allí surge que dicha problemática se constituye como tal, “en relación a los cuidados parentales, que se dan en el ámbito de las relaciones de parentalidad”, (Quintero Velásquez, Á.; 2007) definidas desde la diferencia de género, basadas en un modelo patriarcal, configurado históricamente, social y culturalmente, al interior de los grupos familiares. Con roles jerarquizados y estereotipados que tienden a obstaculizar el desarrollo y goce de una salud entendida desde un punto de vista integral y complejo de cada uno de los sujetos constitutivos de dichos grupos.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Esta diferencia genera la inequidad de las relaciones entre los géneros y al interior de los mismos. Siendo esta, promotora de insatisfacción, enfermedades y situaciones que obstaculizan el desarrollo pleno de la personalidad individual y social, tanto de la parte dominada como de la dominante, aunque de manera cualitativamente diferente.

Todo esto, atravesado a su vez, por una compleja trama institucional. Es decir, aparte de las relaciones de parentalidad como problema central, no podemos dejar de ver y analizar la complejidad de la dinámica hospitalaria. Esto se debe a que los diferentes niveles de abordaje desde el trabajo social como lo son el familiar o el institucional conviven en una trama heterogénea y compleja en un mismo escenario de intervención.

Es desde esta concepción compleja que consideramos y profundizamos en las diversas variables que atraviesan a la problemática en cuestión, observando a la participación en los cuidados parentales de la salud de un modo integrado al bienestar individual y social de los sujetos.

Entendemos así a los cuidados parentales como la función desempeñada por uno o más cuidadores respecto de la salud integral de los niños, la propia persona de el/los cuidadores y el grupo familiar en general. No siendo dicha función adjudicada a una persona específica dentro del grupo familiar por su condición de sexo, edad, u otro factor natural, sino por la asunción de cuidados responsable y equitativamente repartida entre los adultos que conviven en el hogar acorde a sus posibilidades y arreglos, de manera flexible y coherente con las demás actividades realizadas tanto al interior como fuera del hogar, sean estas remuneradas o no.

A esta definición enlazamos otros conceptos como las diferencias de género, socialización de género, el patriarcado, la clase social, los vínculos y redes de relaciones, estrategias de vida familiares, no siendo estos los únicos aspectos a tener en cuenta. No obstante, son los que nosotros tomamos como centrales para definir la problemática.

Comenzamos por referirnos al patriarcado como una construcción social que se articula con el capitalismo, entendiendo al primero como "...sistemas de relaciones sociales que se caracterizan por la dominación que los varones ejercen sobre las mujeres." (...) "Este sistema vinculado a dicho modelo económico instituye por lo tanto, desigualdades entre los géneros, como por ejemplo: de generación, clase, posiciones que definen jerarquías, fragmentaciones, divisiones y oposiciones en

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

términos excluyentes entre lo masculino y lo femenino, que se naturalizan y reproducen en todos los espacios sociales públicos y privados.” (...)

“Este sistema se sostiene en dos pilares fundamentales, por un lado la división sexual y social del trabajo, y por otro lado la socialización del género.

El primero está refiriendo a la asignación de funciones, actividades, tareas, a una por ser mujer y a otro por ser varón.” (...) “incorporándose como mandatos sociales que refieren a una esencia femenina/masculina” (Soldevilla, A.; 2011).

El segundo pilar, es decir la socialización del género, también es tomado por nosotros como uno de los conceptos fundamentales, y es definido como “los procesos educativos no formales que disciplinan, educan y construyen sujetos sociales, reproductores de una cultura y de una sociedad.” (...) “Se aprende así, a ser varón y ser mujer desde el nacimiento, donde el espacio social familiar aparece en general como una de las primeras experiencias fundantes de aprendizajes que se van ampliando en articulación con otros espacios ligados a la educación, el trabajo, la participación, etcétera, donde se reproducen y modifican en todas las relaciones y espacios de interacción social.” (Soldevilla, A.; 2011)

Por otra parte, establecemos la diferencia entre lo que denominamos como género y el sexo, siendo este último definido en base a los “atributos biológicos, morfológicos y fisiológicos de la persona inscriptos en su cuerpo. En tanto el género alude a la significación que la sociedad atribuye a esas diferencias.” (Soldevilla, A.; 2011). Por lo tanto desde lo descriptivo, género se define como: “red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres de varones y viceversa” (Burín, M.; Meller, I.; 2001).

Los grupos familiares (o no necesariamente familiares) con los que trabajamos están atravesados inexorablemente por vínculos y lazos que los unen. Sin embargo, el vínculo por sí mismo, a nuestro entender, no implica que inevitablemente existan redes, esto se debe a que los vínculos presentan ventajas y limitaciones en su configuración concreta. Por lo tanto entendemos a las redes como algo complejo, ya que se manifiestan a través de un entramado y un conjunto de interacciones conscientes o no que se producen entre los sujetos. Y es en base a estas redes que se configuran estrategias de vida, familiares y no familiares, producto del enfrentamiento de los obstáculos para la reproducción cotidiana de la existencia de los sujetos, destinadas a atender las necesidades de los mismos.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

En nuestra intervención en el hospital visualizamos estas particularidades a través de las entrevistas que realizamos con los sujetos, aspecto que desarrollamos más ampliamente en el capítulo siguiente, referido a los sujetos de la intervención.

Llegamos así a la pregunta que nos hacemos en el título de este capítulo: *¿atención primaria en el tercer nivel?*, es este interrogante el que nos guía a buscar nuestro modo de intervención. Esto es así ya que no es común este tipo de atención en el tercer nivel de complejidad del sistema de salud. Sin embargo nuestro accionar nos demuestra lo contrario, ya que es la promoción y prevención, (acciones preponderantes dentro de la atención primaria de la salud) nuestra forma estratégica de actuar en el internado del Hospital Municipal Infantil.

Entendemos que no es necesario encasillar modos de intervención que se ajusten a determinados niveles, sino que es posible romper con lo instituido, si es que logramos demostrar que ello es productivo no sólo desde la mirada de la eficiencia, sino también desde el sentido mismo de las prácticas en salud, en tanto derecho humano fundamental.

Pretendemos a través de esta forma de intervención, el enriquecimiento y complementariedad de los dispositivos legitimados de atención en el tercer nivel y no la superposición de prácticas ambiguas o eclécticas.

Problemas parciales priorizados

Para una mejor comprensión de la problemática general de los cuidados parentales de la salud a la que nos venimos refiriendo, mencionamos algunos de los problemas afines que surgen del proceso de diagnóstico social llevado a cabo en el escenario de intervención:

- Prejuicios sociales del varón en relación a la paternidad.
- Roles y funciones naturalizados y estereotipados en el grupo familiar.
- Políticas sociales orientadas a la responsabilización de la mujer en el ámbito de los cuidados familiares.
- Reproducción de diferencias asignadas a los géneros por parte de los profesionales intervinientes en la institución hospitalaria.
- El desconocimiento de derechos fundamentales por parte de los sujetos de nuestra intervención.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

- La comprensión de la salud desde una perspectiva restringida a la ausencia de la enfermedad, por parte de algunos profesionales intervinientes y de muchos de los sujetos con los que intervenimos.

Estos aspectos ligados a la problemática general nos demandan una puesta en valor de los conocimientos adquiridos, y se juegan así nociones propias del campo del trabajo social como disciplina de intervención en lo social, y en el ámbito de la salud en particular, en tanto nos permiten y exigen la movilización de recursos relacionales y simbólicos.

Fundamentación de la intervención

Entendemos que nuestra participación es relevante en tanto que “aportamos a la construcción de alternativas para la modificación, superación y o transformación de sistemas problemáticos, reales o potenciales, de personas, familias y grupos, en los niveles de prevención, asistencia y promoción, valorando el sentido de la dignidad humana; tendiendo de este modo a la satisfacción y legitimación de los derechos sociales...” (Aquín, N.; Acevedo, M.; 2009).

Ello nos remite a considerar el espacio de intervención del trabajo social en todas sus dimensiones, aunque en este caso con un fuerte anclaje en la dimensión familiar del mismo, ya que nuestro objeto se sitúa en procesos relacionales de sujetos convivientes que constituyen grupos familiares. No obstante, nuestro enfoque se centra en los cuidadores, a la vez que buscamos incidir de un modo particular en el varón padre (tutor o encargado de cuidados) de los niños internados en el nosocomio y su vinculación con los demás integrantes de la familia, en relación a la salud integral de todos.

Nuestra inserción en el Hospital Infantil se da en un marco de prácticas preprofesionales y por tanto es de carácter temporal y breve, ajustado a demandas sociales, pero también a intereses y necesidades académicas, por lo que aun concientes de la posibilidad de una intervención totalmente centrada en la problemática ya descrita, no podemos desconocer sus limitaciones. Sin embargo, creemos que su impacto no sólo incluye a los sujetos con los que intervenimos, sino también a profesionales de planta del nosocomio y contribuye así a generar una apertura en las prácticas cotidianas de unos y otros tendientes a formas superadoras con base en

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

derechos sociales que producen una ampliación de la ciudadanía real y sostenible en el tiempo.

CAPÍTULO 4. Reconociendo la cotidianeidad de la dinámica familiar

“Por cada mujer
que da un paso hacia su propia liberación,
hay un hombre
que redescubre el camino a la libertad.”
Anónimo

Sujetos de la intervención

Las familias: caracterización

En el presente capítulo, profundizamos mas concretamente en la descripción y análisis de los sujetos involucrados en el campo de intervención. Entendiendo a estos desde una visión relacional e individual. Tomamos para ello como principal insumo de soporte, las 27 entrevistas concretadas con sujetos que cumplían funciones de cuidado en las salas comunes del internado del hospital.⁶ Aclaremos por otra parte, que los nombres propios de los entrevistados que figuran en este apartado son ficticios, con el fin de proteger la verdadera identidad de los protagonistas.

Pero antes de perfilar a los sujetos de nuestra intervención creemos necesario definir a la categoría familia, a la cual nosotros no la entendemos como un sujeto en si misma, sino como una organización que aglutina a los sujetos con los que intervenimos.

Es importante destacar que la familia es una “organización que existió históricamente.” (Gattino, S.; 2005.), desde sus orígenes se ha ido modificando y transformando tanto en su configuración como en su significado. Más aún, han convivido y conviven diversas formas familiares acorde al tiempo y el espacio físico y social ocupado por estas en una cultura determinada. Ello torna conveniente entonces, hablar de “familias” en plural, aún cuando el modelo hegemónico en el sistema de relaciones sociales capitalistas sea el nuclear. Para el caso de nuestra intervención nos encontramos con familias tipo nuclear en 16 casos como forma preponderante, pero

⁶ Para mayores precisiones ver anexos 2 y 3.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

también del tipo extensa en 7 casos y tipo ensamblada en los 4 casos restantes. La totalidad de los entrevistados pertenecen a hogares de carácter heteroparental. De entre ellos 23 hogares son biparentales y 4 monoparentales (sólo uno de estos últimos de jefatura masculina).

Acorde a lo dicho, los roles, funciones y estrategias que se configuran al interior de los grupos familiares, y de estos con relación al contexto, se corresponden en primer término con las necesidades del capital. Pero también con representaciones estrechamente vinculadas al patriarcado, la socialización de género y el control social, estableciendo con ello jerarquías arbitrarias de poder y dominación que posicionan al varón por sobre la mujer y a los adultos por sobre los niños. A ello hay que sumar las diferencias establecidas según clase social, etnia y ubicación geográfica, que amplían y complejizan las desigualdades entre los grupos familiares y su contexto. Siendo los grupos familiares con los que intervenimos un fiel reflejo de esta situación, al pertenecer a la clase obrera y habitar en lugares periféricos de la ciudad de Córdoba, o localidades del interior provincial (zona norte en su mayoría), o incluso provincias lindantes del noroeste como Catamarca, San Luis, Santiago del Estero y La Rioja.⁷

Las trayectorias de vida y matrices de aprendizaje de los sujetos de nuestra intervención dan cuenta de esta reproducción de patrones de conducta y socialización, por cuanto se destaca una naturalización de las diferencias en los roles según género. Ejemplo de ello es la fuerte incidencia de la madre y casi inexistencia del padre en el espacio doméstico, marcando una clara disociación entre mujer-madre-ama de casa y varón-padre-proveedor económico.

Sin embargo, aparece una marcada percepción de dichas diferencias de roles parentales en la mayoría de los entrevistados, con una trayectoria que permite establecer un incremento en la participación de la mujer en el espacio público, aunque sin desligarse de los quehaceres domésticos. Siendo la sobrecarga laboral el común denominador.

Complementando lo dicho, el establecimiento de roles y funciones estereotipados al interior de las familias es hoy puesto en cuestión, considerando que aquello es una forma de reproducción del modelo patriarcal todavía vigente en nuestra sociedad y fuente de insatisfacción individual y colectiva.

Es entonces que nuevas formas de convivencia emergen y otras son reconocidas, por ejemplo, a través de la nueva legislación que permite la unión legal de parejas

⁷ Según información obtenida de las entrevistas, más la que nos brindó el área de estadística del H.M.I.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

cualquiera sea la pertenencia sexual de sus integrantes. Abriendo así, un abanico de posibilidades que nos obligan a establecer una categoría analítica capaz de comprender lo complejo.

Es de esta manera, que desde el trabajo social “se puede entender a la familia en tanto organización social que participa de los procesos de producción y reproducción de la vida (...) situada en un campo junto con otros actores, junto con otras organizaciones, (...) que se ocupa de organizar y administrar bienes y servicios para el consumo.” (Gattino, S.; 2005.)

Siendo los sujetos que las integran y las dificultades y obstáculos con los que se encuentran para la reproducción cotidiana de su existencia, tanto material como social, los que se convierten en sujetos de intervención del trabajo social con familias.

También es importante destacar que las relaciones que se establecen ente los sujetos son de diversa índole, ya que estos lazos pueden ser familiares y no familiares, de amigos, de vecinos y demás lazos sociales, que trascienden el espacio mas inmediato y restringido, conectando a estos a un ámbito y contexto de mayor amplitud como es la sociedad y las instituciones que la componen, indicando así el entramado de redes sociales y vinculares que atraviesan a dichos sujetos otorgándoles el carácter relacional.

Complementariamente creemos pertinentes los conceptos de auto-eco-organización” y la “auto-exo-referencia” (Morín, E.; 1996), para indicar que el sujeto si bien es autónomo, es decir que se “auto-eco-organiza”, es a la vez “auto-exo-dependiente” tanto de su entorno como del contexto.

Aquí es, donde podemos ver que la autonomía no es la independenciam total del sujeto, sino mas bien la dependencia a un contexto. Lo que muestra que el sujeto no está escindido de su entorno. Desde aquí nace este otro concepto, prácticamente a la par, que es la “auto-exo-referencia” el cual nos indica la necesidad permanente del sujeto de referirse al entorno, es decir a su contexto.

Por otra parte, aludiendo a los conceptos que Bourdieu nos propone referido al campo, este nos permite ampliar el concepto de sujeto, inserto en un espacio de juego, donde los sujetos se disputan capitales específicos según sus intereses y posiciones ocupadas, a través de una relación mediada por el poder. (Bourdieu, P.; 1987).

De esta manera “la familia funciona a la vez (...) como unidad, que para poder reproducirse –esto es, mantener o mejorar su posición, transmitiendo el volumen y la estructura de su capital- debe actuar como una suerte de sujeto colectivo, manteniendo la integración de esa unidad (...) Pero a la vez la familia tiende a funcionar como

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

campo, es decir, como espacio de juego, donde hay relaciones de fuerza físicas, económicas, culturales y simbólicas (ligadas al volumen y a la estructura del capital que poseen los diferentes miembros que la integran) y donde hay luchas para conservar o transformar esas relaciones de fuerza.” (Gutiérrez, A.; 1998). De este modo se torna significativo el abordaje de los perfiles individuales de los sujetos que integran los grupos familiares.

Varones padres:

El varón es un sujeto atravesado por una impronta construida histórica y socialmente, que lo configura y que él mismo configura, caracterizada en este caso por el modelo patriarcal. El mismo, entiende a este sujeto como “Un padre esposo, proveedor económico, que sale a buscar el sustento del hogar.” (Wainerman, C.; 2005). Sin embargo, el varón ocupa un rol más subsidiario en las labores domésticas en relación con la mujer, esto es así ya que este espacio es menos jerarquizado socialmente y resulta de poco interés en consecuencia.

En referencia a lo anterior, y a través de los datos obtenidos en las entrevistas realizadas desde marzo hasta julio de 2011 con padres y madres de los niños internados en el hospital, encontramos una clara coincidencia con la definición antes expuesta. Esto se debe a que la trayectoria de vida de cada uno de los sujetos entrevistados, en cuanto a la procedencia de los mismos, responde a este modelo tradicional atravesado claramente por la diferencia de género, “entendida como una asignación cultural que se hace, una especie de lectura de ese sexo biológico, y que en esa lectura se determinan cuales son los mandatos sociales que va a tener alguien por el hecho de ser varón o mujer.” (Maffia, D.; 2004).

Fiel reflejo de lo anterior es el testimonio de uno de los varones padres al decir “*el hombre tiene que mantener a la mujer, y la mujer se dedica a ser ama de casa, así era con mis padres*” (Juan).

Este modelo descripto colisiona con los cambios establecidos en el mercado de trabajo en las últimas décadas, que degrada las condiciones laborales de los trabajadores, dejando a los varones en una particular situación de fragilidad y dañando las identidades de género preestablecidas. Ello es visible al cotejar que la mayoría (25 de los 27 casos) se desempeñan en trabajos informales y mayormente en condiciones de

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

precariedad, cuyo ingreso suele ser variable por cuestiones estacionales o situacionales, y con frecuencia, insuficiente para satisfacer las necesidades básicas del grupo familiar.

En relación al trabajo doméstico no remunerado, 22 varones prestan escasa o nula colaboración a sus parejas, y sólo 5 reparten equitativamente el trabajo, acorde con sus posibilidades reales de participación. Aclaremos que dicha colaboración se caracteriza por un rasgo de subsidiariedad en las actividades del varón, es decir, que es la mujer quien en última instancia la que se responsabiliza por la realización de estas tareas.

Y en cuanto a los cuidados específicos, concretamente en salud y educación, tanto a nivel individual como grupal familiar, el varón participa aún menos que en el resto de las actividades de reproducción doméstica. Las mujeres perciben esto con claridad... *“Yo hace dos meses tengo a mi hija internada, la cuido sola, mi pareja tiene problemas para aceptar la enfermedad de la nena. Yo me encargo de las tareas de la casa. Él no participa en ningún tipo de estas cosas.” (María).*

También la mirada del director del nosocomio coincide con ver al varón “desvinculado” o como “figura acompañante” en los cuidados, y no como corresponsable. En tanto que desde el servicio social el varón padre es un “sujeto ausente” que brinda escasa colaboración. Pero todos coinciden en el hospital en que ante situaciones de crisis en la que esté en riesgo la vida misma de un hijo, existe una total paridad en la participación de varones y mujeres en los cuidados de la salud. Agregamos además, que algunos de los varones realmente disponen de poco tiempo para estas actividades a causa de una sobrecarga horaria en el trabajo extradoméstico.

Mujeres madres:

Respecto a sus situaciones laborales, los 26 casos en que existe la presencia de una mujer en el hogar, manifiestan desempeñarse en tareas domésticas, (ama de casa), y tan sólo seis de los casos indagados, participan además en el mercado laboral remunerado. Esta escasa presencia se debe a que la mujer debe desempeñar ambos roles, es decir que “el manejo cotidiano de la casa y de los hijos sigue siendo una empresa de la socia mujer, aun de la que sale a trabajar como un hombre, a tiempo completo” (Wainerman C.; 2005), y de este modo se genera sobre ella una sobrecarga de trabajo, produciendo una inequidad en cuanto al reparto de tareas dentro del grupo

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

familiar. Siendo esta, una de las tantas aristas, de las relaciones de género. Al respecto en una entrevista realizada a una familia campesina, vemos como se manifiesta esta sobrecarga de funciones en la mujer. En su discurso el padre de familia dice: *“Mi esposa se encarga de todos los cuidados. Es ama de casa, pero además trabaja en el hospital del pueblo. Yo trabajo en el tambo y me encargo de mantener el hogar. Lo importante es trabajar.”* (Carlos). En esta situación vemos como el hombre delega en la mujer todo lo concerniente al hogar, quien suma como en este caso otras acciones extradomésticas sobrecargándose de responsabilidades y de trabajo.

En el caso de las actividades realizadas por la mujer dentro del hogar, la misma lleva la jefatura en cuanto a la organización y dinámica interna de este. Esencialmente se centra en las tareas de limpieza, alimentación, cuidado de la salud individual y familiar, escolaridad de los hijos, etcétera.

Esta situación, muestra claramente una repetición de las condiciones impuestas por el modelo patriarcal antes descrito. Sin embargo, a diferencia de los varones en el caso de las mujeres, las mismas experimentan un proceso de transición, tanto en la percepción como en sus prácticas cotidianas, fruto de que las mujeres han comenzado a advertir esta diferencia e inequidad de género como injusta, y en consecuencia reclaman mayor participación del varón en este ámbito, y ocupan cada vez con mayor frecuencia su tiempo en trabajos remunerados extradomésticos, aún siendo estos de menor calificación que los del varón.

Por otra parte, y en relación al significado otorgado a la maternidad, algunas mujeres lo sienten como una obligación social que han tenido que asumir ante el hecho consumado de ser madres. Pero que al compararse con otras mujeres de su misma generación que aun no son madres dicen sentirse *“viejas”* a tal punto de afirmar *“dejé de lado mi vida de joven”* (María). Ello nos habla del peso que representa para muchas mujeres la asunción casi total de responsabilidades en el espacio doméstico, sobre todo ante la presencia de hijos a cargo.

También nos encontramos con casos en los que las mujeres-madres (fundamentalmente las de más baja edad), ante la sobrecarga ocupacional, suelen delegar las actividades asumidas como maritales a sus propias madres, tías, hermanas, etc. Vemos aquí, como la distribución de roles ligados al espacio doméstico se efectiviza entre personas del mismo género antes que entre los integrantes de la pareja, a causa de la poca o nula asunción por parte de los varones de los quehaceres del hogar. Esto

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

promueve el desarrollo de estrategias de vida, configurando redes que facilitan la reproducción cotidiana de la existencia a toda la unidad doméstica.

En 9 de los 27 grupos familiares constatamos la operativización de estas redes, particularmente por parte de las mujeres, que recurren no sólo a sus familias de origen, sino además a sus parientes políticos, amistades y vecinos.

Niñas/os internados en el Hospital Infantil:

A través de la revisión de fuentes secundarias, observaciones y entrevistas realizadas, inferimos que el tiempo de internación de los niños en salas comunes, fluctúa en una media de 48 a 72 horas.

Es notable la preponderancia de enfermedades respiratorias, pero relativizamos este indicio por tratarse de salas tipo comunes, en las que se internan a niños con menor complejidad de afecciones, en una época del año caracterizada por esta prevalencia (marzo-julio). Sólo una entrevista fue realizada en el sector de aislamiento y ninguna en salas de quemados, o de enfermos oncológicos.

La valoración subjetiva del subsector público de la salud por parte de los sujetos cuidadores entrevistados es negativa, por cuanto lo califican como menos jerarquizado en relación a otros (de obras sociales y prepagas). Sin embargo, acuden al hospital debido a la escasa afiliación a obras sociales (sólo 4 de 27 casos cuentan con esta protección sanitaria), y en algunos casos por la jerarquía reconocida-percibida respecto del nosocomio.

Ligado a lo anterior, preocupa también el elevado número de grupos familiares que no perciben la Asignación universal por hijo (6 de 13 casos constatados), aun cumplimentando con los requerimientos para tal percepción. Ello nos indujo a informar y promover acciones en este sentido, por parte de los sujetos cuidadores.

Con respecto a uno de los datos que nos parece relevante destacar, se encuentra el número de niños por cada familia. Y es así que haciendo un promedio entre todas las familias entrevistadas llegamos a una media de 2.65 hijos por grupo familiar. Ante este dato creemos que el número es elevado en relación a las estadísticas demográficas generales de nuestro país, según el INDEC.

En lo referente a la escolaridad de los niños, estos superan a la de sus progenitores en cuanto al nivel alcanzado, ya que los primeros logran estudios

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

secundarios aunque inconclusos por lo general, en tanto que sus padres sólo alcanzan niveles primarios de educación formal. No obstante el nivel alcanzado por los niños continúa siendo bajo en relación a los estándares fijados por el sistema educativo nacional, donde actualmente se espera que las personas completen el ciclo básico de estudios de manera obligatoria.

Nos parece relevante destacar el aspecto educativo ya que consideramos es una de las variables que influyen en este proceso de naturalización del modelo patriarcal vigente, en cuanto quienes tienen la posibilidad de acceder al sistema de educación disponen de mejores herramientas para comprender e intentar cuestionar y reflexionar sobre las diversas concepciones inherentes a la vida cotidiana de las personas.

Por ello y a modo de cierre de este capítulo destacamos la voz de uno de los niños que participó en uno de los talleres de dibujo, que nos refiere: *“a mi papá lo que más le reclamaría es su ausencia” (Pablo)*. Esto nos muestra una vez más la escasa presencia del varón padre en todo lo concerniente a las tareas de cuidado y relaciones familiares dentro del hogar.

Momento III:

Estrategia de intervención

CAPÍTULO 5. Construyendo los dispositivos de intervención

“Si buscas resultados distintos,
no hagas siempre lo mismo.”
Albert Einstein

Objeto de intervención

“La participación de los cuidadores en torno al desarrollo y cuidado de la salud integral, individual y familiar.”

Objetivos

Objetivo General:

“Fomentar la participación corresponsable⁸ de los cuidadores en torno al cuidado y desarrollo de la salud integral, individual y familiar, a través del tratamiento de los conceptos de salud, derecho y aprendizaje.”

Objetivos específicos:

1. “Valorar las actividades y participación de la mujer al interior del grupo familiar.”
2. “Revalorizar la función del varón padre al interior de los grupos familiares.”
3. “Promover relaciones de cuidado corresponsable en torno a la salud individual y familiar.”

Metas:

- 1.1. “Que el varón padre reflexione en torno a sus preconcepciones referidos a la mujer en tanto ama de casa.”
- 1.2. “Que el varón padre comprenda necesidades y deseos de su pareja.”

⁸ Corresponsabilidad: entendida como la responsabilidad compartida en cuanto a derechos y deberes de los cuidadores. Esto implica un reparto igualitario y flexible en lo referido a los cuidados, en beneficio de cada uno de los cuidadores y del grupo familiar en su totalidad, fomentando la equidad de género en relación a la división sexual del trabajo.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

- 2.1. “Que el varón padre se sienta parte del proceso y cuidado de la salud propia y familiar.”
- 2.2. “Que el varón padre reflexione su rol al interior de los grupos familiares.”
- 3.1. “Que el varón padre se reconozca corresponsable en el cuidado de la salud individual y familiar.”
- 3.2. “Que el varón padre amplíe las acciones de cuidado de la salud individual y familiar.”

Estrategias

Para incidir en el objeto mencionado, pensamos en estrategias de intervención que nos ayuden a reflexionar de manera conjunta con los sujetos con los que intervenimos y profesionales de la institución hospitalaria, sobre las cuestiones antes descriptas.

Inicialmente, a través de un proceso de realización de entrevistas, en tanto instrumentos que nos permite no sólo la obtención de datos y valores cuantitativos, sino también la posibilidad de incidir en la naturalización de la vida cotidiana de los sujetos. Ello nos permite desarrollar diseños preliminares de intervención, que nos faciliten el abordaje con los sujetos y de la demanda.

Por ello en nuestro diseño de intervención decidimos crear un espacio material y simbólico para atender a la demanda. Dicho espacio lo definimos como “Asesoría para padres”, que a continuación explicamos detalladamente en que consiste.

En primer lugar es necesario definir que entendemos por asesoría. Para ello comenzamos por mencionar que es un concepto amplio y abarcativo en torno a la cuestión del acceso a la información como un derecho de todas las personas y en particular de los sujetos con los que nosotros intervenimos en esta práctica preprofesional. Este espacio tiene particularidades propias acorde al lugar y a la temática que desarrolla. En este caso concreto, la asesoría tiene por finalidad brindar información, facilitando la reflexión colectiva en torno a los cuidados parentales y cuestiones afines. Por lo tanto este espacio sirve para construir de forma integral, teniendo en cuenta los saberes de todos los sujetos involucrados en el proceso, nuevos conceptos que permiten ir desnaturalizando categorías que fomentan la desigualdad de

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

género, la división sexual y social del trabajo dentro y fuera del grupo familiar, como así también la socialización de género, entre otros aspectos.

El concepto de corresponsabilidad nos sirve para reestructurar una concepción superadora en torno a la desigualdad de género y a la participación en los espacios asumidos dentro y fuera del grupo familiar.

Es importante señalar en cuanto al funcionamiento de este espacio, que el mismo se ve condicionado por las circunstancias del lugar y las necesidades de las personas.

En nuestra intervención en el hospital y atendiendo a dichos condicionamientos, la asesoría se lleva a cabo en las salas de internación común de dicho nosocomio, ya que si bien se cuenta con el espacio físico para no hacerlo allí, la imposibilidad de los padres de salir de la sala debido a que deben cuidar a sus niños internados, hace que nuestra estrategia se desarrolle en ese lugar. Esta cuestión más que ser negativa nos ayuda e impulsa a pensar nuevos objetivos de trabajo, como por ejemplo en la resignificación y la redimensión de los espacios que habitualmente se utilizan sólo para una tarea en particular, como lo es la de curar a los niños enfermos, este mismo espacio que es la sala se usa además para desarrollar talleres de diferentes temáticas desvinculados de la actividad médica concreta y orientados entonces a acciones de prevención y promoción de la salud.

En relación al funcionamiento de la asesoría para padres decimos que algunos de los dispositivos llevados a cabo desde ese lugar son; por un lado los talleres para niños y padres fomentando el fortalecimiento y la construcción de nuevos vínculos; por otro lado los talleres para padres como un proceso de enseñanza-aprendizaje a través de las diferentes temáticas desarrolladas, por ejemplo la ampliación del concepto de salud, la salud sexual y reproductiva y los derechos. Otro de los dispositivos utilizados es la realización de un ateneo destinado a los profesionales y residentes de diferentes disciplinas del hospital, el cual versa sobre los cuidados parentales.

Queda claro que el proceso de trabajo se da de manera colectiva, es decir que si bien nosotros proponemos una mirada diferente y ampliatoria desde la disciplina del trabajo social, no excluimos la mirada de otras disciplinas ni de la de ninguno de los sujetos con los que trabajamos, en tanto que consideramos que nuestra visión no es definitoria sino mas bien un aporte concreto y específico desde una visión fundada que ve a la salud como una construcción en permanente movimiento.

De este modo llevamos adelante un proceso de reflexión para la acción, que al decir de Paulo Freire son aspectos fundamentales para la construcción del conocimiento.

CAPÍTULO 6. Dinámicas implementadas con los sujetos de nuestra intervención

“El mundo es eso: un montón de gentes,
un mar de fueguitos. El mundo es eso.
Cada persona brilla con luz propia
entre todas las demás, cada persona.
No hay dos fuegos iguales.
Hay fuegos grandes, fuegos chicos,
hay fuegos de todos colores.”
E. Galeano - A. Blanca

Entrevistas

Los momentos seleccionados para esta actividad eran elegidos al azar según nuestras posibilidades de días y horarios, y de los entrevistados en cuanto a la disponibilidad permitida por la situación particular de los niños a quienes cuidaban. También nos ajustamos a la dinámica propia de la atención profesional en dichas salas para no interferir en su rutina habitual.

Entendemos que la cantidad de casos es insuficiente para cuantificar estadísticamente e inferir en consecuencia como si se tratara de una muestra representativa de la población destinataria de los servicios de salud brindados por el hospital. Sin embargo, nos permite esta información identificar tendencias significativas a la vez que enriquecer nuestro conocimiento en relación al contenido de las representaciones de los sujetos con los que intervenimos, tomando el invaluable insumo de su palabra. Sumado a ello, la entrevista se torna para nosotros en un dispositivo de intervención en tanto que nos permite incorporar elementos problematizadores de las prácticas cotidianas de los sujetos con los que intervenimos, posibilitando en ocasiones la creación de alternativas válidas de superación de aquellas situaciones que propenden a la insatisfacción o el conflicto en las relaciones intrafamiliares o respecto a su entorno, en particular lo concerniente al estado como garante y responsable de derechos sociales a veces ignorado como tal por las personas en su cotidianidad.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Asesoría para padres

Esta estrategia se lleva a cabo a través de una serie de talleres, en los cuales se ven temáticas relacionadas al ámbito de la salud integral. Pues así es que uno de los modelos de taller tiene como temas centrales por un lado la asesoría como espacio, por otro lado la salud compleja e integral, y finalmente, el derecho como una de las dimensiones centrales, ya que no nos habla desde la obligatoriedad del deber ser, sino mas bien de la satisfacción del derecho cumplido.

En otro de los modelos continuando con las estructuras semejantes, nos centramos en temas tales como cuerpo, sexualidad y salud, roles y funciones familiares y las relaciones de género.

Dentro de estos talleres, por ejemplo, se implementan diferentes técnicas y dinámicas que amenicen la participación en el encuentro, tales como: un juego con fichas y otro con frases que ayudan a identificar los acuerdos y los desacuerdos en torno a la temática.

Además trabajamos también con las parejas (mujeres madres) de los varones, teniendo como propósito dos cuestiones: por un lado abordar los intereses y necesidades de ellas y por otro lado captar a través de las mismas a los varones padres.

A través de esta estrategia en concreto se pretende implementar:

- ✓ Atención primaria de la salud en el tercer nivel de complejidad
- ✓ Construcción de canales de comunicación
- ✓ Ofrecimiento de información
- ✓ Redimensionamiento del espacio de intervención
- ✓ Problematicación de las relaciones de género, patriarcado y cuidados parentales
- ✓ Reflexión colectiva e interactoral
- ✓ Promoción de la salud integral del grupo familiar

La misma se materializa a través de talleres realizados con los grupos familiares y los padres o cuidadores en particular.

Talleres

La difusión previa a la realización de cada taller se efectúa vía gráfica en las salas “A” y “C”, (donde se ejecuta la actividad), con una semana de anticipación. A su

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

vez, estos talleres se publicitan oralmente el mismo día de su realización, a modo de recordatorio y de convocatoria especificando el horario en el que se llevan a cabo.

Primer taller: “Dibujando a mi familia”

Este dispositivo está orientado a la relación vincular entre padres e hijos. La misma tiene como fin que los niños a través de las técnicas de dibujo y escritura expresen su visión de los padres y desde esta pretendemos interpelar a estos últimos, intentando provocar en ellos un proceso de ruptura y desnaturalización de conceptos aprendidos. Por tanto se pretende visibilizar la imagen que tienen los niños respecto de su grupo familiar de pertenencia; a partir de la revalorización de los espacios de encuentro, más allá de los condicionamientos de la situación.

Objetivos:

- “Reflexionar de manera conjunta acerca de las representaciones que los niños, como sujetos de derecho, tienen en relación a la familia.”
- “Compartir un momento de encuentro desde lo vincular.”
- “Redimensionar el espacio del internado, más allá de la connotación que este posee en sí mismo.”

Descripción de la dinámica:

La dinámica se inicia a través de nuestra llegada a las salas de los internados, se hace una breve presentación y explicación de cómo será la actividad, la cual consiste concretamente en que los niños allí presentes, una vez que hayan recibido el material necesario (hojas, lápices de colores, fibras, crayones, etc.), comienzan a dibujar a su familia y/o a escribir algo referente a las mismas como modo de expresión de aquello que quieren decir o mostrar.

Una vez finalizado el tiempo de la actividad se valoriza cada una de las producciones realizadas por los niños junto a sus padres, pretendiendo a su vez reflexionar sobre el tema de los vínculos y relaciones familiares y de la importancia de compartir los diferentes espacios.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Finalmente el equipo de trabajo se retira de la sala, una vez que haya revisado todos los trabajos, y posterior a ello se realizará la evaluación de los resultados obtenidos a través de los trabajos realizados por los niños.

Resultados:

En este taller contamos con 12 niños internados para trabajar, 8 de los cuales estaban cuidados por sus madres y los restantes por sus padres.

Con respecto a los objetivos propuestos, el que consiste en intentar redimensionar el espacio, creemos que se logró y concretó en tanto los niños internados pasaron un momento agradable y divertido en el cual al menos por un instante pudieron distraer su atención en otra cosa, que no fuese su enfermedad propiamente dicha.

En cuanto a lo vincular la cuestión fue mas delicada en tanto que por un lado hubo cuidadores, que hicieron notoria la diferencia con respecto a la realización de la actividad. Decimos esto para dar cuenta de que en el caso en donde los niños se encontraban acompañados por una mujer (quien en ese momento es su cuidador), el niño era estimulado o ayudado por el adulto en la realización de la tarea.

Mientras que aquellos niños acompañados por varones, estos últimos se desentendieron de la actividad remitiéndose simplemente a entregar el material al niño o niña dejándolo sólo en el desarrollo de la misma, sin vincularse con este en ningún momento, a excepción de un caso donde una niña con depresión fue ayudada por su padre en la tarea propuesta.

Segundo taller: “Cuerpo, sexualidad y salud”

Objetivos:

- “Ampliar junto a los padres el concepto de salud con aquellos aspectos que no se consideran parte del mismo, desde una perspectiva de derechos”.

Descripción de la dinámica:

En primera instancia presentamos la actividad con el objetivo explícito de reconocer las concepciones de salud que los padres tienen (los participantes).

La apertura de la actividad consiste en poner en común las emociones y los sentimientos que le provoca la situación de tener al niño internado (sea este o no su hijo), con preguntas como por ejemplo ¿qué te genera? ¿qué te causa?

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

En segunda instancia se establecen las consignas de la actividad la cual consiste en la elección de 6 de 15 fichas, cuyo contenido alude a diversos aspectos de la salud de carácter relacional, físico y simbólico (cabe destacar que son 5 fichas de cada tipo). A dichas fichas deben relacionarse con una ficha central que lleva escrita la palabra “salud”.

Luego cada uno de los participantes explica el por qué de su elección e inmediatamente después se valoriza dicha elección, reafirmando su contenido a la vez que nosotros como equipo de trabajo incluimos aquellas fichas que fueron dejadas de lado, a modo de ampliar el concepto de salud que venimos trabajando y ligarlo al de derechos humanos.

A modo de cierre se realiza los debidos agradecimientos a la vez que se les entrega una hoja síntesis con los temas tratados en el taller anexando a ello el horario del espacio de conserjerías y la fecha y horario del siguiente taller.

Resultados:

En las salas contamos con la presencia de 10 cuidadoras mujeres, sin contar con la presencia de ningún varón. Sin embargo una de ellas se vio complicada por la situación de su niño y no pudo participar. El resto de las mujeres participó activamente del taller y la dinámica, involucrándose en toda la actividad.

En una de las salas con respecto al concepto de salud emerge una visión predominantemente biologicista de la misma, en tanto que la relacionan con la enfermedad o ausencia de esta.

En la segunda sala por el contrario, nos encontramos con una predominancia de aspectos más relacionales y simbólicos, que no se refieren precisamente a la presencia o ausencia de enfermedad, sino que habla de la salud desde una perspectiva de las relaciones y los vínculos.

Un dato importante a señalar es que en esta segunda sala una de las madres no realizó sola la actividad, sino que vinculó a su hijo en la participación de la dinámica.

En ambas salas una vez terminada la actividad, se compartieron los resultados de forma grupal, reivindicando las elecciones que ellas hicieron e incorporando los conceptos no elegidos a modo de mostrar la amplitud del concepto de salud, entendida como salud integral.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Además las participantes luego de esto fueron respondiendo a ciertas preguntas contando cuestiones de su vida cotidiana en relación a la distribución de tiempo y actividades ligadas a los cuidados parentales, en relación a su pareja.

Tercer taller: “Dibujando a mi familia II”

Los objetivos planteados y la dinámica de este taller son similares a los del primero.

La repetición de este dispositivo estuvo motivada por los resultados satisfactorios del primero, por la posibilidad de mejorar algunos detalles del mismo y por la sugerencia de nuestra referente institucional, quien consideró oportuno y significativo, en cuanto que permitió la movilización del grupo familiar presente en el transcurso de la actividad.

Resultados:

En este taller si bien fue similar al primero, el mismo se llevó a cabo en una sola sala para trabajar con los niños de mayor edad para indagar de un modo más profundo en relación al concepto que estos niños tienen de su familia.

En esta oportunidad, de los siete cuidadores presentes, dos de ellos decidieron no participar. Por un lado un varón que se mostró desinteresado, y una mujer que parecía temerosa e insegura ante la actividad.

Con respecto a lo trabajado observamos similares producciones que en el primer taller, en tanto que el objetivo de redimensionar el espacio de las salas, en general se cumplimentó.

Cuarto taller: “La sexualidad como parte de la salud”

Objetivos:

- “Ampliar el concepto de salud sexual y sexualidad, en relación a la salud integral del grupo familiar.”
- “Incluir la salud sexual y la sexualidad al complejo de la salud integral, en un debate franco y sin tabúes.”

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Descripción de la dinámica:

Consiste en el cuestionamiento de una serie de afirmaciones que exponemos ante los presentes en las salas, partiendo de la proposición de acordar o no con el contenido de las mismas e indagar en el porqué de la elección por cada uno de los participantes. Tras ello se retoma cada oración con el fin de debatir conjuntamente y co-construir nuevos conceptos intentando desnaturalizar y desmitificar los prejuicios existentes en torno a una temática cargada de tabúes como lo es la sexualidad humana.

Resultados:

Esta actividad resultó particularmente interesante para nosotros y para los participantes, en cuanto estos últimos se involucraron a través de discusiones y debates, por momentos acalorados entre los cuidadores de los niños. Esto se generó mediante el compartir de las diferentes concepciones en relación al conocimiento y saberes de cada uno de los participantes en torno a la sexualidad y el sexo.

El característico tabú que genera esta temática resultó movilizador para dar inicio al debate, por un lado se manifestaron algunas mujeres con un pensamiento más conservador en relación a la temática, mientras que otras hablaban con mayor libertad y desinhibición de la misma.

Un ejemplo concreto del taller fue el que se dio en torno a una de las frases que se pretendía cuestionar, la cual contenía lo siguiente: “el control médico durante el embarazo es asunto de la mujer”. La primera reacción de las mujeres presentes, fue responder que estaban de acuerdo con que esto fuera así, ya que según la visión con la cual fueron culturalmente criadas, es la mujer ama de casa y madre la que se debe encargar de esto, en tanto que el varón debe estar centrado en la función de proveedor del hogar. Sin embargo, cuando comenzamos a cuestionar esta visión, pretendiendo mostrar que el periodo de embarazo de una mujer no es solamente responsabilidad de esta, ya que es una situación y hecho que involucra a todo el grupo familiar, y como tal debe haber una participación y cuidado corresponsable por parte de todos los miembros de la familia. Luego de haber hablado de este tema, la concepción de esta afirmación difirió bastante con la posición inicialmente manifestada.

Así como esta frase hubo otras que provocaron interés, pero destacamos la mencionada por su carácter representativo.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Con los resultados de este taller nos vimos ampliamente satisfechos, en tanto pudimos ver concretamente, a través de un proceso, este intento de rupturas con concepciones rígidas. Nuestro objetivo de ampliar el concepto de salud integral, a través de uno de sus vértices como lo es la salud sexual y reproductiva, también lo vimos concretizado mediante esta dinámica.

Quinto taller: “Los derechos en torno a los cuidados parentales referidos a la salud”

Objetivos:

- “Reconocer las responsabilidades de los varones padres, como derechos en relación a los cuidados individuales y familiares de la salud, al interior de la familia y con relación al estado.”
- “Profundizar en relación a la flexibilización y equidad de roles y funciones familiares de la pareja, tendientes a la responsabilización del varón padre en los cuidados de la salud.”

Descripción de la dinámica:

Partimos de una breve exposición de los temas sobre los derechos de los niños, derechos y responsabilidades de los padres, y los deberes y garantías del estado.

En una primera instancia planteamos uno de los derechos fundamentales de los niños. Desde este planteo se desprenden otros derechos que involucran no sólo a los niños, sino a sus cuidadores y al estado como los garantes de la protección, atención y cuidado.

Luego desarrollamos el concepto de responsabilidad y seguidamente el derecho de los cuidadores con relación al estado, la diferencia entre estado y gobierno, y la responsabilidad de los cuidadores y de todos los ciudadanos con relación al estado.

Finalmente, el dispositivo que usamos consiste en la escritura de una carta que realiza cada uno de los cuidadores presentes en la sala, destinada hipotéticamente a su pareja (o eventualmente a aquella persona que cumpla o pudiera cumplir con funciones de cuidador). El contenido de la misma consiste en aquello que “yo le pido a mi pareja que cambie” y en aquello que “yo debo cambiar en relación al cuidado de mis hijos” y “entre los miembros de la misma pareja.”

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

La carta es de carácter anónimo y sólo se solicita el sexo de pertenencia de la persona que escribe. Se colocan dichas cartas en una urna y se efectúa un cierre con un agradecimiento y con la entrega de una tarjeta que tiene plasmados los derechos básicos de los niños y un mensaje reflexivo, que pretende continuar profundizando los temas tratados en el encuentro a través de información específica, e instalar así un pensamiento más crítico en los participantes.

Resultados:

Por un lado los hombres manifiestan que “no tienen tiempo de hacerse cargo de sus hijos y de pasar mas tiempo con ellos ya que trabajan fuera de la casa”, a la vez que uno de ellos decía que la mujer tenía la posibilidad de quedarse con la mejor parte que es la de cuidar a los niños en la casa lo que le permite pasar mayor tiempo con los mismos.

Por otro lado las opiniones de las mujeres fueron variadas, producto de las diferentes situaciones en las que se encuentran. Sin embargo en sus escritos se pueden encontrar reclamos en relación a la participación del varón (2 mujeres), mientras que otras 2 mujeres, se dirigían de un modo amable y agradecido por la participación de su pareja en todo lo que se refiere a los cuidados. Y un caso (mujer), que dejó la carta en blanco, a pesar de que como ya se señaló, la actividad era opcional.

Finalmente se desarrolló el cierre del taller, haciendo una síntesis de lo compartido y reflexionado en torno a los derechos y de la salud en general, con una devolución escrita la cual contenía algunos de los derechos fundamentales del niño y una frase de carácter subjetiva que versa sobre la equidad, libertad y amor.

Ateneo con profesionales

Título: “Los cuidados parentales en torno al proceso de salud-enfermedad desde una visión compleja.”

Objetivo general: “Reflexionar de manera conjunta en relación a la participación de los padres en lo referente a los cuidados parentales.”

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Objetivos específicos:

- ✓ Problematicación de las prácticas profesionales en torno a los cuidados de la salud
- ✓ Intercambio de conocimientos y saberes
- ✓ Aportes a la construcción del concepto de salud integral⁹

En esta instancia se busca la participación de profesionales del hospital en torno a cuestiones instituidas que interfieren o perjudican la prestación de los servicios de salud a los sujetos, promoviendo así un cambio en las representaciones de los profesionales, empoderándolos con nuevos conceptos, en torno a los sujetos con los que intervenimos y suscitando la conciencia de responsabilidad en padres y madres desde la práctica cotidiana institucional.

A continuación desarrollamos de forma articulada las teorías, métodos y actividades aplicadas en la presentación de este taller-ateneo con los profesionales.

En primera instancia la teoría a través de la cual reflexionamos y utilizamos es la de la *complejidad*, por lo cual es imprescindible la construcción colectiva del pensamiento, acción y construcciones de nuevos conceptos y categorías en torno a la salud, que se logran a través del intercambio de saberes entre los profesionales y estudiantes de la institución, dentro de un concierto de disciplinas que pretenden conjugar sus saberes, por lo cual no dudamos en optar por la modalidad de taller.

Para el logro de esta construcción de carácter colectiva, consideramos necesaria la distribución aleatoria de los participantes en tres grupos de similar número de integrantes, lo cual permitió la heterogeneidad disciplinar, que a través de un dispositivo de reflexión provocó el surgimiento de las diferentes concepciones en torno a la salud. Ello permitió la problematicación de las propias concepciones en pos de comenzar a pensar en conceptos más superadores en relación a los cuidados parentales en la salud como parte del proceso salud-enfermedad desde una visión compleja.

Luego de que cada grupo ha llegado a una conclusión se pone en común en forma de plenario y se reflexiona al respecto con las visiones obtenidas en cada grupo. Seguidamente fijamos nuestra posición respecto al tema trabajado y detallamos nuestra actividad de “asesoría para padres” a través de un power point, con el fin de ampliar la

⁹ Ver Anexo 4

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

concepción de salud, desde nuestra visión y posicionados desde la disciplina a la cual pertenecemos.

El cierre es abierto a través de una pregunta, la cual gira en torno a todo lo hasta allí trabajado y reflexionado.

Dicha pregunta pretende que se generen nuevas propuestas y/o sugerencias para su propia práctica y/o para la nuestra, respecto a los cuidados parentales.

Momento IV:

Apreciaciones finales

CAPÍTULO 7. Las implicancias éticas en la intervención social

“Quien observa lo hace desde un cierto punto
de vista,
lo que no sitúa al observador en el error.
El error en verdad no es tener un cierto punto
de vista,
sino hacerlo absoluto
y desconocer que aun desde el acierto de su
punto de vista
es posible que la razón ética no esté siempre
con él.”
Paulo Freire

Lo ético en lo social

Ante todo es conveniente diferenciar la moral de la ética. Por cuanto se entiende a la primera como la diferencia entre lo bueno y lo malo, “pues la moral no concierne al orden de lo jurídico, sino más bien al fuero interno del humano...” (Enciclopedia SALVAT; 1972); mientras que la segunda incorpora una fundamentación en esta dualidad, estructurando y normando formas y modos de la vida en sociedad. “La ética es una disciplina normativa que establece los principios y reglas de la conducta de los seres humanos. Fija las normas que deben regir la conducta humana en todos los momentos y circunstancias, la ética se erige en el fundamento de la vida social [...] es un discurso prescriptivo y no descriptivo, que orienta la conducta humana hacia su propia humanización. Se apoya en el supuesto de que no todo vale igual y se apoya en una axiología, es decir en valores conformes a los cuales se ha de orientar el comportamiento humano.” (Ander Egg, E.; 2009).

De este modo y tomando los aportes de Maliandi, se entiende pues que “la ética es práctica no porque indique lo que hay que hacer, sino porque hace madurar la capacidad práctica del hombre ayudándole a cobrar conciencia de su responsabilidad” (Maliandi, R.; 1993).

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Orientándonos a nuestra disciplina, la misma entiende a “la ética como una práctica reflexiva de la libertad.” (Código de ética del C.P.S.S.P.C.; 2008). Así es que la ética exige la necesidad de una redefinición permanente del objeto de estudio en todas las disciplinas. “Esta redefinición del objeto afecta también a todas las ciencias sociales que deben hoy redefinir su objeto teórico, es decir *lo social*, teniendo en cuenta que hay evidentes transformaciones que lo afectan. El trabajo social” no es una isla, “y por lo tanto debe también redefinir su objeto de intervención. [...] por lo tanto, habría que hacer el esfuerzo de pensar al sujeto objeto de intervención más que como un individuo como un ciudadano, y a las necesidades de este más que como individuales como necesidades de integración social. [...] de esta forma el estudio de lo social es una tarea ético política, es decir que trabajar por la construcción de la ciudadanía plena no es algo que incumbe sólo al estado y los partidos políticos, sino también a nosotros. Lo que significa que debemos movilizarnos por lo social, ya sea desde nuestro lugar de trabajo, desde el colectivo profesional, desde las instituciones.” (Fóscolo, N.; 1997).

A continuación desarrollamos las implicancias éticas del trabajo social en un abordaje institucional y familiar de nuestra intervención.

Cuestiones éticas en el abordaje preprofesional

En toda práctica de intervención social existen cuestiones éticas implicadas, en tanto toda acción inter-subjetiva tiene consecuencias que modifican en algún sentido el devenir de la vida de las personas.

Más aun en el caso de las profesiones como modo de intervención específica que encuentra una particular responsabilidad en tal sentido por ser una manera socialmente legitimada de acción y regulada en última instancia por el estado, cualquiera sea la forma o modalidad que este posea.

Nuestra inserción en el Hospital Infantil, una institución sanitaria de la órbita pública estatal del orden municipal, no es ajena a estas cuestiones, sino que por el contrario, actúa en instancias estrechamente ligadas con los derechos humanos.

Concretamente en nuestra intervención no nos enfrentamos a ningún dilema ético, pero no por que no existiera tal posibilidad, sino más bien porque tomamos los recaudos necesarios a la hora de crear e implementar los dispositivos de abordaje.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Ciertamente todo ello es producto de las limitaciones impuestas por los marcos regulatorios institucionales, que ayudan en gran medida a intentar evitar errores u omisiones éticas de los sujetos intervinientes.

A su vez, el acompañamiento por parte del personal profesional del hospital (trabajadoras sociales), como así también de la docente a cargo de nuestra práctica preprofesional, y la revisión constante y autoevaluación permanente de nuestra parte, sirvió para no incurrir en alguna trasgresión al Código de ética del trabajo social ni a alguna otra imposición legal.

Retomando los aportes de Ricardo Maliandi, entendemos que nuestro accionar se entiende “como una forma de mediación entre la razón y la acción” (Maliandi, R.; 1993), llamando a esta forma “ética aplicada”, por cuanto actuamos de manera responsable, es decir, a conciencia de las implicancias de lo que realizamos en el escenario de intervención, parafraseando al citado autor, se podría decir “que nos estamos refiriendo a la legitimación de nuestras aplicaciones profesionales” (Maliandi, R.; 1993).

Por otra parte y dentro del periodo de nuestra intervención vivenciamos como testigos una situación que dada la coyuntura del momento, afectaba el normal desarrollo de las actividades institucionales, por cuanto el problema interfería directamente con los profesionales que allí se desempeñan.

Haciendo una breve descripción de la problemática, esta consiste en los reclamos del personal del hospital en torno a cuestiones contractuales de algunos empleados del nosocomio. Ante las fallidas y reiteradas negociaciones entre las partes (autoridades municipales y sindicato), decidieron los empleados declararse en estado de asamblea permanente, el cual afectaba claramente a la población destinataria de los servicios de salud. En esta instancia nosotros creímos pertinente analizar esta situación, en cuanto por un lado nos parece justo el reclamo ya que cuestiona la precariedad e inestabilidad en las relaciones de trabajo asalariado. Sin embargo, también reconocemos el malestar que esto produce en quienes hacen uso de estos servicios de salud, por cuanto se ven perjudicados por el conflicto en cuestión.

Pero el problema no queda allí, ya que en este estado de asamblea se declara que sólo atenderá aquellas cuestiones más urgentes. En esta situación nos detenemos para hacer mención de que la urgencia es definida por los profesionales intervinientes, muchas veces sin tener en cuenta la urgencia de quienes se atienden, dejando de lado muchas otras necesidades de los sujetos, que por no ser consideradas en relación a la

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

salud no son tenidas en cuenta. Un ejemplo de ello puede ser aquella persona que llega desde una localidad lejana, con problemas de accesibilidad a la institución, ya sea por falta de dinero, por la distancia, porque es el único día que le permitieron faltar en su trabajo, y que si bien puede ser que la problemática de salud que lo afecta, realmente no sea grave para la medicina, en cuanto a enfermedad, pero si es urgente en cuanto a cuestión social. De este modo muchas veces se sigue reproduciendo esta visión que nosotros pretendemos reconstruir, que es mirar a la salud no como la mera ausencia de enfermedad, sino como un conjunto de variables y fenómenos que constituyen a la misma, dándole de este modo no sólo la relevancia biológica sino también psicológica, sociológica, política y cultural.

El dilema se produce en la yuxtaposición de intereses igualmente legítimos de parte de los profesionales tanto como por parte de la población objetivo de la atención sanitaria. Sin embargo, nuestro cuestionamiento se dirige al estado que es quien debiera garantizar a ambas partes el goce de sus respectivos derechos a un empleo seguro y a una atención en salud digno. No obstante, es justamente el corrimiento del estado el que muchas veces produce el enfrentamiento entre aquellos que son iguales ciudadanos independientemente de su condición particular.

Este cruce entre diversos reclamos de derechos es el que hace que el profesional ingrese en un dilema ético, por cuanto el mismo no es culpable de la situación ya que su reclamo es legítimo, sin embargo este si se siente responsable en cuanto que es conciente del impacto que produce su accionar en la población. Para respaldar todo lo antes dicho creemos muy valioso retomar los aportes realizados por la autora Sara Banks, que si bien ella se refiere a la profesión del trabajo social, nosotros vemos que su desarrollo teórico es claramente aplicable al resto de las profesiones en este caso, en cuanto podríamos decir que todo lo antes mencionado obedece a “las razones en el papel que como profesión de servicio público y de contacto con usuarios vulnerables, y también como parte del estado de bienestar, que en si misma se basa en objetivos y valores contradictorios [...], causan tensiones, dilemas y conflictos” (Banks, S.; 1997).

Destacamos que nuestro interés en mencionar estas cuestiones ligadas a otras profesiones en el escenario de nuestras prácticas no pretende juzgar la labor de otras disciplinas, sino cristalizar asuntos a los cuales nosotros como futuros profesionales nos podemos enfrentar.

CAPÍTULO 8. El final de nuestro proceso dentro del proceso

Conclusiones

Asesoría para padres:

Intentando integrar los contenidos de la presente tesina y a modo de desenlace, sentimos haber logrado por lo menos comenzar a cuestionar supuestos básicos en relación a los cuidados parentales de la salud.

Sabemos que queda un camino largo por recorrer pues la construcción del conocimiento así lo requiere, lo cual más que frustrarnos nos impulsa a seguir investigando sobre estas y tantas otras problemáticas sociales.

En lo específico de nuestra intervención, creemos haber cumplido con los objetivos más elementales propuestos, lo cual nos provoca satisfacción al ver este producto que sintetiza todo un proceso de reflexión acción.

Nos complace el saber que hemos sido parte de un proceso ya iniciado del estudio del concepto de salud desde una perspectiva integral, cuyo carácter es ampliar dicha concepción sin considerar a la salud sólo como mera ausencia de enfermedad. Esta visión pretende disputar la hegemonía de la perspectiva biologicista en relación a la salud y los prejuicios que sobre ella se dictaminan.

Sin embargo nuestro interés más genuino en este trabajo final se centra en generar una participación más activa por parte del varón padre en torno al cuidado de la salud individual y familiar, pretendiendo una disminución en la desigualdad de género a través de acciones corresponsables por parte de ambos cuidadores, generando relaciones más equitativas. Sin embargo, tenemos la certeza de que todo esto no hubiese sido posible si no cuestionábamos aspectos y conceptos transversales, inherentes a esta cuestión, como son los conceptos de patriarcado, división social y sexual del trabajo, las relaciones vinculares familiares, como así también las cuestiones ligadas al derecho y al aprendizaje como una construcción.

A través de todas estas cuestiones es que logramos llevar a cabo diferentes actividades que nos permitieron logros tales como: la redimensión del espacio de trabajo donde se pusieron en juego aspectos simbólicos y de sentido. Tal fue el caso de la realización de talleres en las salas de internado, los cuales generaron la posibilidad de

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

mirar y reconocer a ese lugar no sólo como el sitio donde transcurre la enfermedad de una persona, sino también como el reconocimiento y la resignificación de esa situación particular.

En la misma línea el intercambio de conocimientos y saberes, tanto especializados como desde el sentido común, generaron instancias sumamente enriquecedoras en tanto que en lo particular nos ayudaron a romper con algunos conceptos, como por ejemplo el de creer que sólo el profesional tiene algo para decir. El poder valorar y reconocer lo que el otro tiene para decir no sólo permite la construcción de un saber más acabado, sino también el fortalecimiento de las relaciones con los sujetos con los que trabajamos.

Entendemos que para las mujeres fue significativa la posibilidad de participar de forma activa y protagonista en los diferentes encuentros de talleres, en los cuales pudieron manifestar sus deseos, necesidades, intereses, etcétera, que por diversas circunstancias no lo encontraban en otro lugar. Entre las cuestiones expuestas por las mujeres muchas se vincularon con la ausencia del varón padre en relación a los cuidados parentales, demostrando ante ello un estado de malestar, sin embargo muchas de ellas después de realizar las críticas, fueron las que defendieron la situación de ausencia de su pareja, justificándolo a través del trabajo que este realiza en el espacio público.

A nuestro entender, esta situación encubre vestigios de esa cultura machista y patriarcal, producto de un modelo hegemónico, que pretende valorar sólo el trabajo remunerado menospreciando aquel que no lo es, como es el caso del trabajo doméstico. A su vez esta situación se agudiza aun más cuando la mujer sigue justificando dicha instancia, aun cuando ella aparte de su rol de ama de casa realiza otras actividades remuneradas o no, fuera del hogar.

Otro de los objetivos propuestos pretende incidir en las relaciones y los vínculos intrafamiliares. Este objetivo es claramente difícil de corroborar por cuanto exige un proceso de mayor extensión en el tiempo par ver sus resultados. No obstante, creemos haber podido instalar algunos conceptos y dispositivos, cuestionando temas como el juego, el tiempo libre, las relaciones padre- hijo, que despertaron el interés de algunos y que puede llegar a ser el inicio de una transformación, específicamente en esta cuestión.

Finalmente si tuviéramos que priorizar algunas de las cuestiones tratadas durante todo el proceso sería muy dificultoso, puesto que todos revisten una gran importancia. Amén de ello, pudimos identificar con claridad que dentro de todos los temas tratados

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

las cuestiones de género y los estereotipos continúan reproduciéndose, producto de esta visión conservadora y patriarcal.

Ateneo

Dentro de este espacio se llevó a cabo una actividad con modalidad de taller, aunque la particularidad del mismo radica en la participación de los residentes de diferentes disciplinas que se desempeñan en dependencias del Hospital Infantil y de algunos profesionales del mismo. Destacamos así también, que por causas del estado asambleario del personal del establecimiento, la actividad no se desarrolló en el aula destinada a estos encuentros, sino en el hall central de la institución, con la presencia curiosa de personas presentes en sala de espera, como así también de voluntarios de la asociación cooperadora.

Dicho espacio de reflexión y debate fue propicio para transmitirle a los presentes, el contenido de nuestra intervención en el hospital. Pudimos así poner en juego las mismas categorías y concepciones en torno a los grupos familiares y los cuidados parentales, pero esta vez con los profesionales, quienes frecuentemente son reproductores de muchas de las cuestiones tratadas durante nuestra estadía en el nosocomio.

Los profesionales participaron activamente en la propuesta y se interesaron por el contenido de la misma. A su vez lograron reconocer falencias que como profesionales tienen en torno a la problemática. Sin embargo lo bueno de ello no sólo fue dicho reconocimiento de estas falencias, sino más bien el deseo y concreto aporte de propuestas superadoras y alternativas para trabajar la temática, reconociendo una ausencia de trabajo sobre la problemática, a su vez que reconocen una carencia de cuestionamiento y autorreflexión sobre sus propias visiones.

Hubo para nosotros, un casi inesperado acuerdo respecto a que la salud es más que la mera ausencia de enfermedad, en tanto aceptaron nuestra propuesta de considerar a la salud como un concepto y un fenómeno en constante movimiento y en permanente construcción.

Destacamos desde una visión más subjetiva, como equipo de estudio e intervención, habernos sentido valorados por la mayoría de los miembros de la institución con los que nos vinculamos tanto por los profesionales, como por los propios

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

sujetos con los que intervenimos, en tanto demostraron interés por nuestro proceso de aprendizaje.

A su vez, no queremos dejar de destacar el valioso aporte producto de la reciprocidad, fruto del compartir interdisciplinario entre los profesionales y nosotros los practicantes. A ello agregamos el carácter de trascendencia que le adjudicamos a esta intervención, en tanto tiene como fin lograr institucionalizar, dentro de los marcos institucionales, una forma superadora de las prácticas vigentes, no por considerar a estas últimas como negativas, sino más bien como inacabadas y en un necesario proceso permanente de transformación.

Epílogo: De estudiantes a estudiantes

En este apartado quisimos exponer nuestra experiencia más personal en relación a lo vivido durante todo el periodo de realización de este trabajo final, como producto y corolario de nuestra carrera.

Sentimos realmente que es un proceso apasionante atravesado por un sin fin de emociones y sentimientos encontrados que comienzan a confluir con el conocimiento, las teorías y nuestras propias experiencias cotidianas.

Es por ello que el compartir algunas sugerencias, obstáculos y logros, como así también temores y ansiedades, a nuestro entender servirán como aspectos a tener en cuenta a la hora de abordar esta apasionante aventura de convertirnos en profesionales de la disciplina de nuestra vocación, en definitiva de aquello que nos hace sentir vivos.

Creemos conveniente comenzar compartiendo algunas cuestiones que al principio pueden resultar tediosas, pero no por ello menos prácticas.

En nuestro proyecto personal, la escasez de tiempo de cada uno de nosotros y la exigencia horaria demandada por la práctica hizo que desde un primer momento nos planteáramos un plan de trabajo exhaustivo y disciplinado, con una planificación cargada de tareas, pero no por ello inflexible y dinámica.

El ir tratando de cumplir con este plan de trabajo fue un importante objetivo, ya que a través de ello pudimos ir acercándonos a nuestro producto final.

Otro aspecto significativo a tener en cuenta es no perder nunca de vista hasta el final del proceso la condición de estudiantes, pues esto nos hace ver que todavía necesitamos de un acompañamiento constante por parte de los profesionales en la

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

materia para llevar a cabo nuestra intervención, lo que no significa que perdamos nuestra autonomía de trabajo, ya que de algún modo este proyecto final tiene como propósito fomentar en nosotros un espíritu más creativo y de construcción de conocimientos en dicho proceso.

En nuestro caso concreto, fue de vital y gran importancia el apoyo por parte de la profesora de Intervención Preprofesional (Mgter. Elva Giana), como así también de nuestra Referente Institucional (Lic. Mónica Pagano).

También la presencia de diferentes temores fue un obstáculo a sortear en este largo camino, entre ellos destacamos como los principales la escasez de bibliografía en relación a nuestra temática, lo que nos llevó a pensar en un momento que la misma era inviable. A ello se suma los diversos profesores (tres) con miradas disímiles haciendo que las correcciones respecto al trabajo sea dificultoso por cuanto hay que tratar de integrar las diferentes apreciaciones de los profesionales, como con las nuestras, en donde frecuentemente no son coincidentes, y este momento se transforma en un aspecto fundamental ya que hay que tomar decisiones de manera permanente, característica propia y necesaria de cualquier proceso de intervención preprofesional.

Esta toma de decisiones nos ayudó a su vez a obtener logros satisfactorios, a través de los cuales fuimos cumpliendo nuestras propias expectativas tanto personales como de estudiantes. Ejemplo de ello fue el caso de los talleres que fuimos realizando donde podíamos corroborar con gran alegría la satisfacción de los participantes en torno a las actividades propuestas. Esto a su vez nos permitió arribar a muchas de las conclusiones que se exponen en este trabajo, y de las cuales nos sentimos muy orgullosos.

Ciertamente todo este trayecto recorrido no logró responder a todas nuestras preguntas, por el contrario generó muchas más, lo cual no nos frustra, sino que en cambio nos produce gozo, en tanto nos impulsa a seguir indagando y de este modo engrosar cada vez más el campo del saber y del conocimiento propio y colectivo, aspecto que creemos fundamental para la vida cotidiana de cada sujeto, sobre todo de aquellos que pensamos que son los procesos socioeducativos y la educación en particular, las herramientas clave para el desarrollo humano en todas sus dimensiones.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

Bibliografía

- Abramovich, V. y Curtis C. (2006). *El umbral de la ciudadanía, el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional*. Capítulos I, II y III. Bs. As.: Editores del Puerto.
- Acuña C. y Chudnovsky M. (2002). *El sistema de salud en Argentina*. <http://faculty.udes.edu.ar/tommasi/cedi/dts/dt60.pdf>
- Aguirre Del Busto, R. y Macías Llanes, M. (2002). *Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad*. Revista “Humanidades médicas”; vol. 2; nº 1; Cuba; en página web.
- Ander-Egg, E. (2009). *Diccionario del Trabajo Social*. Córdoba: Editorial Brujas; 1ª edición.
- Aquín, N. y Acevedo, M. (2009). Estrategias de intervención en el nivel de abordaje comunitario. En: *Ficha de Cátedra 2009* de “Teoría, espacios y estrategias de intervención II (comunitario)”.
- Banks, S. (1997). Cuestiones éticas en el trabajo social. En: *Ética y valores en el trabajo social*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica S.A.
- Código de ética del Colegio de profesionales en servicio social de la provincia de Córdoba (2008); segunda edición. Córdoba, Argentina.
- Constitución de la Nación Argentina (1994).
- Constitución de la Provincia de Córdoba (1987).
- Convención Internacional de los Derechos del Niño (1989).
- Czeresnia, D. (1999). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En *The concept of Health and the difference between promotion and prevention*. Publicado en los Cuadernos de Salud Pública. En ficha de cátedra 2010 de “Salud y políticas públicas”.
- Danani, C. Y Grassi, E. (2008). Ni error, ni omisión. El papel de la política de Estado en la producción de las condiciones de vida y de trabajo. El caso del sistema previsional en la Argentina (1993-2008). En: J. Lindenboim (compilador); *Trabajo, ingresos y políticas en Argentina; Contribuciones para pensar el siglo XXI*. Bs. As.: Eudeba.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

- Enciclopedia SALVAT (1972); página 2285. SALVAT Editores. Barcelona, España.
- Esping-Andersen, G. (2000). La economía familiar. En: Esping-Andersen, *Fundamentos sociales de las economías post industriales*. Barcelona: Ariel.
- Ferrandini, D. (s.d.) Salud: opciones y paradigmas. En *ficha de cátedra 2010 de "Salud y políticas públicas"*.
- Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. Río de Janeiro, Brasil. Nova Fronteira. En Czeresnia, D. (1999). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En *The concept of Elath and the difference between promotion and prevention* publicado en los Cuadernos de Salud Pública. En ficha de cátedra 2010 de "Salud y políticas públicas".
- Fóscolo, N. (1997). *Trabajo social y derechos humanos frente a la nueva cuestión social*. Primera edición. Editorial Espacio. Montevideo, Uruguay.
- Freire, P. (1990). El proceso de alfabetización política. En *La naturaleza política de la educación: cultura, poder y liberación*. Editorial Paidós.
- Garay, L. (2006). La cuestión Institucional de la educación y las escuelas. Conceptos y reflexiones. En: *Pensando en las instituciones. Sobre teorías y prácticas en la institución*. Paidós.
- Giaime, G. y otros (2009). Parentalidad adolescente, una oportunidad saludable: Propuesta de intervención institucional. En el marco de la *Diplomatura de violencia intrafamiliar y equidad de género* -Segunda etapa para equipos de salud pública – año 2009 -grupo D- Universidad Siglo 21. Córdoba.
- Gutiérrez, A. (1998). Estrategia habitacional, familia y organización doméstica. En: *Cuadernos de antropología social n° 10*. Facultad de filosofía y letras de la Universidad de Buenos Aires, pp. 151-165.
- Hospital Municipal Infantil (2008). Presentación del Servicio Social del Hospital Municipal Infantil. Formato de power point.
- Hospital Municipal Infantil (2008). Comité de prevención de maltrato infantil. Formato de power point.
- Kaminsky, G. (1994). *Dispositivos institucionales*. Nueva visión.
- Landreani, N. (1990); Métodos cuantitativos versus métodos cualitativos: un falso dilema. En: *Ciencia, docencia y tecnología*. Número 1.

Los cuidados parentales en la salud en instituciones del tercer nivel de atención

- Ley de Educación Nacional (2006).
- Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, n° 26.061. (2005).
- Maliandi, R. (1993). Sentido de la ética aplicada. En: *Ética: conceptos y problemas*. Editorial Biblos.
- Rodríguez Enríquez, C. (2005). La economía del cuidado: un aporte conceptual para el estudio de políticas públicas. En: *Cuaderno n° 44*. Bs. As.: CIEPP (Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas). Disponible en Internet: <http://www.ciepp.org.ar>
- Rodríguez Enríquez, C. (2007). Fases económicas y trayectorias laborales: El rol de la fuerza de trabajo femenina. En: *Cuaderno n° 60*. Bs. As.: CIEPP (Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas). Disponible en Internet: <http://www.ciepp.org.ar>
- Terris, M. (1990). Public health policy for the 1990s. *Ann. Review of Public Health*, 11:39-51. En Czeresnia, D. (1999). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En *The concept of Health and the difference between promotion and prevention* publicado en los Cuadernos de Salud Pública. En ficha de cátedra 2010 de “Salud y políticas públicas”.
- Tobar, F. (2001). *Herramientas para el análisis del Sector Salud*. Medicina y Sociedad.
- <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>