

# VNIVERSITAT D' VALÈNCIA

## **Relación pedagógica y configuraciones de la crianza en la Sociedad del Riesgo. La transmisión del cuidado en el Programa de Educación Maternal.**

Programa de doctorado: Crisis de legitimidad del  
pensamiento y prácticas educativas.

Facultat de Filosofia i Ciències de l'Educació. Departament  
de didàctica i Organització Escolar

**Doctoranda:** Aranzazu Grau Muñoz

**Tesis dirigida por:** Almudena A. Navas Saurin

**María Eugenia González Sanjuan**



# Agraïments

Esta tesi, com supose que moltes d'altres, es recolza en una bastida de raons, processos i *perquè*s que han fet d'ella el que és. Sovint diem que aquest exercici acadèmic, el d'elaborar una tesi, esdevé una tasca solitària; al meu parer, això tal vegada és vàlid per a allò que s'ha escrit, però l'expressió resulta poc curosa amb tot el que ha fet possible la tasca d'escriure.

Aquest treball es nodreix de reptes i d'empentes. És des d'ahí que vull agrair la meua mare i el meu pare el mostrar-me que la meua línia d'horitzó no era finita, i a la meua germana, per ser la dona més fascinant que conec. A la meua Cuca i a Pep per tot el seu suport, ara i sempre; i a la resta de la meua família, amb qui tinc cognoms comuns i amb qui no, perquè d'una o altra manera hi són en aquests fulls. Especialment a Adolfo, per ensenyar-me el diàleg estimulant que és la ciència.

Ha estat aquest un camí llarg d'aprenentatge, que no comença ni acaba on assenyalen les seues pàgines. El quefer investigador es teixeix amb interrogants, però sobretot s'alimenta de la trobada amb persones que esdeven estímulo de les preguntes. A les meues tutores Almudena i Maria Eugenia els hi dec els encerts, però no les errades, i una estimable paciència i imaginació per creure que un grapat de fulls tindria forma de tesi. En aquest viatge he portat a la motxilla a Gemma Carbonell i el nostre París, i a Jordi Giner i el projecte fantàstic que va ser Lligam Recerca. Però també he estat acompanyada per moltes altres persones que m'han demostrat el seu interès, confiança i sobretot, la seua estima. A Carme Barona i el Servei de Salut Infantil i de la Dona que són l'inici d'aquest procés, a Eduard Pla, Tula, Assumpta Silvestre, Amparo Almero i Joan Paredes, i especialment a Concha Colomer, per coses a les que costa ficar-hi paraules. A Eli, Ali, Emma i David, perquè el seu recolzament ha estat fonamental en aquests darrers mesos... i pels projectes veniders que estan esperant-nos.

És una tesi farcida de complicitats i presències, i per això he de valorar l'ajuda de totes les persones que han assumit els meus temps de cura, perquè jo em dedicara a la cura d'aquest treball; i a les meues amigues i amics que hi són també en aquestes pàgines, a Guille per compartir tantes coses amb mi, i especialment a Puig i a Sònia per comprendre les meues absències i a Marc, Biel i Ona que s'han fet grans mentre la seua tia escrivia.

Però sobretot aquesta tesi vull dedicar-la a Itzà i a Anuk que són tan petits que arriben a ser immensos, i a Daniel per regalar-me temps i força, però sobretot per estar i per ser.

# Índice

Presentación 13

## **01 El marco teórico de la investigación 24**

1.1.	Sobre género: el orden de género como teoría para el análisis.	29
1.1.1.	La propuesta categórica.	34
1.1.2.	La propuesta postestructuralista	38
1.1.3.	La propuesta relacional	41
1.1.3.1.	Relaciones de género y sus dimensiones de análisis. La propuesta de Raewyn Connell.	42
1.2.	Sobre la desnaturalización de la crianza, un ejercicio necesario para repensar el cuidado como práctica social	54
1.2.1.	De la construcción ideológica de la crianza y de su transmisión cultural.	56
1.2.1.1.	Criar en la Edad Media	59
1.2.1.2.	La infancia para los propagandistas.	62
1.2.1.3.	Criar a partir de la industrialización.	65
1.2.1.4.	Criar hoy	72
1.2.2.	De quien debe cuidar de las criaturas. Criar en familia, el afecto por otros/as y el deber para con otros/as.	74

1.2.2.1.	¿Cómo llamar a la crianza trabajo? La conceptualización de la labor de cuidados destinada a hijos e hijas como trabajo de crianza.	77
1.3.	Sistema biomédico y relaciones de poder. Hablar de medicina cuando estudiamos la crianza	85
1.3.1.	A propósito de los modelos de salud pública y los programas de promoción de la salud.	92
1.3.2.	Género y salud desde una posición feminista.	100
1.3.2.1.	Recuerde, el embarazo constituye un estado de salud.	103
1.3.2.1.1.	Regímenes de género de los servicios de Atención Primaria y prácticas asistenciales feministas.	107
1.4.	Transmitir, adquirir el criar. Las relaciones pedagógicas desde la teoría de Basil Bernstein.	112
1.4.1.	Estudiar la crianza desde su práctica pedagógica.	112
1.4.2.	El modelo de reproducción y transformación cultural.	116
1.4.2.1.	Modelo del discurso pedagógico.	117
1.4.2.1.1.	Las reglas distributivas: lo pensable y lo impensable.	118
1.4.2.1.2.	Las reglas de recontextualización: el discurso pedagógico.	120
1.4.2.1.3.	Las reglas de evaluación: práctica pedagógica.	121
1.4.3.	Por una lectura feminista y de género del modelo del discurso pedagógico de Bernstein.	124

<b>02</b>	<b>Metodología</b>	<b>134</b>
2.1.	Los interrogantes y las hipótesis previas.	139
2.1.1.	Objetivos generales y específicos.	140
2.1.2.	Hipótesis previas.	141
2.2.	La selección de los conceptos. El proceso de conceptualización.	142
2.2.1.	Investigar desde los códigos pedagógicos y sus modalidades prácticas. La propuesta metodológica de Basil Bernstein.	143
2.2.1.1.	Poder y control, clasificación y enmarcamiento.	144
2.2.1.2.	Códigos pedagógicos.	149
2.2.2.	Constructos, dimensiones e indicadores del modelo de análisis.	152
2.3.	Técnicas de producción de datos empíricos y definición de la muestra.	166
2.3.1.	Análisis documental	167
2.3.2.	El grupo de discusión.	170
2.3.3.	Observación participante.	175
2.3.4.	Entrevista semi-estructurada.	178
2.3.5.	Análisis de la información producida.	180

<b>03</b>	<b>Análisis</b>	<b>184</b>
3.1.	El Programa de educación Maternal.	191
3.1.1.	El Protocolo “Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana”.	194
3.1.2.	Guía metodológica “La aventura de ser padres”.	199
3.2.	Lo Pensable y lo Impensable, lo experto y lo lego en el cuidado de menores.	204
3.2.1.	Criar en contextos de Segunda Modernidad.	209
3.2.1.1.	Como una gacela vigila a su cría. Criar en tiempos de riesgo.	210
3.2.1.1.1.	La Sociedad del Riesgo como contexto de las crianzas.	212
3.2.1.1.2.	Los riesgos, que no los azares.	214
3.2.1.1.3.	Los riesgos como entidades interpretables.	218
3.2.1.1.4.	Cuidar el cuidado, una labor encomendada a padres y madres en la Segunda Modernidad.	222
3.2.1.2.	Juegos de mecano o cómo articular los planes de crianza en el proyecto de individualización.	224
3.2.1.2.1.	La paternidad sin el pater familias.	230
3.2.1.2.2.	Corsés que todavía constriñen: el proceso de Individualización en la articulación identitaria de las mujeres.	234

3.2.2.	Análisis de los textos: “Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil” y “Estrategia Nacional de Salud y Reproductiva”	243
3.2.2.1.	La Ley General de Sanidad 14/1986.	246
3.2.2.2.	Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en 4 junio de 1990	250
3.2.2.3.	Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.	259
3.3.	Las prácticas pedagógicas a propósito del cuidado en el Programa de Educación Maternal.	274
3.3.1.	Transmitiendo cuidados ¿Hay espacios para formas de interacción no androcéntricas? Exploración de la dimensión de “relaciones de poder”.	277
3.3.1.1.	Tomar decisiones en la crianza. Una cuestión de entrañas.	282
3.3.1.2.	“Lo que considero importante” sobre quién elige los contenidos en la educación maternal.	296
3.3.1.3.	¿Crianza o crianzas? Espacios para “salirse de la norma”.	311
3.3.2.	Transmitiendo cuidados “para lo que le(s) espera”. ¿Relaciones pedagógicas que feminizan o corresponsabilizan el cuidado? Exploración de la dimensión de “relaciones producción-consumo”.	319
3.3.2.1.	Sobre quien debe aprender qué.	324
3.3.2.2.	Cuestión de prioridades. Los espacios reservados a la individualización en la primera crianza.	338



3.3.3.	La importancia de tener marido. La heteronormatividad de las familias. Exploración de la dimensión “relaciones emocionales”.	351
3.3.4.	Cuidado, salud y género. A propósito de las realización(es) de la(s) crianza(s).	359
3.4.	Descripción de las modalidades y de los códigos pedagógicos.	385
3.4.1.	Modalidad pedagógica de las matronas de enfoque biomédico.	386
3.4.2.	Modalidad pedagógica de las matronas de enfoque fisiológico (1).	388
3.4.3.	Modalidad pedagógica de las matronas de enfoque fisiológico (2).	390

## **04 Conclusiones 394**

4.1.	Conclusiones y líneas abiertas de investigación.	397
------	--	-----

## **Referencias bibliográficas. 410**

## Índice de figuras

Figura 1.	Modelo de Discurso Pedagógico de Bernstein (1986) Adaptado por Morais & Neves	123
Figura 2.	Dimensiones del constructo Orden de Género	155
Figura 3.	Dimensiones del constructo Código de Género	158
Figura 4.	Dimensiones del constructo Práctica Matrona Feminista	162
Figura 5.	Modelo de análisis de la investigación.	165
Figura 6.	Alumnado matriculado en estudios universitarios por tipo de estudios. Estado Español.INE	238
Figura 7.	Brecha de género en la tasa de empleo. Fuente: Mujeres y hombres en España, INE	239
Figura 8.	Encuesta de Condiciones de Vida. Elaboración propia a partir de datos del IVE	354
Figura 9.	Modalidad pedagógica de <i>Maternaje Inseguro</i>	387
Figura 10.	Modalidad pedagógica de <i>Maternaje Naturalizado</i>	389
Figura 11.	Modalidad pedagógica de <i>Crianza Translúcida</i>	391

## Índice de tablas

Tabla 12.	Tipología y muestra para los grupos de discusión	175
Tabla 13.	Sesiones de Observación Matronas Enfoque Biomédico	178
Tabla 14.	Sesiones de Observación Matronas Enfoque Fisiológico	178
Tabla 15.	Tipología i muestra Entrevistas Semi-estructuradas	180
Tabla 16.	Prácticas asociadas al Protocolo de Atención al Embarazo	196
Tabla 17.	Sesiones propuestas para la Educación Grupal	198



# PRESENTACIÓN



# Presentación

La identidad, incluida la autoidentidad, afirma con contundencia Donna Haraway (1991), no produce ciencia, la visión requiere instrumentos ópticos.

Si inicio la introducción de mi tesis con esta reflexión tan trascendente, es con la voluntad de situar mi proceso de conocimiento. Un proceso abocado a la construcción –titubeante, remendada– de una visión a través de la cual observar un objeto de investigación concreto. Ser definida, en un contexto social específico (capitalista, occidental, con un Estado del Bienestar familiarista), como mujer en relación a otras mujeres y a otros hombres, ser reconocida como madre en relación a *un* padre, e incluso haber sido participante en los llamados cursos de Educación Maternal, “ser” todo eso, no me capacita *per se* para producir conocimiento sobre aquella tríada. Lo hace, por el contrario, asumir una posición crítica, siempre situada, ante los órdenes que ponen en relación género y cuidado, así como un posicionamiento reflexivo a propósito de la implicación del Estado –y en su nombre la Agencia de Salud– en la construcción de feminidades/maternidades y masculinidades/paternidades y de las relaciones entre éstas, esto es, en la construcción de género.

Por el contrario, si bien convengo que la vista “de cerca” no es saber por sí mismo, esto no me lleva a renunciar a considerar la experiencia, la propia experiencia como espacio suscitador de interrogantes epistemológicos. A menudo una halla en las vivencias de otras, o de otros, el reflejo de su propia experiencia; un encuentro éste que nos conduce a revisar las argumentaciones apuntaladas en interpretaciones ontológicas, para reconsiderar ejes sociales organizadores de la cotidianidad. Es en esa concurrencia donde identifico la génesis del estudio que aquí presento.

Cuando me quedé embarazada de mi primer hijo, me vi sumergida en el circuito asistencial sanitario con el que, en nuestro país, se da respuesta a la gestión<sup>1</sup> del embarazo primero, del parto y del puerperio después. Al igual que la mayoría de mujeres que conozco asistí, por primera vez, a la consulta de la matrona antes de la semana octava de

---

1 Aquí y en todo nuestro trabajo a lo que aludimos es a la gestión pública. Los recorridos de gestión de titularidad privada no son objeto de nuestro interés en esta tesis.

gestación, iniciando un recorrido de encuentros asistenciales con profesionales distintos. Para entonces yo formaba parte de una cooperativa dedicada a la investigación social que tenía, en la sociología de la salud, uno de sus ámbitos de interés. Desde ese plano profesional tuve la suerte de trabajar con Concha Colomer para el Observatorio de Salud de las Mujeres. Las investigaciones realizadas para dicha institución, los encuentros con personas expertas, los diálogos con la propia Concha, me permitieron no sólo afianzar, sino también descubrir marcos epistemológicos y teóricos con los que abordar la diada salud-género. Unas propuestas, por otro lado, que no caían en terreno inerte, dado que mis lecturas sobre feminismos se habían iniciado en la facultad. Entre estas lecturas, no obstante, no estaban las obras de Raewyn Connell. Una mirada con la que topé mientras hacía una revisión a propósito de los análisis de las masculinidades<sup>2</sup> y en la que descubrí una teoría de género, a mi entender, fundamental con la que aproximarme al análisis de las estructuras que organizan las sociedades, pero sobre todo, una teoría con la que sospechar a propósito del carácter definitivo de estas estructuras.

Retomando mis encuentros con el sistema sanitario, puedo decir que todo este bagaje teórico que llevaba de compañero de viaje, hizo que no me sorprendiera ante los discursos y prácticas androcéntricas con los que la Agencia de Salud le daba forma a *mi* embarazo, a *mi* parto y a *mi* puerperio. Un hecho éste que me condujo a tomar partido y buscar opciones más acordes con mis necesidades. Opciones que encontré en una iniciativa privada que ofrecía talleres de embarazo, y en un hospital público que tenía un protocolo de atención de parto normal, pero sobre todo respetuoso. Insisto, que si bien no descubrí nada nuevo en identificar la posición dominante que se arrogaba el sistema sanitario en la gestión de mi cuerpo, sí lo hizo, sí me sorprendió que esta agencia pretendiera inmiscuirse en la organización de mi vida privada. El escenario de acción de este sistema parecía haberse dilatado y, de mi gestación, ya no sólo le interesaba el

---

2 En los análisis que desde la sociología se llevan a cabo sobre masculinidades la cita a Connell (antes Robert Connell) resulta recurrente. Su libro *Masculinities* (v. bibliografía de esta tesis), constituye una obra de referencia en esta área de conocimiento. Dejando de lado esta aportación de la autora, la propuesta de Connell es raramente incluida en los manuales de sociología o considerada en los marcos teóricos de las investigaciones que, en nuestro país, se hacen desde la sociología de género. Tal vez el hecho de que sólo se haya traducido al castellano un capítulo de *Masculinities*: “La organización social de la masculinidad” que, por suerte para aquellas personas que no leen inglés, Teresa Valdes y José Olavarría tuvieron a bien incluir en su libro *Masculinidad/es: poder y crisis*, contribuya a este desconocimiento. Desde este espacio que me brinda el ejercicio académico que emprendo, quisiera reivindicar la obra de Connell como una propuesta muy sugerente para abordar problemáticas que pretendan indagar en las relaciones desiguales de género, así como para situar las posibilidades de transformación de los órdenes androcéntricos que organizan, todavía hoy, la vida social.



cuerpo. La rememoración de Foucault parecía obligada. En la Educación Maternal se hablaba de crianza, de cómo cuidar a las criaturas, y dado que la ciencia médica no deja de ser ella misma —aunque no lo explicita— un conocimiento contingente a un contexto sociohistórico concreto, estos saberes sobre el cómo criar no dejaban de estar concadenados a marcos culturales, obviados, pero no por ello —o tal vez por ello— menos eficaces: “No existen fotografías no mediadas ni cámaras oscuras pasivas —dice Haraway (1991:327)— en las versiones científicas de cuerpos y máquinas, sino solamente posibilidades visuales altamente específicas, cada una de ellas con una manera parcial, activa y maravillosamente detallada de mundos que se organizan”.

Lo que me interesó de todo esto no fueron sólo los relatos del *cómo* criar, sino sobre todo, la narrativa del *quién* debía criar. Tal y como yo lo considero, estos fueron los inicios dudosos de lo que podría ser la formulación de una primera hipótesis de trabajo, la de considerar que en la Educación Maternal se transmitía —no sabía de qué modo, ni sabía cómo abordar su análisis— un orden de género específico que organizaba lo privado desde determinados saberes sobre la crianza.

No todos los interrogantes que nos evoca la observación de la realidad social se materializan en investigación empírica, y en aquel momento esa idea primigenia quedó guardada en el “cajón de sastre” de la curiosidad investigadora.

Pasado bastante tiempo, desde el Servei de Salut Infantil i de la Dona de la Direcció General de Salut Pública de la Generalitat Valenciana, se me propuso una investigación desde la perspectiva de género sobre el programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana. Un estudio éste que llamaba a participar a las matronas de Atención Primaria y a las mujeres y hombres participantes en aquél. Una demanda ésta que coincidió con mi decisión de retomar el programa de doctorado en la Universitat de València, que había dejado postergado desde tiempo atrás. Esta propuesta me llevó a retomar aquella pregunta inicial, y con ella a vertebrar el esqueleto de una tesis. Pero ¿era aquella una pregunta *suficiente* para emprender una tesis?

“La força d’un mètode de pensament —dice Bourdieu— no es manifesta de cap altra manera que no sigui en la seva capacitat de reconstruir científicament grans objectes socialment importants, agafant-los des d’un angle inesperat” (Bourdieu, 1994:192). Más allá de las implicaciones epistemológicas que subyacen a este planteamiento, la tan citada y conocida frase del sociólogo francés pone encima de la mesa un interrogante

fundamental a resolver, este es, ¿Quién es el agente encargado de definir, identificar aquellos “grandes objetos socialmente importantes”? ¿Quién deja su impronta, su visión en la selección de los objetos de conocimiento? La voz de la epistemología moderna, asevera Haraway (1991), es una voz permeable al poder, la interconexión capitalismo-patriarcado-producción de conocimiento no puede ser relegada a un punto oscuro en nuestro análisis de la verdad de la ciencia. Tras el velo de la racionalidad científica, la dominación masculina ha impregnado las relaciones de conocimiento, situando la visión masculina –blanca, occidental—como sujeto de conocimiento y “lo masculino” como objeto a conocer: “La mala ciencia es la que asume que los problemas de los hombres son los de todo el mundo, dejando sin explicar muchas cosas que resultan problemáticas para las mujeres” (Harding, 1996). Con todo, digamos que mi pregunta no era tal vez trascendente, pero sí necesaria.

Las tesis, al menos en el contexto de la Universitat de València, se enmarcan en un programa de formación suscrito a un departamento determinado. Dada esa parcelación fragmentada del conocimiento, una se ve en la situación de acomodar sus intereses, sus cuestionamientos a aquella parcela del saber. Estas exigencias constriñen la mirada sobre el objeto de estudio, pero también colocan a la investigadora en el borde de un abismo sugerente: re-pensar la construcción de su objeto de estudio desde un enfoque distinto. Un ejercicio de imaginación sociológica que no sólo debe romper con el sentido común, sino también superar la postura epistemológica previa. No es ésta tarea fácil, una se siente muy cómoda con sus lentes “usadas”.

Por razones a las que no aludiré aquí, realicé en su momento los cursos de doctorado en el Departamento de Didáctica y Organización Escolar de la Universitat de València. Por su parte, como ya he adelantado, mi práctica profesional y mis intereses académicos se circunscriben a la sociología, concretamente a la sociología de la salud y la sociología de género. El marco de mi tesis lo dibujaron estos dos planos. El reto consistió, entonces, en replantearnos<sup>3</sup> cómo acercarnos, desde la didáctica, a aquellos procesos contextualizados

---

3 La epistemología feminista sugiere que asumir una perspectiva situada implica responsabilizarse de las decisiones que tomamos en nuestro proceso científico. Ello nos lleva a usar la primera persona del singular como sujeto de enunciación, visibilizando así nuestra objetividad parcial. No tengo la menor intención de compartir los errores que haya cometido en este trabajo con mis tutoras, sin embargo, no me parecería justo tampoco mostrarme como la única artífice de todo su contenido. Cuando inicié este trabajo yo era persona lega en la teoría y la metodología de Basil Bernstein, si conseguí construir una pregunta inicial –tal y como la concibe Gaston Bachelard— que derivara en una tesis en Didáctica, fue gracias a un concienzudo trabajo en el que mi tutora Almudena Navas tuvo un papel crucial. Esta es la razón por la cual en la exposición de este trabajo usaré tanto la primera persona del singular como la primera persona del plural.

de construcción sociocultural de maternidades y paternidades en las que participaba la Agència Valenciana de Salut. ¿Cómo abordar la exploración de un régimen de género desde la comunicación pedagógica?<sup>4</sup> Atendiendo a las propias prácticas pedagógicas como (re)productoras del orden social. No oculto que esta reorientación de mi perspectiva de análisis me ha hecho adentrarme, durante este último año, en callejones que no parecían tener salida. La propuesta teórico-metodológica que utilizo en esta investigación, requiere de la persona investigadora una pericia y una familiaridad con la teoría a la que hay que dedicarle no pocos esfuerzos. El recorrido acometido ha sido arduo, pero también evocador.

Mi estrategia investigadora puede resumirse como un intento de poner a dialogar una teoría sobre poder y género, la de la socióloga australiana Raewyn Connell (1987; 1995; 2009), con una propuesta teórico-metodológica a propósito del poder, el control y la comunicación pedagógica, que encontramos en el sociólogo Basil Bernstein (1998; 2001) y en Madeleine Arnot (2002) con su formulación del código de género.

Esta tesis consta de cuatro partes, cuatro “actos” si queremos hacer uso de la analogía goffmaniana. En la primera parte (PARTE I) se presentará la construcción teórica del objeto de investigación; en la segunda (PARTE II) se propone el modelo de análisis y de observación empírica con el que se ha indagado a propósito de los datos producidos en el contexto del estudio. Reservamos para la tercera parte (PARTE III), los resultados y el análisis cualitativo de éstos, para finalizar con un cuarto capítulo (PARTE IV) en el que se recogen las conclusiones y se perfilan algunas líneas de investigación abiertas.

Cuando nos referimos a *la* feminidad y *la* masculinidad no dejamos de hacer un ejercicio de abstracción de aquellos contextos que perfilan una *determinada* construcción de la feminidad y una *determinada* elaboración cultural de masculinidad: “All societies have cultural accounts of gender, but not all have the concept “masculinity” (Connell, 1995:67). Un ejercicio que no está exento de peligros si lo que pretendemos es aproximarnos con estas herramientas al estudio de la realidad social. Esta práctica al uso nos exige que cuando emprendemos una investigación científica, situemos las estructuras de género a las que aludiremos. Desde una epistemología feminista no podemos tratar las relaciones de género como datos sobreentendidos, ni tampoco podemos abordar género como

---

4 No quisiera dar a entender que con este trabajo he sido capaz de abrir nuevas líneas de investigación a propósito del conocimiento médico, el género y la transmisión cultural. Lo que sí puedo confirmar es que, como investigadora, sí he ampliado mis horizontes de interrogación.

categoría teórica autoevidente. A esta deconstrucción dedicaremos el primer capítulo del marco teórico.

El género es una forma de organización social, apunta Connell (1987; 1995), una estructura de relaciones, no obstante, que involucra el cuerpo. Al implicar el cuerpo parece que el género se agote en el individuo y, es más, que resulte explicado por “sus” características biológicas. Efectivamente, género es para Connell, como para otras teorías relacionales (Maquieira, 2005), una categoría multidimensional. Lo cual requiere pensar en el orden de género no sólo como una organización que se reproduce y se actualiza en las interacciones que se dan en la vida cotidiana, sino también como un orden que se mantiene y se construye en y a través de lo público, es decir, mediante las instituciones y las agencias sociales (Connell, 1990; 2009). Las interconexiones que se dan entre unos niveles y otros, se han convertido en nuestro foco de interés. En otras palabras, el trabajo que aquí presento quiere profundizar de lleno en esa bisagra en la que las organizaciones, formas estructurales de las instituciones y del sistema institucional mayor que es el Estado, participan en la transmisión cultural de una estructura de relaciones de poder genéricas.

La institución sanitaria constituye uno de esos organismos en los que operan reglas, prácticas, relaciones que contribuyen a reproducir y actualizar el orden de género de una sociedad. La Agència Valenciana de Salut y concretamente los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio a través del programa de Educación Maternal actúan como organizaciones que participan —a un nivel inferior que la institución sanitaria— de esta reproducción cultural. Ahora bien, la institución sanitaria no es una institución entre tantas, sino que se trata de un organismo organizado tradicionalmente por el androcentrismo y que ha profesado históricamente una medicalización de las mujeres (Esteban, 2003). Estas cuestiones serán abordadas en el tercer capítulo del marco teórico.

Una agencia que, con todo ello, se ve involucrada, tal y como afirmamos en un momento anterior, en la transmisión cultural de la crianza. Una (re)producción del cuidado embebida necesariamente en un orden de género concreto, esto es en el régimen de género de los servicios de atención primaria. El hecho de que, como asevera Imaz (2010), las clases de Educación Maternal constituyan uno de los lugares privilegiados donde las mujeres entran en contacto con el discurso dominante a propósito de la crianza, tiene sus implicaciones. El modo de criar que actúa como esquema cultural predominante

en un contexto dado responde a coordenadas de tiempo y espacio; como dice Badinter (1991), las funciones de padre, madre e hijo/a son determinadas por las necesidades y los valores dominantes de una sociedad dada, pero al mismo tiempo, se trata de esquemas configuradores de cultura, de sociedad: “Implicita o explícitamente, tales modelos culturales no sólo ofrecen ideas acerca de quiénes son los niños, qué entraña su crianza y quién debería criarlos, sino que también describen por qué este modelo es el mejor para los niños, los adultos y la sociedad como un todo” (Hays, 1998:47). Esta tesis gira en torno a ese “quién debería criarlos” y concretamente, alrededor de cómo se transmite ese “quién”.

Al hilo de esto, era necesario un capítulo en el marco teórico –capítulo dos– en el que se expusiera no sólo el carácter contingente y mutable de los esquemas culturales a propósito del cuidado de menores, sino también de las relaciones de género en las que se sujetan estas concreciones. Esta vinculación histórica entre cuidado y género nos ayuda, en primer lugar, a entender la implicación de la Agència Valenciana de Salut en la regulación de la crianza; en segundo lugar, a colocar dicha relación en el epicentro de la transformación social, un cambio que comporta conmutaciones correlativas en la asunción del cuidado; y en tercer lugar, esta asociación pone bajo sospecha aquellas iniciativas que se dedican a “enseñar” a criar: transmitiendo cuidados se transmiten relaciones de género.

Antes de proseguir quisiera detenerme en una cuestión importante. Este trabajo versa sobre crianza y no sobre maternidad. Una de las encrucijadas problemáticas sobre la que los debates feministas han vertido no pocos esfuerzos y alientos es, sin duda, la articulación entre las ideologías y constelaciones de significado en torno a la maternidad como mandato social y la construcción identitaria de las mujeres. En el contexto actual de la Segunda Modernidad, cuando hemos superado –como dice Lozano (2001)— la aceptación de las mujeres como sujetos pasivos a merced de una socialización patriarcal; la revisión de esta concurrencia no emerge sólo como necesaria sino como ineludible. Ahora bien, si destradicionalizamos la maternidad, si la desproveemos de su lectura funcionalista, y sobre todo, si desde nuestra postura feminista aceptamos que las configuraciones del cuidado se embeben no sólo en narrativas privadas, sino también en relatos públicos, entonces lo que parece ahora urgente es la proposición de nuevos planteamientos que se inmiscuyan en la crianza como práctica social.

Mi decisión de investigar la(s) crianza(s) y no la maternidad es, por lo tanto, una disposición epistemológica, teórica y política. Una decisión teórica dado que la utilización del constructo de crianza que aquí usamos, nos sitúa en una práctica relacional (Létablier, 2007) que, en el contexto de las estructuras familiares que promueve la Segunda Modernidad, responsabiliza a todos los miembros adultos en el cuidado, lo que plantea implicaciones interesantes para la reformulación de las relaciones de género en las parejas cuidadoras; epistemológica, puesto que al auspicio de una teoría de género que contempla niveles distintos en la organización de las relaciones, lo que trasciende aquí es la producción y reproducción del cuidado por parte de lo público donde, a tenor del contexto social actual, deberían ser revisadas y actualizadas concepciones de la crianza como adscripciones genéricas; y política, porque parto de que la crianza tiene que ver con el mantenimiento de la vida (Pérez Osorio, 2006), al que están llamados a participar tanto hombres como mujeres, un punto de vista éste que, leído por la lente de género —una de las lentes posibles, la que asumo en esta investigación— nos obliga no sólo a discernir por qué el cuidado se ve inscrito en lo femenino, sino también por qué no se ve formulado en lo masculino.

Pretendo abordar la transmisión cultural de órdenes de género a través de los discursos a propósito de la crianza, y ello no es tema baladí. Situar mi mirada en las prácticas pedagógicas que realizan las matronas de Atención Primaria en los cursos de Educación Maternal, en la transmisión-adquisición de textos pedagógicos sobre el cuidar en contextos organizacionales sanitarios, conduce a concebir esas agencias como entes productos de un orden determinado de género y (re)productores de otro orden. Pero también posiciona mi investigación no en el contenido propiamente dicho de “lo que se transmite” en esos contextos, sino en las relaciones estructurales que organizan los posibles conocimientos a incluir en la Educación Maternal, así como en los órdenes que se vehiculan, no en los temas seleccionados para dar cuenta de la crianza, sino en el propio proceso de transmisión-adquisición y evaluación del conocimiento. Esto es lo que le confiere a mi tesis el enmarcarse en la propuesta teórico-metodológica de Basil Bernstein y de Madeleine Arnot que revisaré en el último capítulo de la revisión de la literatura. Las herramientas que nos confieren esta teoría nos ofrecen las claves para responder a una pregunta fundamental para el autor y que resulta en esta tesis adecuada, esta es *¿Cómo se traducen el poder y el control en principios de comunicación y cómo regulan éstos diferencialmente las formas de conciencia en función de su reproducción y de sus posibilidades de cambio?*

Me refiero aquí a un sistema cimentado en la desigualdad. Un orden, sin embargo, susceptible de ser contrariado. El feminismo/los feminismos no sólo ofrecen las bases para repensar esas organizaciones democráticas, sino también nos provee de “otra” propuesta de conocimiento científico. Este trabajo es deudor de estas dos dimensiones que le reconozco al feminismo. Las exigencias de una sociedad democrática nos obligan a pensar en prácticas sociales que se encaminen hacia la igualdad entre hombres y mujeres, pero también a construir modelos de análisis con los que indagar cómo se produce y reproduce la desigualdad.

01



La construcción  
de la reproducción  
cultural de la  
crianza como  
objeto de estudio.

EL MARCO TEÓRICO  
DE LA INVESTIGACIÓN



Cuando iniciamos una investigación, experimentamos a veces la tentación de examinar la realidad con los ojos bien abiertos a la espera de dar con aquella pista que, irremediablemente, nos conducirá paso a paso al objeto de estudio; después la tentación es otra: la de definir aquel objeto *esencialmente*. Es decir, inspiradas en la tradición más positivista de la ciencia, lo abordamos como si su condición de problema a investigar fuera objetiva, real, independiente de nuestra participación como sujetos de conocimiento y como si nuestra tarea consistiese, en términos generales, en *encontrar* ese objeto de estudio y *someterlo a la observación* para que nos ofrezca datos. Ante esta provocación debemos tomar partido, determinar, en primer lugar, cuál será nuestra posición como sujeto en relación a un objeto de conocimiento; y en segundo lugar, decidir qué trascendencia le auspiciamos a dicha relación, esto es, a la relación de conocimiento: “Los “ojos” disponibles en las modernas ciencias tecnológicas pulverizan cualquier idea de visión pasiva. Estos artefactos protésicos nos enseñan que todos los ojos, incluidos los nuestros, son sistemas perceptivos activos que construyen traducciones y *maneras* específicas de ver, es decir, formas de vida” (Haraway, 1991:327).

Los resultados que produce una investigación son importantes para el avance del conocimiento, tanto si éstos son novedosos como si redundan en lo sabido; no en vano los resultados suelen constituir la parte más visible y visibilizada del procedimiento científico. Sin embargo, y sin querer restarle el protagonismo merecido a esta etapa de demostración de lo aprendido, este énfasis por lo concluido no puede colocar en la sombra unos procesos anteriores, tanto o más importantes que este final. Nos referimos a los actos de ruptura con el mundo dado por descontado y con la doxa científica, y al acto de construcción con el que tejemos una red teórica en la que suspender y asentar nuestro objeto de estudio (Bourdieu, Chamboredon y Passeron, 1999).

Antes de interrogar a nuestro objeto de estudio debemos construirlo como tal. Todas y cada una de las elecciones que, siendo o no conscientes de ellas, llevamos a cabo en el proceso de elaboración teórica, están impregnadas de nuestra propia concepción del mundo social: decidir qué paradigma teórico resulta el más idóneo para abordar nuestra categoría, considerar qué dimensiones forman parte de la red de relaciones que explicarán nuestro objeto, incluso partir de una definición relacional de la problemática, todas ellas operaciones que nada tienen que ver con nuestra *visión* de lo objetivo, de la realidad sino, más bien, con nuestra construcción de ésta. En última instancia, la objetividad feminista, dice Haraway (1991), trata de la localización limitada y del conocimiento situado.

Me posiciono por lo tanto en una perspectiva epistemológica feminista, lo que me lleva a avanzar que el conocimiento en el que pretendo ahondar no tiene, ni mucho menos, pretensiones universales sino, contrariamente, intenciones de ser un conocimiento parcial, localizado y crítico, *situado*. No escondo, como ya he explicado en la introducción previa, que ha sido mi experiencia personal y profesional la que ha provocado que escogiera este tema concreto para mi tesis, y no otro; ni tampoco que haya sido mi propia biografía la que ha influido en la lente con la cual lo someto al escrutinio analítico. Por último no oculto que sea mi interés manifiesto por contribuir, si quiera al debate y al diálogo, al cambio social en las relaciones de género lo que está en la base de esta investigación. Mi posición investigadora se nutre de todo ello, y es desde ese posicionamiento desde el que construiré el marco teórico que en esta primera parte del estudio presento, esto es, los dos primeros actos epistemológicos, diría Gaston Bachelard, de la construcción de la transmisión cultural de la crianza como objeto de estudio.

## 1.1. Sobre género: el orden de género como teoría para el análisis.

“Género es un concepto desarrollado para contestar la naturalización de la diferencia sexual en múltiples terrenos de lucha” (Haraway, 1991:221).

“Gender is social practice that constantly refers to bodies and what bodies do, it is not social practice reduced to the body” (Connell, 1995:71).

Cuando fuimos a inscribir a nuestro hijo Itzà al registro civil, mucha gente nos advirtió que tendríamos problemas con el nombre que habíamos elegido para él. Una de las reglas que restringe las posibilidades de elección de nombre para las criaturas neonatas es, en mi ciudad, la de que no induzca a equívocos en el sexo. En nuestro caso, el error podría venir dado porque el nombre acaba en “a”, nos dijeron, y por lo tanto podría ser entendido como una asignación femenina. Esta cuestión que afectaba directamente a mi vida personal, me hizo pensar en la arbitrariedad de esa identificación. ¿De dónde surgía la idea de que un nombre acabado en “a” resultaba adecuado para una niña y no para un niño? Y es más, ¿qué peligros derivados de esa posible confusión acechaban a mi hijo para que las instituciones velaran porque nadie lo considerara hembra, cuando “era” varón? ¿por qué podríamos llamarle Luna a una criatura rotulada –por elegir el término de Lamas (1986) –como mujer y Sol a una criatura rotulada como hombre, y no a la inversa? ¿quién y cómo se determinó que el sol es masculino mientras que la luna es femenina? Si decidiéramos inscribir a nuestra hija Luna en un registro alemán y este organismo siguiera nuestros protocolos, nos encontraríamos ante un conflicto importante, en alemán luna es masculino (el luna) y sol es femenino (la sol). Y ello nos lleva de nuevo a discutir ¿es producto del azar que nuestra cultura –occidental, mediterránea, capitalista– haya considerado masculino un astro al que se le otorgan características de fortaleza y potencia? ¿lo es que se haya considerado femenino un satélite nocturno, escondido, caprichoso?

Con esta nota biográfica que relato aquí por ser un episodio que incumbe directamente a mi crianza, mi pretensión no es otra que introducir una reflexión fundamental en

relación a los marcos de género que, de manera constitutiva y constituyente, ordenan nuestra práctica social. En este capítulo expondré la propuesta teórica sobre género que guiará, en lo que sigue, las aportaciones tanto reflexivas como analíticas.

En nuestra sociedad ser hombre o mujer no ha resultado nunca parejo, mujeres y hombres no han gozado de iguales privilegios ni de iguales responsabilidades, ni han accedido de igual manera a los espacios ni a los tiempos, ni siquiera hombres y mujeres han nacido igual ni han muerto igual. Y no lo ha sido no a razón de “características” anatómicas, sino a propósito de una construcción en oposición de lo masculino y lo femenino. Hoy, a pesar de todos los esfuerzos dedicados a paliar esta desigualdad, las posiciones se acercan pero no llegan a confundirse: lo masculino y lo femenino se erigen todavía como bastiones simbólicos, que han modulado la firmeza de otros tiempos, si se quiere, pero que aún conservan su potencial significativo. Lo determinante en esta cuestión, nos dirán las críticas feministas, es que aquellos atributos descriptivos se han visto resignificados y utilizados como esquemas argumentarios de las inequidades que resultan hoy inherentes a las relaciones entre hombres y mujeres. Efectivamente, si algunas sociólogas y muchos menos sociólogos han hecho de las perspectivas de género<sup>1</sup> un paraguas inclusivo de análisis de la realidad social es, precisamente, porque todavía, en nuestra sociedad actual, el género se presenta como una lente idónea para desgranar los procesos de conversión de los sexos en géneros, de los sexos en lo que son, y de los géneros en lo que se plasman. En otras palabras, las perspectivas de género revelan las relaciones de poder en las que se ven inmersas las construcciones sociales de género y de las que deriva unas organizaciones y unas experiencias generizadas de la realidad. En este capítulo revisaremos muy sintéticamente algunos abordajes teóricos que han dado forma a la noción de género, entre los que se encontrará la perspectiva relacional, aquella mirada de género que guiará nuestra investigación en lo sucesivo.

“Hablar de género es hablar de feminismo y desde el feminismo”, con estas palabras Mari Luz Esteban (2003:23) reconoce el espacio de pensamiento, saber y acción, no por

---

1 Con la utilización del término en plural quiero mostrar la variabilidad de miradas que pueden incluirse dentro de eso que denominamos “perspectiva de género”. Las investigaciones que adoptan una perspectiva de género no caminan en paralelo. Los diferentes marcos conceptuales en los que podemos posicionarnos para abordar nuestras temáticas perfilan nuestra mirada. En importante, entonces, que reconozcamos las perspectivas de género así como reconocemos los feminismos. Dicho esto, en este trabajo usaremos tanto la forma plural como singular.

ello homogéneo, que sería el feminismo, los feminismos, al tiempo que aboga por una necesaria genealogía de la categoría género.

Pero la categórica declaración de Esteban, tiene unas implicaciones para la asunción del género como categoría analítica que van más allá de todo esto. Suscribir el género<sup>2</sup> al feminismo no sólo nos coloca en el conocimiento de los sistemas históricos impresos en las diferencias sexuales, sino que nos posiciona en una postura epistemológica de cambio social. Dicho en otras palabras, no se trata sólo de explicar, sino también de transformar esas estructuras en las que “los hombres” y “las mujeres” están constituidos y socialmente situados en relaciones de jerarquía y de antagonismo (Haraway, 1991). Este compromiso político con la igualdad social, es el que nos lleva a afirmar que la aportación fundamental de la teoría feminista al conocimiento del mundo y a su transformación no redunda en certezas sino en cuestionamientos: ¿a qué se debe la posición subyugada de las mujeres? ¿cómo pueden las mujeres/la sociedad –según la lente feminista– revertir esta relación de dominación?

Las condiciones sociales posteriores a la segunda guerra mundial permitieron que las mujeres –blancas, occidentales, burguesas– se construyesen como sujeto-en-proceso colectivo histórico (Haraway, 1991). Aparejado a este proceso, el feminismo consiguió colocar las narrativas modernas sobre las jerarquías entre sexos en el contexto de la política, es decir, se exigió para sí el comprender y explicar la condición de subordinación de las mujeres (Bonder, 1998). Como dice Izquierdo (1998), las mujeres pasaron a ser objeto de conocimiento cuando se convirtieron en sujeto “como mujeres”. En constante crecimiento y difusión mundial, estos análisis se han ocupado de desvelar y cuestionar las premisas biologistas, esencialistas y universalistas con las que se han concebido estas diferencias, así como la lógica binaria y jerárquica en las que se apoyan; de problematizar la exclusión, silenciamiento o tratamiento sesgado de la condición de las mujeres en los principales cuerpos de teoría; de explicar y proponer cambios al respecto de los diversos dispositivos sociales que participan en la construcción de una jerarquía de género, en la que las mujeres y lo femenino ocupan el lugar devaluado, discriminado, subordinado u omitido (Bonder, 1998). La adopción de las perspectivas de género en el análisis

---

2 Las reglas de la gramática castellana nos obligan a hacer uso de un artículo cuando pretendemos significar un sustantivo. Con la intención de no forzar el lenguaje utilizaremos dicho artículo cuando hablemos de género. Sin embargo, esto no debe dar a entender que hablamos de un único género, ni de una única forma de construcción a propósito de éste, no hay “el” género, sí una construcción dominante de relaciones de género.

de la realidad cotidiana y científica se debe, por lo tanto, a un movimiento que surge como respuesta a un hecho incontestable: la mayoría de las sociedades privilegian a los hombres y subyugan a las mujeres (Connell, 2009).

Esta constatación, prosigue Connell (2009), no debe cegarnos con propuestas totalizadoras, las inequidades de género e incluso la modulación cultural de lo femenino y lo masculino, varían según los contextos y de acuerdo a la historia. El constructo de género, *nuestro* constructo de género, se gesta en un contexto concreto en un período determinado, una contingencia de la que su valor explicativo es deudor. Esto es, las posibilidades analíticas que se derivan de la deconstrucción de la asociación tácita entre sexo y género, entre naturaleza y cultura, resultan significativas en la medida que situemos nuestros problemas de investigación en las sociedades occidentales, y en la medida que asumamos “género” como una categoría contingente. Esta conciencia de historicidad es determinante en una epistemología feminista (Harding, 1996), puesto que no sólo sitúa nuestro conocimiento sobre la realidad social, sino que también le pone lindes a sus limitaciones, y aquí nos referimos sobre todo a su comparación transcultural. Si bien no podemos sino aplaudir los esfuerzos intelectuales desde Europa y los Estados Unidos dedicados a comprender el género, no debemos perder de vista que la *visión* del Norte no es la única visión posible de género, e incluso que nuestros interrogantes analíticos se fundamentan en una categoría que debe ser puesta, ella también, bajo la lente de la duda radical. Sin embargo, y a pesar de las limitaciones que se le han reconocido a este instrumento teórico, nos declaramos incapaces de renunciar a él, de desprendernos de su potencialidad epistemológica. No negamos que ello se deba, en parte, al vértigo que produce la aproximación al abismo de la investigación sin asideras conocidas, seguramente es de esta inseguridad que emanan nuestras resistencias latentes. No obstante, consideramos que dado que en nuestra sociedad, en el momento histórico en el que nos hayamos, la equidad en las relaciones entre hombres y mujeres sigue configurándose como proyecto, como una línea en el horizonte, todavía tenemos mucho que decir a propósito del género, y así, lejos de dismantelarla, nos aferramos al género como herramienta reflexiva con la que deconstruir el orden que posibilita esta desigualdad, que enmarca la dominación masculina. Con el permiso de Haraway nos sumamos a su ineludible afirmación: “El valor de una categoría analítica no queda necesariamente anulado por la conciencia crítica de su especificidad histórica y sus límites culturales (Haraway, 1991:221).



De forma análoga a lo acontecido con otras herramientas analíticas, la categoría teórica *género* ha respondido a la historia y por lo tanto a su revisión e incluso a su problematización. Género no es, por ende, un lugar común, sino una acepción reificada que merece ser revisada y sometida a la voluntad epistemológica del conocimiento situado. Los cambios sociales, económicos, políticos y culturales operados en las últimas décadas y el legado de las críticas feministas occidentales me llevan a posicionarme —hoy y aquí— como investigadora blanca, occidental en una lectura del género que merece, por mi parte, un ejercicio de objetivización.

La historiografía, la antropología y la sociología feminista, entre otras disciplinas, nos han demostrado que en cada sociedad y en cada momento histórico se han construido modelos ideales en función de las diferencias entre hombres y mujeres. En nuestra sociedad —occidental, blanca, androcéntrica— estas diferencias se infieren de lo que Connell ha llamado el escenario reproductivo: “En los procesos de género, la vida cotidiana está organizada en torno al escenario reproductivo, definido por las estructuras corporales y por los procesos de reproducción humana. Este escenario incluye el despertar sexual y la relación sexual, el parto y el cuidado del niño, las diferencias y similitudes sexuales corporales”(Connell, 2003:36). La apuesta de Connell (1987; 1995) por denominar “escenario reproductivo” a lo que desde otras lecturas científicas se ha llamado “determinantes/condicionantes biológicos”, no es baladí; el reconocimiento de la llamada “naturaleza” como campo de significado, le imprime a este eje regulador de la práctica social un carácter histórico y construido, esto es, el alcance de esta acepción nos permite escapar de la naturalización del género, pero también de la del sexo: “el género existe precisamente en la medida en que la biología *no* determina lo social” (Connell, 2003:36).

Ahora bien, que nuestro posicionamiento parta hoy del reconocimiento de la artificiosidad del vínculo sexo/género no se debe a la inmediatez de las prenociones sino que, por el contrario, es producto de un lento proceso de construcción teórica acometido por las teorías feministas. Un proceso de indagación a propósito de los porqués de la dominación y el predominio de lo masculino.

Es mi intención, en este primer capítulo del marco teórico, perfilar cuál va a ser la perspectiva de género que vertebrará el presente trabajo. Una perspectiva que, como ya hemos anticipado, se enmarca en la propuesta relacional de Raewyn Connell (1987;1990;

1995; 2009). Con la finalidad de ir tejiendo este marco teórico, expondremos, en primer lugar y muy brevemente aquellas aportaciones teóricas a propósito del género que resultan significativas, a nuestro parecer, para comprender el abordaje de Connell<sup>3</sup>. En segundo lugar, expondremos el escenario teórico que nos confiere la teoría de la autora, con el que abordaremos el objeto de estudio que nos atañe en esta investigación<sup>4</sup>.

### 1.1.1. La propuesta categórica<sup>5</sup>.

El feminismo occidental contemporáneo se debatió durante años en las arenas de la diferenciación entre el sexo y el género. Se trataba, dice Bonder (1998), de definir poco a poco el sexo social, es decir, de clarificar, dimensionar, dar explicaciones coherentes a los hallazgos acerca de la sociedad dividida en sexos. Un feminismo, por tanto, que se posiciona en la crítica ante las explicaciones teóricas de la biomedicina, unos argumentarios que inferían las predisposiciones y formas de hacer diferenciadas entre hombres y mujeres de sus “particularidades” anatómicas fundamentadas en capacidades reproductoras. Desde esta postura, las primeras feministas consiguen desestabilizar teóricamente esas jerarquías naturalizadas, discriminando lo natural de lo social, la naturaleza de la cultura, situando la opresión de las mujeres en el centro neurálgico del debate político, es decir, preocupándose por la visibilización de las mujeres, aquellos sujetos en posición subyugada.

Dice Haraway (1991), que los significados feministas modernos, de lo que tiempo después fue acuñado como género, se nutrieron de la afirmación rotunda de Simone de Beauvoir de que “una no nace mujer, se hace”. Con esta afirmación De Beauvoir

---

3 Soy consciente del ejercicio de reduccionismo que con ello llevo a cabo, y del atropello a la historiografía de la teoría feminista que oso hacer. Remito para un conocimiento de las distintas historias de los feminismos a las obras de Celia Amorós (2005) *Teoría feminista: de la ilustración a la globalización*; Teresita de Lauretis (2000) *Diferencias. Estapas de un camino a través del feminismo*; María Luisa Femenias (2000) *Sobre sujeto y género. Lecturas feministas desde Beauvoir a Butler*.

4 La definición académica de lo que es una tesis y de los apartados y órdenes que esta debe contener en el contexto de la Universitat de València, me obliga a hacer un ejercicio de objetivización de lo que en este análisis entiendo por género, y a hacerlo dentro de los márgenes de un epígrafe concreto del texto. Sin querer arrojar dudas a la conveniencia de esta estructura (o aprovechando esta oportunidad para prantearlas) y siendo muy consciente de que esta organización no resulta ilustrativa de lo que es el proceso de conocimiento, lo cierto es que a lo largo de la exposición de mi estudio, la categoría género irá nutriéndose paulatinamente de contenido, por lo tanto este capítulo debe ser considerado como un intento de clarificar el armazón, el esqueleto, de nuestra mirada sobre el género, un andamiaje que irá cubriéndose de paredes, ventanas y techo.

5 Seguimos aquí la categorización propuesta por Connell (1995) sobre las lecturas de género.

no estaba sino poniendo la primera piedra angular a la contestación a las diferencias sexuales, ser hombre o mujer no constituía un estado predeterminado, sino un devenir, una disposición que merecía una construcción. La condición social femenina no era un efecto de la diferencia sexual, sino un resultado de la socialización destinada a las mujeres, una transmisión cultural que tiene lugar en las diferentes áreas de la vida cotidiana, pero especialmente en la de la maternidad (De Beauvoir citada en Saletti, 2008).

El análisis de la autora en *El segundo sexo*, fue determinante para comprender que las formas de las identidades, prácticas o deseos de las mujeres, tenían muy poco que ver con la naturaleza de la especie humana (Harding, 1996). La crítica hacia la biologización de los comportamientos humanos, hacia el reduccionismo anatómico-morfológico, se orquestó entonces con el reconocimiento de la injerencia de las formas sociales en el ser humano. Esta aportación de las primeras feministas resultó decisiva para la vida y la lucha de unas mujeres que poco a poco eran conscientes de sus posiciones de desventaja en la estructura social. Es este escenario dialógico entre el sexo y el *ser social* el que hace aflorar en el plano teórico un sexo socialmente construido: el género.

Bajo la influencia del estructuralismo, las teóricas feministas analizan la estructura de las relaciones entre hombres y mujeres basándose en la contribución fundamental del *concepto de género* (Velasco, 2009). Como eje central a estas teorías encontraremos la preocupación por la articulación de ese *devenir* genérico del que hablaba Beauvoir y por la distribución de los roles asignados a hombres y mujeres, y así la segunda ola de la política feminista formulada, sobre todo, por las feministas norteamericanas, aborda la asociación sexo/género desde el paradigma de la *identidad de género* (Haraway, 1991). La biología se vería incidida por la cultura consiguiendo que el macho y la hembra se convirtieran en hombre y mujer<sup>6</sup>, para ello el “yo”, a través de un proceso de socialización, contextualizado primero en la familia y luego en distintos ámbitos sociales, interiorizaría los mandatos culturales que la sociedad reserva para que cada sexo pueda identificarse con *su* género.

Las aportaciones del psicólogo y sexólogo John Money (1955) y del psiquiatra y psicoanalista Robert Stoller (1968 y 1975), fueron en este sentido decisivas para entablar los puentes que unieran “lo natural” con “lo social”. A razón de los resultados de sus

---

6 El hombre y la mujer se perfilan aquí como entidades absolutas, la contestación a esta homogeneidad constituirá precisamente una de las aportaciones decisivas de los feminismos posteriores.

investigaciones y sus prácticas clínicas, ambos científicos convinieron en describir una *identidad de género*, no necesariamente coincidente con el sexo biológico, que se fraguaba en las relaciones tempranas de identificación entre los niños y niñas con sus padres y madres. Paralelamente Anne Marie Rochevabre (1968) aplica el concepto de rol social en relación a las formas de obrar “femeninas” y “masculinas”, para concluir que dichos comportamientos, los roles, son adquiridos socialmente a partir de las experiencias vividas en la infancia, de las normas y modelos sociales propios de unas circunstancias socio-económicas concretas (Velasco, 2009). El “paradigma de la identidad de género”, como lo nombra Haraway (1991), alude a una lógica categórica, dice Connell (2009), aunque aquí la dicotomización se presenta en las normas y las expectativas sociales, en vez de en la anatomía: el rol masculino se opone al rol femenino. El género es explicado entonces en contraposición al sexo en el marco de una posición binaria (sexo y género), donde género referiría a los aspectos psico-sociales y culturales asignados a hombres y mujeres por su medio social, mientras que sexo aludía a las características anatómico-fisiológicas que distinguían al macho y a la hembra de la especie humana (Bonder, 1998).

La propuesta de la antropóloga estructuralista y feminista Gayle Rubin (1975) resultó sin duda determinante en el proceso de dotar de valor explicativo a la categoría de género. El género es definido por Rubin como: “el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1975:37).

La propuesta de sistema sexo/género, adscrita a explicaciones constructivistas y no biologicistas, implica poner atención en la jerarquización de los géneros en las relaciones de poder que convierten los atributos culturales femeninos en atribuciones desvalorizadas. Hablar de género, por tanto, no es ver *cómo son* los hombres y las mujeres, sino *cómo deben ser* o *cómo deberían ser* en relación a unas definiciones socioculturales relativas a lo femenino y lo masculino. Como dice Velasco (2009), con la categoría *sistema sexo-género*, Rubin consigue explicar cómo la transformación del sexo biológico en género organiza las relaciones entre los sexos, donde las mujeres quedarían en una posición subordinada. Los elementos del sistema son, por una parte, los sexos biológicamente diferentes, por otra parte, las atribuciones y normas que cada cultura y cada organización social se encarga de hacer a cada sexo —esto es, el género— y por último la estructura que establece la relación entre los sexos y los géneros.

Tal como profesora Connell (2012), no podemos sino reconocer que el abordaje categórico del género resultó determinante como primera aproximación para comprenderlo en su dimensión; hoy, sin embargo, debemos considerar que dificulta enormemente la tarea de advertir las diferencias de género entre las categorías genéricas, esto es, la variabilidad dentro de construcción identitaria, así como, y a ello volveré en el apartado siguiente, las relaciones de poder en el seno de las posiciones de género.

Por otra parte, y esta es la aportación fundamental de la propuesta postestructuralista de abordaje del género, ese “yo” de identidad coherente y ordenada por el que apuesta el paradigma de la identidad de género, resulta problemático e incluso vacío de referentes cuando pretendemos proyectarlo como categoría de análisis con la que escrutara la realidad social. *Hacerse mujer* (y hacerse hombre), por usar los términos de De Beauvoir, no resulta un camino rectilíneo sino, por el contrario, un trayecto ambiguo sometido a conflictos y tensiones. La sugerente y provocadora figura del *cyborg* de Haraway (1991), en este sentido, suscita una revisión de este sustancialismo. El *cyborg* nos sitúa ante un sujeto híbrido, fragmentado, donde se expresan unas identidades permanentemente parciales y contradictorias propias de nuestro siglo, y con las que Haraway (1991) revisa críticamente la noción de identidad de género y la distinción entre sexo y género, conceptos fundamentales para el feminismo. Género no es para Haraway (1991) sino una matriz analítica cuya articulación se debe a una premisa cultural específica, la de la distinción entre sexo y género, y a su respuesta discursiva —y por lo tanto fáctica— orquestada con el objetivo de cambiar esos sistemas de diferencia sexual: “el poder político y explicativo de la categoría “social” del género depende de la forma de historiar de las categorías de sexo, carne, cuerpo, biología, raza y naturaleza, de tal manera que la oposición binaria universalizante que engendró el concepto del sistema sexo/género en un momento y en un lugar dados en la teoría feminista, implosiona en teorías de la encarnación articuladas, diferenciadas, responsables, localizadas y consecuentes, en las que la naturaleza ya no es imaginada o puesta en marcha como un recurso para la cultura o el sexo para el género” (Haraway, 1991:250).

Por su parte, la asociación directa entre las diferencias sexuales y las desigualdades socioculturales que se le infiere a la noción de sistema sexo/género parece problemática como lectura incontestable, puesto que con ello, dice Haraway (1991), la categoría pierde especificidad histórica. Esto es, nos dice Haraway (1991), las resonancias del constructo “sistema sexo/género” se sitúan en que es presentado y utilizado al auspicio

de un presupuesto fundamental, el de la distinción objetiva entre sexo y género, una dualidad que sería entendida como elemento común a todas las culturas y tiempos.

Las acepciones categóricas del sexo/género pecarían en este sentido de aceptar al sexo y al género como epígrafes situados en esferas distinguibles, la naturaleza y la cultura, lo natural y lo social, donde, en un momento dado, el género podría ser problematizado, sometido incluso a la transformación social, pero no así la diferencia sexual, que enraizada en descripciones esencialistas de la biología se (de)mostraría como dato, pasaría inadvertida como acepción deshistorizada; en segundo lugar, y como argumento derivado del anterior, esta concepción subsumiría la premisa del sexo como categoría dada, previa, a la cual se le adherirían los constructos sociales que darían forma a los géneros, es decir, la diferencia sexual actuaría como definición de la realidad y sobre ella se plegaría la normatividad social. Respecto a esto último cabe preguntarse entonces, por qué esta propuesta teórica no es capaz de desprenderse del sexo, de “lo natural”, como elemento configurador de lo social, pareciera que el género no pudiera ser pensado, si quiera críticamente, sin renunciar a la lectura acrítica del sexo aunque ello, siguiendo a Connell (2012), reafirme una lógica binaria que la propia enunciación pretende superar: “las feministas se han alzado contra el “determinismo biológico” y a favor de un “construccionismo social” y, de camino, han sido menos enérgicas en la deconstrucción de cómo los cuerpos, incluidos los sexualizados y racializados, aparecen como objetos del conocimiento y sitios de intervención en la “biología” (Haraway, 1991:227).

### 1.1.2. La propuesta postestructuralista

La propuesta postestructuralista nace con una voluntad de rechazo a lo binario, esté éste revestido con determinantes biológicos o esté repleto de atributos culturales. Una vez superada la díada del dimorfismo hombre/mujer, cabe destronar la del género masculino/femenino.

La artificiosidad resulta una cualidad compartida tanto por lo que entendemos como sexo, como por lo que entendemos por género y ello plantea una quimera. La identificación entre sexo y género no se presenta, para las autoras postestructuralistas, como presupuesto evidente, esto es, relacionar cada uno de los sexos de asignación a un modelo concreto de ser, resulta de por sí disputable, si además consideramos que es el sujeto individual quien debe asumir y aprehender esta correspondencia como

dato en su identidad, la evidencia parece insostenible. Al hilo de esto la identificación sistemática y definitiva de las personas adscritas como mujeres con lo femenino y de los hombres con lo masculino, resulta para este feminismo una relación problemática. Con el “ser mujer” y el “ser hombre” no se agotan todas las identidades de los sujetos, por ende ese “ser mujer” y ese “ser hombre” resulta cambiante e híbrido. Las posiciones de género que adoptan los individuos son tan plásticas que superan los contornos de lo normativamente masculino o de lo normativamente femenino, diluyendo sus fronteras. Debemos obligarnos a reconocer múltiples femineidades y múltiples masculinidades, puesto que es la aceptación de la diversidad la que nos permite converger el género con la clase, la etnia, la sexualidad o la desigualdad global. Este es el trasfondo de las palabras de Connell (2003:5): “Para entender el género, entonces, debemos ir constantemente más allá del propio género”. La perspectiva de género no puede obviar las diferencias y las desigualdades de género inherentes a lo socialmente construido como femenino y lo socialmente construido como masculino. Con este planteamiento la categoría isocrónica y uniformizadora de género, propia de los feminismos antecesores, resulta contestada. Por lo tanto, el género no es tan evidente como una identificación del individuo con el “ser hombre” o el “ser mujer”, las perspectivas de género no se agotan como herramientas analíticas -o no debieran agotarse— en las revisiones de los procesos de articulación de las identidades de género.

Dice Kimmel (2008), uno de los autores de referencia en el estudio de las masculinidades, que lo interesante no es sólo escrutar las lecturas caleidoscópicas de la masculinidad, sino también identificar qué aspectos de la masculinidad normativa se muestran comunes a pesar de las diferencias. El feminismo postmoderno, señala Velasco (2009), se fija en los *mecanismos del poder*, de los que Foucault fue principal analista, y que se convirtieron en señal del estructuralismo. Se trata de mecanismos coercitivos predispuestos por la sociedad de los que se nutren los sujetos, y que consiguen interpelarlos a aferrarse a una identidad so pena de verse excluidos o marginados. Es desde esta posición teórica que Connell (1995) articula su categoría explicativa de *masculinidad hegemónica*: “La masculinidad hegemónica se puede definir como la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (Connell, 2003:10). No resulta suficiente con aceptar la pluralidad de experiencias de subjetivización, cabe advertir de las relaciones de poder que se dan en los confines del género, y que no sólo estructuran las relaciones

de género, sino también intra-género, esto es, unas relaciones de poder que reconocen posiciones dominantes de masculinidad y feminidad y posiciones subyugadas.

*El Género en disputa* de Judith Butler (2001) inicia con la asunción de que el género es producido de forma compleja a través de prácticas identificadoras y performativas, por lo que no resulta tan claro ni tan unívoco como a veces se nos hace creer. Los conceptos sociológicos de género, hombre y mujer no pueden reducirse a la diferencia sexual. El punto clave de la aportación de Butler (2001), así como la razón de su transgresión, es que su aceptación consigue desestabilizar las ideas de correspondencia entre los cuerpos sexuales dicotómicos y la masculinidad y la feminidad contrapuesta y normativa: a un cuerpo dejaría de pertenecerle un género. Para Butler, dice Esteban (2004), el “yo” es el cuerpo, un modo concreto de encarnación y lo que se encarna son diferentes posibilidades históricas. Ser mujer, sigue explicando Esteban, es convertirse en una mujer, adaptar el cuerpo a una idea histórica, concreta de lo que es ser mujer, el cuerpo es inducido a convertirse en un signo cultural, no como una estructura predeterminada sino como un legado de actos que van depositándose.

La identidad de género implica una “performatividad” sancionada socialmente, configurada a partir del mismo acto de repetir los mismos gestos y conductas, aunque se trata al mismo tiempo de una “performatividad” que puede ser contestada y modificada (Esteban, 2004). Otra de las contribuciones de Butler a la problematización de la llamada identidad de género, pasa por interrogar una heterosexualidad tácita que asume unas categorías de hombre y mujer *originales*, el discurso de la identidad de género no estaría sino reafirmando unas ficciones de coherencia dentro de esta organización dual que serían imitadas, copiadas –nunca creadas– por otras expresiones –como las *butch* o *femme*– dentro de ese marco heterosexual; la disputa del género consiste, precisamente, en asumir que los llamados *originales* están contruidos de una forma similar, son tan performativos como la copia: “A través de la performatividad, las normas de género dominantes y no dominantes se equiparan. Sin embargo, algunas de esas realizaciones performativas reclaman el lugar de la naturaleza o el lugar de la necesidad simbólica, y lo hacen sólo obstruyendo las formas en que están performativamente establecidas” (Butler, 2001:11).

La maleabilidad y la fluidez han de ser consideradas premisas fundamentales, más si cabe en nuestro contexto de Modernidad tardía, en la concepción y el escrutinio analítico de la identidad. Ahora bien, aunque cabe entender las relaciones de género



como puntos de referencia cultural de la vida cotidiana, de la inmediatez, no podemos perder de vista las condiciones estructurales, en gran medida fuera del control de los sujetos, que enmarcan las experiencias, las performatividades de la identidad. Raewyn Connell ha explicado así esta crítica a la propuesta postestructuralista: “We make our own gender, but we are not free to make it however we like. Our gender practice is powerfully shaped by the gender order in which we find ourselves” (Connell, 2009:74).

### 1.1.3. La propuesta relacional

Tras la revisión de los lineamientos de la propuesta categórica y de la propuesta postestructuralista, presento en este apartado la perspectiva de género que se perfilará como eje axial de la investigación. Mi incursión en la teoría relacional del género viene de la mano de la obra de Raewyn Connell (1987; 1995; 2009), cuyas aportaciones teóricas me parecen decisivas para abordar una sociología de la educación en salud con perspectiva de género.

Le debemos a Connell una acepción del género como herramienta analítica multidimensional, un instrumento que, a mi entender, resulta oportuno en esta investigación gracias a su potencialidad para comprender, como espero comprobar en el análisis de la información, cómo se transmiten determinados órdenes de género a través de las instituciones sociales. La teoría de género de Raewyn Connell se presenta como una propuesta multidimensional que nos permite escrutar los distintos niveles en los que se articulan las relaciones de género –a nivel macro/meso, a nivel de las interacciones social, a nivel individual/identidad— y que alberga una noción de estructura dinámica: “it is not about identity, or just about work, or just about power, or just about sexuality, but all of these things about” (Connell, 2009:11).

Las estructuras sociales, como las entiende esta sociología, condicionan la práctica, pero no determinan mecánicamente cómo las personas o los grupos deben actuar. Las estructuras no funcionan como hormas para la acción de los sujetos, sino que son puestas en práctica por los individuos creativamente. Lo que ofrecen los sistemas, nos dirá la autora, son posibilidades y derivaciones para la acción; y lo que nos ofrece también esa bisagra entre estructura y acción, es la transformación. Estructura y cambio no son para Connell (1987;2009) opuestos, sino dimensiones del mismo quehacer de nuestra vida social.

### 1.1.3.1. Relaciones de género y sus dimensiones de análisis. La propuesta de Raewyn Connell.

La teoría de Raewyn Connell (1987; 1990; 1995; 2009) es, ante todo, una teoría sobre poder y género. Una teoría de poder y género, no obstante, que no quiere desprenderse de la acción social. Lo que propone Connell, en definitiva, es una tesis que pretende articularse como una propuesta integradora, multidimensional, con la que abordar el género como estructura social, como práctica social.

Las relaciones de género conforman una de las principales estructuras de nuestra sociedad. Pero se trata de una estructura especial, denota la autora, dado que nos referimos a una estructura que sugiere una relación específica con el cuerpo (Connell, 1995; 2009). Así, como hemos visto en nuestro (limitado) recorrido genealógico, en lo referente al género, para algunas personas pensantes o legas, de lo que parece estar hablando la cultura es simplemente de la “expresión” de las diferencias del cuerpo. Unas diferencias que *localizadas* en los órganos reproductivos (sexo), actuarían a modo de premisas evidentes sobre las que se abatirían unas especificidades concretas de comportamiento, de carácter, incluso de habilidad (género), moldeándose de esta manera un binomio categórico correlacionado cuya contestación no resulta tarea fácilmente asumible. Ahí es donde estriba, precisamente, la cuestión para Raewyn Connell, en la inmersión de aquello que entendemos como “diferencia sexual” en el núcleo del campo social: “There is no fixed “biological base” for the social process of gender. Rather, there is an arena in which bodies are brought into social processes, in which our social conduct does *something* which reproductive difference. I will call this the “reproductive arena” (Connell, 2009:11). Al hilo de lo expuesto podríamos decir que Connell se aproxima así a la teoría de De Lauretis (1987) que, desde un punto de vista feminista proclama la necesidad de deconstruir las estructuras sociales de género como entidades objetivas. Abordar el género como construcción nos ayuda a evidenciar su artificiosidad, es la herramienta que hace posible la sospecha; pero constituye también la herramienta que alienta el ejercicio de imaginaria teórica y política con el que pensar otras organizaciones de género.

La división entre los sexos, apunta Bourdieu (2000), parece estar “en el orden de las cosas”, un orden dicotómico que se debe a su inserción en lo que el autor llama “sistema de oposiciones homólogas”: delante/detrás, arriba/abajo, dentro/fuera...“Al ser parecidas en la diferencia, estas oposiciones suelen ser lo suficientemente concordantes

para apoyarse mutuamente en y a través del juego inagotable de las transferencias prácticas y de las metáforas, y suficientemente divergentes para conferir a cada una de ellas una especie de densidad semántica originada por la sobredeterminación de afinidades, connotaciones y correspondencias” (Bourdieu, 2000:20). Un orden que se presenta tanto en estado objetivo, esto es en las cosas y el mundo social, como en estado incorporado, en los cuerpos y los hábitos, y que funciona como esquema de pensamiento y de acción, como mecanismo de disposiciones. Un orden por tanto, que *parece* inscrito en la naturaleza inevitable de los seres. No obstante, continúa el autor, esta organización es resultado de un prolongado trabajo colectivo de socialización de lo biológico y biologización de lo social que imprime realidad a la diferencia entre lo masculino y lo femenino, invirtiendo las valencias de las causas y los efectos, haciendo aparecer “una construcción social naturalizada (los géneros en cuanto que hábitos sexuales) como el fundamento natural de la división arbitraria que está en el principio tanto de la realidad como de la representación de la realidad” (Bourdieu, 2000:14).

De las perspectivas presentadas anteriormente (categórica, postestructuralista), Connell se muestra mucho más cercana a la óptica postestructuralista que a la mirada categórica. La autora no abandona el énfasis deconstructivo de la propuesta postestructuralista, una estela de cuestionamiento que se apoya en la contingencia y la fluidez de la identidad. Las relaciones de género se hacen y se rehacen: “If we don’t bring it into being, gender does not exist” (Connell, 2009:73). De esta manera, y siguiendo la estela de West y Zimmerman (1987), Connell se descarta de aquellas concepciones sobre género que replican las lecturas biologicistas del sexo, constriñéndolo en una categoría fija e invariable. Nos referimos a las propuestas analíticas que se refieren a los procesos de socialización como decursos en los que, un producto de elaboración simbólica como es el género, deviene inscripción. Una asignación, por otra parte, de carácter tanto o más inmutable que el que se le infiere a lo que se comprende como sexo. Si la biología no es destino, por recordar a Simone de Beauvoir, la sociedad tampoco lo es. Al adoptar una visión dinámica de la organización de la práctica generizante, Connell (1995) se refiere entonces a la masculinidad y la feminidad como *proyectos de género*. Esta asunción pone en tela de juicio los presupuestos de las teorías categóricas de género en el momento que asume el proceso de construcción identitaria como proyecto cambiante, inacabado y creativo: “We contend that the “doing” of gender is undertaken by women and men whose competence as members of society is hostage to its production. Doing gender involves a complex of socially guided perceptual, interactional, and micropolitical activities

that cast particular pursuits as expressions of masculine and feminine “natures”” (West and Zimmerman, 1987:126). Nuestra vigilancia epistemológica ante dicha confusión no puede ser titubeante. El proceso de subjetivación de los individuos no puede entenderse como una asunción paulatina de esquemas predeterminados de comportamiento, valores y metáforas: las mujeres no son el género femenino, de la misma manera que los hombres no son el género masculino. Nuestra atención ante el equívoco debe ser máxima, pues de lo contrario, como augura Lozano (2001:36): “cuando se produce esta identificación se acaba por ontologizar las diferencias adscritas por producción cultural al campo “femenino” y se vuelve homogénea la autocomprensión de las experiencias vitales en torno a la construcción cultural del sexo y del género”.

El género no trata de mujeres y hombres –y menos de mujeres y no de hombres— sino de la confrontación entre lo femenino y lo masculino, es decir, de las posibilidades y limitaciones asociadas a las posiciones de hombre y mujer en la estructura social, unas posiciones en relación y contingentes a la historia y la cultura. En otras palabras, no es mi preocupación aquí el describir lo que los hombres *son* o lo que las mujeres *son*; ni tampoco lo que los hombres y las mujeres *hacen*. Si nuestra investigación trata de quién son esos hombres y esas mujeres como grupo, entonces son estériles nuestros esfuerzos de teorización sobre lo masculino y lo femenino. Si nos referimos a los sujetos como seres sexuados y seres generizados no es aludiendo, por tanto, a sus esencias, sino a su posicionamiento respecto las expectativas y los patrones sociales que, sean estos cumplidos o no, la sociedad –que les confiere determinados márgenes de posibilidad, y a la que ellos contribuyen a construir— deposita en sus espaldas como representantes corporizados de lo femenino y lo masculino, y que resultan significativos solamente en el seno de una organización simbólica de la sexualidad y la reproducción dada, esto es dentro de la *arena reproductiva*: “Gender is, above all, a matter of the social relations within which individuals and groups act. (...) It is a pattern in our social arrangements, and in the everyday activities or practices which those arrangements govern” (Connell, 2009:10).

Por lo tanto, las estructuras que propone la autora no se nutren del determinismo social, igual de refutable que el determinismo biológico. Una estructura de relaciones, insiste, no estipula cómo las personas deben actuar, lo que hacen las estructuras es definir posibilidades y consecuencias para la acción (Connell, 1987; 2009). En un orden de fuerte dominación masculina, a las mujeres les serían negadas la educación y las

libertades personales y los hombres, por su parte, serían poco alentados a crear vínculos sentimentales, por ejemplo, con los niños y las niñas. De la concepción del género como estructura de relaciones, emana la necesidad de hablar de posiciones de género y no de identidades. Género es dotado de entidad procesal, es al mismo tiempo producto y proceso de su representación. Y aquí Connell suscribe la perspectiva de Teresea de Lauretis. Para De Lauretis (1987) la utilización del concepto de posicionamiento le permite poner de manifiesto el modo en que mujeres y hombres hacen uso de su perspectiva posicional como *locus* desde donde construir, interpretar el género, y no como plataforma desde la que representan un conjunto de formas genéricas determinadas de antemano.

No obstante, y lejos de lo que pudiese parecer, la perspectiva del *doing gender* con la que trabaja Connell no contradice su categoría analítica de masculinidad —y por ende feminidad— hegemónica<sup>7</sup>. Por muy fluida y versátil que resulte la *performatividad* de la feminidad y la masculinidad, esta actuación que le reconoce al sujeto no consigue que la autora se desdiga de abordar el género como matriz social. Género es, para Connell (1987), una forma de ordenamiento de la práctica social. Práctica social en la que están involucrados los sujetos, a los que se les confiere creatividad e injerencia, como ya hemos visto, pero que no debe ser entendida como autónoma, soberana del contexto que la enmarca. De esta manera Connell, al igual que West y Zimmerman, *situa* ese “doing gender”. Por supuesto es el individuo quien hace género, pero se trata de un “doing” localizado, relacional. Antes bien, la práctica social responde a situaciones particulares y se genera dentro de estructuras definidas de relaciones sociales. Es en este sentido, dice Connell (2009), que las estructuras sociales condicionan las prácticas. Las estructuras sociales son “implementadas” por la acción humana, al tiempo que son constituidas históricamente. La hegemonía con la que denota Connell (1995) la masculinidad es por tanto una hegemonía históricamente móvil y “Reconocer la masculinidad y la feminidad como históricas, no es sugerir que sean débiles o triviales. Es colocarlas firmemente en el mundo de la acción social” (Connell, 2003:14). Entendido en estos términos, género es todo menos rutina, pero es también pauta.

He introducido este apartado afirmando que la propuesta de Connell debe entenderse como una teoría de poder y género. Efectivamente, la teoría relacional del género otorga

---

7 “La masculinidad hegemónica se puede definir como la configuración de práctica genérica que encarna la respuesta corrientemente aceptada al problema de la legitimidad del patriarcado, la que garantiza (o se toma para garantizar) la posición dominante de los hombres y la subordinación de las mujeres” (Connell, 2003:10).

un lugar central a las relaciones ordenadas entre hombres y mujeres (entre hombres y hombres y entre mujeres y mujeres), y a las relaciones entre lo masculino y lo femenino. Unas relaciones que configuran el género como estructura social. Género es entonces entendido como inherentemente relacional, la masculinidad como constructo social sólo puede ser aprehendida en contraste con la feminidad (Connell, 1987). Y el uso del término “contraste” no es aquí irrelevante.

La cuestión fundamental para entender el género como matriz social es comprender que no estamos ante posiciones imbuidas en una dialéctica equitativa, o lo que es lo mismo, que lo masculino y lo femenino no son culturalmente equivalentes. Estas afirmaciones son las que llevan a McDowell (2000) a afirmar que, para Connell, el orden de género occidental no es más que un conjunto estructurado de desigualdades. Acometer lo contrario, es decir, basarnos en supuestos de igualdad moral y política en las relaciones de género es sucumbir, como dice Harding (1993), a las ideas parciales –y perversas, connota la autora— características del pensamiento dominante<sup>8</sup>. Por el contrario, relacionar el género con el poder deviene fundamental para escrutarlo en sus dimensiones justas. Tal como asevera Kimmel (2008), debemos entender el género como un entramado entre lo femenino y lo masculino que gira en torno a nociones de poder y, consecuentemente, de desigualdad.

El eje principal de poder en el sistema de género europeo/americano contemporáneo, pivota alrededor de la subordinación general de las mujeres y la dominación de los hombres, lo que Bourdieu (2000) ha llamado la *dominación masculina*. El actual orden de género plantea el predominio de lo masculino sobre lo femenino, sin embargo, en esta organización, nos dice el autor, hay una parte interesada, puesto que los hombres se constituyen como grupo de interés incumbidos en mantener dicha disposición. Se trata de lo que Connell ha denominado el *dividendo patriarcal* (Connell, 1995), los beneficios o ventajas que extraen los hombres como grupo mientras se mantiene un orden no equitativo, unas ventajas que adoptan formas caleidoscópicas que van desde la del dinero, pasando por una seguridad mayor, una autoridad mayor, o de manera trascendente, un mayor control de la propia vida<sup>9</sup>. Este orden de género androcéntrico

---

8 Del pensamiento imperante en las sociedades occidentales de la Segunda Modernidad.

9 Es importante aquí comprender que se trata a los hombres como grupo social, y que por lo tanto dicho dividendo patriarcal adoptará un mayor o menor grado de acuerdo a la posición social que cada hombre como individuo detente.

correspondería a lo que el feminismo denominó, en su momento, el Patriarcado<sup>10</sup>, una estructura que ha demostrado fuertes resistencias a los embistes críticos, pero que no por ello ha permanecido inalterable. Desde un posicionamiento feminista, y con la mirada puesta en el cambio social, no podemos sino replantearnos, una vez más, los mismos interrogantes que han movilizado a los feminismos desde décadas atrás. ¿Cuáles son los mecanismos, las estrategias de las que se vale este orden patriarcal, androcéntrico, para mantener esa dominación? ¿qué tipo de relaciones soportan aquella organización desigual?

Desde este posicionamiento feminista, la contribución de Raewyn Connell a las teorías de género y poder se cierne también en la propuesta de una matriz de dimensiones a través de las que interrogarnos a propósito de las relaciones –macro, meso y/o micro– genéricas<sup>11</sup>. En *Gender and Power* (1987) y en *Masculinities* (1995), el esquema axial de la autora contaba con tres dimensiones: división sexual del trabajo, división sexual del poder y estructura de la cathexis, ésta última su aportación a la díada identificada de antemano por otras propuestas teóricas. En *Gender. Short introductions*. (2009) la matriz se completa con una cuarta dimensión que se refiere a lo simbólico, y la autora cambia la denominación de “división sexual del trabajo” por “production, consumption and gendered accumulation”.

(a) *Power relations*. The main axis of power in the contemporary European/American gender order is the overall subordination of women and dominance of men –the structure Women’s Liberation named “patriarchy”. This general structure exists despite many local reversals (e.g. woman-headed households, female teachers with male students). It persists despite resistance of many kinds, now articulated in feminism. The reversals and resistances mean continuing difficulties for patriarchal power. They define a problem of legitimacy which has great importance for the politics of masculinity.

(b) *Production relations*. Gender divisions of labour are familiar in the form of the allocation of tasks, sometimes reaching extraordinarily fine detail. (In the English

10 El término patriarcado significa la ley del padre, el control social que ejercen los hombres en cuanto padres sobre sus esposas e hijas (McDowell, 2000).

11 A lo largo del texto nos referiremos a este adjetivo como relativo a género y no como sinónimo de general, común.

village studied by the sociologist Pauline Hunt, for instance, it was customary for women to wash the inside of the windows, men to wash the outsides.) Equal attention should be paid, to the economic consequences of gender divisions of labour, the dividing accruing to men from equal shares of the products of social labour. This is most often discussed in terms of unequal wage rates, but the gendered character of capital should also be noted. A capitalist economy working through a gender division of labour is, necessarily, a gendered accumulation process. So it is not a statistical accident, but a part of the social construction of masculinity, that men and not women control the major corporations and the great private fortunes. Implausible as it sounds, the accumulation of wealth has become firmly linked to the reproductive arena, through the social relations of gender.

(c) *Cathexys*. Sexual desire is so often seen as natural that it is commonly excluded from social theory. Yet when we consider desire in Freudian terms, as emotional energy being attached to an object, its gendered character is clear. This is true both for heterosexual and homosexual desire. (It is striking that in our culture the non-gendered object choice, “bisexual” desire, is ill-defined and unstable.) The practices that shape and realize desire are thus an aspect of the gender order. Accordingly we can ask political questions about the relationships involved: whether they are consensual or coercive, whether pleasure is equally given and received. In feminist analyses of sexuality these have become sharp questions about the connection of heterosexuality with men’s position of social dominance (Connell, 1995:74-75).

El cuarto vértice es nombrado como “simbolismo, cultura, discurso”, y hace referencia a el conjunto de significados y representaciones culturales que, en una sociedad determinada, se asocia a lo femenino en relación a lo masculino.

Estas cuatro dimensiones pueden identificarse tanto en los niveles macro, como en los niveles meso, o en los niveles micro de las relaciones de género.

Recordemos que en la introducción a esta tesis se decía que, en lo referente a las relaciones de género, la dimensión pública también merece desarticularse como lugar de construcción política. El nivel más abstracto de las relaciones de género es, para Connell (1987; 1990) el Estado. El Estado, dice la autora, es constituido a través de



relaciones de género, y ello lo convierte en el lugar central para la institucionalización del poder genérico: “we need to appraise the state from the start as having a specific location within gender relations, and as having a history shaped by gender dynamic. This is not the only basis of state history, but it is an essential and irreducible aspect of the state” (Connell, 1990: 520). Paralelamente, las dinámicas de género son una de las mayores fuerzas que construyen Estado, tanto en lo referente a sus estructuras históricas, como en lo que atañe a las políticas que conciernen al género. Dicho de otro modo, el Estado no sólo regula, de alguna manera, las relaciones de género “existentes”, sino que a través de sus políticas y sus leyes también constituye género. Sin embargo, para la autora el Estado no es la única forma de institucionalización del poder, sino sólo una parte de una estructura de relaciones de género de mayor envergadura dónde se ve involucrado el control social, éste es el orden de género: “It is a node within that network of power relations that is one of principal sub-structures of gender order” (Connell, 1990:520). Lo que sí admite Connell, es que el Estado es el principal organizador de las relaciones de poder de género. Su coherencia y su orden contrastan con el “caos” propio de las relaciones de poder que se dan en otras instituciones, como la familia.

Pero la exploración sobre la política de género requiere también un análisis de los aparatos institucionales del Estado que hacen posible estas regulaciones, así como de los procesos internos de coordinación que, a través de las prácticas, dotan a aquellos aparatos del Estado de coherencia. El nivel meso de organización del género, sería el nivel de las instituciones. Dentro de las instituciones sociales englobamos la escuela, el mercado laboral, las relaciones familiares, las instituciones científicas, los medios de comunicación y, la que me interesa: el sistema sanitario (Connell, 1990). El Estado participaría a través de éstas en la constitución de categorías de la estructura social. Masculinidad y feminidad y la relación entre ambas serían producto de políticas y estructuras estatales que permearían en sus instituciones; desde ellas resultarían actualizadas, reproducidas, vehiculizadas a la población. El orden de género es reproducido socialmente —no biológicamente— por el poder de las estructuras. Las relaciones de dominación se engarzan en las estructuras simbólicas y las instituciones de la sociedad configurándose como marco de fondo con el que dar forma a la acción individual. Es gracias a estos dispositivos y procesos que el género puede presentarse, sobre todo, como una matriz para las relaciones sociales con las que los individuos y los grupos actúan; como un esquema de patrones que guían nuestras interacciones sociales y las actividades y prácticas que rigen éstas (Connell, 2009). Pero además, es este proceso precisamente el que consigue configurarlo como

un orden incontestable, tácito e ahistórico. O lo que es lo mismo, el orden de género necesita de su reproducción, de su transmisión cultural para seguir siendo ese orden, una transmisión cultural, por otro lado, que debe concebirse como dinámica, colocada en el epicentro de la acción social y no del determinismo, la capacidad de regulación del Estado sería generosa pero no ilimitada.

En la Segunda Modernidad, cuando esperaríamos que las estructuras patriarcales, tanto privadas como públicas, no pudiesen sostenerse más en aquellos pilares desgastados, parece ser que su orden sigue coleteando presentándose en formas renovadas: a través del ordenamiento jurídico, del sistema de seguridad social, o del acceso al mercado laboral. Como veremos en un capítulo ulterior de la tesis, el hecho de que las mujeres accedan cada vez más a la igualdad formal, no puede entenderse como la supresión de las formas de dominación, sino más bien como su redefinición, la dominación se ha vuelto más sutil y silente, pero no por ello menos efectiva, el androcentrismo todavía organiza las relaciones de género en nuestra sociedad (capitalista, occidental, blanca, de clase media). Todo este engranaje simbólico transmitido funciona como matriz de percepción –de los pensamientos y de las acciones, insistirá Bourdieu (2000)— en la medida que a través de los procesos de socialización primaria, secundaria y terciaria se invisten de la objetividad propia del sentido común: “Las estructuras de dominación (...) son el producto de un trabajo continuado (histórico por tanto) de reproducción<sup>12</sup> al que contribuyen unos agentes singulares (entre los que están los hombres, con unas armas como la violencia física y la violencia simbólica) y unas instituciones: Familia, Iglesia, Escuela, Estado” (Bourdieu, 2000:50). Con este marco de fondo cabe considerar que las instituciones sociales, a través de sus agencias, reproducirían, pero también producirían, la diferenciación y jerarquización entre las posiciones dominantes (masculinas) y las posiciones subyugadas (femeninas). La masculinidad –y por tanto la femineidad— hegemónica, están siempre sometidas al peligro de la fragilidad, por lo que necesitan ser mantenidas y reforzadas tenazmente. Dada su configuración experimentan tensiones y contradicciones continuas, lo que hace imprescindible la existencia de agencias que, a través de prácticas discursivas, transmitan y refuercen el orden de género dominante<sup>13</sup>.

No obstante, si bien no podemos obviar la labor centrípeta de las estructuras, órdenes que se pliegan en sí mismos a través de procesos de recreación donde resultan

---

12 Cursiva en el original.

13 Aunque, como veremos después esta transmisión no resulte inocua sino redefinitoria.

involucrados los sujetos, debemos considerar también las relaciones de género como creativas, de asumir que las prácticas humanas son capaces de generar nuevas situaciones y posibilidades de transformación: “So we cannot think of womanhood or manhood as fixed by nature. But neither should we think of them as simply imposed for outside, by social norms or pressure from authorities. People construct *themselves* as masculine or feminine. We claim a place in the gender order –or respond to the place we can be given— by the way we conduct our-selves in everyday life” (Connell, 2009:6). Si Connell (1987; 1990) persevera en recalcar que las relaciones de género son también interacciones indirectas, mediatizadas por ejemplo por el mercado, la tecnología o la ciencia, les dedica igual atención a las relaciones directas (Connell, 1995). A la autora le interesa, y mucho, explorar cómo los sujetos nacen y crecen en una sociedad *generizada* en la que participan activamente. Una participación, asevera Connell (2009), que debemos comprender como inherentemente desorganizada, dado que los patrones de sus vidas no están determinados de antemano. Este es el nivel micro del orden de género.

La autora describe las instituciones, el Estado, como proveedoras de aquellas matrices organizadoras de las relaciones de género, pero niega la capacidad de éstas para determinar mecánicamente el aprendizaje de los individuos de estos esquemas. A priori, cabe considerar, dice Connell (2009), que las personas, en sus interacciones, negocien género, pongan en escena las versiones hegemónicas de género, o versiones híbridas, u otras versiones. Lo que se aprende de las instituciones es, prosigue la autora, la *competencia de género*. Lo que se aprende es cómo negociar el orden de género, cómo adoptar cierto posicionamiento de género y cómo producir cierta “performance” de género, al mismo tiempo que se interioriza cómo distanciarse de otros posicionamientos. Sin embargo ni este aprendizaje está siempre planeado, ni los sujetos absorben pasivamente lo que merece ser aprendido. Los individuos, en sus interacciones con otros sujetos, reproducen y actualizan, ellos también, las relaciones de género: “Seeing gender learning as the creation of gender projects makes it possible to acknowledge both the agency of the learner and the intractability of gender structures. Gender patterns develop in personal life as a series of encounters with the constraints and possibilities of the existing gender order. In these encounters the learner improvises, copies, creates, and thus develops characteristic strategies for handling situations in which gender relations are present – learns how to “do gender” in particular ways”(Connell, 2009:101).

Para Connell (1987), y este es el punto neurálgico de su obra, cada sociedad –en cada momento histórico– se caracteriza por un orden de género dominante o hegemónico que se mantiene relativamente perdurable en el tiempo. Ello no significa que se trate de un orden omnicompreensivo, totalizador, de forma contraria la autora acepta la coexistencia, en una misma sociedad, de otros órdenes con una vocación contestataria hacia los valores establecidos respecto el género y la sexualidad, que se presentan como puertas de entrada, dice Mc Dowell (2000), al cambio. Con *orden de género* Connell (1987; 1995) se refiere, por lo tanto, a la organización macropolítica de las relaciones de género. Sin embargo alude en su obra también a los *regímenes de género*, con los que quiere dar cuenta de aquellas organizaciones de relaciones de género propias de una institución, de una agencia, de una corporación dada que, enmarcadas en un orden de género dominante, pueden transgredir, reformular o reforzar sus disposiciones.

De esta manera, Raewyn Connell (1990) sitúa a las relaciones de género en el corazón del cambio, de la dinámica histórica: “Crisis tendencies develop in the gender order, which allow new political possibilities” (Connell, 1990:532). Ahora bien, esta articulación que nos propone Connell no tiende a operar como maquinaria de reloj de movimiento acompasado. Del reconocimiento de las relaciones de género como cambiantes no se infiere que las transformaciones, los cambios, se den de forma simultánea y al unísono en cada uno de esos niveles, más bien al contrario, dice Connell (2009), las transformaciones pueden darse con ritmos distintos e incluso con signos dispares entre ellos, algunos pueden ser más silentes y sus consecuencias menos evidentes (Connell, 2009). Entendido en estos términos, el cambio no parece responder a lógicas lineales y cartesianas sino más bien a procesos caóticos desorganizados. El orden social no resulta subvertido como un todo, los distintos niveles que le reconocemos a la estructura social experimentan transformaciones que no necesariamente ni inmediatamente se ven proyectadas en las otras dimensiones relacionales. Sin embargo las crisis estructurales y la creatividad de las relaciones sociales, hacen que los órdenes de género cambien.

El orden de género androcéntrico tiene fin, no sabemos cuál es, ni cómo le llamaremos a ese “nuevo” orden social: “As well as a concept of inequalities of power, we need a concept of equal power –of gender democracy” (Connell, 2009:79), pero es posible su transformación y también necesaria, por no decir urgente. Y nuestro convencimiento es que los movimientos políticos feministas y las investigaciones de género son fundamentales para que ese cambio social sea realizable.

Desde esta posición, y desde el marco de la investigación que presento, considero que la agencia de salud, representada en la práctica de las profesionales que han despertado mi propio interés, participa también, a través de la comunicación y de la práctica pedagógica, en la transmisión de un orden social de género, de un régimen de género. Los interrogantes que se abren en esta primera parte del estudio, giran alrededor de reflexiones a propósito de las configuraciones de estos regímenes. Exploraré entonces unas prácticas sociales –prácticas pedagógicas, en este caso— que son constituyentes y constitutivas de los regímenes de género institucionales y que participan en la definición de posibilidades y constricciones de género para la acción. La primera pregunta que se me plantea es ¿Qué carácter tiene ese marco estructural? ¿Qué espacios se reservan en él a la creatividad, la performatividad individual de género? A mi parecer, esta perspectiva abre una veta de análisis muy enriquecedora acerca de cuáles son las estrategias de afianzamiento y reproducción, o por el contrario las reacciones de resistencia ante el orden macropolítico androcéntrico que estas agentes de salud llevan a cabo. En definitiva nuestra pregunta vehicular no es otra que ¿Qué régimen de género es transmitido por las matronas a través de sus prácticas pedagógicas?

## 1.2. Sobre la desnaturalización de la crianza, un ejercicio necesario para repensar el cuidado como práctica social

Una de las dimensiones fundamentales que propone Connell (1987) para explorar los órdenes de género, como ya hemos analizado, es la asignación, diferenciada y desigual, de escenarios de acción correspondientes a lo socialmente entendido por masculino, y lo comúnmente aceptado como femenino. Bourdieu (2000) añade cierta concreción a este eje refiriéndose a la adscripción genérica de tiempos y espacios, una aportación que resulta interesante en la medida que nos ayuda a visibilizar, como nos han demostrado las investigaciones a propósito de las encuestas sobre usos y empleo del tiempo<sup>14</sup>, las lógicas que imperan en la distribución de aquellas tareas, de aquellos tiempos y de aquellos espacios.

<sup>14</sup> En el Estado Español no disponemos de series temporales que arrojen datos sobre los tiempos dedicados por padres y madres al cuidado de su prole (González, Domínguez y Baizán 2010). Sin embargo sí disponemos de estudios que toman como referencia los datos de las Encuestas de los Usos del Tiempo. Los llamados estudios de los usos del tiempo, aportan información sobre la dedicación temporal que se destina en las familias a las distintas necesidades, y lo más importante, nos permite identificar y comparar entre las dedicaciones de los miembros de una misma familia. María Ángeles Durán fue pionera en el Estado Español en ofrecer un aporte epistemológico que considerara el uso del tiempo como una de las piedras angulares en las desigualdades por razón de género que se producen en el seno de las familias, especialmente en relación a los cuidados: “El tiempo es un recurso escaso que cada persona emplea de modo diferente, pero se trata de conocer si esta diferencia es voluntaria u obligada y si hay perspectiva de cambio para el futuro.” (Durán, 2010:15) Durán y su equipo fueron precursoras de una tradición de encuestas de uso del tiempo con el fin de recopilar información relevante para reflexionar sobre la distribución del tiempo entre hombres y mujeres, entre grupos de edad y entre Comunidades Autónomas (Durán, 2010). El resultado de estos esfuerzos toma forma de una serie de estudios para el CSIC (1990, 1995, 1998, 2003), para el Instituto de la Mujer (1993, 1996, 2001) y para el CIRES (1991, 1996). Cabe decir que estas investigaciones tuvieron una adscripción territorial de Comunidad Autónoma (Madrid, País Vasco). No es hasta 2002-2003 que ve la luz en el Estado Español una encuesta de empleo del tiempo de ámbito estatal, realizada por el INE, que tiene además representatividad a escala de Comunidad Autónoma. Cabe considerar que el tiempo dedicado por padres y madres a la atención de las criaturas (115 horas anuales según la EET, 355 según la EUT), nos habla del tiempo que los y las niñas deben ser cuidados por sus padres y/o madres, porque no están al cargo de otra persona o institución social, lo que remite directamente al tiempo que en esta sociedad necesitan padres y madres para atenderlos. Tema nada secundario si lo que queremos es poner en valor el tiempo de cuidado, si queremos perfilar políticas familiares o laborales, o si lo que nos interesa, como es el caso, es profundizar en quién dedica ese tiempo a sus hijos o hijas.

En esta tesis partimos de que la crianza de menores constituye una de esas prácticas sociales que, embebidas por un sistema de género androcentrista, ha sido entendida y construida socialmente como parcela femenina. Y no sólo eso, sino también como escenario legitimado para la puesta en práctica de lo femenino.

El posicionamiento que asumo aquí no está exento de implicaciones epistemológicas y teóricas, como no podría ser de otra manera. En el momento que me he apropiado de la teoría de Raewyn Connell para enmarcar mi categoría de análisis, esto es, puesto que pretendo someter las prácticas de crianza a la lente del sistema de género, puesto que advierto que el reparto del cuidado reproduce y produce esa estructura que llamamos género, me estoy situando en un polo analítico alejado de la naturalización de la crianza, y también de la naturalización de la maternidad y de la naturalización de la paternidad. Al exponer la teoría de Connell he anticipado que aquello que me interesa son las relaciones de género y cómo estas relaciones se definen, se articulan, se construyen, se consolidan y se transforman. En el momento que convengo que el cuidado de menores constituye una de las prácticas sociales —y no una cualquiera— cuya fisionomía responde, en nuestra sociedad y en nuestro momento histórico, a un orden social concreto, me veo necesariamente obligada a abandonar supuestas certezas a propósito de la naturalidad y la universalidad: la crianza, como práctica social, ni responde a mandatos innatos, ni a patrones estables y transculturales. Y todavía más, el hecho que considere que media y es mediada por relaciones de género, me lleva a descartar cualquier asociación entre el cuidado y una supuesta esencia femenina que capacita y vuelca a las mujeres a hacerse cargo de “sus” bebés.

Para llevar a cabo este ejercicio de problematización de la naturalización de la crianza, Imaz (2007) nos sugiere tres dimensiones de análisis a ser contestadas: la primera de ellas, problematizaría la aceptación de la procreación como proceso estrictamente biológico que se produce sin intervención social; la segunda, interrogaría la ausencia de cuestionamiento sobre la naturaleza del vínculo entre la madre y sus hijos/as, dando por hecho que la relación y los afectos que se establecen entre ellos son de origen biológico e inmediatos al parto; la tercera, cuestionaría la asunción del supuesto de que la adjudicación de las labores de crianza responde a una división sexual natural del trabajo.

No vamos a detenernos aquí en lo que Imaz (2007) llama la naturalización de la procreación, aunque sí retomaremos este tema en nuestro análisis. Por su parte, lo que

proponemos en este capítulo es articular la herramienta teórica de la crianza a partir de su aceptación como construcción histórico-cultural, y a partir de la desnaturalización de la feminización del cuidado.

### 1.2.1. De la construcción ideológica de la crianza y de su transmisión cultural.

El hecho biológico de parir, el hecho biológico de lactar<sup>15</sup>, se imponen a menudo como lecturas omnicomprensivas asociadas al evento de la crianza, cubriendo de sombras todo el contexto social que significa y enmarca esta práctica social. La construcción de la maternidad como esencia femenina cobijada bajo el manto legitimador del instinto —del tan recurrente instinto maternal— ha contribuido a darle forma a una *mística* de la maternidad en la que han participado activamente los hombres (González, 2008). Así, el culto a la maternidad, todavía muy vigente en nuestras sociedades (capitalistas, occidentales, de clase media), vuelve opaca las relaciones de maternidad/paternidad para poner la luz y la exaltación en la maternalización de la crianza, en la identidad maternal de las mujeres. La maternidad se vuelve así consustancial a la feminidad, y el cuidado se abate como su ejercicio más encarnado.

El llamado instinto maternal ha operado como engranaje regulador de la maternidad como hecho natural, ocultando todas las capas de elaboración y reelaboración simbólica que dan forma a sus contornos sociales. La maternidad no es un dato, prueba de ello es la variabilidad que impera en los modos de crianza infantil, modalidades distintivas tanto desde el punto de vista histórico como cultural (Hays, 1993). Una diversidad que nos lleva a pensar, como dice Badinter (1991), que las funciones de padre, madre e hijo/a son determinadas por las necesidades y los valores dominantes de una sociedad dada.

Las antropólogas Ruth Benedict y Margaret Mead nos ilustraron con sus estudios antropológicos sobre una premisa fundamental: la infancia y la crianza de niños y niñas constituyen elaboraciones socioculturales que se enmarcan en contextos estructurales e idearios sociales propios de cada comunidad. Pero no sólo eso, cabe esperar que como evento social que es, la crianza se vea intersectada por la clase social, el nivel educativo,

---

15 Con esto no queremos decir que tanto el parir como el lactar, como el engendrar, sean únicamente hechos biológicos. Ya me he referido a la propuesta de Imaz (2007) donde se nos advierte que la reproducción responde, también, a una construcción histórico-cultural.



la etnia, la religión, así como por las narrativas ontológicas de aquellas y aquellos que se responsabilizan de ella. Tanta heterogeneidad resulta difícilmente atribuible a impulsos innatos, y nos obliga a situarnos en el plano analítico de la crianza desde un posicionamiento epistemológico que la acepta como práctica social cambiante, sujeta a las fuerzas sociales que sacuden a la sociedad y promueven el cambio social (Rodríguez, 2007).

Ahora bien, la relatividad con la que podemos explorar el mundo desde una perspectiva histórica, antropológica o sociológica colisiona fuertemente con las disposiciones del sentido común. El *mundo dado por descontado*, ese universo que se presenta como marco de todas nuestras experiencias sociales, nos proporciona un repertorio social de conocimientos que nos permite descodificar esta experiencia (Berger y Luckmann, 1988). Se trata del esquema tipificador sobre la *forma correcta* de criar: lo bueno y lo perjudicial para las criaturas emergen en el plano discursivo como preceptos ahistóricos, certezas que no necesitan verificación y se imponen como realidades objetivas, racionales y, sobre todo, funcionales y *pertinentes*. Estos son los *modos* de crianza adecuada, los patrones dominantes del cuidado, marcos simbólicos obviados como tales, coherentes desde el punto de vista “lógico” con lo que necesitan las niñas y los niños y preceptivos sobre cómo actuar al respecto: “lo que es importante es el *sentido* socialmente construido del embarazo y la lactancia; las ideas y las prácticas asociadas a dar a luz y criar a los hijos son lo que constituye la cultura de la maternidad socialmente adecuada” (Hays, 1998:38). La potencialidad de estos esquemas tipificados no es otra que la de presentarse como conocimientos a priori de la experiencia individual, articuladores del significado de ésta, realidades fácticas que no ponemos en entredicho (Berger y Luckmann, 1988).

Sería obcecado por nuestra parte considerar estos modelos como meros diarios de consejos e indicaciones prácticas a propósito de los/as menores y su bienestar. El alcance de estos sistemas culturales va mucho más allá. Puesto que operan como esquemas culturales, le confieren orden a la realidad de la crianza, en palabras de Hays: “Implícita o explícitamente, tales modelos culturales no sólo ofrecen ideas acerca de quiénes son los niños, qué entraña su crianza y quién debería criarlos, sino que también describen por qué este modelo es el mejor para los niños, los adultos y la sociedad como un todo” (Hays, 1998:47). Efectivamente, los presupuestos sobre la crianza remiten a una serie de mecanismos y estrategias de transmisión de directrices. Coordinadas de acción deudoras, nos demuestra la historiografía, de ideologías construidas sobre las bases de

la representación de la infancia de cada momento histórico, así como del ideario relativo a las funciones sociales respecto a estos infantes. En otras palabras, es la injerencia de la sociedad en la definición de la atención a la infancia la que perfila las fronteras del cuidado. Ello conlleva que en cada sociedad y en cada momento histórico se construyan modelos ideales de crianza, guiados (que no determinados) por pautas culturales adquiridas a través de procesos de socialización primaria pero también, como veremos, de socialización secundaria y terciaria (Lozano, 2001).

La vida histórica de la humanidad se desarrolla en redes temporales acotadas con tramas distintas a las de la experiencia biográfica. La experiencia subjetiva de la realidad adolece de historicidad y relatividad. Nuestro aquí y nuestro ahora nos hace pensar que los modos en los que se fragua el orden social son universales y atemporales, sin percibir, como apunta Hays (1998), que no constituyen más que el reflejo de un esquema cultural específico que se ha ido construyendo a lo largo del tiempo y en circunstancias particulares. La crianza se ve atrapada en las telarañas del tiempo, de la distribución familiar de los tiempos, pero también de la elaboración histórica del tiempo, de aquel prisma que nos hace sabedoras de que en otros momentos y en otros lares la crianza y sus *tempus* fueron distintos.

Lo que sigue a continuación es una exposición muy escueta de los contornos que ha adoptado la crianza en la historia occidental reciente. Una exploración que debo anticipar como sesgada y parcial dado que no recoge la heterogeneidad que podríamos encontrar en contextos y estratos sociales diferentes. Una revisión histórica del cuidado infantil no sólo debería mostrar aquella lectura dominante sobre la crianza, sino que debería aceptar y visibilizar la multiplicidad de formas de atención coexistentes en una misma sociedad. Sin embargo, y siendo muy conscientes de las limitaciones de nuestra propuesta, el objetivo de esta revisión no pretende ser otro que el de cumplir con una función ilustrativa del carácter de constructo cambiante que debemos reconocerle a los modelos de crianza; esto al tiempo que ponemos el foco de nuestra atención en visibilizar que, aunque la(s) crianza(s) se moldeen de acuerdo a deseos y expectativas individuales o familiares, no son infinitas las posibilidades de acometer el cuidado como práctica social. O lo que es lo mismo, que en cada sociedad podemos identificar una lectura de la crianza preponderante, dominante, un relato que resuelve cuáles son las necesidades de las criaturas, de las y los adultos, y a razón de ello, quién debe hacerse cargo de estos y estas menores.

Con todo, y dado el interés que profeso por deconstruir una noción del cuidado sujeta a la naturaleza, parece oportuno trazar una genealogía resumida sobre la construcción de la infancia como institución social y sobre la representación de su cuidado. Merece la pena insistir, no obstante, que lo que se trata aquí no son más que arquetipos del tipo de relaciones entre adulto/as y menores y no prácticas concretizadas de crianza. Presentaremos, por lo tanto, marcos ideológicos que a lo largo de la historia se han impuesto como modalidades *correctas* del cuidado. Pondremos la atención en los vínculos que relacionan los modos de crianza con la cultura y la organización social con el propósito de demostrar la no-naturalidad de la crianza y, contrariamente, la necesidad de aprender y aprehender esta práctica social contextualizada en unas relaciones de género concretas, pero también con la intención de poner encima de la mesa la puesta en tela de juicio de esos mecanismos que han conseguido que todavía hoy criar, sea cosa de mujeres.

### **1.2.1.1. Criar en la Edad Media**

La representación de las criaturas en la Edad Media, según el recorrido histórico que hace Hays (1998) era la de seres animalescos, demoníacos y físicamente frágiles. La infancia se consideraba una etapa inútil, de tránsito hacia el desarrollo pleno de las capacidades de labor, que se estipulaba en los seis años. Las criaturas pequeñas eran ignoradas, ni mimadas, ni acariciadas, ni consoladas, hasta que demostraban habilidades para hacerse cargo de la casa, la familia y/o el ganado, ellas, y para volverse “aprendices” de la vida adulta, ellos. Entonces tampoco eran mimados, ni acariciados, ni consolados pero sí tomados en cuenta por lo que valían para la familia. Expone Salinas (2001) que en la sociedad tradicional los niños y niñas acostumbraban a ser mantenidos a distancia y educados bajo la vara de la sumisión, los y las menores se doblegaban a la autoridad de los adultos, de la misma manera que las mujeres lo hacían a la de los hombres: “Se podría aducir que las relaciones padre-hijo seguían los mismos patrones que gobernaban todas las esferas de la vida: cariño mezclado con agresión y miedo, y obligaciones y compromisos mutuos mezclados con la búsqueda de la ventaja personal” (Hays, 1998: 53). En el contexto socio-político e ideológico de la sociedad tradicional y de la primera modernidad, los hijos e hijas estaban subordinados a los padres a quienes demostraban respeto y obediencia, y cumplían con las funciones y responsabilidades que “su” sexo y su edad les tenía reservadas (Salinas, 2001).

Estas actitudes familiares han sido entendidas a menudo como muestras de una falta de afecto o desinterés por las criaturas, sin embargo, las condiciones sociales del momento parecen servir de caldo de cultivo para una representación de la infancia, y por lo tanto para una consideración de la crianza *desapegada*<sup>16</sup>. La alta mortalidad infantil, las enfermedades, pestes y epidemias, el hambre y la miseria... se cebaban con los más vulnerables, las probabilidades de llegar a la vida adulta eran escasas (Salinas, 2001). En una sociedad donde las mujeres simultaneaban el cuidado y la actividad económica —a excepción de aquellas nobles que podían dedicarse al retiro— la atención continua que demandaban los bebés suponía no sólo una gran carga económica, sino un estorbo para la implicación de las mujeres en la actividad familiar. De esta manera, lo común, lo normal, en aquellas familias con recursos en las que las mujeres participaban activamente en los talleres o comercios, era dejar al cuidado de otras personas a las niñas pequeñas y a los niños pequeños<sup>17</sup>.

Este retrato de lo que fue la crianza en aquella época, nos remite a una concepción de la maternidad y el cuidado disímil a la actual. Una “dejadez” para con la prole que ha sido considerada como expresión de una concepción masculina de la crianza, caracterizada por el distanciamiento emocional. Sin embargo, Badinter (1991) hace una advertencia a propósito de esta consideración: “Es más exacto sacar la conclusión de que las conductas que acabamos de analizar son el resultado de una complicidad entre la madre y el padre, entre el marido y la mujer. Simplemente sucede que la actitud masculina nos choca menos, porque nunca nadie, hasta día de hoy, ha erigido el amor paternal en ley universal de la naturaleza. Creemos que es necesario que nos resignemos a relativizar también el amor maternal, y a comprobar que “el grito de la naturaleza” no siempre se escucha” (Badinter, 1991:116). En otras palabras, es nuestra aceptación incuestionable sobre los vínculos instintivos entre madre e hijo/a lo que no nos deja plantear si quiera otros tipos de relaciones que no pasen por la entrega de las mujeres al cuidado.

---

16 Utilizo este adjetivo aún siendo consciente que éste encierra una concepción cultural de lo que se entiende por apego.

17 Los datos que aporta Badinter (1991) a propósito del origen social de las familias que contrataban a amas de cría, nos parecen ilustrativos de lo que acabamos de exponer: el 44% de estos casos provenía de familias comerciantes, el 24% de familias con profesiones de obreros, oficiales artesanos y jornaleros, el 16% de oficiales civiles y profesiones liberales, el 7% de nobles, la misma cantidad de criados y de granjeros, por último sólo un 2% venían de familias cuyo cabeza de familia eran oficiales militares.

En estas sociedades los procesos de embarazo, parto y atención de las y los menores constituyó una tarea de mujeres y entre mujeres. Las mujeres parían en casa y eran asistidas por otras mujeres mayores o por alguna comadrona o partera (Salinas, 2001). El nacimiento de una criatura conllevaba la asunción de una nueva responsabilidad para las mujeres de la familia. En estas etapas de elevados índices de mortalidad y morbilidad infantil, eran ellas quienes asumían estas responsabilidades y eran ellas quienes, en contextos comunitarios, socializaban y eran socializadas en el cuidado de la prole como una expresión más de sus posiciones de género. Las niñas aprendían a ser madres en escenarios privados feminizados, la herencia cultural de la maternidad se transmitía así de generación a generación en los confines familiares, y a través de ella o a propósito de ella, se articulaba un orden de género que les reservaba el escenario del cuidado. Las niñas se preparaban así para sus tareas futuras, al tiempo que descargaban a sus madres de parte de las labores de cuidado para que éstas pudieran dedicarle más tiempo a la actividad económica familiar (Salinas, 2001).

En las sociedades tradicionales y premodernas, eran las tupidas redes comunitarias las que devenían marco insoslayable del aprehendizaje de la feminidad, la maternidad y el cuidado. Dentro de las fronteras de una división del trabajo genérica más o menos rígida de acuerdo a la sociedad y la idiosincrasia familiar, el nacer niña resultaba vinculante a las acciones de atender, cuidar y asistir. Sin embargo, este cometido no era el único que se esperaba de las mujeres. Contradiendo las visiones que refieren una desquebrajada división sexual del trabajo en la Edad Media, podemos decir que niñas y mujeres participaban también, en mayor o menor medida, de las actividades productivas familiares. En las sociedades en las que se practicaba la agricultura de subsistencia, apunta Izquierdo (1999), y también en las familias que desarrollaban ciertos oficios, como nos demostraba Badinter (1991), las mujeres asumían actividades distintas a las de los hombres, sin embargo ellas y ellos contribuían conjuntamente a producir los medios de sustento familiar. Esta organización familiar comportaba, en palabras de Izquierdo (1999:43): “que el hombre y la mujer tuvieran un estatuto familiar más similar que el actual, en el sentido en que no se podía negar la contribución del uno y del otro al sostenimiento material de la familia.”

La socialización se daba en el ámbito doméstico, un escenario de reproducción y producción de unas relaciones de género no igualitarias. Los espacios reducidos y compartidos de convivencia y sociabilidad se fraguaban como escenarios idóneos

para el aprendizaje social transmitido no sólo por madres, sino también por vecinas y parientes en los medios populares, y por nodrizas y criadas entre las clases acomodadas (Bolufer, 2000). Cabe insistir que no nos referimos a una reproducción cultural ordenada y sin fisuras, ni por supuesto homogénea, de forma contraria anticipamos que en estos procesos intervenían muchos factores condicionantes, la situación material de la familia, los “modelos” de feminidad y masculinidad con los que convivían los menores cotidianamente, el entorno urbano o rural o las pautas culturales vigentes en la sociedad se vertebraban en esos procesos de reproducción y producción del orden de género.

Merece la pena reforzar aquí una cuestión so pena de evitar confusiones. Nuestra lectura sobre la distribución de tareas entre hombres y mujeres, entre niños y niñas, y del aprendizaje de la maternidad/cuidadora y no de la paternidad/cuidadora, no se detiene, o no quiere prestar atención a los comportamientos, o los roles que supuestamente eran asignados a unas o a otros. Nuestra mirada se ve focalizada en esta división de labores como reflejos de unas relaciones sociales genéricas. En otras palabras, lo que pretendemos aquí con este recorrido histórico, y lo que nos interesará en nuestro análisis sucesivo, es la transmisión y la adquisición de unos esquemas de relaciones donde las posiciones sociales de hombres y mujeres no resultan equivalentes. Sirva de anticipo de lo que expondremos después, el advertir de la inestabilidad y fragmentación que les son inherentes a estos procesos de transmisión y adquisición, que no podemos concebir como procedimientos ordenados, ni definitivos, ni mucho menos homogéneos. Ahora bien, al mismo tiempo que hacemos estas afirmaciones debemos ser conscientes, desde nuestro marco teórico de género, que las estructuras micro/macro sociales se ven impregnadas de un orden de género dominante a escrutarse, cuyas expresiones más patentes serían aquellas de la masculinidad homogénea y la feminidad homogénea, y las relaciones que se estipulan para ellas.

#### **1.2.1.2. La infancia para los propagandistas.**

Explica Julia Varela (1986) en su revisión sociográfica de la infancia, que los modos de educación destinados a los niños e impulsados por los propagandistas católicos en el siglo XVII, devinieron pieza fundamental en el engranaje político que tenía como objetivo el florecimiento de una nueva sociedad pacífica y estratificada. Una directriz sin embargo, prosigue la autora, que le tenía reservado un papel coadyuvante a la institución de la familia cristiana.

Humanistas como Erasmo de Rotterdam y Luis Vives, convienen en que la infancia constituye la etapa de la vida idónea para iniciar la crianza e instrucción de los menores. Iniciación precoz entendida como piedra angular que promoverá el cambio hacia un nuevo orden social. Las características que estos humanistas reformadores les reconocen a los niños –no tanto a las niñas– son la maleabilidad y la ductilidad, condición necesaria para plantear la necesidad y urgencia de una formación y cuidado adecuados: “con el fin de convertir a estos peculiares seres en sujetos racionales, buenos cristianos y ejemplares súbditos” (Varela, 1986: 156).

En el momento que se reconoce la individualidad de los sujetos-niños y se les atribuye características distintivas, surgen los colegios e instituciones destinados a su educación, lo que da origen en esta época al florecimiento de todo un dispositivo moralizador (educación institucional, libros de urbanidad, catecismo...), apunta Varela (1986), destinado a las criaturas, sobre todo a las burguesas. Esquemas de conocimiento que descansan en una nueva concepción de la relación adulto-niño mediada por la distancia, la reserva. Una separación que incluso se hará física en el caso de las familias con recursos, que segregarán a sus hijos de la comunidad para ser internados en colegios, la mayor parte de ellos pertenecientes a órdenes religiosas, donde instruirlos. Hay asimismo un interés manifiesto en que los niños pobres sean también educados en instituciones: “el nuevo orden social que coincide con el despertar del capitalismo primitivo, se verá asegurado, entre otras cosas, por el adoctrinamiento religioso-moral de los muchachos miserables destinados por su baja condición a los oficios más duros y viles del Reino” (Varela, 1986:170). En otras palabras, el nuevo orden económico y político necesitaba de buenos trabajadores que aceptaran sumisamente su función.

De esta manera, las obras de estos pensadores marcarán los caminos por los que ha de discurrir la socialización de los infantes y constituirán la antesala de definiciones posteriores, entre las que destaca la de Jean Jacques Rousseau. Autores como Rousseau reclaman a las madres que se hagan cargo de sus pequeños sin delegar tal función a persona tercera, y las instan a asumir los cuidados de la primera infancia como competencia propia. El filósofo francés llega incluso a difundir un alegato naturalista en defensa de la lactancia materna: “La primera educación es lo que más importa –asevera– y sin la menor duda compete a las mujeres; si tuvieran que encargarse los hombres de ella, el Autor de la Naturaleza les habría concedido leche para que pudieran criarlos” (Rousseau, 1762, citado en Bolufer, 2000). La injerencia de pensadores como

Rousseau en la conceptualización del “lugar” que le corresponde a la mujer con respecto a la prole, abre la veda a futuros *savantes* que hicieron del *maternaje*<sup>18</sup> el centro de sus miradas y vigilancias. La participación de expertos, pero también de expertas, en las configuraciones narrativas de la crianza que se iniciaron en esta época, deviene una de las características definitorias, como veremos después, de un modelo de crianza que todavía mantiene su actualidad en nuestra sociedad.

Este aviso para navegantes del filósofo francés es deudor de un nuevo *ethos* simbólico que resituaba a las mujeres progenitoras en un nuevo orden de funciones sociales. La gestación y alumbramiento de nuevas vidas no podía ser dissociada de la labor de crianza de éstas. Se acabaron preceptivamente las amas de cría, las sirvientas-criadoras, e incluso las hermanas mayores que solían compartir con las madres dicha labor. Las madres, ellas solas, eran reconocidas como el ser a quien correspondía esa tarea y quien mejor podía desempeñarla, y así las mujeres eran llamadas a buscar en su interior, en sus instintos, en sus saberes innatos, en su amor incondicional para llevar a cabo solícitamente esta tarea (Hays, 1998).

Nuestra exposición de unas demandas relativas al cuidado que empiezan a aproximarse a lo que Hays (1993) ha denominado la maternidad intensiva, merece un esfuerzo crítico que huya de peligrosas generalizaciones. La que podría llamarse como la ideología de la feminización del cuidado, constituyó efectivamente, al igual que el resto de idearios relativos al cuidado infantil que presentamos aquí, una narrativa reconocida y legitimada por los poderes sociales de la época. Ahora bien, inferir de ello que era aceptada y correspondida por todas y cada una de las mujeres/familias como credo identitario, es cegar la maleabilidad que adoptan las prácticas sociales en relación a sus normas. En las filas femeninas se encontraban mujeres que, con más o menos éxito, conseguían reivindicar para sí otros escenarios de construcción identitaria tangenciales a los de la maternidad en exclusiva; por otro lado, como apunta Hays (1993), las situaciones económicas y las idiosincrasias familiares no permitían a muchas familias liberar de trabajo productivo a uno de sus miembros adultos. Todo este elenco de “desviaciones” de la norma, hace pensar que esta reasignación identitaria dedicada a las mujeres no

---

18 Concepto acuñado por Nancy Chodorow (1978) que cita Saletti (2008). Chodorow sitúa el ejercicio maternal de las mujeres como el punto central de la división sexual del trabajo, y promueve la necesidad de estudiar la noción de “maternaje” como el resultado de un proceso cultural que le ha asignado históricamente a las mujeres el papel de cuidadoras.



daba suficientes frutos. El instinto maternal no parece despertarse en las mujeres a pesar de las delicias que se le confieren, y resulta necesario arroparlo con todo un entramado experto que lo justifique.

### **1.2.1.3. Criar a partir de la industrialización.**

La historiografía de la revolución industrial, señala Gadey (1998) insiste en la abruptividad de los cambios que intervinieron en ella. Una sociedad de producción agrícola e industrial centrada en la familia y caracterizada por la autoproducción y el autoconsumo, da paso a un modo de producción marcado por la separación entre el espacio productivo y el espacio doméstico, la generalización del trabajo asalariado, la invención de la fábrica y la aparición de una sociedad de consumo. Es este escenario de fondo el que lleva a Qvortrup (citado en Gaitán, 2006) a referirse a la industrialización como el motor vertebrador de las transformaciones sobre la representación de la infancia. La nueva división del trabajo que destina a los menores a la escolarización opera como punto de inflexión, donde aquellos agentes anteriormente valorados por su contribución económica directa a la familia, pasan a reconfigurarse como seres dependientes con necesidades de cuidado y protección.

A finales del siglo XVIII los Estados necesitaban engrosar cuanto más sus censos. El pensamiento poblacionista de la época infiere la fortaleza de los Estados de la cantidad y vigorosidad de sus habitantes. Los *descuidos* del Antiguo Régimen no son ya tolerables y para finales del siglo XIX y primeras décadas del XX, distintos Estados de la Europa Occidental ponen cartas en el asunto en un intento de asegurar las condiciones necesarias para la supervivencia de menores y neonatos. La responsabilidad de salvaguarda de las nuevas generaciones se asume así como asunto público y se ponen en práctica políticas sociales de protección de la maternidad (González, 2008). Los discursos científicos, entre otros, señala Badinter (1991) son los encargados de urdir la trama de una narrativa que hace de las mujeres, sobre todo, madres. Un discurso que coloca en el epicentro de la identidad femenina el amor incondicional hacia los hijos e hijas, que asocia el cuidado a una experiencia de autorrealización.

Esta resignificación de la crianza constituye un punto y aparte, ahora sí, determinante para las mujeres. El entramado discursivo que atrapa a las mujeres en el cuidado, alude a la exclusividad de las tareas de crianza por parte de ellas. El control simbólico y social de este patriarcado incipiente se sirve de lecturas políticas para reconfigurar la maternidad

en un evento naturalizado. La mujer<sup>19</sup>, de acuerdo *a su naturaleza*, goza de la capacidad reproductora, y es precisamente a ese goce al que debe dedicar su existencia: asistimos aquí al origen de lo que hoy conocemos como “instinto maternal”.

Lo que acabamos de exponer, evidencia que es la lógica del sistema patriarcal, la que impulsa a elaborar argumentos persuasivos de esa *inclinación natural* de las mujeres a la atención exclusiva a su prole (Saletti, 2008). Cabe considerar, entonces, que no hay nada innato en este tipo de maternidad, sino contrariamente, que se trata de una maternidad vigilada y necesaria para mantener el modelo patriarcal (Sau 1995 en Saletti, 2008).

El resquebrajamiento de los espacios sociales que se deriva de esta representación naturalizada de la maternidad, se debe entender como la génesis de la domesticidad, referente no sólo espacial sino también simbólico que devendrá el escenario prioritario de la subordinación femenina. Asistimos así a los albores de la articulación de un campo discursivo que inscribe a las mujeres en el triunvirato feminidad/maternidad/domesticidad, diluyendo las fronteras de estas categorías y haciendo de ellas una adscripción genérica. Se trata del primer peldaño de una escalera retorcida de caracol que, más o menos veladamente, ha hecho ascender un mandato social que hace de la crianza un ejercicio de intensidad y entrega que corresponde a las mujeres.

Paralelamente a este proceso, el siglo XIX trae consigo un viraje de la privatización del aprendizaje maternal. La alarma ante las mermas de la población de menos recursos, sobre todo, pone en ojo avizor a unos Estados que quieren disponer de súbditos funcionales, lo que merece poner en acción todas las instituciones para controlar el *caos* existente. En un intento de frenar y controlar la “dejadez parental”, la congregación de discursos provenientes de los planos médico, moral y pedagógico fomenta y difunde un modelo de mujer-madre y, lo más importante, se apropia de la salvaguarda de los niños y niñas como asunto de Estado, como función pública (González, 2008). La solución a esta amenaza de despoblación pasa por considerar la crianza, la buena-crianza, como tabla de salvación, para la cual cabía educar a las mujeres en la responsabilización de una única función social, la de ser madres abnegadas (Bolufer, 1998).

---

19 La abstracción de la heterogeneidad con la que puede experimentarse la feminidad, da origen al epíteto de “mujer”, en singular, una maniobra que refuerza la asociación entre identidad y biología.

La ideología de la buena-madre se fragua en los planteamientos de la medicina, la religión y la escuela y se abate sobre la supuesta ignorancia de las familias deudoras de las malas praxis de crianza. Estos planteamientos, que tendrán consecuencias todavía manifiestas en la sociedad actual, se articulan en un esquema de presupuestos morales que transfiguran el papel social de las mujeres. En primer lugar, la articulación del mito de la maternidad y la buena madre reserva para las mujeres el hogar, lo no-público como escenario donde desarrollar sus funciones familiares, alejándolas de toda participación en las actividades económicas y, por lo tanto, de la posibilidad de construir para sí un lugar en la sociedad; en segundo lugar, descapitaliza a las mujeres de los conocimientos relativos al cuidado y bienestar de sus hijos e hijas, desvalorizando y cuestionando el acervo de saberes y prácticas transmitidas culturalmente de manera informal; y por último, convierte el aprehendizaje de la maternidad en un aprendizaje controlado por las instituciones y desarrollado por nuevas profesiones (Bolufer, 1998).

La (re)producción de la masculinidad y la femineidad se apoya en pilares de asociación entre las funciones sociales, los espacios reservados y las identidades diferenciales. Una transformación que no sólo debe entenderse como funcional al sistema capitalista, sino también como estrategia orquestada por los varones para legitimar sus posiciones de privilegio que tradicionalmente han mantenido respecto a las mujeres (Pérez-Fuentes, 1991).

Es el orden capitalista el que redefine a la población convirtiéndola en riqueza/fuerza de trabajo y, por lo tanto, objeto de preocupación, administración y control. Los trabajadores de la mercantilización deben gozar de buena salud para resultar operativos, pero no sólo eso, sino que la nueva sociedad necesita de generaciones de fuerza de trabajo de reemplazo. Esta es la génesis, nos dice Izquierdo (1999), de la familia moderna y de sus personajes: el ama de casa, el ganador de pan (*breadwinner*) y el niño/la niña. Lo destacable de esto, sin embargo, es que en esta ingeniería detentan un papel importante el conjunto de instituciones sociales, y no sólo la institución familiar. A algunas de ellas les es asignado el cometido de educar a las mujeres en la buena maternidad. En resumen, parece haber cierto acuerdo en considerar que fue el final del siglo XVIII el que le dio alas a la exaltación del amor maternal, alas que adquirieron unos vuelos que todavía hoy no han perdido toda su altura.

Se pone en marcha así todo un dispositivo ideológico asentado en la exaltación de la domesticidad, de la feminidad, de la maternidad, del cuidado que recurre, aunque parezca contradictorio, a evidenciar la falta de conocimientos, de formación de las mujeres respecto a estos saberes. Pero la contradicción no es tal. La sociedad y sus instituciones pretendían orientar a las mujeres hacia una crianza controlada por el orden social vigente. No son válidos todos los cuidados, sólo los *buenos cuidados*: “El propósito de hacer de las mujeres madres conscientes, profesionales de la maternidad, en el doble sentido de que adquirieran y asumieran dócilmente que tal era su sagrada y única misión y de que precisaban para ello de unos saberes específicos que era necesario y urgente asimilar, se vincula a ciertos parámetros que conviene sintetizar, y que si bien siguieron presentes en las primeras décadas del siglo XX, tuvieron su origen en la segunda mitad del XIX: unos se relacionaban con las nuevas concepciones acerca de la naturaleza y el papel social de las mujeres; otros, con la problemática social y en concreto, con la lucha contra la mortalidad infantil (...) y otros, en fin, con el afianzamiento de la presencia y autoridad de la clase médica en el conjunto social” (Palacios, 2007:112).

Una de las instituciones que en nuestro país, al igual que en los de nuestros vecinos europeos, ha participado activamente en la transmisión de la ideología de la buena madre, ha sido la escuela. La Ley de Instrucción Pública de 1857, señala González (2008), prescribió la enseñanza de la materia de Higiene en la escuela primaria, y los primeros textos referentes a ella se editan a partir de 1858. Con estos tratados de la maternidad se deposita en la educación formal, apunta la autora, la función de convertir a las niñas en pequeñas madres, de prepararlas para su destino, enseñándoles y popularizando la atención maternal e instrumentalizando el cuidado de los niños y niñas. La inclusión en el espacio escolar de la población femenina se veía justificada por los fines de su instrucción, las niñas no iban a la escuela a aprender, sino sobre todo a ser socializadas como futuras madres (Palacios, 2007). Con las Enseñanzas del Hogar y sus materias y contenidos, se pretendía ponerle luz a la ignorancia, la desidia y la superstición que, según los poderes públicos, costaba tantas vidas a los censos de población (González, 2008). Al tiempo, se fraguaban simbólicamente unas posiciones de género confinadas a unos escenarios cada vez más resignificados como femeninos.

A las Enseñanzas del Hogar siguieron las clases de Economía Doméstica, y después las Escuelas de Puericultura, primer paso hacia la profesionalización de la maternidad y el cuidado. Así materias, recursos, cursos y cursillos contribuyeron a la transmisión de la

maternidad y la domesticidad en las mujeres. Cabe destacar, que nuestro país vivió un período de especial ensalzamiento de la maternidad como identidad omnicomprensiva de las mujeres y motivo esencial de su autorrealización, este fue el de la dictadura militar. La Falange Española, expone González (2008), revalorizó el espacio doméstico contribuyendo a la asociación directa entre la buena-mujer y la buena-madre, postulados que mantenían la estructura del modelo de mujer y de crianza funcional para el régimen: “Las mujeres eran fundamentales para la dictadura del general Franco, biológicamente reproducían la especie, pero a nivel ideológico también desempeñaban un papel crucial reproduciendo el discurso ideológico bajo la atenta mirada del fascismo. Como educadoras de la prole difundían los postulados y consignas políticas, las mismas que ellas recibían a través de la educación formal e informal” (González, 2008:106).

Los dogmas religiosos alimentaron por su parte esta ideología normativizadora. La construcción simbólica de la maternidad en las religiones mayoritarias de las sociedades occidentales, evocan los pilares de la cultura patriarcal, la religión católica, por su parte, ha de ser pensada como caso excepcional, como señala Lozano (2001), debido sobre todo a la instrumentalización del culto a María. Efectivamente, a través de este símbolo y lejos de enaltecer a las mujeres, el Cristianismo reforzaba el ideal femenino de la maternidad, una maternidad piadosa, abnegada, sumisa y dócil (González, 2008).

Pero en este ademán de convertir a las mujeres en profesionales de la maternidad, jugó un papel capital, anterior incluso a la institucionalización de la maternidad como enseñanza, el discurso médico. El Higienismo del siglo XVIII convirtió la construcción ideológica de la maternidad en un área de acción fundamental para el ejercicio de la medicina pública. La íntima conexión que se derivó entonces entre salud y moral en lo que se refiere a la crianza, sigue vigente en la actualidad y es, de hecho, objeto del análisis que aquí presentamos. La medicina y concretamente las nuevas disciplinas relacionadas con la higiene, actúan a modo de poder político, capilar y microscópico, diría Foucault, que esculpe a los trabajadores de acuerdo a las demandas del mundo industrial, al tiempo que reubica a las mujeres en un nuevo espacio. Esta articulación entre saber y poder, que analizaremos en un capítulo posterior, dota a las ciencias médicas de un protagonismo nada desdeñable (Pérez-Fuentes, 1991).

Educación e higiene devienen ejes fundamentales del proyecto del reformismo ilustrado que tiende unos puentes sólidos entre la sociedad y el individuo. La higiene pública se corresponde y se complementa con la higiene privada: el cuidado de la salud no resulta

sólo conveniente para el individuo, sino necesario para la utilidad pública (Bolufer, 2000). Los esquemas de conocimiento propios de la ciencia médica de finales del siglo XIX, ponían en tela de juicio aquellas prácticas y acervos de saberes en relación a la crianza popularizados entre las distintas capas sociales. El desconocimiento de las mujeres sobre nutrición infantil “adecuada” e higiene y salubridad “necesaria” las convertía, a ojos de la clase médica, en responsables y culpables de las amenazas de despoblación (Palacios, 2007), al tiempo que justificaba su tutela y adoctrinamiento. Efectivamente, ya el Higienismo del siglo XVIII disponía de estrategias educativas pertinentes para cada estrato social: para las clases medias y altas –que se suponían cultivadas– se reservaba una amplia literatura de divulgación médica y pedagógica, con el fin que se instruyeran de forma autónoma en los preceptos higiénicos, e incluso ejercieran de vehiculizadoras de estos mensajes entre las otras capas sociales; por el contrario a las clases populares se les destinaban las medidas impositoras en forma de prohibiciones y coacciones directas (Bolufer, 2000).

Las “gotas de leche” fueron instituciones que emergen en España a partir de 1902 con el propósito manifiesto de reducir el índice de mortalidad infantil. En ellas se dispensaba leche materna con garantías higiénicas al tiempo que se ofrecía educación sanitaria a las madres (Barona, 2006). Resulta evidente que en la razón de ser de estas entidades se aunaba la argumentación poblacional con el discurso moralizador y controlador de la población femenina. Un relato posicionado en las advertencias sobre lo dañino de recurrir a las amas de cría, que instaba veladamente a las mujeres a *recuperar* su función *natural*. Encuadrada en este marco conceptual, dice Barona (2006), la Escuela Provincial de Puericultura de Valencia representó uno de los pilares fundamentales auspiciador de este doble propósito.

El nuevo proyecto de sociedad promovido por los poderes vigentes, al servicio del cual se prestan los avances científicos, requiere una estructura social poblada y sana y, por lo tanto, la reconversión de una parte de la población en especialistas del cuidado y la atención. El algoritmo se resuelve fácilmente. Las mujeres, que hasta el momento habían desarrollado estas labores de forma parcial, son reclamadas como tesoreras del hogar y, por lo tanto, guardianas de la salud de sus miembros, especialmente de la de niñas y niños. Francisco Javier Santero, Catedrático de Higiene de la Facultad de Medicina de Madrid afirma “el trabajo es el fin del hombre, la razón de su existencia: la higiene

debe, pues, procurar, adquirir y conservar la aptitud al trabajo.<sup>20</sup> Con esta declaración, este médico de la *cuestión social* no sólo le reconocía a la higiene un papel motor del engranaje social, sino que además, ponía encima de la mesa la *necesidad* de que alguien se hiciera cargo de procurarle la higiene al trabajador. Este alguien era la medicina —en nombre del Estado— a nivel público, y eran también las mujeres, a nivel privado.

Reconvertidas en profesionales de lo doméstico, las mujeres devienen objeto de atención de un proceso disciplinario de prácticas higiénicas y morales (Pérez-Fuentes, 1991). Han de ser *formadas* en estos conocimientos, han de interiorizar y aprender la buena crianza, saludable, higiénica: “En un momento en que la disminución de la mortalidad infantil se vinculaba a la capacidad de las madres para proporcionar los cuidados apropiados a sus hijos, el desarrollo de la puericultura se vislumbró como una herramienta importante para su capacitación y se optó tanto por la formación directa de las madres, como por la de agentes intermedios como maestras, matronas o enfermeras” (Barona, 2006:180). De todas las acciones formativas que se desarrollaron en esta institución destacamos, en concreto, aquellas que iban orientadas a mujeres recién casadas para instruir las en la crianza y los problemas que de ella se pudieran derivar, así como también los cursos sobre Higiene Infantil dedicados a madres lactantes, señoritas o recién casadas y médicos, y que constituían el grueso de la actividad docente de la organización (Barona, 2006). Esta es, ciertamente, la génesis del programa de Educación Maternal objeto de nuestra investigación. Una acción formativa, la actual, que parece resistirse —como veremos— a desprenderse de los propósitos que le dieron forma a su antecesora.

Debemos advertir después de lo expuesto, que los intentos por frenar la mortalidad y mejorar las condiciones de vida de las clases populares emprendidos por médicos e higienistas no estuvieron exentos de propósitos moralizadores y normativos que, beneficiándose de su imagen filantrópica, contribuyeron a difundir unas prácticas sociales concretas acordes a los intereses de los grupos dominantes: la burguesía y los varones.

Lo relevante de este proceso, es que los médicos higienistas confrontan sus conocimientos científicos a los modos e ideologías de crianza transmitidas tradicionalmente por el acervo popular, cuestionando y rebatiendo las segundas como muestras de la ignorancia de

---

20 Citado en Pérez-Fuentes (1991:129)

las madres. El resultado de esta operación es la apropiación, por parte de la medicina, de unos saberes que habían estado tradicionalmente al recaudo de las mujeres, dado que eran ellas a quienes había incumbido esta labor. La población femenina, sobre todo aquella de estratos populares, se ve así tachada de ignorante, descapitalizada de los conocimientos tradicionales sobre el cuidado de la prole y colocada en una posición sumisa en el orden social de conocimiento capitaneado por higienistas, médicos y poderes sociales: a las mujeres ya no se les reconoce, si quiera, sus saberes del parir y del criar. Las madres de las clases populares, en menor medida las de las clases pudientes, pero también las nodrizas y criadas pasan a ser vigiladas de cerca. En el juego de las representaciones, la distribución del conocimiento/poder está del lado masculino y ello contribuye a fortalecer unas diferencias reconvertidas en subordinación en las que la maternidad se instituye como concepto regulador (Lozano, 2001).

#### **1.2.1.4. Criar hoy**

Las perspectivas heredadas sobre la infancia se ven desafiadas actualmente por un interés manifiesto de la sociedad hacia los/as menores vertebrado en la garantía social de su protección (Gaitán, 2006). Atrás quedaron esas imágenes de *desapego* y *desatención* de las personas adultas respecto a los/as niños/as. Hoy es precisamente su corta edad la que los sitúa socialmente en un estadio de moratoria jurídica y política, lo que los convierte en personas dependientes, vulnerables y por tanto merecedores de una especial protección (Brullet y Torrabadella, 2008). Esta visión de lo que es ser menor en nuestra sociedad y de qué naturaleza deben adoptar los vínculos de los/as adultos/as con ellos/as, no sólo es recogido por los textos legales, sino también por los discursos sociales. En la literatura científica actual encontramos, por ejemplo, diversos estudios que asocian el grado de implicación (cantidad y calidad) de padres y madres en el cuidado de sus hijos, con los mecanismos de transmisión de desigualdades educativas (González, Domínguez y Baizán 2010), o investigaciones como la de Annette Lareau<sup>21</sup>

---

21 El equipo de la socióloga Annette Lareau (Lareau, 2003 citado en Corsario, 2005) llevó a cabo un estudio etnográfico con 12 familias distintas con las que convivieron durante un mes, con la intención de recoger información sobre la asociación entre las prácticas de crianza y la clase social. Los resultados de este equipo investigador muestran que las familias de clase media (sean negras o blancas) siguen unas directrices con respecto a la crianza estructuradas y planeadas, que extienden el cuidado por el bienestar de sus hijo/as a parcelas como la de su desarrollo cognitivo y su participación crítica en la dinámica cotidiana familiar; por el contrario, en las familias de clase trabajadora o las familias pobres la crianza es mucho más espontánea y descontrolada, y fundamentada en la provisión de las necesidades básicas de lo/as menores: comida, cobijo.



(Lareau, 2003 citado en Corsario, 2005) que relacionan la clase social con unos u otros modelos y prácticas de crianza mejor o peor valorados socialmente.

Estos padres y estas madres que crían a menores frágiles y vulnerables no lo hacen en el vacío. Tal como venimos exponiendo, la representación de lo que algunos autores han llamado el *niño rey*, se inserta en marcos ideológicos sobre el cuidado. Al niño o niña valioso se le debe criar con vigilancia, se le debe atender celosamente, se debe *cuidar su cuidado*. La preocupación por el bienestar de los/as menores adopta así una pátina adulta, al tiempo que rechaza a los/as infantes como sujetos ciudadanos, excluyéndolos de los procesos de decisión sobre sus propias vidas. Este desplazamiento ha llevado a algunos autores como Qvortrup (citado en Rodríguez, 2007) a afirmar que la construcción social de la infancia gira alrededor de los intereses de los adultos y no de las y los menores. Consideración que, como apunta Rodríguez (2007), se aleja de aquellos discursos vigentes en la sociedad actual sobre unas cotas de libertad y movilidad sin precedentes de las que supuestamente hoy gozan las criaturas.

El resultado de la descodificación de la infancia en clave de las incertidumbres manufacturadas propias de la Segunda Modernidad, es una crianza insegura. La multiplicidad de relatos de referencia a los que asirse, hacen que padres y madres asistan perplejos a la experiencia de la parentalidad donde la ansiedad es parte constitutiva: el cuidado nunca parece suficiente ante unos riesgos no conocidos y no previsibles. Lo que merece interés en esta investigación es, por lo tanto, esa atención y cuidado *sobrepotección* que dedican los padres y las madres actuales a sus hijos e hijas, pero sobre todo lo que incumbe a esta tesis es el desgranar cuáles son las respuestas que, desde determinadas agencias entre las que se encuentra las agencias de salud, se profesan ante esa “sobrepotección” con las que se construye el cuidado en el contexto de las sociedades de la Segunda Modernidad. En la Sociedad del Riesgo ¿Es la narrativa sobre la crianza en sí misma un relato inseguro o una narrativa a propósito de las inseguridades?

En el siglo XXI, las mujeres seguimos aprendiendo y aprehendiendo a ser madres, los mecanismos y estrategias dispuestos socialmente a tal fin son otros, pero no por ello menos eficientes en la función de transmitir los modelos, las ideologías de atención a las y los menores. Cabe averiguar con qué materiales culturales se tejen las narrativas contemporáneas de la crianza y qué agentes sociales participan en su articulación, eso por un lado; por el otro, parece necesario revisar si las ideologías del cuidado infantil siguen instando a la *maternalización* de la crianza, esto es, a la persistencia de la imagen

de las mujeres como responsables de la atención de la prole o si, en respuestas a las condiciones históricas y sociales actuales, las narrativas públicas sobre la crianza han conseguido virar su discurso hacia lo que llamaremos la crianza negociada, una crianza que presupone una coparticipación de ambos progenitores en el cuidado. En definitiva, si atendemos a las narrativas y las prácticas públicas a propósito de la crianza que son fraguadas y se fraguan en las agencias sociales, concretamente en las agencias de salud ¿Qué relaciones de género estructurarían el cuidado?

### 1.2.2. De quien debe cuidar de las criaturas. Criar en familia, el afecto por otros/as y el deber para con otros/as.

En el apartado anterior he intentado sentar las bases con las que cuestionar unos supuestos modos de criar ahistóricos, definitivos. En este apartado proseguiré con el ejercicio de desnaturalización que sugiere Imaz (2007), poniendo en tela de juicio la adscripción femenina al cuidado como resultado de características innatas de las mujeres.

En nuestra revisión hemos hablado de padres y madres e hijo/as, y no de todos aquellos sujetos que pudieran prestar cuidados (remunerados o no) a niños/as y formar parte o coparticipar en su crianza. Esto es, en nuestra investigación nos remitimos a la crianza como interacción relacional que tiene como finalidad el cuidado de menores y que se da dentro de los contornos de la familia reducida.

La familia, a pesar de la maleabilidad que le ha conferido el proyecto individualizador en nuestras sociedades (Beck-Gersheim 2003), sigue comportándose como agente responsable de la crianza. Aunque eso sí, hoy acomete su función desde paradigmas pedagógicos, emocionales, éticos y jurídicos distintos a los de otros tiempos. Con esto no desecho la posibilidad de que el cuidado sea acometido por otros actores/actrices sociales, ni tampoco quiero insinuar que los vínculos de los padres y madres progenitores sean de naturaleza distinta a la de aquellas otras tutelas. Ahora bien, ya anticipé que pretendo abordar la crianza como el compromiso y la responsabilidad que se le asocia a la parentalidad en la sociedad actual –sea esta biológica o no, se dé en el tipo de familia que se dé—que deja al margen otras interrelaciones de cuidado que se desarrollan en escenarios distintos a los familiares, así como aquellas que en tiempo parcial son protagonizadas por otras mujeres no pertenecientes a las redes de

parentesco o amistad<sup>22</sup>, y que acertadamente han sido nombradas por Hays (1998) como “maternidades alternativas”.

Este posicionamiento me sitúa en la tesitura de asociar directamente la infancia y la crianza a la familia. Una identificación ésta, la de cuidado y familia, configurada con materiales de especial sensibilidad que remiten a preceptos aparentemente contradictorios como son el afecto *por* otros/as y el deber *para con* otros/as. Efectivamente, desde la perspectiva que estoy asumiendo aquí, y como expondré en el epígrafe siguiente, la crianza en la familia es mucho más que amor. Y lo es porque está ligada a los compromisos familiares, es decir, al modo como están codificados —no sólo en el derecho y la protección social sino también en las ideologías culturales— las obligaciones de las familias para con sus descendientes (Letáblie, 2007). Por lo tanto, todo y destacar la variabilidad que puede reconocerse en las modalidades del cuidado —tantos como contornos familiares— no quisiera perder de vista que, en la forma de criar, permean ciertas ideologías dominantes que hacen que la diversidad de arquetipos de crianzas confluyan en coordenadas comunes.

En última instancia, debemos pensar en la familia como elemento estructurado y estructurador por/de la crianza. Esto es, el proyecto o los proyectos de crianza, son *productores* de familia. La llegada del primer hijo o hija supone un reajuste familiar que, en nuestra Segunda Modernidad, adopta características sin precedentes (Brullet, 1997). La “calma” que llenaba la vida de dos sujetos individualizados, se ve dinamitada por una labor que pone en juego a un (o dos) ser(es) dependiente(s), al cuidado de individuo(s) comprometidos con su bienestar. La familia postpatriarcal con niños/as pequeños/as deviene el escenario donde las proyecciones individuales se ven necesariamente matizadas y coartadas por el interés común, puesto que tal y como señala Singly (2000) la familia y, a nuestro parecer, todavía más la familia que cría, deviene marco en el que se articula la búsqueda de una misma con la preocupación por otros/as, la búsqueda de uno mismo en la preocupación por otros/as, la búsqueda de los/as otros/as en los deseos de uno/a mismo/a. Por otra parte, la crianza es producto de la familia. Las formaciones familiares, sus condiciones estructurales, las relaciones de poder que se den en su seno,

---

22 Aflora éste como tema interesante a estudiar, en cuanto a que este tipo de organizaciones del cuidado sugieren una reproducción de las relaciones de género representadas por los mismos hombres pero por distintas mujeres. Para explorar esta temática se recomienda revisar las propuestas de Soledad Parella (2003) y María Jesús Izquierdo (2007).

las personalidades de sus miembros, todo ello y mucho más incide de alguna manera en las configuraciones de crianza. De hecho, las necesidades de protección de las criaturas no pueden ser reclamadas sin prestarle igual consideración a las constelaciones familiares donde estos niños y niñas crecen (Brullet i Torrabadella, 2008), la posición contraria corre el riesgo de abanderar reclamos en pro de las atenciones hacia los y las menores, sin valorar las idiosincrasias familiares.

En la Segunda Modernidad, como explicaremos más tarde, las biografías familiares se ven obligadas a redefinirse y hacerlo indefinidamente mientras crían –e incluso después de ello— con el objetivo de proteger a sus descendientes. Los rediseños y resignificaciones de la intimidad (Giddens, 1992) y de las relaciones personales (Beck-Gersheim, 2003) no han confluído, al menos en nuestra sociedad, en la desatención del cuidado por parte de la institución familiar. Las mujeres, y también los hombres, mantienen sus compromisos para con su prole incluso en circunstancias de separación de la pareja (Beck-Gersheim, 2003), ello a pesar, como veremos, de que las condiciones estructurales no son las más idóneas para estos menesteres. No obstante, si bien Beck-Gersheim se refiere a lógicas macroestructurales, la realidad de estos “nuevos compromisos” debe ser sometida necesariamente tanto a la localidad de los contextos, como a la variabilidad que le confieren a la crianza las distintas posiciones sociales de las familias. Efectivamente, todo lo que tiene de maleable el proyecto familiar actual, lo tiene también de complejo.

La ideología del cuidado intensivo junto con el incremento de la actividad profesional de las mujeres plantea contradicciones –como las llama Hays (1998)— respecto al cuidado de las y los menores. La preocupación social por el cuidado, señala Letablier (2007), debe proyectarse en dos planos distintos: a nivel macro, esto es, en lo que se refiere al engranaje entre el Estado, la familia, el mercado y la sociedad civil; y a nivel micro, dentro de la familia y entre sus miembros, especialmente entre los hombres/padres y las mujeres/madres. La Segunda Modernidad con sus presupuestos, que desgranaremos en un capítulo posterior, pone en cuestionamiento la construcción tradicional de la crianza como tarea asignada a las mujeres, situación que demanda un replanteamiento de los cuidados en términos de reparto entre la familia y los poderes públicos. Esta nueva organización social del cuidado exige, por un lado, que el Estado y el mercado laboral asuman el cuidado de las personas dependientes y se le dé respuesta a ello en forma de política social y laboral; por otro lado, que aquel contrato sexual al que se refería Pateman (1998) se vea recontextualizado y las parejas deban repensar, renegociar el

reparto de roles, tareas y tiempos. En otras palabras, la deslegitimación de un sistema de distribución genérica demanda reajustes no sólo en el plano público, sino también privado, y no sólo en la esfera familiar sino también estatal, institucional.

### **1.2.2.1. ¿Cómo llamar a la crianza trabajo? La conceptualización de la labor de cuidados destinada a hijos e hijas como trabajo de crianza.**

La organización social de la industrialización fue artífice de un orden social de los tiempos que todavía se abate en nuestra experiencia temporal actual. Las dinámicas de producción de las maquilas determinaron necesidades de disponibilidad de hombres que las hicieran trabajar, un horario inflexible que a timbre de sirena definía los tiempos no sólo de los trabajadores hombres, sino de niños y niñas y de mujeres que acompañaban su jornada para garantizar el sustento de las manos trabajadoras: tener hecha la comida para la vuelta de la fábrica, preparar el almuerzo antes de la entrada, tener limpia la ropa y seca antes de cada jornada... (Lozares y Miguélez, 2007). Ahora bien, esta señal acústica, por utilizarla como metáfora, no sólo estructuraba el tiempo social, sino que al mismo tiempo servía de elemento de distinción entre los horarios de hombres y mujeres. En otras palabras, la existencia de una sirena, de una acotación temporal que delimitaba dónde empezaba y dónde terminaba el desarrollo de la labor encomendada, imprimía un carácter diferenciador a los nuevos tiempos femeninos y a los nuevos tiempos masculinos, puesto que disponer de esta ventaja, la de tener una jornada, otorgaba a los hombres la oportunidad de gozar de tiempos de *no* trabajo, mientras que las mujeres seguían realizando sus tareas de mantenimiento del hogar y de cuidados en ese horario adscrito sin reloj. De esa manera, los espacios de sociabilidad, distendimiento y descanso que alternaban con el trabajo industrial eran llenados por hombres y vedado para las mujeres, que seguían trabajando y trabajando en espacios de privacidad ajenos a la interacción de lo público. En los inicios de la sociedad capitalista los hombres garantizaban con su trabajo el sustento a las mujeres, y las mujeres proveían de las necesidades vitales fundamentales a los hombres, para que estos pudiesen desarrollar sus tareas (Izquierdo, 1998).

La oposición binaria que enfrenta la definición y el reparto de tareas y empleos entre hombres y mujeres ha constituido un marco simbólico de tal impenetrabilidad que su cuestionamiento se ha hecho esperar. Esto explica que en un inicio, tanto la tradición histórica como la sociológica, asumieran esta dualidad como premisa objetiva y se

asumiera el estudio del trabajo de las mujeres y el trabajo de los hombres de manera diferenciada, negándole incluso a la actividad femenina el estatus de trabajo (Cocouault, 1998). Que podamos hoy discutir y aceptar el cuidado, la crianza, como tarea que exige un tiempo de dedicación y no sólo como un deseo o una adscripción identitaria, en última instancia, que podamos construir la crianza como objeto de estudio problematizable, es el resultado de una larga tradición no sólo teórica sino también empírica que ha escrutado al trabajo bajo la lente de una perspectiva de género.

La acepción con la que aquí referimos el cuidado, en nuestro caso de menores, no es un tema baladí, como no lo fue tampoco en su momento para la tradición feminista (Torns, 2008). Someter el objeto de estudio al ejercicio de ruptura epistemológica (Bourdieu, Chamboredon, Passeron, 2002) aflora aquí como fase ineludible. Si lo que se pretende es poner en cuestionamiento las evidencias que imbuyen las representaciones sociales de la crianza; y por supuesto, si se pretende revisar la trama de relaciones de poder en la que las investigadoras sociales nos vemos atrapadas —posiciones desde las que conocemos y posiciones también desde las que producimos conocimiento— resulta necesario dedicar este alto en el camino para deconstruir la categoría de crianza, y para explorar qué es lo que el constructo de crianza implica para el análisis. En definitiva, no se trata de otra cosa que de desmenuzar cuál es el estatus que le reconozco a la crianza como realidad social dada por descontado (Berger y Luckmann, 1988).

Advierte Teresa Torns (2008), una de las sociólogas que han contribuido a este debate, que fue la ruptura epistemológica de la categoría trabajo, acaecida en las ciencias sociales a finales de los años ochenta, lo que dio lugar a una reformulación que aceptó el trabajo/ los trabajos de las mujeres dentro de ese epígrafe. Los esfuerzos vindicativos de la tradición epistemológica feminista obtuvieron sus frutos, al menos en determinados círculos científicos. El trabajo abandonaba la concepción de actividad regulada por el mercado laboral para acoger también aquellas tareas desarrolladas en el ámbito doméstico y orientadas al mantenimiento del hogar y al cuidado de las personas dependientes. Trabajo de reproducción fue la expresión acuñada por las feministas de los años setenta y ochenta (Letablier, 2007). Con esta aceptación convirtieron al trabajo de las mujeres en categoría de análisis, al tiempo que cuestionaban el concepto dominante de trabajo (Torns, 2008). Una definición que ponía el acento en la adscripción del cuidado y el mantenimiento del hogar como tarea femenina, pero que lamentablemente no conllevó ni su inmediato reconocimiento y valoración social, ni siquiera su aceptación académica.

Lo que sucedió a un primer paso agigantado en el avance hacia el reconocimiento de la contribución social que cumplen y han cumplido históricamente las mujeres, se jugó en la arena de la categorización de ese trabajo.

El trabajo de cuidados es por definición una labor relacional. La crianza como función social compromete, en nuestras sociedades contemporáneas, a un número identificado de adultos y adultas en el bienestar de las y los menores: madres, padres, hermanas/os mayores, abuelos/as, tíos/as y amigos/as íntimos orientan sus esfuerzos, en reclamo de imperativos legos y públicos, a garantizar las necesidades de las criaturas. Criar por tanto constituye una labor de interacción que pone en conjunción sujetos —el y/o la cuidadora y la(s) persona(s) cuidada(s)— inmersos en relaciones de poder, posiciones que resultan a su vez moduladas y moduladoras del cuidado y la identidad familiar. Efectivamente, es la propia crianza la que convierte a los padres y madres, en padres y madres, y a los hijos e hijas, en hijos e hijas, con todo lo que ello implica en las dinámicas y organizaciones familiares y con todo lo que supone respecto a las articulaciones entre la institución familiar y la sociedad. Esta investigación no se detiene, sin embargo, en la elaboración identitaria que subsume a la maternidad y a la paternidad. Hubiera resultado interesante explorar cómo, en el contexto de la Segunda Modernidad, dialogan esas maternidades y esas paternidades con las propuestas institucionales para afrontar y darle forma constitutiva a la crianza de la prole. Lamentablemente debo relegar esta pregunta de indagación a otro momento.

El cuidado, en el sentido que aquí se le está confiriendo, es aceptado como una emoción humana fundamental, necesaria e incluso en según qué casos, placentera. El cuidado aporta bienestar a la sociedad y resulta una experiencia humana imperativa: todos los seres humanos necesitamos en uno u otro momento de nuestra vida, de manera más o menos intensa, el cuidado de otro(s) ser(es) humano(s). No obstante, aun tratándose de una necesidad que podemos considerar universal, parece que el cuidado como práctica interdependiente se ve determinada por una construcción genérica que implica la presencia femenina: “it is the presence of a woman —as wife, mother, daughter, neighbour, friend- wich marks out a relationship as, potentially at least, a caring one” (Finch and Groves, 1983:185). Esto es, a pesar de constituir una necesidad humana y social de primer orden, lo que llamamos aquí trabajo de crianza es desarrollado en términos generales por mujeres, eso sí, no todas ellas iguales y por lo tanto no todas sus crianzas asimilables. Pero no sólo eso, el trabajo de cuidado, en este caso de seres

menores de edad, es adscrito a las mujeres dentro de un marco de relaciones de subordinación, donde la disponibilidad femenina para procurar el bienestar cotidiano y la indulgencia para posibilitar la actividad laboral masculina resulta incontestable. O para decirlo en términos contrarios, se trata de unas tareas donde las ausencias masculinas cuentan con un amplio consenso y prestigio social (Torns 2008, Singly 2000). En un orden androcéntrico, dice Connell (1987; 2009), las tareas relacionadas con lo masculino y lo femenino están fuertemente desagregadas y además, aquellas que son entendidas como femeninas resultan invisibilizadas como tales.

A menudo encontramos en los estudios empíricos una referencia a la tarea o el tiempo de cuidado como dedicación doméstica. Desde mi punto de vista, esta equiparación puede conllevar equívocos. Por un lado, se daría a entender con ella que todo tiempo o actividad de crianza se da en el ámbito del hogar, quedando excluidas de ese modo actividades como la de la asistencia al/la pediatra, la participación en reuniones escolares o el tiempo de parque, por poner ejemplos recurrentes. El trabajo de cuidados de personas dependientes es ubicuo, se desempeña tanto en la esfera privada como en la pública, por lo que resulta complicado aceptar en él un supuesto corte abrupto entre “lo interno” y “lo externo”; pero no sólo eso, el trabajo de crianza se desarrolla en presencia y en ausencia. Esto es, la labor de crianza como también los trabajos de mantenimiento del hogar subsume una dimensión de organización, planificación que no queda plasmada en outputs a priori tangibles, pero sí en resultados posteriores. La crianza, y sobre todo el cuidado de niñas y niños menores de tres años, supone un ejercicio de previsión y anticipación de las necesidades, de planificación de los tiempos y menesteres que le confieren a éste una gran complejidad. Es lo que Torns (2008) entre otras autoras llama *management familiar*. A estos actos y previsiones de organización del hogar hay que añadir otro tipo de atenciones, nos dirá Durán (2007), que tampoco resultan de fácil determinación pero deben ser consideradas como piedra angular dentro de la labor de crianza, son aquellas acciones que tienen que ver con lo mental y/o afectivo. Actividades que se intersectan unas con otras, y que no se llevan a cabo simplemente en un espacio acotado y durante una cantidad de tiempo específico, sino que suponen una “presencia” continua e indeterminable, entre las cuales es difícil establecer la frontera que divide a unas actividades de otras.

Por otro lado, la asimilación de trabajo doméstico, coloca bajo un rasero equivalente a acciones con trascendencia muy dispar. Resulta complicado asimilar el impacto que tiene



el dedicarse a planchar camisas con el de leerle un cuento a una hija, ambas actividades son necesarias para el mantenimiento de la familia, sin embargo, una de ellas pone en escena la dimensión emocional del cuidado. La crianza es una labor que implica seres humanos y que por lo tanto, se construye con materiales sensibles a los que debemos prestar una especial atención. La tradición dualizadora, en términos de Bourdieu (2000) que tiende a fragmentar la realidad en polos distantes supuestamente constituyentes de la unicidad deseable (sexo femenino, sexo masculino; ámbito privado, ámbito público; trabajo productivo, trabajo reproductivo) nos ha hecho cortas de miras, y en ese afán por binomizar la realidad social, corremos el riesgo de agrupar funciones sociales con identidades heterogéneas.

Por mi parte quisiera dar una vuelta de tuerca a esta aceptación y revertir los términos. Mi objeto de estudio lo constituye la crianza, sus tiempos y actividades, pero sobre todo sus repartos. Un trabajo que apunta a la pluralidad y transversalidad de actividades y recursos que supone estar a cargo de la “sostenibilidad de la vida”, a esta labor le reconocemos una identidad en sí misma, que no necesariamente debemos equiparar a otras funciones sociales. Ahora bien, ello no excluye que dentro del trabajo de cuidados debamos referirnos a muchas de aquellas tareas asociadas con el trabajo doméstico, como puede ser lavar la ropa, hacer la compra, cocinar etc. Todas estas actividades, todos estos tiempos, deben aceptarse como constituyentes de la labor de cuidados, o dicho en otros términos, la labor de crianza no se agota en las interacciones cara a cara con las y los menores, sino que forman parte de ella también actividades que posibilitan las condiciones estructurales del sustento de la familia. En este sentido, las tareas de crianza son consideradas, por lo general, como actividades menos repetitivas, más variadas y gratificantes que las tareas domésticas, como señala Meil Landwerlein (1997), sin embargo, dichas características solamente son concebibles para aquellas acciones que presuponen una interacción con los/as menores (jugar con ellos, enseñarles, conversar, acompañarlos...). El resto de tareas, aunque los/as niños sean los/as destinatarias directas o indirectas, no por ello dejan de ser monótonas y tediosas. La separación total de estas funciones, es decir, la asociación de la labor de crianza con las relaciones directas con la prole distintiva de la labor doméstica, resulta también problemática a mi modo de entender.

La crianza, que aquí entendemos como trabajo destinado a garantizar el bienestar de otros seres, tiene como escenario físico y simbólico la familia y como objeto los niños y

niñas dependientes (Brullet, 1997). Se apoya tanto en tareas/tiempos de interrelación directa con lo/as menores, como en tareas/tiempos de mantenimiento del hogar, como en tiempos/tareas de gestión y organización familiar, y pone en juego actividades tangibles como otras intangibles. Focalizar la atención en sólo uno de sus pilares puede llevarnos a seguir minusvalorando el trabajo de crianza como tal o, como viene ocurriendo últimamente, a aplaudir cambios en el reparto de las tareas de cuidados, que en realidad no son tan irruptivos como nos parecen.

Siguiendo con la construcción teórica de lo que en este trabajo asumo por cuidados, descarto la expresión de *trabajo no remunerado* para referirme a la crianza, por no resultar plenamente satisfactoria. Comparto el trasfondo de esta aceptación que remite a la salarización, o falta de ella, de una parte de los trabajos feminizados, y que demuestra no sólo el no-lugar de estas actividades en el mercado laboral, sino también su desvalorización desde una cultura de mercantilización de las funciones sociales. Ahora bien, el constructo no me parece adecuado por lo que tiene de inclusivo. En el epígrafe de trabajo no remunerado no sólo caben esas tareas que aquí pretendo visibilizar, sino también todas las actividades voluntarias que se realizan en distintas esferas sociales o las “colaboraciones” a las actividades económicas familiares.

Tal como sugieren Finch y Groves (1983) reconocer que la crianza implica simultáneamente una dimensión material (hacerse cargo de alguien) y una dimensión sentimental (implicándose emocionalmente), envuelve a los cuidados de menores en un halo distintivo en cuanto a experiencia humana y práctica social difícilmente ajustable al marco conceptual de segregación de tareas. Dicho de otro modo, la labor del cuidado pone en juego elementos que resultan violentados cuando pretendemos darles cabida en la lógica del trabajo productivo, la especificidad del cuidado no resulta compatible con la ética de la actividad profesional: no tiene sus tiempos, ni sus espacios, ni comparten horizontes, ni mucho menos reconocimientos. Ahora bien, soy consciente que en esta aceptación del trabajo de cuidados nos movemos en terrenos lábiles, y que corremos el riesgo de darle forma a un constructo de crianza auspiciado en el amor incondicional de los padres, pero sobre todo de las madres, y en el altruismo desinteresado y sacrificado del cuidado.

Lo cierto es que me referiré aquí a la crianza familiar con su propia idiosincrasia, una labor caracterizada por rasgos genuinos que me resisto a replicar en los trabajos económicos, y ante los cuales quiero destacar las contradicciones, los conflictos y

desajustes que derivan de los intentos de conciliar discursos sociales distintos sobre el criar, dentro de los marcos institucionales actuales, y dada la inercia de su *familiarización* en esta sociedad actual. No obstante, y aunque no siempre use esta acepción en la investigación, nos posicionamos ante la crianza, ante el cuidado de niños y niñas, desde la perspectiva del trabajo. Esto es, la labor de crianza es trabajo de cuidados, un trabajo realizado para los/as demás (Létablier, 2007). Un trabajo que se lleva a cabo en unos marcos especiales, pero que no deja de suponer una dedicación de esfuerzos con miras a garantizar el bienestar de las criaturas. Huimos por lo tanto de idealizar las connotaciones afectivas que se le presuponen, de considerar esta actividad como placentera en sí misma, escapamos del pudor que genera llamar a la crianza de hijas e hijos, trabajo: el amor es también una dedicación.

Indudablemente Finch y Groves (1983) acertaron en llamar a esta función social “*a labour of love*”, una expresión que nos puede parecer a primera vista incongruente, que hace tambalear los cimientos del porqué de las cosas, que diluye las fronteras, por otra parte necesarias, entre “lo racional” y “lo emocional”. Sin embargo, el ejercicio de problematización que nos sugiere esta categoría no cuestiona el trasfondo de esta interacción distintiva. Ya he hecho mención aquí de cuán nutridas se ven las relaciones de crianza de sedimentos sentimentales y emocionales, sin negar esta premisa, lo que propone el epígrafe al que nos referimos es poner en valor una labor que, justamente porque se hace en nombre del amor, ha corrido tradicionalmente la desventura de ser invisibilizada como actividad. El trabajo de reproducción no ha sido, ni continúa siendo, valorado socialmente con los mismos cánones que se aplican al trabajo productivo. Actualmente, el trabajo de crianza ni siquiera se plantea socialmente como trabajo. Los relatos heredados que vinculan la maternidad y por ende el cuidado, a la autorrealización y el deseo femenino pesan tanto en las espaldas de las mujeres, que hoy muchas de ellas, y muchos más hombres, se resisten a revisar esos presupuestos ideológicos, esas cadenas de oro.

Tal como ha reiterado en diferentes foros Létablier (2007), una de las características fundamentales del cuidado es que se trata de una función asumida por mujeres. Reconocer socialmente el trabajo de crianza como tal, introducirlo en las agendas políticas, supone darle identidad a una labor que históricamente se les ha adjudicado a las mujeres y cuya adscripción pone en entredicho los contextos actuales. Esto es, desde mi punto de vista, llamar al trabajo de crianza por su nombre, despojándolo de toda su

cobertura naturalizada que lo ha convertido en algo adscrito a un sector concreto de la población, contribuye a poner en tela de juicio el *status quo*, puesto que no solamente reconocemos con él una función desarrollada sobre todo por las mujeres, sino que nos ayuda a visibilizar las desigualdades en cuanto a su asignación que se dan, tanto en el seno de las familias como en los nichos institucionales, o dicho de otro modo, contribuye a que las tareas de cuidado sean también causa de reparto equitativo en nuestra sociedad.

## 1.3. Sistema biomédico y relaciones de poder. Hablar de medicina cuando estudiamos la crianza

“Lose weight!” “Avoid fat!” “Stop smoking!” “Reduce alcohol intake!” “Get fit!” “Practice safe sex!” “Play safe!” In contemporary Western societies the health status and vulnerability of the body are central themes of existence” (Petersen y Lupton 1996:ix).

Hemos visto en el capítulo anterior cómo la ciencia médica, en un momento dado, se suma a los actores sociales con potestad para definir la buena crianza. Con esta intromisión en lo que hasta el momento constituía un asunto privado, la medicina alopática no sólo marca las directrices sobre los buenos cuidados, sino también contribuye a fortalecer el protagonismo femenino en la asunción de esta labor. En la actualidad, el sistema sanitario continúa protagonizando un lugar determinante en la socialización colectiva del cuidado de menores, un lugar que ocupa la pediatría y los programas de educación maternal y puerperio, estos últimos objeto de interés de esta investigación. Sin embargo, las características de las sociedades contemporáneas actuales, sociedades suspendidas en unos cosmos de la información y la comunicación, hacen que esa persistencia de la medicina por estar presente en esta esfera resulte, cuanto menos, fuera de contexto; es como si un resquicio de la Modernidad se resistiera a diluirse. En este sentido, me parece una necesidad el dedicar ciertos esfuerzos a desgranar la materia de la que se nutren esas presencias, a deconstruir los contextos de producción de sus mensajes. Sin esta revisión resulta complicado comprender el diálogo de saber-poder, en términos foucaultianos, de la que se embebe el proceso de producción del discurso pedagógico sanitario de la crianza, objetivo que vertebrará la primera parte del análisis de la información recopilada.

La consolidación de la biomedicina como ciencia a la que le es encomendada la descripción de los cuerpos y sus males y sobre todo su restablecimiento, trae consigo la normalización de una concepción concreta sobre salud y enfermedad. Mari Luz Esteban (2006) identifica algunos de estos postulados que determinarán el nuevo curso de la atención a la salud: la definición de la enfermedad como desviación de unas normas biológicas; el presupuesto de una etiología específica de las enfermedades; la

ahistoricidad y descontextualización de las enfermedades que aparecen como unívocas y objetivas; la idea de la neutralidad de la medicina; o la dicotomía mente/cuerpo.

Foucault (1976), cuyas obras debemos contextualizar en la realidad francesa, toma el Plan Beveridge como punto de referencia fundamental para profundizar en la política del cuerpo. El Plan Beveridge, dice el autor, supone la reformulación de nuevos derechos, nuevas normas morales, una nueva economía y una nueva política del cuerpo: “Desde entonces el cuerpo del individuo se convierte en uno de los objetos principales de la intervención del Estado, uno de los grandes objetos de los que el propio Estado debe hacerse cargo” (Foucault, 1976:154). Para Foucault, una de las finalidades de la intervención estatal, en el seno del contexto socio-histórico que acuna este Plan, es el cuidado del cuerpo. Un cuidado, no obstante, que no busca ser garante de la vida sino escenario para la salud. Este cambio de orientación epistemológica deviene fundamental, puesto que es a partir de ese momento que la injerencia del Estado expande su campo de acción en lo que a la gestión del cuerpo se refiere: la relación entre las enfermedades y la salud, la higiene corporal, la alimentación, etc. pasan a formar parte de sus preocupaciones.

Desde el siglo XVIII el cuerpo se convierte en el centro neurálgico del poder disciplinario. Sirviéndose de descripciones del organismo y de las conductas, los aparatos del Estado, como la medicina, estipulan las normas del comportamiento y punen, en contrapartida, aquellos cuerpos que traspasan los límites establecidos al tiempo que devuelven sus capacidades productivas a las personas. La medicina social en el siglo XX actúa como una ciencia competente. Al ser dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras, dice Foucault (1976), la medicina excede sus antiguos márgenes de acción (las descripciones de las enfermedades y la atención a los enfermos) para acometer la tarea de distinguir “lo normal” de lo “anormal”, y todavía más, para restituir la normalidad. De esta manera, la medicina se erige para Foucault, apunta Lupton (1994), como la agencia por antonomasia capaz de segregar los cuerpos normales de los desviados, los controlados de los merecedores de control.

Para el autor francés esta es una de las características axiales de la medicina del siglo XX. Una ciencia que acepta el legado del cambio epistemológico experimentado en el siglo XVIII apoyado en el surgimiento de la autoridad médica, la aparición de un cuerpo de intervención destinado a la descripción de las enfermedades, la introducción del hospital como aparato de medicalización colectiva y la puesta en marcha de mecanismos de

administración médica: “Podría afirmar que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el sXVIII, es decir, no una teocracia, sino una somatocracia” (Foucault, 1976:155). El cuerpo, para Foucault, constituye el territorio para el control político e ideológico, para la supervisión y la regulación. Ahora bien, lo que distingue la medicina del siglo XX a la del siglo XVIII decía Foucault en 1976, es que la medicina se queda paulatinamente sin escenario exterior. Esto es, el campo de estudio que le es propio a esta ciencia –comprendido dentro de éste las prácticas corporales, la higiene, la alimentación, la salud mental, la sexualidad...-- ya ha sido regulado, controlado y codificado por la medicina alopática.

Esta regulación de la que nos habla el autor, resulta evocadora para reflexionar sobre el objeto de estudio que me atañe. ¿Somos capaces hoy de concebir los procesos de embarazo, parto y primera crianza al margen de las estructuras asistenciales sanitarias? ¿No han quedado el proceso de gestación y el parto cuasi totalmente imbuidos en la medicalización? Las matronas no son las únicas que interpelan a las mujeres para que asistan a la educación maternal, muchas de ellas por su parte, como ha demostrado Montes (2008), no conciben su propio embarazo al margen del seguimiento y el control sanitario. Parece que en el proceso reproductivo y especialmente en la gestación, como veremos en un apartado posterior, no se logra escapar de lo biomédico.

Que algunas mujeres no sean capaces de pensar, de experimentar un evento biográfico como es el embarazo, el parto o la crianza al margen de lo médico, sucede por la naturaleza que le es propia al poder que detenta la medicina. Para Foucault (1975) el poder en el contexto de la interacción médica no constituye una entidad unitaria, visible, sino más bien una relación estratégica que resulta difusa y latente. El control social se lleva a cabo a través de una serie de tecnologías de poder (dispositivos de control social) entre ellos la disciplina. El poder, por tanto, no es considerado como una fuerza orientada a la dominación, a la subyugación, sino más bien como una forma de organización social cuyo orden es mantenido tácitamente. No es sólo represivo, sino productivo, produce conocimiento y subjetividad. Las relaciones de poder que se dan en los encuentros médicos son, dice Lupton (1994), más silentes e invisibles dado que el poder está en todas partes, constituye un *ethos*, que resulta incluso más reforzado por la supervisión individual que por las figuras autoritarias.

Hemos adelantado ya, y a ello volveremos en un capítulo posterior, que aquello que constituye objeto de nuestra atención en esta investigación son las relaciones pedagógicas que se dan entre matronas y participantes del programa de salud maternal, escritadas éstas desde el poder y el control. Ahora bien, las relaciones de poder se deben siempre al contexto que les confiere significado, no son objetivas ni ahistóricas, es en este sentido que resulta fundamental comprender cuál es el marco, del cual ya hemos adelantado algunos elementos, que consigue acallar las voces críticas, las posiciones activas, contestatarias hacia un poder ejercido sobre los cuerpos; esto es, de qué se nutre esta situación que consigue la complicidad de los sujetos con su dominación. Respecto a esto, y desde una posición reflexiva, llama poderosamente la atención que de forma totalmente dispar a lo que ocurre con respecto a otros sistemas de creencias no occidentales, que se ven sometidos al continuo escrutinio de la desconfianza, dice Lupton (1995), la sociología, la antropología y la historia, se hayan demorado en el tiempo antes de someter el sistema médico occidental a la duda.

Parte del éxito de la medicina como saber legítimo sobre los cuerpos, se debe a que éste se forja a través de su descripción de la realidad biológica. Con la reafirmación de la biomedicina, la clínica hipocrática se transforma profundamente. Así nos lo demuestra Michel Foucault (1963) en *Naissance de la clinique*, donde nos ofrece la posibilidad de rastrear los orígenes del discurso clínico y su progresivo desarrollo en el campo de la biomedicina. El estudio de la organización y las dinámicas propias de los hospitales parisinos del periodo de la revolución francesa, llevan al autor a referirse a este escenario como la antesala de un largo recorrido de saber teórico, práctica artesanal y regulación institucional que desemboca en la constitución de la clínica como ámbito específico de la biomedicina moderna.

Es así como en *Naissance de la clinique* Foucault demuestra su interés por delinear una genealogía histórica de los discursos que circunscriben y articulan las prácticas médicas contemporáneas. A través de su arqueología de la mirada médica, el autor evidencia la raíz empírica de la epistemología biomédica, una aproximación que tiende a asumir la relación entre observación médica y cuerpo, como directa y sin mediación. El cuerpo es “leído”, todavía hoy, por los instrumentos de visión provistos por la mirada médico-científica, que los (re)dibuja en lo que el autor ha llamado el atlas anatómico. La apropiación de las lecturas sobre los cuerpos, pero también las tecnologías y metodologías utilizadas para abordar sus objetivos, contribuyen a reforzar el ejercicio de poder sobre los cuerpos. Así resume Lupton esta acepción foucaultiana entre saber/



poder: “For Foucault, the medical encounter is a supreme example of surveillance, whereby the doctor investigates, questions, touches the exposed flesh of the patient, while the patient acquiesces, and confesses, with little knowledge of why the procedures are carried out. In the doctor’s surgery the body is rendered an object to be prodded, tested and examined. The owner is expected to give up his or her jurisdiction of the body over the doctor” (Lupton, 1994:24).

La inmediatez y la no mediación se articulan como elementos garantes del conocimiento objetivo, verdadero. Es esta nueva óptica de la enfermedad la que proporciona el poder a la mirada médica, la que convierte el cuerpo en campo de investigación y discurso científico. Nos hallamos ante el origen constitutivo de la clínica fundamentada en la observación descriptiva.

La explicación que hace Good (2003) en torno al propósito rector de la medicina clínica nos parece fundamental: “La misión básica de la medicina clínica –dice Good– es la diagnosis –es decir la interpretación de los síntomas de los pacientes, relacionándolos con sus fuentes funcionales y estructurales en el cuerpo y con subyacentes entidades de enfermedad– y el tratamiento racional tendente a intervenir en los mecanismos de la enfermedad. De ahí que todas las subespecialidades de la medicina clínica comporten una específica “hermenéutica” médica, una comprensión implícita de la interpretación médica. Mientras que los síntomas de los pacientes pueden ser codificados en lenguaje, la misión interpretativa básica del clínico consiste en descodificar las expresiones simbólicas del paciente en términos de sus referentes somáticos subyacentes. La experiencia desordenada, comunicada en el lenguaje de la cultura, es interpretada a la luz de la fisiología desordenada y proporciona los diagnósticos médicos” (Good, 2003:33).

El modo en el que es percibida la enfermedad, y por lo tanto, la forma a través de la cual ésta es organizada, operan como vectores axiales y estructurales del sistema médico. El sistema de conocimiento médico ofrece así una descripción de la realidad de la salud que emerge como reflejo aproblemático del orden natural. El propio engranaje científico da forma a unas categorías biológicas que se presentan como naturales y descriptivas y no como culturales y clasificatorias, y es precisamente este despojo de la cualidad de contingencia, propia de la aproximación científica a la realidad la que confiere autoridad a nuestro sistema médico y, al mismo tiempo, la que dificulta su cuestionamiento.

Foucault (1963) nos muestra así cómo los sistemas modernos de conocimiento clasifican a los individuos en categorías y cómo estas explicaciones de la realidad son interiorizadas con técnicas de disciplina social que consiguen controlar sus cuerpos. El papel principal en este empeño lo cumplen profesiones como la medicina, la psicología o la criminología que ponen en juego esas técnicas en una amalgama que Foucault llama saber/poder<sup>23</sup>. Tal y como sostiene Calguinhem (1979), es en la distinción entre lo normal y lo patológico donde se hace visible el poder social que detenta la medicina occidental, puesto que los cuerpos humanos son sometidos a una lectura particular de la salud y la enfermedad acordes con unos intereses y unas definiciones de la realidad determinadas, lo normal y lo patológico no son por tanto categorías descriptivas sino categorías políticas.

Si nos posicionamos en el epicentro de la segregación entre objetos de estudio y por lo tanto de las tradiciones científicas que dan cuenta de ellos, la sociología no pareciera tener nada que decir respecto a estas descripciones no mediadas del orden natural. El mundo natural –resume Atkinson (1995)— es el reino de los procesos biológicos, incluyendo en éstos las patologías; por el contrario el mundo social y cultural se muestra como reino de las definiciones y experiencias culturales de los procesos sociales. Efectivamente, nos hallamos ante uno de los dilemas fundamentales de las ciencias sociales, éste es el de la inclusión o desagregación de las categorías de naturaleza y cultura. Una cacofonía que parece problemática de resolver cuando nuestra reflexión analítica se orienta hacia un campo científico capaz de desagregar ambas parcelas de la experiencia.

Ahora bien, como aseveran Herzlich y Adam (1994), la experiencia de la enfermedad, del malestar y de la salud constituyen ante todo realidades simbólicas, culturales, a tenor que ponen en juego sensaciones, ideas, valores, lenguaje (verbal, no verbal) y representaciones. Por su parte, el legado de Foucault y también de Erving Goffman nos muestran que la institución médica resulta un ámbito muy sugerente para el análisis del poder y el control: “El lenguaje de la medicina difícilmente es un simple espejo del mundo empírico. Es un rico lenguaje cultural, vinculado a una versión de la realidad y del sistema de relaciones sociales altamente especializadas y, al aplicarse a la atención médica, confluye con preocupaciones morales y con sus más obvias funciones técnicas” (Good, 2003:28). Desde esta perspectiva parece que la sociología y la antropología sí tienen mucho que aportar al estudio de la salud, la enfermedad, la medicina y en especial de la construcción biomédica del riesgo, como veremos en nuestro análisis.

---

23 Para Atkinson (1995) si bien la propuesta de Foucault nos permite profundizar en la construcción social de la medicina, y del conocimiento médico, no nos provee de un análisis sociológico sobre el proceso de esta construcción.

En la Segunda Modernidad<sup>24</sup>, los riesgos que atañen a la salud son primordialmente productos manufacturados (Beck, 1998). Nuestra sospecha sociológica sobre la gestión de estos riesgos que atañen a la salud en la época contemporánea, demanda una deconstrucción biopolítica de la aceptación del riesgo en la medicina, y especialmente en el campo de la prevención de la salud, puesto que como señala Lurbe (2005:177): “Es en la implementación de esta estrategia de poder que hallamos la génesis de los mecanismos de gestión del riesgo sanitario y su consolidación en la salud pública”. Este acto de cuestionamiento exige un esfuerzo nada desdeñable por nuestra parte. La solidez de este andamiaje cultural se retroalimenta de una premisa fundamental que Byron Good ha expresado con las siguientes palabras: “la sensación de que la enfermedad en sí misma es un ámbito cultural, es fuertemente antiintuitiva” (Good, 2003:22). En otras palabras, es nuestro saber dado por descontado el que nos dice que la enfermedad, el malestar son paradigmáticamente biológicos, y que por lo tanto el saber sobre los riesgos de la salud incumbe directamente a aquellos agentes expertos en la materia.

La presentación de las concepciones médicas como ahistóricas consigue desdibujar todo lo que la salud tiene de experiencia cultural, así como todas sus particularidades sociohistóricas, socavando así las opciones de reflexión y las oportunidades de sospecha. Ahora bien, si somos capaces de devolverle al sistema médico cuestionamientos críticos que desestabilicen el orden supuesto del que es constitutivo y constituyente, entonces estaremos profundizando en un nivel superior del análisis de la medicina moderna, aquel, como apunta Kleinman (2010), en el que emerge la infraestructura del conocimiento y la práctica médica y sanitaria, y que pone en cuestión los criterios y valores que se esconden tras la medicina. Asumir que el estudio de la medicina y por ende, de la asistencia sanitaria, exige una posición epistemológica social y cultural<sup>25</sup>, nos habla no sólo de unas fracturas fundamentales en nuestra concepción de esta disciplina, sino también abre la puerta a la injerencia de las ciencias sociales en su análisis, algo que en tiempos pasados resultaba impensable (Kleinman, 2010).

24 Nos referimos aquí a la contribución teórica de Ulrich Beck (1998, 2003, 2008). La Segunda Modernidad daría cuenta de unas sociedades que tienden a la globalización y que están en constante desarrollo tecnológico. Dos son las lógicas confluyentes que le dan forma a esta Modernidad, según el autor alemán, estas son, la reformulación del riesgo y el impulso de la individualización. En nuestro análisis desarrollaremos esta teoría, por eso no nos detenemos aquí en ella.

25 En este sentido, parece ésta una buena oportunidad para poner en valor la inclusión de asignaturas de sociología y antropología en las carreras universitarias de ciencias de la salud, fruto de la redefinición de los planes de estudio con la implementación de los grados.

### 1.3.1. A propósito de los modelos de salud pública y los programas de promoción de la salud.

La curación de los cuerpos insanos se proyecta como la línea en el horizonte del sistema biomédico, la expresión máxima del restablecimiento del orden y la organización, del control de lo no normal (Kleinman, 2010). Ahora bien, en nuestras sociedades actuales ese restablecimiento del orden se ve emplazado en una posición final de la “cadena” de la atención a la salud. El dispositivo médico no aguarda a activar las alarmas hasta esta última oportunidad de redención, por el contrario, en etapas previas del *continuum* biomédico enfermedad/salud los individuos son exhortados por las autoridades a reconducir sus comportamientos, a evaluar sus “riesgos” y a cambiar sus conductas acorde a modos saludables, racionales, en definitiva, lo que se espera de los sujetos es una postura activa hacia la prevención primaria.

Las descripciones científicas de lo que se consideran hoy problemas de salud, los sitúa en unas dimensiones distintas a las de épocas anteriores. El avance en el control de las enfermedades infecciosas y las mejoras en las condiciones de bienestar, han contribuido al aumento de la esperanza de vida. Las enfermedades propias de las sociedades occidentales actuales han pasado a ser las enfermedades crónicas, las degenerativas, o aquellas ligadas a etiologías multicausales o sociales. A ellas se dedican mayoritariamente los programas de prevención y de promoción de la salud.

La epidemiología histórica, afirman Gómez-López y Rabaneque (2001), distingue tres grandes períodos en la historia de las enfermedades occidentales, o mejor dicho, en la historia del *conocimiento* de/para las enfermedades occidentales. El primer foco de atención de la epidemiología, apuntan Susser and Susser (1996a), que sirvió posteriormente para acotar sus orígenes como disciplina, fueron los sistemas de aguas negras y residuales, los programas de saneamiento impulsados por esta área de conocimiento supusieron mejoras importantes en la reducción de la mortalidad de la población. La segunda época se considera aquella de las enfermedades infecciosas que se produjeron entre el final del siglo XIX y mediados del siglo XX, los esfuerzos se destinaron, en este caso, a romper la cadena de transmisión entre agente patógeno y anfitrión. A la tercera fase se la considera como la etapa de la enfermedad crónica, propia de la última mitad del siglo XX. En esta etapa la epidemiología se centra en la identificación y control de los factores de riesgo que colocan a los sujetos en posiciones

vulnerables, lo que se traduce en recomendaciones orientadas a modificar los estilos de vida (ejercicio, dieta...), los agentes (comida...) o el medio ambiente (polución, humo...). En la actualidad estaríamos en los albores de una cuarta fase a la que se ha llamado ecoepidemiología (Susser and Susser, 1996b).

En el cambio de paradigma hacia la tercera fase tienen, a nivel teórico, una importancia capital los trabajos de Thomas McKeown, de Ivan Illich y de Archibald Cochrane. Sus aportaciones en distintas líneas críticas —el reclamo de la acción intersectorial para la promoción de la salud, la advertencia sobre la iatrogenia social, y el interés por la eficiencia de los servicios, respectivamente— contribuyen a la articulación de lo que se ha llamado la *nueva salud pública* (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). Cinco son los presupuestos que distinguen la segunda y la tercera etapa según Holman (Holman, 1992 citado en Lupton, 1995), ejes que resultan determinantes en el cambio de rumbo de la salud pública, estos son: a) el incremento respecto a la etapa anterior de la protección de la salud; b) el enfoque de la medicina preventiva; c) la emergencia de la educación para la salud; d) la articulación de políticas públicas de salud; e) la focalización en la gobernanza (empowerment) comunitaria.

Por su parte, a nivel ejecutivo, explica Panisch (2005) la puesta en práctica de esta nueva corriente tuvo un aliado en Marc Lalonde, Ministro de Sanidad de Canadá que, en 1970 publica un reporte que sienta las bases de un cambio fundamental en la concepción de la salud. La salud deja de ser entendida como ausencia de enfermedad para concebirse como resultado de una encrucijada de factores: los estilos de vida, el medio ambiente, el sistema de cuidados de salud y la propia biología humana. El modelo de Lalonde es completado y complejizado después por Blum en 1974 y por Derver en 1976. Lo que concluye de este proceso de elaboración teórico-filosófica es un modelo analítico denominado “modelo epidemiológico para el análisis de las políticas de salud”, que se apoya en dos ejes estratégicos fundamentales y confluyentes: el cuestionamiento de la que había sido una máxima hasta el momento, esta es, que el nivel de salud resulta de la cantidad y calidad de los servicios médicos<sup>26</sup> y la promoción de la salud pública (Rodríguez y Abecia, 2001). El trabajo de Lalonde no ha estado exento de críticas, detracciones que cuestionan una atención focalizada en los estilos de vida que los descontextualiza de los entornos sociales en los que éstos se enmarcan. Sin infravalorar

26 Este informe es deudor de los trabajos de McKeown, quien en su momento discutía la relación causal entre avances de la ciencia médica y el aumento de la esperanza de vida.

estas reflexiones, no podemos desmerecer la trascendencia de un informe político que en su momento consiguió colocar la salud pública en los proyectos de salud de los gobiernos. Concretamente, el término de promoción de la salud resultaba totalmente desconocido hasta finales de los setenta y sin embargo hoy las políticas de promoción de la salud gozan de un puesto privilegiado en las agendas de la mayoría de los Estados (Panish, 2005).

Lo que subyace a este cambio en la salud pública al que nos referimos es, sin embargo, un cambio epistemológico sin precedentes que no puede pasar desapercibido. Este es, dicen Colomer y Álvarez-Dardet, el cambio de un modelo patogénico de salud a un modelo salutogénico: “Este modelo salutogénico, que ha inspirado de varias formas la promoción de la salud, se diferencia del modelo patogénico clásico de la medicina y de la salud pública en su interés por los aspectos que promueven la salud, es decir, aquellos que llevan a las personas hacia el extremo de la salud en ese continuo en el que nos encontramos” (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001:30). La ciencia médica y la epidemiología clásica no parecen tener respuestas adecuadas a los malestares actuales, apuntan Colomer y Álvarez-Dardet, la promoción de la salud surge en este contexto como una nueva epistemología que pretende localizarse en la salud y no en la enfermedad. Lo que es distintivo de la promoción de la salud, apuntan Burrows, Nettleton y Bunton (1994) es la atención que presta a las condiciones que son necesarias para que puedan darse vidas saludables: “the idea that is no good just telling people that they should change their lifestyles without also altering their social, economic, and ecological environments” (Burrows, Nettleton y Bunton, 1994:2). La promoción de la salud pretende superar el nivel individual para trabajar en la dimensión de la estructura socioeconómica, así como promover el diseño e implementación de “políticas públicas saludables”, entre éstas aquellas que conciernen al transporte, el medio ambiente, la agricultura etc. Digamos que mientras el motor de acción de la prevención era la enfermedad, posición de partida desde la que “se avanzaba” hacia la salud, el de la promoción se encuentra en el cruce de un abanico de condicionantes (biológicos, psicológicos, emocionales y sociales).

En este contexto de viraje epistemológico, la estrategia *Salud para todos* de la OMS, supone un punto y aparte en las lógicas que estructuraban la acción de esta agencia que, dominada tradicionalmente por el paradigma biomédico, pone ahora la atención en la acción interterritorial como herramienta para ganar salud. Una llamada que aparece formalmente en el documento de 1978 *Salud para todos en el 2000* (Colomer y Álvarez-

Dardet, 2001). La asunción por parte de la OMS nos ofrece un ejemplo interesante de globalización de la política y de las políticas de salud. Aunque consideremos que los diferentes países interpretan esas directrices desde una perspectiva local, lo cierto es que el proceso de mediación nos habla y mucho de las prioridades políticas e ideológicas globales (Burrows, Nettleton y Bunton, 1994:2).

En octubre de 1986 se celebra en Ottawa (Canadá) la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de la que se extrajo el documento marco que hoy se conoce como la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. A esta Conferencia le seguirán otras que examinan los temas más destacados tratados en la Carta de Ottawa sobre una política pública saludable (Adelaide, 1988) y sobre entornos facilitadores de la salud (Sudsvall, 1991).

“Health promotion is the process of enabling people to increase control over, and to improve, their health. To reach a state of complete physical, mental and social well-being, an individual or group must be able to identify and to realize aspirations, to satisfy needs, and to change or cope with the environment. Health is, therefore, seen as a resource for everyday life, not the objective of living. Health is a positive concept emphasizing social and personal resources, as well as physical capacities. Therefore, health promotion is not just the responsibility of the health sector, but goes beyond healthy life-styles to well-being.”(WHO, 1986:1)

Los principios axiales de la promoción de la salud según determina la OMS (1986) son:

1. La promoción de la salud implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
2. Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
3. Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

4. Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.
5. Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

La columna vertebral de la promoción de la salud aboga por capacitar a la ciudadanía en su conjunto —y no sólo a grupos de riesgo— para que tenga un mayor control en la gestión de su propia salud, y devenga así más autónoma e independiente de los servicios profesionales: “Puesto que los determinantes de la salud son diversos y no todos dependen del individuo, se plantea modificar el ambiente con la participación de las personas cuya salud se pretende promocionar, perdiendo protagonismo y poder los profesionales a favor de la comunidad, y exigiéndose compromiso político para el cambio social” (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001:34).

No podemos estar más de acuerdo con estos propósitos que están en la base de la promoción de la salud. No obstante, lo que ha sido formulado en estos términos en la dimensión teórica, se ha visto en muchos casos desvirtuado o malentendido en su puesta en práctica.

Por un lado, como señalan Kelly y Charlton (1995), la práctica de la promoción de la salud no está exenta de una contradicción fundamental. Esta es, argumentan los autores, mientras que la filosofía de la promoción de la salud está instalada en una noción de salud positiva que acepta definiciones holísticas y subjetivas, una epistemología que intenta descartarse del modelo biomédico, el diseño, implementación y dinamización de una gran parte de sus programas sigue depositándose en los expertos tradicionales legitimados por racionalidades médicas y técnicas.

Por otro lado, el enfoque del riesgo parece seguir articulando una parte importante de estas iniciativas y programas que acaban orientándose a la modificación de conductas. Lo que se pretende es conducir a las personas a situaciones en las que tengan un menor riesgo de enfermar; detectar precozmente las enfermedades; formular y administrar políticas sanitarias —no de salud— dirigidas a conseguir la mayor eficiencia posible de



los servicios sanitarios que se ocupan de las enfermedades (Colomer y Álvarez-Dardet, 2001). De lo que hablan Colomer y Álvarez-Dardet, es de una tendencia que observamos en las últimas décadas de poner la atención en la promoción de la vida saludable. Una demanda, apuntan Burrows, Nettleton y Bunton (1994) que es común a las filas gubernamentales, académicas, comerciales y populares.

Por último, y como efecto de estas dos inercias del modelo biomédico, a menudo se tiende a confundir la educación sanitaria –una estrategia de innegable valía en la promoción de la salud— con el área de la promoción en sí misma. La OMS define la educación para la salud como:

“Health education is any combination of learning experiences designed to help individuals and communities improve their health, by increasing their knowledge or influencing their attitudes”(WHO, 2012).

La definición de Thones sobre educación para la salud, se ha convertido en una referencia en la sociología de la promoción de la salud: Tones y Tilford definen la educación para la salud actual como “Health Education is any activity which promotes health-related learning, i.e. some relatively permanent change in an individual’s capabilities or dispositions. Effective Health Education may, thus, produce changes in knowledge and understanding or ways of thinking; it may bring changes in belief or attitude and facilitate the acquisition of skills; or it may generate changes in behaviour and lifestyle” (Thones and Tilford, 2001 citado en Thones, 2002).

Ante la conceptualización de la OMS Thones (2002) argumenta que mientras nos aproximemos a la definición de la OMS desde una dimensión técnica, la definición en sí no parece problemática; el debate y el cuestionamiento aflora, señala, en el momento en el que nos detenemos a concretar los propósitos de la Educación para la Salud, esto es, cuando pretendemos delimitar qué clases de aprendizajes son apropiados para ser transmitidos por ésta. Es todo este marco de fondo el que lleva al autor a considerar que tanto la definición como la finalidad que se le concedió a la educación para la salud en la Declaración de Jakarta, debe ser re-contextualizada y su contribución a la Promoción de la Salud re-evaluada y re-vitalizada. El propósito axial de la Educación para la Salud, asevera Thones (2002), no puede quedar limitado a un cambio de comportamiento en los sujetos, sino que la Educación para la Salud debe orientarse a fraguar el entendimiento

al tiempo que a promover la autonomía de los individuos en la toma de decisiones respecto la salud.

Si antes nos hemos referido a la biomedicina no como conocimiento neutral, sino como un sistema simbólico de creencias, un lugar de (re)producción de relaciones de poder, nos vemos aquí en la posición de considerar si la promoción de la salud —o más bien lo que su práctica malentendida está haciendo de ella— no contribuye también a fomentar la relación dialéctica entre procesos de racionalización, normalización y orden social. Ahora bien, si la puesta en tela de juicio del saber médico nos ponía en una tesitura incómoda, no lo es menos aquella empresa de interrogar los programas de promoción de la salud. Las bondades de la promoción y la educación no parecen fácilmente cuestionables, sobre todo cuando son presentadas como estrategias destinadas a mejorar la salud, a favorecer el bienestar de la población.

Es justo en este punto que me veo obligada a tomar partido en el tema que aquí me preocupa. Debo visibilizar mi posicionamiento, decidir como dicen Nettleton y Bunton (1995), si este estudio versará acerca de una sociología *para* (for) la promoción de la salud, o en una sociología *de* (of) la promoción de la salud. Una sociología para la promoción de la salud, dicen las autoras citando a Thorogood, contribuye a desarrollar y fortalecer los conocimientos, las técnicas y las prácticas acordes con los postulados de la salud pública; por su parte, a la sociología de la promoción de la salud, le compete el análisis crítico sobre los presupuestos tácitos que se esconden en aquella. Las implicaciones de nuestra decisión no son un tema baladí. La razón de ser de la salud pública, su voluntad de promover y mejorar la salud de los y las ciudadanas, le confiere una áurea benefactora que problematiza, de antemano, los posicionamientos críticos a propósito de sus objetivos y estrategias. Sin embargo, cuando nos proponemos abordar los programas de promoción de la salud sabedoras de unas posibles orientaciones patogénicas y no salutogénicas, aflora como necesaria una posición de interrogación hacia éstos. Una postura de duda que debe permitirnos tejer los puentes entre el entramado social de prácticas, conocimientos y valoraciones sobre la salud, y los órdenes sociales que los enmarcan, entre lo microsocioal y lo macrosocioal. En última instancia, como sugieren Burrows, Nettleton y Bunton (1994) lo que debe guiar a la sociología de la promoción de la salud, es el análisis de ésta como resultado de procesos socioeconómicos y culturales macro asociados a la Segunda Modernidad.

Las ciencias sociales en general, y la sociología y la antropología de la salud en particular, dicen Burrows, Nettleton y Bunton (1994) han aportado una mirada crítica con la que abordar la atención sanitaria como práctica. La promoción de la salud parecía estar exenta de esa duda radical al ser pensada como práctica que se desmarca de las concepciones de la salud basadas en el paradigma biomédico. Sin embargo, parece que esto no es del cierto. Para la sociología de la salud siguen despertando sospechas los enfoques individualizadores de la educación para la salud y de algunos de los programas de promoción de la salud. Y con ello, no es que pongamos en tela de juicio los objetivos enunciados en los programas de salud pública, y mucho menos que dudemos de las intenciones de aquellas/os profesionales que los formulan y/o los llevan a cabo, lo que sometemos a cuestionamiento es su objetividad: los discursos y prácticas en salud pública no son neutrales, ni libres de valores, sino constituyentes y políticos, esto es, constitutivos y constituyentes de la realidad social en la que actúan.

Si sometemos a la duda radical esa lectura determinada de la promoción de la salud centrada principalmente en la estrategia de la educación, nos vemos en la situación de no perder de vista ciertas reflexiones que incumben a estructuras determinadas de relaciones de poder. La voluntad, la intención de cambiar *algo* en alguien (comportamientos, creencias, usos de los servicios sanitarios...) va precedida de una determinación, y por lo tanto de un juicio de valor, a propósito de la dirección que tomará ese cambio. Los propósitos se orientan, entonces, a que ese alguien o esos "álguienes" se aproximen a una forma de obrar, de hacer, de pensar y de creer que, desde los poderes públicos, es considerada como la forma *correcta*. Lo que se halla en la base de este proceso es una valoración de las conductas *adecuadas* a propósito de la salud, pero también una categorización de la población. Esto es, el hecho de que los programas, las acciones, vayan todavía orientados a sectores de población de *especial atención*, nos indica que persisten los ejercicios de valoración moral que creíamos desterrados. Las categorías con las que muchos programas identifican su población destinataria (población diana, grupos de riesgo...) funcionan como categorías políticas en la medida que actúan distinguiendo quién obra *racionalmente*, de quién no lo hace, en definitiva, quién *se porta bien*, frente quién *se porta mal*. Como muy bien apuntan Nettleton y Bunton (1994), resulta cuanto menos sospechoso el hecho de que las ideas sobre la "vida saludable" sean promovidas por aquellos grupos sociales blancos, de clase media, unas concepciones que trabajan, muy a menudo, con paradigmas sexistas, racistas y homófonos que contribuyen a marginar, en última instancia, "otras" vidas.

Para Nettleton y Bunton (1994), el énfasis que pone el discurso de la promoción de la salud en los beneficios de proveer a la población de conocimiento e información con los que puedan hacer sus elecciones “saludables”, debe ser escrutado desde una mirada crítica estructural. Una perspectiva que nos ayude a comprender que la noción de la elección individual no es más que una falacia con repercusiones muy significativas. Estas son, las de que la gente se sienta finalmente responsable y culpable de su estado de salud. Lo que las autoras llaman la mirada crítica sobre la vigilancia (*surveillance critiques*), engloba aquellas aproximaciones que, focalizadas en los programas y tecnologías de la promoción de la salud, analizan cómo han contribuido éstas, por un lado, a monitorizar y regular a la población, y por el otro, a construir nuevas identidades: “Health promotion techiques therefore involve more than the creation of healthy lifestyles and healthy bodies but also healthy minds and healthy subjectivities” (Nettleton y Bunton, 1994:45).

Bajo el pretexto del mantenimiento del orden social y moral de las sociedades, las mujeres, categorizadas por la medicina alopática como grupo social homogéneo han sido meritorias de diversos programas y acciones de promoción de la salud (Obach y Sadler, 2009). Con el paso marcado por estas sociólogas de la salud y situada en mi investigación, me veo interpelada a interrogarme sobre cuáles son las directrices que sigue el programa de promoción de la salud que promueve la Educación Maternal desde los servicios de Atención Primaria. Esto es, de cuestionarme ¿Qué tipo de subjetividades construye este programa? ¿Qué márgenes se reservan a la vigilancia moral? ¿Cuáles a la participación de los sujetos en la construcción y gestión de su propia salud?

### 1.3.2. Género y salud desde una posición feminista.

Que el feminismo tiene mucho que aportar a la sociología de la medicina y de la salud es una evidencia destacada por muchas autoras (Annandale, 2009). El feminismo/los feminismos, no han provisto de las herramientas para evidenciar no sólo las cosmovisiones, sino también las estructuras androcéntricas en las que se abaten el paradigma biomédico y el sistema de atención sanitaria. Ahora bien, parece ser que la propuesta analítica de estos potentes corpus conceptuales y teóricos se ha visto descapitalizada al ser absorbida, aseveran Annandale y Clarck (1996), por el mainstreaming. El ímpetu crítico se ha reconvertido, apuntan las autoras, en un compromiso tácito por parte de la sociología de la salud y la enfermedad con los análisis de género.

A la par de lo sucedido en otras áreas de estudio, en su momento, la aceptación de la perspectiva de género como perspectiva para el estudio de la salud y la enfermedad no quedó exenta de formar parte de una batalla por su reconocimiento (Annandale y Clark, 1996). Sin embargo, después de las laboriosas aportaciones de las primeras feministas, hoy la imbricación entre sociología de la salud y la enfermedad y perspectiva de género aflora como indiscutible. Esta operación ha tenido ciertas implicaciones imprevistas. La asunción no reflexiva del género como coordinada, sugiere Ortiz (2006), no sólo reduce el feminismo a uno de sus instrumentos de análisis –cuya potencialidad es indiscutible, pero que no puede considerarse absoluta— sino que además se convierte al género en un presupuesto implícito (tratado muchas veces como variable y no como constructo), al que se dedican escasos espacios de reflexión. Es así como, según Ortiz (2006) el concepto género resulta simplificado en la literatura científica médica. Y también en la literatura científica feminista, apunta Esteban (2010).

Si declaramos aquí que nuestro estudio pretende ser reconocido como un análisis feminista sobre el régimen de género transmitido por las matronas del Servei Valencià de Salut, no es debido a que “hablamos de género” en nuestra investigación, sino es porque, en respuesta de Linda McDowell (2000), nos posicionamos, como científicas sociales, en el descubrimiento y el análisis de las estructuras y los procesos mediante los cuales se crean las distinciones y se sitúa a los seres humanos en grupos sociales cuyas relaciones son desiguales.

La perspectiva relacional de género así como la perspectiva postestructuralista, nos confieren de un marco teórico y analítico que desdice los tan prolíferos estudios que utilizan el género como determinante social. Escrutar las diferencias en salud según hombres y mujeres, o lo que es lo mismo, caer en la trampa de aceptar el género como variable independiente y la salud como constructo dependiente es, como dice Connell (2012), nutrir de contenido las posiciones categóricas que redundan en que los efectos de la salud generizados se explican por las diferencias sexuales de los cuerpos. En un apartado anterior abogué por objetivizar los lindes que perfilan mi propuesta en relación al género, merece aquí la pena que evidencie lo que supone para el análisis de la sociología de la reproducción –humana, social, cultural— asumir una perspectiva relacional de género en el escrutinio de la salud.

Acometemos este esfuerzo de objetivización después del análisis sobre el ejercicio de control social que ejerce la biomedicina en los cuerpos. Y lo hacemos aquí para denotar que los cuerpos femeninos no son unos cuerpos más entre otros, sino que son aprehendidos por la ciencia biomédica como cuerpos de especial atención, como cuerpos que necesitan ser vigilados: los cuerpos de las mujeres son obstinadamente medicalizados. Esta reflexión merece redundar en una cuestión fundamental. No es que la medicina alopática insista en darle una atención especial a las mujeres, sino que es la construcción de lo femenino embebida en un orden de género androcentrista la que convierte el cuerpo rotulado como femenino en “el otro” cuerpo, y esto, a su vez, se traduce en ciertas implicaciones para la salud de las mujeres.

Las aportaciones de epistemólogas feministas como Haraway y Harding nos llevan a comprender que la ciencia y, por tanto, la ciencia médica, lejos de resultar de una solidez impenetrable es permeable a los valores dominantes de las sociedades en las que se enmarca. Los varones de los estratos sociales medio-altos de los países de Occidente, han detentado las posiciones de sujetos productores del conocimiento médico. A ello ha contribuido un entramado de mecanismos que, hasta finales del siglo XIX, estableció unos recorridos masculinizados para el acceso a un sistema científico-profesional que excluía a las mujeres o las segregaba en actividades sanitarias “secundarias” o no científicas (Ortiz, 2001; 2006). El androcentrismo en la ciencia se proyecta también a través de dos estrategias, prosigue Ortiz (2006), en primer lugar en la identificación de lo masculino con lo humano en general y, a su vez, la equiparación de todo lo humano con lo masculino, esto es, hacer de lo masculino la norma; en segundo lugar, adoptando una perspectiva científica que responde a la experiencia real y a los intereses dominantes de los varones en una sociedad patriarcal.

Lo que podemos considerar común a todos los feminismos, dicen Annandale y Clark (1996), es el entender que el orden patriarcal privilegia el cuerpo masculino como estándar, posicionando en una estratificación corporal *sus* características al tiempo que caracteriza el cuerpo femenino como deficiente, asociado con la enfermedad o como cuerpo incontrolable. De ello es fácil colegir que el cuerpo femenino es construido como inferior, un cuerpo que debe ser controlado, dominado. El reclamo fundamental de las teorías feministas, continúan las autoras, es el de hacer comprender que la experiencia de salud de las mujeres —y la de los hombres— está socialmente construida y no se apoya directamente en la materialidad biológica del cuerpo. A esta reflexión Esteban (2003) añade un matiz que nos parece fundamental para comprender el alcance de las

posiciones feministas, por un lado; y para situarnos en el análisis que planteamos en esta investigación, por el otro. Esto es, estos postulados que les son propios tanto a las definiciones expertas de la salud como a la organización de su atención, no pueden ser abordados como meros sesgos o incorrecciones sino que, en palabras propias de Esteban: “es una cuestión estructural al propio sistema, que hay que recontextualizar y repensar en su totalidad” (Esteban, 2003:27).

Desde este posicionamiento la crítica feminista aplicada al estudio de la salud focaliza su atención, dice Esteban (2003), en dos cuestiones centrales, estas son: la denuncia del androcentrismo a todos los niveles (investigación, docencia y asistencia) y la puesta en evidencia de la medicalización de las mujeres.

Lo que compete a este estudio es, precisamente, la deconstrucción del androcentrismo que organiza los regímenes de género de los servicios de atención primaria y que incide, de algún modo, en la interacción con las personas participantes en el programa de salud objeto de nuestra investigación. Sin embargo, y puesto que uno de los lugares en los que hemos situado la transformación de dichos regímenes<sup>27</sup> es en la interacción entre profesionales y personas participantes de la Educación Maternal, me inclino por formular unos interrogantes iniciales que tengan en cuenta esos posibles órdenes contestatarios con las estructuras androcéntricas. ¿Qué tipo de relaciones de género son constituyentes *por/de* el régimen de género de la Educación Maternal? ¿Se trata de relaciones organizadas por el androcentrismo? O ¿De relaciones equitativas?

### **1.3.2.1. Recuerde, el embarazo constituye un estado de salud<sup>28</sup>.**

A pesar de que gestar, parir y criar un niño o niña no son estados que supongan por sí mismos enfermedad, lo cierto es que son construidos total o parcialmente como eventos médicos, monitorizados por profesionales de la medicina. El embarazo y el parto en nuestra sociedad –occidental, capitalista, de clase media– son reelaborados culturalmente como acontecimientos médicos y despojados de toda envoltura social y

27 Recordemos que Connell acepta los cambios parciales que puedan darse en niveles determinados del orden de género.

28 El título de este apartado lo hemos tomado prestado de Ann Oakley (1979) “Remember, pregnancy is a state of health.” Un capítulo que encontramos en su libro *Becoming a Mother*. Nos parece muy ilustrativo en la medida que implica un mandato de normalización, proveniente de un/a profesional de la salud y que esconde, en definitiva, la problematización de un evento como el embarazo.

biográfica. Se pare en un hospital<sup>29</sup> y se controla el proceso de embarazo a través de un itinerario asistencial donde participan ginecólogos/as, obstetras y matronas. Incluso la primera etapa de la crianza es medicalizada y renombrada bajo el epíteto sanitario de puerperio. Solamente esta resignificación de un proceso que, como hemos visto en un capítulo previo, era comprendido como un asunto privado, puede justificar la existencia de un Programa de Educación Maternal impulsado por una agencia pública.

Las reflexiones feministas que, desde la antropología y la sociología, abordan la salud y su atención desde el género, insisten en problematizar la apropiación que la biomedicina se ha hecho de los cuerpos femeninos. Una tutela que ha derivado en una dependencia de éstos respecto los servicios de atención sanitaria y en un control de sus procesos por parte de la biomedicina, especialmente en lo que se refiere a aquel proceso denominado *ciclo reproductivo*. Son muchas las analistas sociales que han puesto en tela de juicio la apropiación y gestión del ciclo vital de las mujeres que ha hecho la biomedicina. Una apropiación que se aferra a una lectura fertilista y reproductivista sobre lo femenino. Ann Oakley (1984) exploraba ya en su obra *Captured Womb*, el proceso de descapitalización del embarazo y el parto como áreas de dominio de las mujeres de las que pasa a apropiarse y dotar de significado la ciencia médica masculina. Ello ha supuesto, dice la autora, implicaciones en la manera en la que las mujeres de hoy expresan y viven estos procesos, así como en la reafirmación del poder y el control del dominio médico en este campo.

El sistema médico-científico articula el ciclo vital de las mujeres en torno a un constructo médico, el de su ciclo fértil. Estas etapas, dice Yolanda Bodoque, definen algo más que períodos relacionados con procesos de salud y enfermedad: “se han dotado de contenido social y cultural haciendo que las mujeres identifiquen cada una de las etapas con determinadas pautas de comportamiento (...) se tiende a dejar definidas estas etapas de tal forma que las mujeres hagan lo que se espera de ellas en cada uno de los procesos ya predefinidos” (Bodoque, 2001:4). Reducir a las mujeres a su ciclo fértil implica la obstétrico-ginecologización de su salud (Esteban, 2001). De este ejercicio de sinécdoque se deriva que el sistema sanitario confunda la asistencia a las mujeres, en su totalidad, con la atención a sus funciones reproductoras, equivocando la parte con el

---

29 La demonización del parto en casa, resulta una característica muy notoria de nuestro sistema de atención sanitaria. Montes (2008) dedica un capítulo de su tesis a las decisiones de las mujeres por este tipo de parto.



todo y extendiendo el control por parte del personal médico y asistencial no solamente al cuerpo de las mujeres, sino también a las mujeres como individuos, al tiempo que se las despoja de sus propios criterios de autogestión y decisión (Esteban, 2001). Este proceso confluye necesariamente en su infantilización, como dice Raquel Osborne (2004).

El proceso de medicalización de la vida de las mujeres que quieren ser madres comienza, a menudo, desde mucho antes de la concepción<sup>30</sup> y termina mucho después del nacimiento de la criatura. Durante ese transcurso, dice Imaz (2007), los contactos con las y los profesionales del sistema biomédico son continuos y heterogéneos, lo que en parte explica que el lenguaje y las representaciones propias del sistema médico-científico nutran las expresiones de las mujeres en relación a sus cuerpos y sus maternidades (Imaz, 2007): “El prolongado tiempo en el que tienen lugar estas relaciones es ideal para su adoctrinamiento en el cumplimiento de lo que de ellas se espera y el lugar que socialmente les corresponde como mujeres y madres. Los encuentros asistenciales, además de tener funciones preventivas, están cargados de ideologías normativas y morales dirigidas a mantener el orden social en que las mujeres, se supone, deben ser receptoras pasivas de los dictados hegemónicos” (Montes, 2010:192).

María Jesús Montes (2007) en su tesis sobre las culturas del nacimiento, se muestra tajante al demostrar que el nacimiento se inscribe hoy en la ideología del modelo de atención del sistema biomédico, aunque la autora también reconoce variaciones significativas en las formas de pensar y practicar esa atención. Un modelo de atención, dice, que refuerza la pérdida de autonomía y la desconfianza de las mujeres ante los procesos de su cuerpo en gestación y que deriva en la delegación a las y los profesionales de la gestión de sus cuerpos. Una práctica asistencial también, prosigue, focalizada en la salud del feto que invisibiliza a las mujeres como sujetos y las cosifica.

Las mujeres no sólo son despojadas de la toma de decisiones sobre sus cuerpos, sino incluso de la potestad para identificar y definir los problemas de salud que les atañen, y en estos mecanismos no podemos sino identificar la huella de la cultura androcéntrica

---

30 Muchas mujeres asisten a revisiones ginecológicas desde que tienen su primera menstruación, o desde que tienen sus primeras relaciones sexuales (si éstas son heterosexuales), estos contactos con el sistema sanitario responden a una cultura de prevención que tiene como sujeto de atención a las mujeres, pero no a los hombres. En una etapa posterior, si la mujer decide quedarse embarazada y debe/quiere recurrir a las técnicas de reproducción asistida volverá a entrar en contacto con dicho sistema y su medicalización se verá intensificada.

aplicada a la salud: “Todo ese control sobre los cuerpos femeninos y la construcción de éstos en tanto objetos patológicos, implica un ejercicio de violencia sobre las mujeres, toda vez que por ellas decide un aparato de poder (en este caso el sistema médico oficial) el cual, a través del ejercicio médico, reproduce un sistema de dominación y ejerce una violencia que es tanto material como simbólica” (Obach y Sadler, 2003:89). La medicalización de las mujeres es el hecho que resume la estrategia de control, poder y dominación que ha ejercido el sistema biomédico sobre la población, pero también constituye el reflejo más claro de un orden de género desigual que cuenta con el sistema biomédico como cómplice. Es intención de este trabajo explorar las prácticas interpretativas, pero sobre todo las prácticas asistenciales sanitarias, a través de las cuales el conocimiento científico transmitido por determinadas agentes construye género, y cómo esta construcción se ve apropiada y controlada e incluso contestada por las profesionales sanitarias. En este sentido, podemos decir que nuestra investigación seguirá la estela de los estudios que hemos delineado aquí y a los que nos remitiremos en nuestros análisis.

Sin embargo, la temática que hemos elegido para nuestra tesis resulta, a priori, difícilmente encajable en las exploraciones de los recorridos y los encuentros médicos asistenciales. La crianza, como práctica social, pareciera no tener lugar en las preocupaciones del sistema biomédico. Y aun así, los programas de Educación Maternal desarrollados por los servicios de atención primaria se dedican a ella, lo que sugiere ciertas contradicciones y no pocos interrogantes. Si se siguen impartiendo los programas de educación maternal, y si las mujeres, como dice Imaz (2007) asisten mayoritariamente a ellos, es porque socialmente –e incluso las mismas mujeres– consideramos que no sabemos gestionar nuestros embarazos, no sabemos parir, y tampoco sabemos criar, y por eso hay que enseñarnos. Parece que aunque las coordenadas temporales son otras, el rastro de los Higienistas no llega a difuminarse. En esta tríada de saberes no sabidos por las mujeres –los de la gestión de sus embarazos, los necesarios para parir, los de criar– llaman poderosamente la atención los cuidados. La crianza, acometida en nuestra sociedad por las personas adultas de la familia, se ve cruzada por lógicas y condicionantes diversos que atañen a múltiples parcelas de la experiencia cotidiana (el trabajo, la economía, el ocio, las relaciones...) y no sólo al cuerpo. Si entendemos la crianza como práctica social, como labor que contribuye a la sostenibilidad de la vida, a priori nos resulta problemático su abordaje sanitario, un abordaje que, como ya hemos

visto en este apartado, se focaliza en los cuerpos y su dimensión biológica, y no en los seres sociales.

Nuestro reto no parece sencillo. Se trata de interrogar, a un sistema organizado tradicionalmente desde el androcentrismo, sobre su tratamiento a propósito de una práctica social adscrita tradicionalmente a las mujeres. Sin perder de vista, eso sí, que los contextos actuales deslegitiman unas distribuciones familiares a propósito del cuidado por razón de género. La Segunda Modernidad parece haber introducido, como analizaremos después, importantes transformaciones en la vida de los sujetos, unos cambios que, entre otras cosas, estarían acercando cada vez más las experiencias cotidianas de hombres y mujeres. Lo que se esconde en las intenciones de la tesis que presento no es otra cosa que averiguar si el sistema biomédico se ha sumado a esta inercia de cambio o, por el contrario, si sigue posicionado en unos órdenes de género patriarcales. La transmisión-adquisición del criar parece un campo interesante para este propósito.

#### **1.3.2.1.1. Regímenes de género de los servicios de Atención Primaria y prácticas asistenciales feministas.**

La primera reacción a la incógnita formulada en el párrafo anterior, pone en cuestionamiento la institución sanitaria como vehiculizadora de conocimientos a propósito de la crianza. Respondiendo a la tradición analítica feminista, dudamos que el orden de género que se transmite en esos programas de promoción de la salud no se vea, él también, atravesado por la lógica androcentrista. Ahora bien, las evidencias científicas no pueden hacernos caer en el determinismo. He posicionado esta investigación en una teoría del género que se mueve en las aguas del cambio social y en un feminismo que pretende identificar las vías para que éste sea posible. Una perspectiva situada que conduce a propiciar espacios en el análisis a través de los que distinguir prácticas productoras de otros órdenes de género. Si nos fijamos en esta investigación en la transmisión-adquisición del criar, es precisamente porque estimamos éste como un campo interesante donde explorar los regímenes de género de los servicios de atención de la Agència Valenciana de Salut y, concretamente, del Programa de Educación Maternal.

Connell (1987; 1995) habla de los regímenes de género como las organizaciones que se dan a propósito de lo masculino y lo femenino en el seno de las instituciones, empresas o agencias. De la misma manera que las corporaciones, los sitios de trabajo o el Estado

están embebidos en estructuras de género, debemos pensar que las disposiciones institucionales mediante las cuales funcionan los servicios de atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio, también lo esté. El conjunto de estas disposiciones, nos dice Connell (2002), conforma el régimen de género de estos servicios: “the structural investory of a particular institution (...) that represents the state of play in gender relations in a given institution” (Connell, 1987:120). Entiendo que esta definición de la autora consigue capturar tanto la localidad como la fluidez de las estructuras de género.

La Segunda Modernidad trae aparejada una reformulación de las relaciones de género. Los marcos socioculturales del criar, como nos decía Hays (1998), no nos hablan sólo del *cómo* se cría, sino también del *quién* asume ese cuidado. Si hemos identificado en los cursos de Educación Maternal uno de los espacios en los que las mujeres y los hombres entran en contacto con los discursos dominantes a propósito de la primera crianza (Imaz, 2010), entonces nos vemos en la disposición de preguntarnos, al respecto de todo ello, cómo construye feminidades y masculinidades la institución sanitaria, y cuál es la relación entre estas categorías que se conforma a propósito del cuidado. Retomando la formulación de cuestiones que introdujimos en un apartado anterior de este capítulo del marco teórico, podríamos decir ¿Qué regímenes de género se producen y reproducen en los programas de Educación Maternal?

Para dar respuesta a este interrogante, esto es, para llegar a perfilar los regímenes de género de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio, debemos atender dos cuestiones fundamentales: en primer lugar, que el objeto de atención son las estructuras y las prácticas mediante las que las instituciones sanitarias (re)producen feminidades y masculinidades entre las personas destinatarias de sus programas; y en segundo lugar que, aunque los regímenes de género varíen de servicio de atención primaria a servicio de atención primaria, estos deberían acomodarse, en cierta manera, a los límites establecidos por la cultura más amplia y a las restricciones del sistema sanitario local (Connell, 2002). En lo que quiero poner atención, con esta última aseveración, es en la convivencia de distintos regímenes con un orden de género predominante dado un contexto social específico.

Lo que nos confiere la propuesta de Connell, por lo tanto, es una teoría con la que analizar, como ya hemos anticipado, las estructuras y las prácticas propias del régimen de género de los servicios de atención primaria de atención al embarazo, parto y puerperio.

No obstante, y sin desmerecer la exploración de la dimensión estructural, en esta tesis me voy a fijar en las prácticas, concretamente en la práctica pedagógica que se da en el contexto de la Educación Maternal entre matronas y personas usuarias de este servicio. Para ello necesito un marco teórico con el que abordar las relaciones de transmisión-adquisición en dicho contexto, una propuesta analítica que me ofrece la obra de Basil Bernstein y que abordaré en el capítulo siguiente. Pero también requiero de una línea en el horizonte, esto es, de una guía con la que discernir aquellas prácticas pedagógicas que reconoceré como transformadoras, transmisoras de un régimen de género democrático, igualitario. Antes de dar por finalizado este capítulo haré referencia a la práctica matrona feminista.

Dice Craig (2004) que tanto la enfermería como la matronería se han visto constreñidas, profesionalmente y epistemológicamente, por una comunidad científica androcéntrica. En este sentido, el pensamiento feminista es sugerido por las analistas como marco subversivo de esta situación, tanto en lo que se refiere a la tradición investigadora en el seno de esta disciplina (Craig, 2004), como en su propia praxis (Kaufmann, 2004).

A pesar de que la tradición teórica sobre modelos feministas de atención matrona no es muy reciente, según afirma Craig (2004), tras la lectura del texto de Liz Stephens (2004), he tomado contacto con algunas propuestas que han trabajado en esta línea (Walsh and Newburn, 2002; Bosanquet, 2002; Foster, 1989). De éstas se ha primado un abordaje menos centrado en el parto y que me permite, por lo tanto, aplicar el modelo a la dimensión que ha sido priorizada de entre todas las tareas que asumen las matronas de atención primaria, aquella que involucra a la profesional en relaciones pedagógicas con usuarios y usuarias de los servicios de atención primaria. Este modelo coincide con el de Peggy Foster.

Para Peggy Foster, la atención matrona de las mujeres se nutre de las necesidades de las proveedoras de cuidado más que de las de las propias mujeres. Foster (1989) ha identificado cinco principios que ayudarían a dibujar el esqueleto de lo que sería un modelo feminista del cuidado en la práctica matrona, y que se abatiría sobre el modelo de atención centrado en las mujeres (*woman-centred systems of care*). Veámoslos:

1. El primer principio se basaría en la advertencia de que el conocimiento médico debe ser compartido con las mujeres, de manera que éste las provea de un mayor control en los procesos de embarazo, parto y puerperio.

2. El segundo principio propuesto por la autora, sugiere que las proveedoras de cuidado deben abordar sus prácticas desde formas democráticas de relación con las mujeres.
3. Desde el tercer principio, Foster reclama que la atención a la salud feminista debe ser holística, esto es, debe tratar a las mujeres como sujetos individualizados y atender a sus necesidades.
4. Desde el cuarto principio, la autora sugiere que las matronas adopten una relación de empatía con las mujeres, y no una relación distante propia del rol de profesional.
5. El quinto principio se refiere a que el cuidado de la salud desde una perspectiva feminista, debe garantizar un acceso y una accesibilidad a estos servicios igual para todas las mujeres, independientemente de su clase social, su etnia, color de piel, o identidad sexual.

Si bien Foster no se esfuerza por hacerlo explícito en su modelo de praxis, por mi parte no quisiera perder la oportunidad de manifestar que lo que se espera de esta praxis matrona feminista es la promoción del cambio social. Esto es, consideraré práctica matrona feminista aquella que adopta un posicionamiento crítico ante el orden de género androcéntrico que estructura la sociedad y la atención biomédica del embarazo, parto y puerperio, y produce/transmite un régimen de género que parte del cuestionamiento de aquél, para promover otras relaciones de género.

Desde otro orden de cosas, y sabedora de lo ecléctico que es el pensamiento feminista, debo argumentar que el paradigma de atención promovido por Foster (1989), no resuelve un aspecto importante para esta tesis. Esto es, el objeto de atención del estudio lo constituye la construcción de maternidades y paternidades y sus relaciones a través del programa de Educación Maternal, construcciones éstas que se concadenan entonces a la elaboración cultural de lo femenino y lo masculino, y no a los hombres y las mujeres. Lo que queremos decir con esto es que el modelo feminista de atención no puede reservarse a las mujeres y desatender a los hombres, en primer lugar, porque esta segregación no resolvería las inequidades sino, a mi modo de ver, las reforzaría; en segundo lugar, porque de ese modo estaríamos confundiendo, una vez más, género con diferenciación sexual. Lo que me lleva a proponer la necesidad de involucrar no sólo lo masculino sino también a los hombres en la práctica feminista. Si la tradición feminista ha criticado un paradigma de atención médica por construir lo femenino y

a las mujeres de una forma concreta, la práctica feminista no puede conformarse con abordar estas cuestiones sin atender a cómo se ha construido también lo masculino y a los hombres. Entiendo, no obstante, que cuando las propuestas de atención matrona se refieren a modelos centrados en las mujeres lo hacen teniendo en mente la atención al parto. Esto es, lo que se pretende es devolverle a las mujeres la gestión y decisión de sus cuerpos y sus procesos durante largo tiempo secuestrados por la vigilancia atenta de una medicina androcéntrica y practicada por hombres. Nada que objetar. Ahora bien, puesto que aquí a quién observo es a las matronas de Atención Primaria, sostengo que la perspectiva debe ser distinta, desgenerizada e inclusiva con los hombres. A mi entender, los Programas de Educación Maternal ofrecen una oportunidad estimable para abordar el cuidado desde relaciones de género equitativas.

Efectivamente, tal y como he planteado, en esta tesis las narrativas sanitarias a propósito de la crianza y su distribución genérica me sirven de pretexto para observar el verdadero objeto de interés, este es, la naturaleza de los principios de comunicación que regulan las interacciones entre proveedoras de cuidados y usuarios/as del programa; por lo tanto, es la descripción de las modalidades pedagógicas de estas matronas las que aportarán información sobre si se (re)producen unas relaciones jerarquizadas basadas en el androcentrismo, o si se recrean otro tipo de relaciones en aquellos encuentros asistenciales. Lo que me lleva a perfilar, de nuevo, el interrogante que ha ido tomando forma en este capítulo. ¿Qué regímenes de género son transmitidos en las relaciones pedagógicas que se dan entre matronas y mujeres y hombres participantes en la Educación Maternal? ¿Podemos decir que las matronas de atención primaria de l'Agència Valenciana de Salut siguen una praxis feminista?

## 1.4. Transmitir, adquirir el criar. Las relaciones pedagógicas desde la teoría de Basil Bernstein.

**E**n un capítulo anterior explicábamos cómo la transmisión cultural vehicula los modelos de crianza que coexisten en una sociedad, y cómo dentro de esta variabilidad siempre hay una lectura de la crianza que se erige como aquella “versión” dominante respecto el cuidado. Advertíamos también que lo que se difunde en esta transmisión no son solamente contenidos, sino relaciones, relaciones de género. Las nociones de maternidad y paternidad entroncan directamente, como hemos visto, en este proceso de posicionamiento respecto la feminidad y la masculinidad, presentándose no como elementos liminales sino, por el contrario, como ejes axiales de las posiciones que ponen en práctica los sujetos, del ejercicio (*doing*) de género.

En esta tesis nos interesan los procesos de transmisión-adquisición del criar, pero nuestro propósito es si cabe más complejo que esto. Hemos intentado huir de concebir género como recetario de comportamientos y actitudes adscritas a lo masculino y a lo femenino — menos todavía a los hombres y a las mujeres — para entenderlo como matriz de relaciones en las que los individuos se posicionan y son posicionados. En este sentido, explorar cómo se transmiten las relaciones no se aventura como una tarea sencilla, a priori. Sin lugar a dudas, necesitamos de una teoría que nos aporte las herramientas necesarias desde las que abordar el análisis de la reproducción, pero también de la producción de género, de las relaciones de género. Esta herramienta teórica la hemos encontrado en la propuesta de Basil Bernstein sobre la relación pedagógica que exponemos a continuación y que se articula como uno de los ejes analíticos primordiales de nuestra tesis.

### 1.4.1. Estudiar la crianza desde su práctica pedagógica.

Una de las primeras cuestiones que debemos tener clara para comprender el marco conceptual de Bernstein, es que el autor distingue entre la práctica pedagógica como transmisor cultural y lo que ésta transmite, esto es, la práctica pedagógica como forma social y como contenido específico (Bernstein, 2001). Pero todavía más, para Bernstein



aquello transmitido, el contenido, resulta seleccionado por el transmisor, modulado por la propia relación pedagógica.

La idea de práctica pedagógica de Bernstein (1998) no se circunscribe a las relaciones que se dan en la escuela, sino que ésta es considerada como un contexto social fundamental a través del cual se realiza la reproducción y producción culturales. Es gracias a ello que podemos afirmar que el relato de la “buena crianza” es objeto de distintas relaciones de transmisión-adquisición, y son estas relaciones pedagógicas que se producen en contextos educativos diferentes, las que dan forma precisamente a la diversidad de relatos disponibles sobre la crianza en el contexto actual: prácticas pedagógicas sobre la crianza se dan entre las mujeres y sus madres<sup>31</sup>, entre los hombres y sus madres, entre los hombres y las mujeres y su grupo de iguales<sup>32</sup>, entre la literatura de divulgación orientada a la crianza y sus lectoras y lectores, entre las agentes de salud y las/los usuarias/os de los servicios sanitarios... En cada uno de estos procesos el “qué”, el contenido, se ve modulado por la práctica.

Ahora bien, ya vimos que la diversidad de relatos, la sucesión de relaciones, no consigue eclipsar la pervivencia de lecturas dominantes sobre la realidad social. No obstante, nos dirá Bernstein, las posibilidades de estos relatos de erigirse como discursos sociales no son explicadas por lo transmitido, sino que son producto de las reglas distributivas que operan en la transmisión cultural cuyo origen, apunta el autor, son las relaciones de clase. Aplicado esto a nuestro objeto de estudio diríamos, que más allá de profundizar en los marcos justificativos que confieren legitimidad a una u otra narrativa sobre el cuidado de menores, allende de dilucidar cuáles han sido los procesos y mecanismos que han dotado a la agencia de salud y a su discurso de la crianza del poder necesario para erigirse como relato social, explicación a la que ya me referí anteriormente de manera somera, lo que merece aquí nuestra atención es, de otro modo, profundizar en esos procesos de comunicación especializada que se dan en el contexto del programa de educación maternal, inmersos ellos también, y este es precisamente el foco de nuestro interés, en relaciones de poder y control.

---

31 Por lo que se refiere al contexto social actual, los hombres que hoy son abuelos, no suelen actuar de sujetos de conocimiento a propósito de los cuidados destinados a menores.

32 Con grupo de iguales nos referimos aquí a aquellos hombres y mujeres que ya tienen descendencia y a quienes se les da por sentado sus conocimientos, unos saberes avalados por la experiencia. El hecho de ser o haber sido *criador/a* legitima al sujeto para transmitir conocimiento sobre esta práctica social.

Por lo tanto, nuestro posicionamiento epistemológico con respecto al análisis del tipo de relación pedagógica que nos interesa, la que acontece entre una transmisora (la matrona), y una o un adquiriente (la mujer y el hombre que asisten a las sesiones de educación maternal), en un contexto determinado (el propio del programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana) y con el propósito de vehiculizar un mensaje concreto (una narrativa experta sobre la crianza), es la de asumir que este tipo de interacción, la relación pedagógica, es desigual en su regulación, o dicho en términos generales, que entre sujetos, entre agencias y entre discursos se dan intrínsecamente relaciones de poder y control.

Las interacciones sociales que se producen en los encuentros médicos han inspirado líneas de investigación a la microsociología, donde el intercambio de información entre las partes recibe el foco de atención. La razón de este interés está clara para Paul Atkinson (1995), el encuentro médico se perfila como un microcosmos donde se reproducen tanto la división social del trabajo, como las interacciones que son inherentes a esta estructura. En última instancia, la interacción médica y asistencial resulta una manifestación de la distribución desigual del conocimiento a propósito de esta división del trabajo.

El encuentro médico es inherentemente asimétrico, o dicho en otros términos, dichas interacciones constituyen escenarios micro para el orden social. El/la profesional y la persona usuaria se confrontan en la interacción con capitales culturales distintos; pero no sólo distintos, sino desiguales, dado que en el contexto médico/sanitario, cualquiera que sea el estatus del usuario o usuaria, insiste Atkinson (1995), esta persona es considerada, a priori, como paciente lega, indocta en la consulta médica; mientras que el/la profesional sanitario/a es considerada tácitamente como la parte experta del contrato. Desde esta perspectiva podríamos afirmar que la consulta encapsula el sistema social macro, o las fronteras culturales que distinguen lo profesional de lo lego. Lo que sería puesto en conjunción no sería por tanto, dos (o más) actores sociales, sino dos culturas encontradas con posiciones de poder asimétricas.

Con esta premisa como escenario de fondo lo relevante, nos dirá Basil Bernstein (1990), es saber a qué intereses responde dicha regulación, en nombre de quién o de qué se regula. Una afirmación que contiene implícitos los principios de la teoría del autor y que nos sirve aquí para justificar su elección como perspectiva analítica en nuestra investigación.

Según Tomaz Tadeu da Silva (2002:87), para Bernstein el conocimiento educativo formal se verifica a través de tres sistemas de mensajes, el currículum, la pedagogía y la evaluación: “el currículum define lo que cuenta como conocimiento válido, la pedagogía define lo que cuenta como transmisión válida del conocimiento y la evaluación define lo que cuenta como realización válida de ese conocimiento por parte de quién es enseñado”.

Efectivamente, Bernstein considera la práctica pedagógica como un contexto social fundamental a través del cual se realiza la reproducción y la producción cultural. Desde esta aceptación pareciera que la propuesta del autor radicara en el análisis de la vehiculización de lo macro (la cultura), en los escenarios micro (las relaciones pedagógicas). Ahora bien, la preocupación manifiesta del autor por los procesos configuradores de la conciencia, por la articulación de los procesos identitarios, suscita el replanteamiento de esta inferencia. Se trata más bien de las relaciones entre los macro y micro procesos de poder y control, un punto clave no solamente de su propuesta analítica, sino también metodológica: “Cualquier teoría debe operar en varios niveles (micro nivel interacción y macro nivel institucional) y debe permitir la traducción de un nivel a otro. Los conceptos deben ser capaces de mantener unidos los diversos niveles y posibilitar la traducción de un nivel a otro” (Bernstein, 1990 citado en Navas, 2008).

El modelo desarrollado por Bernstein es capaz de describir las prácticas de organización, las prácticas discursivas y de transmisión constitutivas de toda acción pedagógica, pero también da cuenta de los procesos mediante los cuales se producen las adquisiciones selectivas configuradoras de la conciencia. Para ello, apunta el autor, es necesario disponer “de algún medio de análisis de las formas de comunicación que están en la base de esos procesos” (Bernstein, 1998: 6). En otras palabras, la teoría de Bernstein busca explicar y describir los procesos culturales por los que la educación contribuye a la reproducción cultural (Navas, 2008:234), y lo hace atendiendo a la lógica interna, a las reglas que regulan el contenido de la práctica pedagógica.

Ahora bien, que el autor profundice en la relación dialéctica entre estructura social y estructura educativa no debe llevarnos a equívocos presuponiendo que establece una correlación causal entre ambas. Lo que tiene de interesante el modelo explicativo de Bernstein, al menos para nuestro objeto de estudio es, precisamente, ese carácter transgresor al que se refiere Madeleine Arnot (2002), esto es, que contempla el cambio, y es más, lo distingue de la “variación”: “los conceptos de la teoría deben permitirnos

diferenciar entre una “variación” y lo que cuenta como “cambio” en las agencias de reproducción. Por ejemplo debemos saber si una agencia fue igual que antes, si hubo una variación en sus prácticas o si hubo un cambio. Y los conceptos también deben hacer esto, pues si no lo hacen, en realidad serán inconsistentes.”

En la propuesta de Bernstein el control simbólico es siempre una condición necesaria del orden, pero lleva consigo implícito el potencial de transformación de ese orden en otro distinto: “Understanding and explaining both continuity and change are ultimately indissolubly linked endeavors”(Chisholm, 1995:76). El modelo que propone el autor y que desarrollaré seguidamente, pretende analizar cómo se elabora un texto pedagógico. En esta intención tiene cabida la exploración de las reglas subyacentes a la construcción del texto, la incursión en los principios reguladores que orquestan los procesos de circulación y contextualización, pero también y en igual grado de importancia, el análisis de las reglas conformadoras de los procesos de adquisición del texto pedagógico y de su cambio (Bernstein, 1998).

En esta investigación que presento, que leída por la lente teórica de Bernstein podríamos denominar como un análisis del texto pedagógico sanitario de la crianza, mi interés manifiesto reside en explorar la potencialidad de cambio que nuestras sociedades de la modernidad tardía reservan a las relaciones sociales de género. Para lograr este objetivo, parece ineludible identificar los procesos de producción y reproducción que dan forma a las posiciones genéricas, a las relaciones de género. En definitiva, como toda investigación que se inscriba en el marco teórico de Basil Bernstein, de lo que se trataría es de dar una respuesta, acorde con nuestra temática, a una pregunta fundamental: “¿Cómo se traducen el poder y el control en principios de comunicación y cómo regulan éstos diferencialmente las formas de conciencia en función de su reproducción y de sus posibilidades de cambio?” (Bernstein, 1998:36).

#### 1.4.2. El modelo de reproducción y transformación cultural.

Apunta Paul Atkinson (1995), que en el trasfondo de la propuesta analítica de Bernstein reside una llamada de atención hacia el poco interés mostrado, por parte de la sociología de la educación, por las cualidades intrínsecas que distinguen, y dan forma, al propio modo especializado de comunicación realizado por el discurso pedagógico de la educación. Es decir, las teorías de la reproducción cultural y de la resistencia asumirían

el discurso pedagógico como medio, como elemento vehiculizador, como transmisor de relaciones de poder externas a él; un transmisor, nos dice Bernstein (2001), cuya forma carecería de consecuencias sobre lo transmitido. La preocupación de esta tradición sociológica residiría entonces en objetivizar el material simbólico nutrido por las relaciones dominante/dominado externas al discurso; lo transmitido por él, clase social, género, raza: “Si las teorías de la reproducción cultural o de transformación de la cultura formulan principios de orden o de desorden, esos principios se relacionan con el mensaje del discurso pedagógico, no para ordenar o desordenar principios intrínsecos a su lógica, como discurso especializado” (Bernstein,2001:168).

El modelo del discurso pedagógico de Basil Bernstein (1986;1990) pretende señalar sistemáticamente los principios que conforman la práctica comunicativa especializada, es decir, pretende averiguar cómo funciona el propio proceso de transmisión-adquisición, prestando atención no a los productos de ese proceso, sino a los principios que lo hacen posible. En última instancia, si sabemos cuáles son los principios que subyacen a la pedagogía, sabremos cómo funciona el proceso de transmisión-adquisición. El objetivo al que se orienta la propuesta del autor es el de proporcionar la especificación de los principios ordenadores intrínsecos a la producción, reproducción y cambio del discurso pedagógico: “El problema básico de la teoría consiste en explicar el proceso mediante el cual una distribución dada de poder y de principios de control se traducen en principios especializados de comunicación que se distribuyen de forma diferencial y, a menudo, desigualmente a los grupos y clases sociales; y también en explicar cómo esa distribución diferencial o desigual de formas de comunicación configura, en principio (aunque no necesariamente de forma definitiva) la formación de la conciencia de los miembros de estos grupos o clases, de tal manera que transmitan tanto la oposición como el cambio (Bernstein, 1998:120)”.

#### **1.4.2.1. Modelo del discurso pedagógico.**

Para explicar el modelo del discurso pedagógico, recurriremos aquí al texto de Morais y Neves (2004), autoras con una importante tradición científica en la teoría bernsteniana.

Bernstein desarrolla una teoría sobre la producción y la reproducción del discurso pedagógico, apuntan Morais y Neves (2004). Una teoría que asume que la gramática interna de ese discurso es proporcionada por el aparato pedagógico a través de reglas de distribución, de recontextualización y de evaluación. En última instancia, la aportación

del autor consiste en describir detalladamente el complejo de agencias, relaciones y prácticas necesario para el análisis de la reproducción, resistencia y transformación culturales en los niveles macro y micro.

El modelo, se basa en dos presupuestos fundamentales:

1º El contexto general contemporáneo de reproducción educativa está relacionado con el campo de la economía (referido a la producción de bienes y servicios y a la distribución y circulación de capital económico) y el campo del control simbólico (donde tiene lugar la creación, distribución, reproducción y cambios legítimos de consciencia a través de medios simbólicos, es decir, de principios de comunicación).

2º El segundo presupuesto es que el contexto de reproducción educativa tiene como objetivo posicionar a los sujetos (profesores/as y alumnas/os) en relación a un conjunto de significados (discursos recontextualizados, generalmente designados como conocimiento educativo transmitido por la escuela) y las relaciones sociales (prácticas específicas reguladoras de la transmisión/adquisición de los significados legítimos y de la constitución de orden, relación e identidad).

Uno de los puntos fuertes de la propuesta de Bernstein es la de considerar la relación pedagógica como aquella relación en la que una persona transmite a otra persona algo que ésta debe adquirir. Por tanto, aunque el autor en su explicación (y expresión gráfica) del modelo haga mención explícita a la escuela, éste resulta igualmente aplicable a otros contextos y otro tipo de relaciones didácticas, entre ellas la que aquí tratamos. Así Bernstein (1998:35) señala que “[...] mi concepto de práctica pedagógica no se circunscribe a las relaciones que tienen lugar en las escuelas. Entre las prácticas pedagógicas se incluyen las relaciones entre médico y paciente, las que existen entre el psiquiatra y el llamado enfermo mental, las establecidas entre arquitectos y planificadores.”

#### **1.4.2.1.1. Las reglas distributivas: lo pensable y lo impensable.**

Son las reglas de distribución “las que marcan y especializan, para grupos distintos, lo pensable y lo impensable y las prácticas que llevan consigo para diferentes grupos por mediación de prácticas pedagógicas especializadas de diversas formas” (Bernstein, 2001:186).

Al regular el grado de clasificación entre lo pensable y lo impensable (y sus respectivas prácticas) y, por tanto, el grado de aislamiento entre grupos, prácticas y contextos y entre principios de comunicación diferencialmente especializados, las reglas de distribución constituyen un principio de clasificación básica que regula las relaciones entre la distribución de poder, el conocimiento y las formas de conciencia. En otras palabras, las reglas de distribución señalan y distribuyen quién puede transmitir qué, a quién y bajo qué condiciones. Ahora bien, esta distribución no es ahistórica sino contingente. Las sociedades se deben a la historia y a la cultura, y es a ellas a las que se suscribe tanto la distribución de los conocimientos pensables e impensables, como los principios que los generan. En un capítulo anterior ya estudiamos cómo, respondiendo a coordenadas socioculturales e históricas, estos esquemas sobre la práctica social del criar se han visto inmersos en un proceso cultural de naturalización. Un proceso que regula también los marcos de distribución de los saberes sagrados y profanos sobre el cuidado.

Dentro del sistema formal de educación, el control sobre lo que constituye lo impensable (conocimiento no académico) recae primordialmente, aunque no totalmente, en el apartado de producción del discurso más que en el de reproducción del discurso. En otras palabras, el control sobre el conocimiento no académico y su relación con el conocimiento académico está en manos, en términos generales, del Estado y de las instituciones que como las universidades, establecen en el nivel de la producción del discurso cuáles son las relaciones, prácticas y formas de conciencia pensables (oficiales) en los discursos pedagógicos especializados.

Para Bernstein (2001) en todas las sociedades (sencillas y complejas) encontramos una disposición de formas de conciencia similar, desde el punto de vista estructural. Formas de conciencia especializadas distintamente por agencias diferentes, y producidas por discursos pedagógicos especializados de forma diversa. Es decir, el autor asume una relación indirecta entre los significados y la base material específica, esto es, entre los significados y una división social del trabajo determinada y las relaciones sociales que se le son propias.

Ahora bien, en estas condiciones, sigue el autor, hay una relación particular entre lo sagrado y lo profano, lo pensable y lo impensable, una laguna discursiva, un espacio, con la potencialidad –que no la realización, y esto es fundamental– de convertirse en el lugar de las posibilidades alternativas, de las realizaciones disyuntivas de la relación entre conocimiento académico y conocimiento no académico, de la relación entre lo material

y lo inmaterial: “Es el punto de encuentro entre el orden y el desorden, de la coherencia y la incoherencia; es el lugar crucial de lo “todavía por pensarse”” (Bernstein, 2001:187). El propio hecho de que lo que constituye conocimiento académico se genere más allá del espacio, tiempo y contexto concreto local de los centros, ofrece la oportunidad de desordenar el orden establecido en los propios centros.

Las relaciones entre poder, conocimiento y formas de conciencia y práctica están reguladas por el dispositivo pedagógico, y las relaciones intrínsecas que se establecen dentro del dispositivo, a través del control de quién puede pensar lo impensable, y de qué constituye lo impensable, es a la vez la plataforma que impone orden y el medio de la transformación del orden.

#### **1.4.2.1.2. Las reglas de recontextualización: el discurso pedagógico.**

Las reglas de recontextualización, que son reguladas por las reglas de distribución, regulan la constitución de los discursos pedagógicos específicos, es decir, regulan el qué (discursos a ser transmitidos-adquiridos) y el cómo de la transmisión-adquisición (discursos que regulan los principios de adquisición de transmisión) (Morais y Neves, 2004).

Las reglas distributivas tratan de controlar la inserción de lo material en lo inmaterial, de lo banal en lo trascendental, la relación entre ambos y la distribución de tales significados. El discurso pedagógico es la comunicación especializada mediante la que se realiza la transmisión/adquisición diferencial: “Definiremos el discurso pedagógico como la regla que inserta un discurso de competencia (habilidades de diverso tipo) en un discurso de orden social, de modo que el último domina siempre sobre el primero” (Bernstein, 2001:188). Bernstein nombra al discurso de competencia, discurso instruccional (DI) y al discurso de orden, discurso regulador (DR).

Es en este sentido que para Bernstein el discurso pedagógico es un principio que extrae (descoloca) un discurso de su práctica y contextos sustantivos y lo recoloca según su propio principio selectivo de reordenación y enfoque. Así, el discurso pedagógico deviene un principio que permite la apropiación de otros discursos, proporcionándoles una relación especial entre sí con el propósito de su transmisión y adquisición selectiva.



El discurso pedagógico no tiene discurso específico propio, no puede identificarse con ninguno de los discursos que recontextualiza. Ni tampoco puede considerarse como una réplica de los principios dominantes de la sociedad, porque estos principios experimentan siempre el proceso de reacomodo al que nos estamos refiriendo. Un proceso en el que intervienen directamente dos campos: el campo de recontextualización oficial, controlado directamente por el Estado, y el campo de recontextualización pedagógica. Ambos se ven influenciados por los campos de la economía y del control simbólico y su principal actividad es la definición del qué y del cómo del discurso pedagógico. Y es precisamente este espacio el que Bernstein reserva al cambio, un aspecto de su teoría que resulta enormemente interesante, y que nos permite situar el cambio cultural.

El modelo de Bernstein sugiere que la producción y reproducción del discurso pedagógico implica procesos extremadamente dinámicos, dado que ofrece dilatadas posibilidades de recontextualización a través de un gran número de campos y contextos implicados. Y dicha maleabilidad responde a un doble engranaje: por un lado, los principios dominantes que son transmitidos por el discurso regulador general reflejan posiciones de conflicto, y no relaciones estables; por otro lado, siempre se pueden dar fuentes potenciales o reales de conflicto, resistencia e inercia entre los agentes políticos y administrativos del campo de la recontextualización oficial, entre los diversos agentes del campo de la recontextualización pedagógica y entre el contexto primario del o de la adquirente y los principios y prácticas de la escuela. Es este dinamismo, apunta el autor, el que permite que el cambio se produzca.

#### **1.4.2.1.3. Las reglas de evaluación: práctica pedagógica.**

Las reglas de evaluación, a su vez reguladas por las reglas de recontextualización, constituyen los principios fundamentales de ordenación de cualquier discurso pedagógico, regulando las prácticas pedagógicas específicas, esto es, la relación entre la transmisión y la adquisición de los discursos pedagógicos específicos en contextos de realización locales (Morais y Neves, 2004). Una de las cuestiones más interesantes del modelo, es que demuestra que no es posible entender la evaluación de la unidad que estamos intentando analizar sin comprender todo el sistema en el que se ubica, y constata que a través de la evaluación se adquiere de manera tácita la totalidad del sistema.

La regla de evaluación construye el texto a ser transmitido en la práctica pedagógica. Pero lo hace atendiendo a dos características fundamentales del contexto de transmisión: el texto es función de una comprensión determinada del tiempo y del espacio.

La teoría de la instrucción, esto es, la relación entre la transmisión y la adquisición de los discursos pedagógicos específicos, es un discurso recontextualizado que regula la ordenación de la práctica pedagógica, construye un modelo de sujeto pedagógico (adquiriente), un modelo de transmisor, un modelo de contexto pedagógico y el modelo de competencia comunicativa pedagógica. Podemos anticipar entonces que los cambios que se den en la teoría de la instrucción pueden tener consecuencias para la ordenación del discurso pedagógico y para la ordenación de la práctica pedagógica.

Bernstein diferencia dos modalidades de teoría de instrucción: aquella orientada a la lógica de la transmisión, y aquella orientada a la lógica de la adquisición. La primera privilegiaría realizaciones del discurso pedagógico, y la segunda privilegiaría competencias del adquiriente.

El dispositivo pedagógico, al regular la relación entre las reglas de distribución, de recontextualización y de evaluación, establece la relación entre poder, conocimiento y conciencia y, de esta manera, constituye un instrumento crucial de reproducción cultural. Es el dispositivo pedagógico quien, a través de las reglas de distribución, distribuye el poder. Éste, embebido de conocimiento pedagógico, y respondiendo a los principios de recontextualización del discurso pedagógico, es inculcado en los sujetos cuando, a través de las reglas de evaluación, son diferencialmente posicionados, adquiriendo una conciencia específica.

Para entender la importancia del discurso pedagógico como instrumento dominante en la regulación de la producción cultural, se torna necesario comprender cómo éste es producido y reproducido. El modelo de Bernstein engloba tres dimensiones fundamentales de análisis: la de la generación, la de la recontextualización y la de la transmisión, y demuestra que el discurso pedagógico está determinado por un conjunto complejo de relaciones que presuponen la intervención de diferentes campos y contextos. Los dos primeros niveles de análisis están asociados a la producción del discurso pedagógico y el tercer nivel a su reproducción.

No merece la pena redundar en la potencialidad de la teoría de Bernstein en lo que se refiere al estudio de la transmisión cultural. Sin embargo, dado que he situado esta investigación en la transformación social de las relaciones de género, y no de clase social, me veo obligada a desarrollar un poco más mi posicionamiento analítico profundizando en una necesaria lectura feminista y de género de la propuesta del autor. Dedico el apartado siguiente a esta exploración.

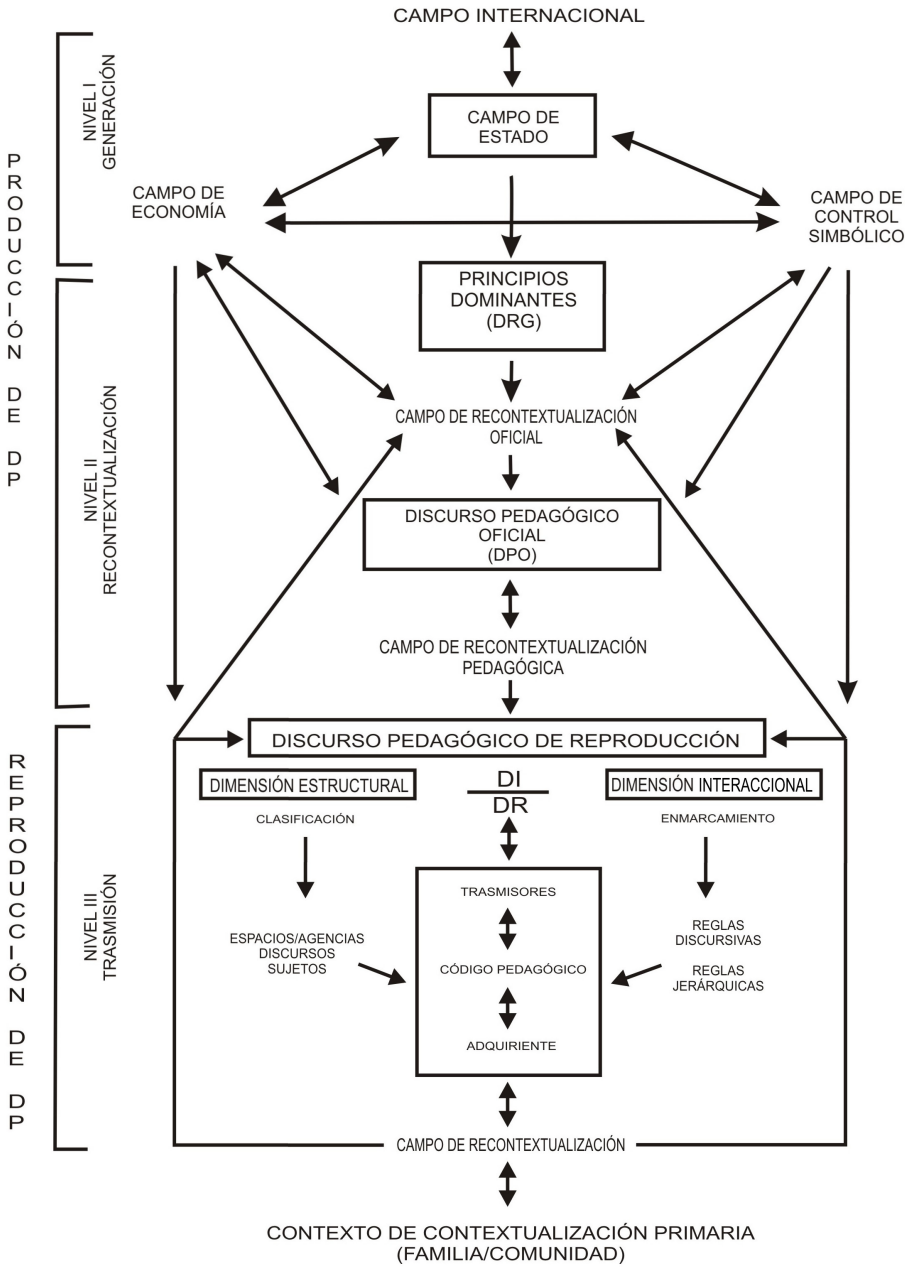


Fig.1. Modelo de Discurso Pedagógico de Bernstein (1986) Adaptado por Morais & Neves

### 1.4.3. Por una lectura feminista y de género del modelo del discurso pedagógico de Bernstein.

A Basil Bernstein no se le reconoce como un autor feminista, ni como un autor que haya prestado una especial atención al género como categoría (Delamont, 1995). Su sociología de la pedagogía parece vascular en la clase social y no tanto en la construcción social de la diferenciación sexual. No obstante, ello no significa que la propuesta del autor haya obviado totalmente esta preocupación, ni que la teoría, como marco conceptual de trascendencia innegable, no resulte sugerente en el abordaje de las cuestiones de género, ni en la asunción de las perspectivas feministas. Lo que pretendo en este apartado es, precisamente, tender los puentes entre la sociología de la educación de Bernstein y el estudio del género desde una perspectiva feminista, con el objetivo de exponer la propuesta teórica y metodológica que guiará nuestro estudio, y con la pretensión de hacer una pequeña contribución a este abordaje de la teoría de Bernstein no suficientemente explorado (Arnot, 2002e).

Analizaremos a continuación las razones que nos han llevado a decantarnos, en este marco teórico que proponemos, por una lectura feminista de la teoría de Bernstein. Expondremos también aquellos puntos de tensión entre estas dos perspectivas, así como los puntos coincidentes entre la sociología feminista de la educación y la sociología de la pedagogía de Bernstein.

Arnot (2002c), desde una epistemología feminista, pone su foco de atención en la parcialidad, de corte patriarcal-capitalista, con la que se han abordado los objetos de estudio en el campo de análisis de la sociología de la educación. Mientras que la tradición sociológica de la transmisión cultural le ha dedicado no pocos esfuerzos a desgranar cómo la educación formal contribuye a la reproducción de la estructura de clases y de la fuerza de trabajo<sup>33</sup>, a la educación informal y específicamente a la pedagogía doméstica se le ha prestado escasa atención. La reproducción de la división sexual del trabajo es situada en la familia, como si ésta constituyese un aparato ideológico distinguible del Estado. Este desinterés, según Arnot (2002c), tiene sus implicaciones, puesto que al ser tratadas estas cuestiones como secundarias, se les atribuye de forma tácita un rol menor en la formación de las identidades y la distribución de las desigualdades sociales. Decíamos

---

<sup>33</sup> Althusser (1971), Bowles and Gintis (1976).

anteriormente que el modelo de Bernstein no se detiene tanto en los resultados, esto es, en lo que produce y reproduce el discurso pedagógico, sino en los procesos, en cómo se constituye el propio discurso. Siguiendo esta distinción y con el motivo de profundizar en el tema que nos atañe en este apartado, si bien el autor se refiere directamente al género como uno de esos resultados, de esos mensajes transmitidos por la educación, sus referencias a las estructuras de género como dispositivo de la constitución del discurso pedagógico son, por su parte, limitadas.

No nos vamos a detener aquí en la identificación y análisis del trato que le da el autor a este tema en su obra, sí podemos afirmar que éste está presente, aunque de manera no axial como lo está la clase social. Podemos decir que cuando Bernstein se refiere a las relaciones de poder reguladas por la distribución del trabajo, está hablando de la división del trabajo productivo según las clases sociales, de la segregación del trabajo que tiene lugar en los confines de la dimensión pública y no tanto de las relaciones de poder que derivan de la distribución del trabajo entre la esfera pública y la esfera privada, de las regulaciones que emanan de la jerarquización social de género. Sirva de ejemplificación de lo que acabamos de exponer, la síntesis de su propia teoría que hace el autor junto a Paul Solomon (Bernstein and Solomon, 1999 citado en Arnot, 2002e:227): “(1) systematically encompasses and connects, in one device, different contexts of experience, such work, family and education, and different levels of regulation: from class relations and the state, through curriculum and pedagogy, down to the level of individual subjects”. Es de prever que en la referencia explícita a las *class relations*, el autor no esté circunscribiendo el género. Los procesos de producción y reproducción cultural del género no parecen despertar tanto su interés como lo hace la clase social. La respuesta de Arnot (2002b) a este posicionamiento, y la línea que seguiremos aquí, es la de advertir que las relaciones de género no son principios reguladores subsidiarios, sino ejes reguladores prioritarios en la división del trabajo.

Con todo lo que acabamos de exponer como escenario de fondo insistimos, no obstante, en que si bien no podemos decir que la obra de Bernstein profundizara en la confluencia entre educación y transmisión cultural del género, ello no debe poner en cuestionamiento la innegable potencialidad de este modelo teórico para profundizar en esta relación. Esto es, para explorar cómo las relaciones de género embebidas en determinados contextos pedagógicos regulan las formas de conocer y las formas de transmitir conocimiento. Efectivamente, aunque el interés del autor se vea focalizado en la reproducción de la clase, lo cierto es que la potencialidad de su teoría reside precisamente en que

sus nociones claves, clasificación/enmarcamiento, no son trajes a medida de la clase social, sino que resultan herramientas de análisis operativas en la visibilización de todo tipo de relaciones sociales que se den en una sociedad y que embeban el dispositivo pedagógico. Posicionadas en la teoría relacional de género de Connell, resulta imperante considerar que las categorías propuestas por Bernstein, emergen como instrumentos idóneos con los que profundizar en las estructuras de género y en su (re)producción cultural. En definitiva, y esta es nuestra apuesta teórica a la discusión sobre la propuesta de Bernstein, lo que nos ofrece la teoría relacional es un marco conceptual feminista con el que comprender los procesos de transmisión cultural teorizados por Bernstein, al advertirnos que no sólo las identidades, sino también los contextos, las estructuras y los micro-procesos de la (re)producción social, en nuestro caso del cuidado, son también genéricos, están también embebidos en un orden de género.

En el caso que aquí nos ocupa, la combinación bernsteniana de los conceptos de poder y control, como principios reguladores de todas las formas de transmisión pedagógica, nos permite deconstruir el proceso de elaboración cultural que se da sobre el género (y sobre la clase), en el programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana, a través del mensaje de la crianza. Y nos faculta a hacerlo, a llevar a cabo esta tarea reflexiva prestándole una escasa atención a los contenidos explícitos de la transmisión-adquisición, es decir, al intercambio de material simbólico que se produce en estas interacciones, sino ofreciéndonos, por el contrario, un marco conceptual teórico y metodológico inigualable con el que profundizar en el nivel menos manifiesto de esta interacción. El contenido de la crianza es solo el mensaje.

Otro elemento de anclaje entre la propuesta de Bernstein y la teoría feminista, nos lo aporta la noción de voz. La teoría de Bernstein no es una teoría sobre el mensaje, o no es sólo sobre el mensaje, sino es ante todo una teoría sobre la voz.

En el apartado anterior nos hemos referido a la insistencia de Bernstein en esta distinción, una distinción que se halla en la base de su crítica a las teorías de la reproducción cultural y a las teorías de la resistencia. Las aportaciones teóricas que exploran el discurso pedagógico, apunta Bernstein, presuponen el propio discurso de la educación, esto es, están centradas en lo que se produce “en” y “por” la educación, y no por el “medio” de la reproducción, es decir lo que hace posible la educación. Lo que está ausente del propio discurso para Bernstein, es su propia voz, lo que está presente es el mensaje (Clase, raza, género): “It does seem a little perverse to draw a distinction between voice and

message, but the distinction is intrinsic to the logic of this approach. The voice of a social category (academic discourse, gender subject, occupational subject) is constructed by the degree of specialization of the discursive rules regulating and legitimizing the form of communication. In this sense voice is similar to register. However, accredited knowledge of these discursive rules is one thing and their realization in a local context quite another. Thus knowledge use is, from this point of view, the message. Voice sets limits to message but [...] message becomes a means of change of voice.” (Bernstein, 1990 citado en Navas, 2008)

Voz es, así mismo, una categoría muy presente y trabajada por las epistemologías feministas, que remite también a las posiciones de los sujetos en los campos del pensamiento y el conocimiento, a las interacciones entre individuos permeadas de poder. En este sentido, los estudios feministas, por su parte, han pretendido desestabilizar las pretensiones universalistas del “ojo esencializador del hombre blanco”, como lo llama Haraway (1991), es decir, que han dedicado sus esfuerzos a (de)mostrar el proceso de construcción androcéntrica de la cultura occidental como producto contingente. La organización social de las posiciones discursivas –regulada por principios de distribución, en el modelo bernsteniano— determina quién puede participar en la producción de conocimiento, o mejor dicho, quién es reconocido/a como agente legítimo en la producción del conocimiento (Harding, 1996), en definitiva, quién tiene voz. Y quien carece de dicha voz, dicen las propuestas feministas, son las mujeres y es la posición feminista, quien la posee es la posición discursiva androcéntrica<sup>34</sup>. En nuestro caso la voz (desde su aceptación feminista), tiene que ver con *quién* “habla” y en *nombre de quién*<sup>35</sup>, y la voz (desde la lente bernsteniana) remite también a las relaciones de género reguladoras y reguladas por el discurso pedagógico sanitario de la crianza.

34 Me referiré a posiciones y no identidades, a posiciones feministas y no a mujeres y a posiciones hombristas (Haraway, 1991) o androcéntricas, dado que considero que hay mujeres feministas y mujeres hombristas, del mismo modo que hay hombres situados en el feminismo y hombres situados en el androcentrismo.

35 En la actualidad hay hombres matrones que atienden partos en el hospital, pero no matrones que impartan las clases de educación maternal, la identificación entre el sexo del sujeto transmisor y la construcción cultural de lo transmitido en esas sesiones no es, desde nuestro punto de vista, un tema baladí.

Para Sara Delamont y Madeleine Arnot<sup>36</sup>, así como para otras sociólogas feministas (Arnot, 2002e), el análisis de Bernstein no deja de ser una propuesta androcéntrica desde el momento que da por sentado el género, es decir, a razón que la teoría no se detiene en prestar atención en que la voz del discurso pedagógico es regulada por relaciones de poder no sólo embebidas en el campo económico, sino también en el campo simbólico relacional de género. Y no detenerse en ello es reproducir, de manera no consciente, los esquemas de percepción del orden masculino, como diría Bourdieu (2000). Replicando la formulación del propio autor, diríamos que si las teorías de la reproducción social y de la resistencia presuponen la voz de la educación, Bernstein por su parte asume una voz en esa voz del discurso pedagógico: “There are no gender voices: a presence without a voice in one field and an absence of voice in other. The issue is neither a question of the presence or absence of voices, nor a question of their distribution within a field at any level of its function. It is a question of the regulation (framing) of the *gender message*<sup>37</sup>, of the tension between the tacit, the explicit and the yet to be spoken” (Bernstein, 1995 en Arnot, 2002k:240). Una categoría de análisis, una “forma de clasificación” con la que interpretamos/construimos la realidad, no puede ser considerada genéricamente neutra, al menos no hasta que la hayamos sometido a un proceso de cuestionamiento, e inclusive, ni aun así.

Por contra, y con todo ello, desde nuestro punto de vista el modelo que aporta Bernstein ofrece un marco inigualable no sólo para deconstruir el orden implícito en esa voz androcéntrica, para profundizar en la encrucijada educación, género, poder/control, a saber, para abordar las relaciones de género como un modelo en sí mismo de transmisión pedagógica, sino también, como veremos en el capítulo dedicado al diseño metodológico, para perfilar una propuesta feminista que subsuma una política de transformación de estos órdenes. ¿Qué relaciones de género regulan y son al mismo tiempo reguladas por la voz del discurso pedagógico?

La línea de investigación que proponemos encuentra respuesta en los códigos de género (gender codes) razonados por Arnot (1981, 2002b, 2002d). Partiendo de la teoría de los códigos pedagógicos de Bernstein, de la cual Arnot es gran conocedora, la autora propone la categoría de códigos de género que le permite describir los modos mediante

---

36 Tanto Sara Delamont como Madeleine Arnot fueron estudiantes de los cursos de Bernstein, y son conocedoras de su obra.

37 Cursiva en el original.



los cuales las estructuras pedagógicas transmiten las jerarquías genéricas propias de una sociedad concreta.

La noción de *gender code* distingue entre los principios de *gender classification* que reflejan las relaciones de poder a razón del género, y el *gendered framing* de la interacción en el aula<sup>38</sup>, mediante el cual el alumnado aprende el grado con que puede negociar sus identidades de género. En resumen, desde este marco teórico es posible estudiar los modos mediante los cuales la escuela —u otras agencias de socialización, diríamos nosotras— transmite un código específico de género, “a specific gender code whereby individual’s gender identity and gender roles<sup>39</sup> are constructed under the school’s classification system. The boundaries between the appropriate activities, interests, and expectations of future work for the two sexes are maintained, and the relations and hierarchies between the two are determined by such a gender code” (MacDonald<sup>40</sup>, 1981:22). Es desde este posicionamiento que pretendemos articular nuestra propuesta de análisis.

En la misma línea se sitúa Chisholm<sup>41</sup> (1995) al constatar que hombres y mujeres experimentan un proceso de asunción de una identidad social apoyada en una cultura diferencial de la feminidad/masculinidad, que los orienta a vocaciones distintas. La articulación de la feminidad —y de la masculinidad— exige necesariamente, insiste la autora, un proceso de aprendizaje a través del cual las mujeres —y los hombres— interiorizarían concienzudamente esta “vocación” generizada.

---

38 Arnot centra su teoría en la realidad del aula, ahora bien, puesto que su aportación se basa en la tradición teórica bernsteniana, damos por hecho que esta categoría de descripción es aplicable a cualquier relación pedagógica.

39 Por razones que ya esgrimí anteriormente, prefiero abandonar las ideas de “identidad de género y roles de género” para hablar de posicionamientos en las relaciones de género. No por ello descarto la injerencia del sujeto en estas resituaciones, y de acuerdo a esto, y si aceptamos la masculinidad/paternidad y la feminidad/maternidad como múltiple, dependiente del contexto y, en parte, construida a través de relaciones pedagógicas, nuestro interés debe focalizarse en los micro-contextos que transmiten los órdenes de género dominantes en una sociedad dada.

40 En este texto de 1981 que forma parte también de la recopilación de escritos propios de 2002, Madeleine Arnot firma como Madeleine MacDonald.

41 Chisholm y Arnot hacen uso del epíteto identidad de género. Dado que se enmarcan en una teoría inclusiva con el cambio, tenderíamos a pensar que su identidad de género no se refiere a género como algo finito, inmutable. Por mi parte prefiero hacer uso de “posición de género” siguiendo a Teresa de Lauretis, como ya he argumentado.

Por último, pero no por ello en una posición secundaria dentro de nuestra justificación, nos vemos profundamente atraídas por la posibilidad de cambio cultural inherente a la propuesta de Bernstein. Efectivamente, posicionada en una perspectiva feminista de la sociología de la educación, la teoría de Bernstein no solamente ofrece un marco analítico crítico con el que deconstruir el proceso de (re)producción cultural de la construcción sexuada de las identidades, sino que nos permite también identificar dónde situar la posibilidad de cambio del discurso pedagógico: “What Bernstein’s theoretical framework represented was a new language of description to those seeking to redescribe (if not to transform) power relation in society. And for some feminists (...) there was much to be gained from such an engagement against, but also within, the education establishment” (Arnot, 2002:232).

En el modo de producción capitalista, las relaciones patriarcales caracterizadas por la jerarquización y dominación de lo masculino sobre lo femenino, asumen características específicas en los planos económico, político e ideológico. Si bien es cierto que las formas de poder y control patriarcal no son contingentes al capitalismo, no lo es menos que es en este tipo de sociedad, en el que la subordinación de las mujeres actúa como coordinada determinante para la organización económica y para el orden social. Las fronteras simbólicas entre lo femenino y lo masculino y lo privado y lo público devienen ejes principales de la construcción y expresión de significados culturales; el campo de la feminidad/la maternidad y el campo de la masculinidad/paternidad se estructuran a través de matrices opuestas y contradictorias (Chisholm, 1995). Ahora bien, los esfuerzos feministas por poner encima de la mesa el carácter histórico de las relaciones patriarcales nos llevan directamente a abrirle la puerta al cambio –más bien a saber de su posibilidad de apertura– esto es, que las relaciones de género hayan adoptado hasta el momento unas valencias de desigualdad, de dominación/subordinación, de inequidad, no significa que estas cualidades sean intrínsecas a la propia interacción, sino que ésta es regulada por marcos simbólicos generados en el campo económico y de control simbólico propios del sistema capitalista, y ello, es susceptible de transformación. Una transformación que pasa necesariamente por la crítica reflexiva de las prácticas de dominación que determinan posiciones desiguales de privilegio y opresión.

En la sociedad contemporánea, donde la educación ha sido considerada como aparato transmisor de la cultura institucional, Bernstein la contempla no sólo como condición para la producción y la reproducción, sino también para la transformación de la cultura.

Es desde esta lectura, advierte Gore (1992), que podemos considerar las relaciones (y prácticas) de poder transmitidas por aquella como potencialmente represivas, pero también como emancipatorias en un plano latente.

En su elaboración teórica sobre el dispositivo pedagógico, dice Gore (1992), Bernstein sitúa la posibilidad de transformación del texto en el proceso pedagógico, en el momento en que el texto es *recontextualizado* desde la agencia al/a la transmisor/a, y del/de la transmisora al/a la adquirente. El discurso pedagógico por tanto, no puede ser entendido como una lectura neutral de los principios dominantes de la sociedad en la medida que dichos principios experimentan una recontextualización, o lo que es lo mismo, ninguna práctica pedagógica puede ser considerada inherentemente liberadora u opresiva dado este proceso de recontextualización: “That is, it is not just the relation of the subject to the text, but the who (agent), the what (content), and the how (process), that influence what is learned or acquired” (Gore, 1992:127).

En otras palabras, una de las piedras angulares que ofrece la teoría de Bernstein a la pedagogía feminista, es la aceptación de la posibilidad de transformación de los significados y las relaciones sociales transmitidas, que se ve situada en dos momentos: en el campo de recontextualización oficial y en el campo de recontextualización pedagógica. Así lo reconoce Chisholm (1995) cuando considera que es precisamente el dispositivo pedagógico el que es capaz de contestar a la producción y reproducción de las relaciones de género, un desafío importante en las sociedades actuales. La asunción de la posibilidad de cambio que ofrecen los campos de recontextualización, debe ser considerada de gran utilidad para la construcción de estrategias y prácticas pedagógicas críticas y, por tanto, para la articulación de “otras” conciencias (Chisholm, 1995). La recontextualización es el momento fundamental para la pedagogía feminista porque es ahí donde ocurre la transformación.

Ahora bien, siguiendo a Gore (1992), sería mucho decir que ese proceso de recontextualización que experimenta el texto es *per se* transformador, y en el caso que nos ocupa, incluso emancipador. Que reconozcamos la *posibilidad* de cambio en dicho proceso no significa que ello se traduzca necesariamente e irrevocablemente en relaciones pedagógicas transgresoras con el orden imperante. Desde nuestro punto de vista, lo que acabamos de exponer respecto a la reflexión sobre la pedagogía feminista de Gore tiene no pocos puntos de unión con ese peligro de romantización y/o de apropiación de la “visión de los menos poderosos” del que habla Haraway (1991): “Los puntos de

vista “subyugados” son preferidos porque parecen prometer versiones transformadoras más adecuadas, sustentadas y objetivas del mundo. Pero cómo mirar desde abajo es un problema que requiere al menos tanta pericia con los cuerpos y con el lenguaje, con las mediaciones de la visión, como las “más altas” visualizaciones técnico-científicas” (Haraway, 1991:328). Por tanto, si en nuestra investigación nos adentraremos en las modalidades de transmisión pedagógica no es con la finalidad de determinar cuál de ellas resulta más “liberadora”, sino con la voluntad de demostrar que distintas modalidades constituyen diferentes modos de transmitir las relaciones de género.

Con todo lo que hemos expuesto en este apartado podemos perfilar, en este momento, cuál será nuestro acercamiento feminista al modelo de Bernstein. Partimos de que en la selección, clasificación, distribución, transmisión y evaluación del conocimiento educativo sobre la crianza que se da en el Programa de Educación Maternal de la Comunitat Valenciana, se refleja un orden de género determinado. Situadas en el marco teórico que propone Bernstein, asumimos la modularidad con la que las matronas (las transmisoras) imprimen su pedagogía ofreciendo, a priori, oportunidades distintas a las madres y los padres para posicionarse diferencialmente en sus posiciones de género. Lo que trataremos aquí es, precisamente, de analizar y comparar los códigos, en términos de clasificación y enmarcamiento, de estas profesionales con la finalidad de advertir cuáles son las condiciones de posibilidad que le son reservadas al cambio, es decir, con el objetivo de discernir cómo las diferentes prácticas pedagógicas dan a hombres y mujeres distintas oportunidades para situarse en posiciones tradicionales o no tradicionales.

En otras palabras, asumimos que a través de las relaciones pedagógicas que se dan en el contexto regulador que nos atañe, se contribuye a la (re)producción cultural de un orden de género que se apoya, en este caso, en una distribución del cuidado en el ámbito familiar. Los interrogantes que se pliegan sobre estas prácticas de transmisión-adquisición son: ¿Cómo se construye el discurso pedagógico sanitario de la crianza? ¿Qué modalidades pedagógicas (re)productoras de ese discurso podemos identificar en las prácticas de las matronas? ¿A la transmisión de qué orden(es) de género contribuyen las relaciones pedagógicas entre matronas y participantes en las sesiones grupales de la Educación Maternal? ¿Coinciden estas formas con el orden de género dominante, o con otros órdenes alternativos? ¿Somos capaces de identificar entre estas modalidades praxis matronas feministas? Si esto fuera sí ¿Qué otras conciencias (re)producen estas prácticas matronas feministas?

La tentación de referirnos aquí al empoderamiento como estrategia pedagógica “liberadora” de los sujetos respecto el orden de género dominante, parecería lógica desde un posicionamiento feminista. La reformulación del régimen de verdad/de género de las matronas parece situarse necesariamente en la potenciación de los sujetos como tales. Ahora bien, debemos ser muy cautas con el uso de este concepto y mucho más con sus implicaciones fácticas. Tal y como ha estudiado Gore (1992), los discursos de la pedagogía feminista constituyen ellos también regímenes de verdad y, por lo tanto no están exentos de cierto potencial represivo. El empoderamiento, dice Gore (1992) presupone: “1) la idea del poder como propiedad (“potenciar” es dar, conferir); 2) un agente potenciador (alguien o algo que da el potenciamiento), y 3) una visión o un estado final deseado (estado de potenciación)”(Gore, 2002:143). Desde esta perspectiva el “dador” o “dadora” de poder pasa a ser considerado o considerada como figura principal de la acción, al asumirse que es este agente quien detenta el poder para dar poder, al entenderse que lleva a cabo esta estrategia sin oprimir ni reprimir, y al inferirse que a través de esta acción ese agente guía, acompaña a quien debe ser liberada o liberado hasta una meta anhelada (Gore, 1992).

Ahora bien, siguiendo nuestra voluntad feminista que aboga por la igualdad social y la reformulación del orden de género imperante en nuestras sociedades occidentales, sí parece adecuado posicionarme al respecto de lo que podría comprenderse como una modalidad pedagógica no más liberalizadora, insisto, pero sí transmisora de un orden de género no fagocitado en la dominación masculina, en el androcentrismo. En el capítulo siguiente, donde describiremos nuestro lenguaje de descripción, nos adentraremos en esta cuestión, sin embargo no queremos finalizar este apartado sin atender que, para el contexto de transmisión cultural que aquí nos atañe, entenderíamos por pedagogía feminista aquella denotada por una clasificación donde las categorías de lo masculino y lo femenino no fueran presentadas como binomio antitético, esto es, donde la transmisión de la crianza se abordara desde un enfoque integrador de la maternidad-paternidad, y serán aquellas pedagogías también en las que el enmarcamiento permita unos márgenes amplios con los que tanto hombres como mujeres puedan negociar sus relaciones de género a propósito de la crianza.

02

La construcción  
del modelo de  
análisis y el  
diseño de la  
observación  
empírica

METODOLOGÍA





“Al igual que nos sucede a todos, entre lo que los científicos creen o dicen que hacen y lo que hacen de verdad hay un abismo”. (Haraway, 1991:315)

**A**l *homo academicus*, dice Bourdieu (2008), le gustan las cosas acabadas, esto explica que las tesis sigan teniendo formato de producto concluido y no de proceso<sup>1</sup>. Si bien es cierto que esta forma de presentar lo que ha sido, en definitiva, un recorrido irresoluto en el saber facilita la comprensión de aquellas personas que coparticipan en su lectura; no lo es menos el que, con esta operación de abstracción y ordenación, eliminamos todo rastro de lo que fue realmente un diálogo entre teoría y metodología, entre las concepciones que ponemos en juego para estudiar la realidad social y las categorías que utilizamos para traducir aquellas concepciones. Puse de manifiesto, en su momento, que el acercamiento a la propuesta de Bernstein como metodología con la que abordar la pedagogía que le incumbe a los regímenes de género de los servicios de atención primaria, no ha resultado tarea sencilla. En este capítulo me veo en la tesitura de (de)mostrar que supe resolver –al menos de un modo concretizado– los interrogantes, las contradicciones, las inseguridades que han poblado el proceso de aprendizaje en el que una investigadora intenta poner a dialogar marcos de gran transcendencia teórica. En mi caso estos marcos son la teoría de género de Raewyn Connell y la teoría del discurso pedagógico de Basil Bernstein. Una concatenación que no ha estado exenta de interés, pero tampoco de complejidad.

Debo insistir en que el trabajo de sistematización que exige el traducir unas perspectivas teóricas a un lenguaje de descripción –que en nuestro caso es también en sí mismo producto de otro proceso de operativización– no responde a la linealidad ordenada, sino a una espiral confusa. Esta ambivalencia que se me plantea a propósito de la exposición de lo que ha sido un ejercicio de estructuración del modelo de análisis de la tesis –

1 Esto es así, al menos, para las tesis que se circunscriben al marco del Estado Español.

facilitar la lectura a quién desconoce mi trabajo versus enseñar la trastienda del proceso investigador— me lleva a tomar una decisión: si bien en este capítulo mi pretensión es la de mostrar y exponer de una manera clarificadora el proceso de conceptualización que he llevado a cabo, en mi exposición del análisis respetaré el orden (y a veces desorden) que ha suscitado el encuentro de dicho lenguaje de descripción con la información recopilada, mostrando éste no como resultado, sino como proceso inductivo. Dicho de otra manera, expondré aquí la estructuración del modelo de análisis abstrayéndolo del complejo proceso que ha supuesto la vertebración de sus marcos de referencia, de sus reformulaciones, de las dudas que me ha generado en repetidas ocasiones ese ejercicio, con ello pretendo poner luz a los conceptos, las dimensiones e indicadores así como en las interrelaciones entre éstos que serán usados posteriormente en el análisis, no quisiera que se entendiera, sin embargo, que esta herramienta de conceptualización tuvo, desde su inicio, la forma acabada que aquí presento.

## 2.1. Los interrogantes y las hipótesis previas.

La respuesta a la pregunta sobre qué es aquello que queremos estudiar parece, de antemano, comprometedora. Sin embargo necesitamos acotar cuál es nuestro objeto de investigación, objetivizar cuál es el foco de interés de nuestra mirada, siempre parcial. En un ejercicio epistemológico para profanos —y no tanto— de la metodología de investigación, recurriré a la formulación de *preguntas iniciales*, una herramienta que deviene relevante en el proceso de ruptura epistemológica y que han puesto en uso en sus investigaciones autores como Bachelard, Boudon, Touraine o Bourdieu (Quivy y Campenhoudt, 1992). Se trata, en última instancia, de responder a aquella pregunta con otra pregunta, esto es, de darle forma de interrogante a una problemática que solamente hemos hilvanado en aquél primer estadio de revisión bibliográfica. Un interrogante que no es definitivo, como ahora mostraré, y que se convertirá en una especie de guía a la que aferrarnos cuando el devenir del proceso investigador parezca confuso.

A lo largo de la vertebración del marco teórico de referencia del presente trabajo de investigación, he planteado algunas incógnitas que me iba sugiriendo la reflexión analítica. Retomo aquí estas cuestiones con la intención de reformularlas como preguntas iniciales a las que dar respuesta en esta tesis.

¿Cómo se construye el discurso pedagógico sanitario de la crianza? ¿Qué modalidades pedagógicas (re)productoras de este ese discurso podemos identificar en las prácticas de las matronas? ¿Qué regímenes de género son transmitidos en las relaciones pedagógicas que se dan entre matronas y mujeres y hombres participantes en la Educación Maternal? ¿Qué espacios se reservan en él a la creatividad, la performatividad individual/relacional de género? ¿Tienden estos órdenes al androcentrismo o promueven relaciones de género democráticas? ¿Qué relaciones de género estructuran el cuidado? ¿Qué conciencias (re)produce el programa de Educación Maternal? ¿Qué márgenes se reservan a la participación de los sujetos en la construcción y gestión de su propia salud? ¿Cuáles a la vigilancia moral? ¿Podemos decir que las matronas de atención primaria de la Agència

Valenciana de Salut siguen una praxis feminista? Si esto fuera sí ¿Qué “otras” conciencias (re)producen estas prácticas matronas feministas?

Desde mi punto de vista, y sin desatender todas estas cuestiones formuladas previamente, estos interrogantes podrían confluír en dos preguntas iniciales más globales:

*¿Qué regímenes de género son transmitidos en las relaciones pedagógicas que se dan entre matronas y mujeres y hombres participantes en la Educación Maternal?*

*¿Cómo se traducen el poder y el control en principios de comunicación y cómo regulan éstos diferencialmente las formas de conciencia en función de su reproducción y de sus posibilidades de cambio?*

### 2.1.1. Objetivos generales y específicos.

Con las directrices marcadas por aquellas preguntas iniciales, definiré aquí los objetivos de mi trabajo de investigación.

OG1 Describir las modalidades pedagógicas de las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio de la Agència Valenciana de Salut.

OE1.2 Analizar la dimensión estructural de las relaciones entre discursos que se da en el nivel de producción del discurso pedagógico sanitario de la crianza, atendiendo al elemento de “clasificación” para caracterizarlas.

OE1.3 Analizar la dimensión interaccional de las relaciones entre sujetos que se dan en el nivel de reproducción del discurso pedagógico de la crianza, atendiendo al elemento de “enmarcamiento” para caracterizarlas.

OE1.3 Identificar praxis feministas entre las modalidades pedagógicas de las matronas de atención primaria.

OG2 Explorar los regímenes de género que se (re)producen en las sesiones grupales de Educación Maternal dinamizadas por las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio de la Agència Valenciana de Salut.

OE2.1 Profundizar en las coordenadas que caracterizan los regímenes de género a propósito de la crianza transmitidos por estas agencias de salud.

OE2.2 Analizar si los regímenes de género mantenidos y actualizados por estas agencias tienden al androcentrismo o si promueven relaciones de género democráticas.

OE2.3 Explorar la contribución de las praxis matrona feminista, si ésta fuera identificada, en la producción de relaciones de género no organizadas por el androcentrismo.

### 2.1.2. Hipótesis previas.

Tres hipótesis guiarán el sucesivo trabajo analítico de exploración empírica. Dos de ellas las sitúo en el plano teórico, una tercera en una dimensión metodológica.

H1 El androcentrismo histórico que ha caracterizado al sistema biomédico sigue (re) produciéndose en los regímenes de género de los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio de la Agència Valenciana de Salut.

H2 Una transmisión de un orden de género democrático depende de una relación pedagógica entre matronas y participantes de la Educación Maternal, que incluya prácticas matronas feministas.

H3 La herramienta metodológica provista por la teoría de Basil Bernstein en su aceptación de código de género propuesta por Madeleine Arnot, resulta apropiada para explorar la transmisión de los órdenes/regímenes de género a través de las prácticas pedagógicas.

## 2.2. La selección de los conceptos. El proceso de conceptualización.

La teoría cumple dos funciones respecto a la actividad empírica, dice Jesús Ibáñez (1992:37): “alumbrará la búsqueda de los datos pertinentes y será su horizonte de comprensión”. Es el marco teórico que he construido, proceso reflexivo que ha dado cuenta de la ruptura epistemológica sobre el saber dominante, el que confiere de las matrices analíticas con las que interrogar la realidad, al mismo tiempo que facilita los materiales para comprenderla. Ahora bien, las matrices a las que me refiero, se presentan como telarañas de nodos interrelacionados de categorías teóricas, que nos vemos obligadas a traducir a un lenguaje de observación cuando lo que pretendemos es comprender y estudiar, de una manera precisa, los fenómenos concretos que nos interesan. Este es precisamente el punto de unión, aseveran Quivy y Van Campenhoudt (1992) entre la problemática que la persona investigadora ha definido y su trabajo de indagación.

El proceso de conceptualización, necesario para sistematizar el proceso de indagación propio de la investigación empírica, no puede confundirse con un ejercicio de descripción. Aquí operamos con constructos, unos constructos que deben su naturaleza a un proceso de producción teórica. Mediante el procedimiento de la conceptualización volvemos observables nuestros constructos, determinamos *lo que son* y *lo que no son*, eso sí, siempre en el contexto de un marco teórico de referencia, dado un tiempo y un espacio concreto en el que se sucede esta investigación, y desde la visión de una investigadora determinada que, aún tomando por referencia las propuestas existentes, no deja de imprimir sus elecciones, selecciones y decisiones en la construcción de esas herramientas consignadas al trabajo empírico.

Desde el punto de vista metodológico, la fase de conceptualización se ha llevado a cabo a través de un ejercicio deductivo, es decir, desglosando los constructos provenientes de la elaboración teórica, en dimensiones, subdimensiones e indicadores. Parte de esta tarea nos la han facilitado los marcos teórico-conceptuales que pretendo poner en conjunción. Ambos, aunque de forma mucho más concretizada la teoría de Bernstein

que la de Connell, proponen dimensiones de análisis de la realidad social. Mi aportación, en este sentido, se reduce a acometer un ejercicio metodológico con el que, a modo de un juego de espejos, conseguir hacer observables los vértices que considera Connell en su teoría sobre el orden de género, a través del lenguaje de descripción propuesto por Bernstein.

He presentado esta tesis como un trabajo que hace uso de la teoría de Bernstein como metodología. Una propuesta metodológica que me permite describir las prácticas pedagógicas de unas agentes concretas, y con las que pretendo esbozar los regímenes de género que son reproducidos y producidos en unos contextos determinados. Esta decisión metodológica, sin embargo, comporta unas implicaciones que merecen ser argumentadas aquí.

### 2.2.1. Investigar desde los códigos pedagógicos y sus modalidades prácticas. La propuesta metodológica de Basil Bernstein.

Para Bernstein (1998), un lenguaje de descripción es un dispositivo de traducción mediante el cual un lenguaje se transforma en otro, y en el que podemos distinguir dos niveles, lenguajes de descripción internos y lenguajes de descripción externos: “El interno se refiere a la sintaxis mediante la que se crea un lenguaje conceptual. El lenguaje de descripción externo alude a la sintaxis mediante la que el lenguaje interno puede describir algo diferente de sí mismo” (Bernstein, 1998:161). Desde esta postura, lo que describimos en nuestro marco teórico como modelo de discurso pedagógico sería el lenguaje interno de la propuesta del autor, lo que abordaré en este apartado será, entonces, la descripción de su lenguaje externo: “los lenguajes internos son la condición necesaria para la construcción de invisibles; los lenguajes externos constituyen el medio para hacer visibles esos invisibles de un modo no circular”(Bernstein, 1998:161).

Lo que pretende la teoría de Bernstein (1998) es explicar el proceso mediante el cual una distribución dada de poder y de principios de control se traduce en principios especializados de comunicación que se distribuyen de forma diferencial y, a menudo, de forma desigual entre grupos y clases sociales; y también en explicar cómo esa distribución diferencial o desigual de formas de comunicación configura, en principio (aunque no necesariamente

de forma definitiva<sup>2</sup>) la formación de la conciencia de los miembros de estos grupos o clases, de tal manera que transmita tanto la oposición como el cambio. Ya hemos visto que, según el modelo del autor, la traducción del poder y el control en principios de comunicación que se convierten en sus portadores o transmisores, requiere de tres reglas explícitas: reglas distributivas, reglas recontextualizadoras, reglas evaluadoras.

Bernstein opta por centrarse en las reglas subyacentes que configuran la construcción social del discurso pedagógico y sus diversas prácticas, y lo hace dado que su objetivo principal es el de entender de qué modo los sistemas de conocimiento llegan a formar parte de la conciencia. Lo que propone, en última instancia, es un modelo metodológico que proporciona las reglas que permiten examinar las instituciones y procesos específicos de transmisión.

“Primero: ¿Cómo una distribución dominante del poder y de los principios de control genera, distribuye, reproduce y legitima los principios dominantes y dominados de comunicación?

Segundo: ¿Cómo regula esa distribución de los principios de comunicación las relaciones en el interior de los grupos sociales y entre ellos?

Tercero ¿Cómo producen estos principios de comunicación una distribución de las formas de conciencia pedagógica?” (Bernstein, 1998:36).

En esta tesis pretendo dar respuesta a la primera y tercera propuesta, los condicionantes que enmarcan toda investigación han hecho que, en esta ocasión, el nivel de recontextualización quede sin explorar.

### **2.2.1.1. Poder y control, clasificación y enmarcamiento.**

Bernstein entiende interacciones entre sujetos, entre agencias y entre discursos como relaciones de poder y control. Ahora bien, lo interesante aquí radica en esa clarividencia a la hora de distinguir entre dos nociones a menudo utilizadas como términos sinónimos.

---

2 Este matiz es fundamental en la teoría de Bernstein y lo es también en la conceptualización a propósito del posicionamiento de género que hemos asumido aquí. Que la transmisión del conocimiento conforme conciencia no significa que los sujetos involucrados en ello no participen de esta configuración, ni que ésta sea definitiva. Esto resulta decisivo para comprender cuál es la participación que le conferimos a estas agencias sanitarias que contribuyen al proceso de construcción de género.



Para Bernstein (1998) poder y control constituyen categorías analíticas diferenciadas, a pesar de que en el plano empírico devengan confluyentes entre sí. El poder establece las relaciones legítimas entre categorías, prescribe las relaciones legítimas de orden entre determinadas formas de interacción; el control, por su parte, dispone las relaciones dentro de esas forma de interacción<sup>3</sup>, establece las formas legítimas de comunicación adecuadas a las diferentes categorías: “El control transmite las relaciones de poder dentro de los límites de cada categoría y socializa a los individuos en estas relaciones” (Bernstein, 1998:37).

Clasificación y enmarcamiento son términos constituyentes del lenguaje de descripción creado por el autor para mostrar cómo se conforman, en la práctica, las relaciones dominantes de poder y control en tanto que formas pedagógicas de comunicación. Esto es, se trata de principios que nos permiten, dentro de la propuesta de Bernstein “recuperar las macrorrelaciones a partir de las microrrelaciones” (Bernstein, 1998:37), ello porque el poder y el control traducidos en principios de comunicación posicionan y oponen grupos de diferentes clases en el proceso de reproducción, lo que significa que hay principios de comunicación dominantes y principios dominados que ubican a los grupos como clases y a su vez los ubican a unos en oposición a otros.

La clasificación queda definida como “el grado de mantenimiento de la frontera o fuerza de aislamiento entre categorías (agencias, agentes, recursos), generado, mantenido y reproducido por el principio de la distribución de poder de la división del trabajo” (Navas, 2008:244), es el grado de separación entre categorías, una separación que goza de sentido en tanto y cuanto es ella la que confiere identidad a las propias categorías. Y ¿Qué es lo que mantiene esta separación? –se pregunta Bernstein (1998)- “Lo que preserva la separación es el poder. Los intentos para modificar los grados de separación ponen de manifiesto las relaciones de poder en las que se basa la clasificación y que ella reproduce” (Bernstein, 1998:38).

Ahora bien, la teoría de Bernstein acepta modulaciones en este aislamiento entre categorías, y son estas variaciones las que nos permiten distinguir entre clasificaciones fuertes y débiles. En el caso de la clasificación fuerte cada categoría tiene su identidad única, su voz única, sus propias reglas especializadas de relaciones internas, el poder,

---

<sup>3</sup> La distinción entre/dentro deviene así fundamental.

por tanto, es explícito. En el caso de la clasificación débil, tenemos discursos menos especializados, identidades menos especializadas, voces menos especializadas, en este caso las relaciones de poder se presentan de forma implícita, ahora bien no por ello dejan de estar presentes. La separación se refiere al exterior, al orden social, y al interior, al orden interno del individuo; en el plano externo el principio clasificatorio crea orden, y las contradicciones, divisiones y dilemas inherentes al principio de clasificación quedan suprimidos por la clasificación. En el interior del individuo, la separación se convierte en un sistema de defensas psíquicas contra la posibilidad de que se debilite la separación, que pondría de manifiesto las contradicciones, tensiones y conflictos suprimidos.

El enmarcamiento se define como “el grado de mantenimiento o de aislamiento entre las prácticas comunicativas de las relaciones sociales generado, mantenido y reproducido por los principios de control social (...) El enmarcamiento regula las reglas de realización específicas para producir textos (prácticas) específicos del contexto” (Navas, 2008:245). El enmarcamiento se refiere a las relaciones entre los/las que transmiten y los/las que adquieren el conocimiento, relaciones en las que los/las adquirientes hacen suyos los principios de comunicación legítima.

Cuando el enmarcamiento es fuerte, la persona que transmite regula de manera explícita las características distintivas de los principios de interacción y localización que constituyen el contexto comunicativo, y es débil cuando las personas adquirientes tienen también algún control de esa relación. El enmarcamiento, insiste Bernstein (1998), tiene que ver con quien controla algo, y por lo tanto se refiere a la naturaleza del control que se ejerce sobre: la selección de la comunicación; su secuenciación (qué es lo que va antes y qué es lo que va después); el ritmo (el grado previsto de adquisición); los criterios, y el control de la base social que hace posible esa transmisión: “Cuando el enmarcamiento es fuerte, el transmisor tiene el control explícito de la selección, la sucesión, el ritmo, los criterios y la base social de la comunicación. Cuando el enmarcamiento es débil, el adquiriente dispone de mayor control aparente sobre la comunicación y su base social (Bernstein, 1998:45).

Puesto que se trata de un lenguaje descriptivo diseñado para ser aplicado en la investigación empírica, cabe anticipar que sus categorías no son concluyentes, en palabras de Morais y Neves (2004) que entre los extremos de clasificación fuerte y débil, y de enmarcamiento fuerte y débil puede darse, desde un punto de vista analítico, toda una gradación posible: “la clasificación establece la voz y el enmarcamiento el mensaje,

y ambos pueden operar de forma totalmente independiente. Una misma voz puede transmitirse mediante diversos mensajes. Diferentes modalidades de comunicación pueden establecer la misma voz. Diferentes modalidades de enmarcamiento pueden transmitir la misma voz” (Bernstein, 1998:44).

En el diseño de mi propio modelo de análisis propongo hacer uso de la clasificación para explorar las relaciones entre discursos de crianza que se dan en el nivel de producción del discurso pedagógico. Entiendo que cuánto más distancia identifiquemos entre las categorías del discurso más se mantiene un orden de género que se construye a través de la oposición entre lo masculino y lo femenino.

Por su parte, utilizaré el concepto de enmarcamiento para analizar las distintas formas de comunicación legítima que se realizan en las práctica pedagógicas de las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio a propósito de la crianza. El enmarcamiento tiene que ver con quién controla algo, se refiere a la naturaleza del control en que se ejerce sobre:

- la selección de la comunicación,
- su secuenciación (qué es lo que va antes y qué es lo que va después)
- su ritmo (el grado previsto de adquisición)
- los criterios y
- el control de la base social que hace posible esta transmisión.

Sigamos con la práctica pedagógica.

Para proceder al análisis de la práctica pedagógica podemos dividirla en dos dimensiones, dice Bernstein (1998): la dimensión estructural y la dimensión interaccional. La dimensión estructural se mide, según la propuesta de Bernstein, de acuerdo a la clasificación; la dimensión interaccional se mide de acuerdo al enmarcamiento. Las posibles relaciones entre una y otra dimensión dependen de la discreción.

En el modelo del discurso pedagógico de Bernstein, la dimensión estructural hace referencia a una parte de la práctica pedagógica que nos permite analizar cómo un discurso instructivo se inserta dentro de un discurso regulador. Un discurso instructivo es aquel que controla la transmisión, adquisición y evaluación del conocimiento indispensable

en la adquisición de competencias especializadas, regulando sus aspectos internos y relaciones. El discurso regulador es el conjunto de reglas que regula aquello que cuenta como orden legítimo entre y dentro de transmisores, adquirientes, competencias y contextos; en un nivel de mayor abstracción, abastece y legitima las reglas oficiales que regulan el orden, la relación y la identidad.

Identificamos la dimensión estructural con el discurso instructivo y lo hacemos usando como clave conceptual la clasificación; del mismo modo, identificamos la dimensión interaccional con el discurso regulador y usamos como clave conceptual el enmarcamiento. Son la clasificación y el enmarcamiento los que nos permiten comprender, explicar, el proceso por el que se sesga la conciencia (Navas, 2008).

En el modelo de Bernstein la dimensión estructural se compone de tres elementos: sujetos, discursos y contextos o agencias. De igual modo, la dimensión interaccional está compuesta por dos conjuntos de reglas: discursivas y jerárquicas. Ahora bien, el propio Bernstein advierte que “la transición entre distintos niveles de la teoría debe hacerse mediante el uso de conceptos que, en cada nivel, describan las relaciones clave de la teoría cuando se realizan en cada nivel” (Bernstein, 1998:119), ello me exige, por tanto, profundizar en la dimensión estructural, puesto que exploraré las relaciones entre categorías de discursos en el nivel de producción del discurso pedagógico. Por su parte, entiendo que resulta más relevante para mi objeto de estudio focalizar la atención en las reglas discursivas de la dimensión interaccional que en las reglas jerárquicas.

Las reglas discursivas son aquellas que están relacionadas con el desarrollo y la producción del discurso. Son reglas básicas que, regulando las relaciones sociales y la transmisión, la adquisición y la evaluación de conocimiento específico, dicen respecto del control que los transmisores y adquirientes pueden tener sobre el proceso de transmisión-adquisición, esto es, el principio de enmarcamiento de la selección, de la secuencia, del ritmo y de los criterios de evaluación. Nos sumamos a Navas (2008:266) cuando afirma: “Dado que nuestro interés se centra en el proceso de transmisión y adquisición entendemos que en esta investigación, centrarnos en las reglas discursivas proporciona resultados más pertinentes para futuras investigaciones que los derivados del análisis de las reglas jerárquicas”.

Las reglas discursivas se centran en el proceso de transmisión-adquisición y a su vez están formadas por un conjunto de cuatro grupos de reglas (Navas, 2008):

**Reglas de Selección:** Principios que regulan quién controla la selección de la transmisión-adquisición.

**Reglas de secuencia:** Reglas que regulan la progresión de la transmisión en el tiempo y establecen la secuencia de esa transmisión, regulando el desarrollo de un currículo, de un programa y de un sistema de evaluación.

**Reglas de ritmo:** Reglas que definen la tasa de adquisición esperada de las reglas de secuencia.

**Criterios de evaluación:** Criterios que el adquiriente deberá usar para evaluar su comportamiento y el de los otros, en cualquier relación de transmisión-adquisición. Los criterios pueden ser explícitos o implícitos.

No obstante, y anticipándome al tipo de relaciones pedagógicas que pretendo estudiar y a los contextos evocadores de dichas relaciones pedagógicas, me voy a centrar en las reglas de selección y en las reglas de criterios de evaluación, y descarto las de secuencia y ritmo ya que entiendo que no proceden en las relaciones pedagógicas que me interesan.

Para dar cuenta de esta diversidad de modalidades, tanto del discurso como de la práctica, que resultan de esa combinatoria entre los diferentes grados de clasificación y enmarcamiento que pueden asumir las relaciones pedagógicas, Bernstein articula la conceptualización del código pedagógico.

#### 2.2.1.2. Códigos pedagógicos<sup>4</sup>.

Uno de los conceptos clave de la teoría de Bernstein, aquel que le permite al autor situar su modelo como teoría de la comunicación, es el de código: “un código es un principio regulador, tácitamente adquirido, que selecciona e integra significados relevantes, su forma de realización y contextos evocadores” (Bernstein, 2001:27). La noción de código captura la potencialidad de crear órdenes diferentes de relación y relevancia, y acepta paralelamente la maleabilidad en sus formas de realización diversas.

4 En la introducción a este trabajo de investigación ya expusimos que es el hecho de realizar la tesis en el Departamento de Didáctica –y de la regulación y definición de las parcelas académicas del conocimiento—lo que me ha llevado a situar la investigación en este nivel de la teoría Bernstein. En futuros trabajos dónde esto no sea necesario, me parece muy sugerente profundizar en el modelo del discurso pedagógico más que en su teoría del código.

Los principios estructurales regulan, distribuyen y reproducen los modos de orden social y las formas de representación colectiva, en este sentido resulta interesante, dice Atkinson (1995), la insistencia de Bernstein en la naturaleza de los códigos como mecanismos generadores de posicionamiento de los sujetos respecto a la división del trabajo: “las relaciones de clase generan, distribuyen, reproducen y legitiman formas características de comunicación, que transmiten códigos dominantes y dominados, y que esos códigos posicionan de forma diferenciada a los sujetos en el proceso de adquisición de los mismos” (Bernstein, 2001:26). Donde entiende por “posicionamiento” tanto el lugar ocupado en las relaciones específicas con otros sujetos, como la creación de relaciones específicas dentro de los mismos sujetos. En este sentido, los códigos son dispositivos de posicionamiento culturalmente determinados.

El código es, pues, un regulador de la relación entre contextos y es el generador de los principios orientadores de la producción de los textos adecuados a cada contexto. En un nivel operacional, el código viene definido por la relación entre orientación de codificación y la forma en que esa orientación se realiza, siguiendo la fórmula:

$$OE/R$$


---


$$C_{ie}^{+-} \quad E_{ie}^{+-}$$

La orientación de codificación **(OE/R)** puede ser restringida o elaborada. En la orientación restringida los significados, particularistas, son dependientes del contexto y tienen una relación directa con una base material específica. En la orientación elaborada los significados, universalistas, son relativamente independientes del contexto y tienen una relación indirecta con una base material específica<sup>5</sup>.

---

5 Puesto que el interés del autor se centra en la escuela, su ejemplificación de esta idea se refiere a ella. Yendo más allá, Morais y Neves (2004) consideran que por su propia naturaleza, el discurso (y la práctica) pedagógica oficial de la escuela institucionaliza una orientación elaborada. Los discursos (y las prácticas) pedagógicas locales en la familia pueden corresponder a una orientación restringida o elaborada, dependiente básicamente de la posición de la familia en la división social del trabajo: a una división simple le corresponde una orientación restringida y a una división compleja le corresponde una orientación elaborada.

La orientación, elaborada o restringida, puede dar lugar a una amplia gama de realizaciones. La forma en que los significados son realizados depende de la distribución de poder y de los principios de control que regulan las relaciones sociales en contextos de interacción pedagógica (Morais y Neves, 2004). En la fórmula expresada anteriormente, **C** y **E** corresponden a los conceptos de clasificación y enmarcamiento que caracterizan una estructura social dada; **+/-** se refieren a los valores (fuertes o débiles) que la clasificación o el enmarcamiento pueden tomar, **i** remite a las relaciones internas, esto es a las relaciones que se dan en un contexto concreto de comunicación; y **e** a las relaciones externas, a las relaciones entre diferentes contextos comunicativos.

La aplicación del modelo de Bernstein, apuntan Moraes y Neves (2004), presupone considerar que en cualquier contexto de interacción pedagógica se refleja también una estructura social con una determinada organización jerárquica: “Neste sentido, da mesma forma que ao macro-nível da estrutura social se criam princípios de poder e de controlo que são geradores do código, também ao nível dos contextos da família e da escola, existem relações de poder e de controlo que irão determinar o código regulador das interações pedagógicas presentes nesses contextos” (Morais y Neves: 2004, 12).

El orden de género dominante en nuestro contexto no es un orden equitativo, más bien al contrario, es un orden que se articula a partir de la oposición de lo masculino y lo femenino. Un orden que distribuye posiciones no igualitarias. Las relaciones de género remiten a desigualdades en la distribución de poder, así como a principios de control entre grupos sociales y se traducen en la creación, distribución, reproducción y legitimación de determinados valores, constitutivos y constituyentes de un orden de género determinado. Lo que nos permite la teoría de Basil Bernstein es explorar la transmisión cultural de este orden de género, vehiculizado a través de un “qué” que serían los contenidos sobre la crianza. Madeleine Arnot (2002), por su parte, traduce el concepto de Bernstein de código para utilizarlo en el análisis de la transmisión cultural de las relaciones de género, y se refiere al *código de género*, una aceptación de la que me apropio en este trabajo. La teoría de Bernstein y la relectura de Arnot me permiten llevar a cabo este cometido no sólo desde la óptica de la reproducción social, sino también desde las oportunidades de transformación de ese orden, de esas relaciones desiguales. Pero además Bernstein nos dota de las herramientas con las que traducir su propuesta teórica en investigación empírica, gracias a un lenguaje de descripción que nos ayuda a

demarcar las distintas modalidades pedagógicas posibles y que convierte su legado en una potente propuesta metodológica.

Una vez he dado cuenta de la propuesta metodológica de Basil Bernstein, considero que ya estoy en disposición de explicar cuáles son los constructos, dimensiones e indicadores que configuran mi modelo de análisis.

### 2.2.2. Constructos, dimensiones e indicadores del modelo de análisis.

#### **A) Concepto: Régimen de género de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.**

Género es, para Connell (1987), una matriz de ordenamiento de la práctica social. El orden de género es reproducido socialmente —no biológicamente— por el poder de las estructuras. Las relaciones de género se engarzan así en las estructuras simbólicas y las instituciones de la sociedad configurándose como marco de fondo con el que dar forma a la acción individual. Para Connell, no obstante, el orden de género responde al dinamismo, se reproduce pero también se actualiza. Y el *locus* de la transformación está en los individuos quiénes, a través de sus relaciones performativas, hacen género; pero el lugar del cambio está también en las instituciones, las corporaciones, las agencias, en las que las estructuras de género pueden adoptar formas distintas a las del orden global. Así la autora se refiere a los regímenes de género como las organizaciones que se dan a propósito de lo masculino y lo femenino en el seno de las instituciones, empresas o agencias (Connell, 1995).

Raewyn Connell nos aporta una teoría con la que analizar las estructuras y las prácticas propias de los regímenes de género de los servicios de atención primaria de atención al embarazo, parto y puerperio de la Agència Valenciana de Salut. No obstante, y sin desmerecer la exploración de la dimensión estructural, en esta tesis atenderé a las prácticas, y concretamente a la práctica pedagógica que se da en el contexto de la Educación Maternal entre matronas y personas usuarias de estos servicios de atención primaria. De las distintas cuestiones que se abordan en el Programa de Educación Maternal me fijaré en los contenidos a propósito de la crianza, esto porque considero que es en la (re)producción de estas materias dónde resulta más perceptible la bisagra entre lo micro y lo meso, esto es, entre las construcciones y relaciones a propósito de la



feminidad/maternidad y de la masculinidad/paternidad que organizan y transmiten los servicios sanitarios, y aquellas que adquirirían (o a las que se resistirían) los hombres y las mujeres y que pondrían en práctica en sus interacciones a propósito del cuidado de sus bebés; pero también porque considero éste como el contenido más desafiante para con los propósitos de las agencias de salud.

La tesis de Connell sobre los órdenes y los regímenes de género comprende, de manera distinta a otras teorías sobre género (Maquieira, 2005), no sólo conceptualizaciones teóricas, sino también dimensiones mediante las que observar los órdenes y regímenes de género, y que pueden ser traducidos en ejes de estructuración del análisis. Para Connell (2009)<sup>6</sup> la exploración de un orden de género o un régimen de género puede realizarse analizando cuatro vértices o dimensiones, a los que nombra de la siguiente manera: relaciones de poder, relaciones producción-consumo, catexys y simbolismo, lenguaje y cultura. En este estudio acometo los tres primeros vértices de manera exhaustiva. Por lo que se refiere al último, aquella dimensión que tiene que ver con lo simbólico, entiendo que resulta difícilmente abordable cuando lo que se pretende es analizar las relaciones pedagógicas y hacerlo además, primando las técnicas de investigación social discursivas.

**Dimensiones del concepto: *Régimen de género de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.***

Las dimensiones de análisis de la categoría régimen de género coincidirán, según hemos visto, con los vértices que la autora define en su teoría –a excepción de la dimensión simbolismo, cultura y discurso— estos son:

1. Relaciones de poder.
2. Relaciones producción-consumo.
3. Relaciones emocionales.

---

<sup>6</sup> Aunque la autora describe estas dimensiones desde su obra *Power and Gender*, referenciamos aquí su obra *Gender. Short Introductions*, al ser en ésta donde la matriz es completada con un eje más que se suma a los tres anteriores.

### 1. *Relaciones de poder.*

El poder es una dimensión que organiza las relaciones de género. Los órdenes de género subsumen estructuras de control, autoridad y coerción que comportan relaciones de dominación y subyugación. Este tipo de organización no es, sin embargo, definitiva ni totalizadora. En una misma sociedad conviven regímenes de género que se estructuran entorno a repartos de poder distintos, y que ponen en tela de juicio el orden dominante. Por otro lado, ese orden dominante es por sí mismo mutable, los órdenes son ellos también contestados. El androcentrismo no es definitivo.

### 2. *Relaciones producción-consumo.*

Asignación estructural de trabajos a determinadas personas, categorizadas de acuerdo a un rasgo entendido socialmente como diferenciador. En nuestras sociedades este rasgo sería la diferenciación sexualizada.

### 3. *Cathexys.*

Organización de las emociones, los deseos, la sexualidad entorno a ejes que, apoyados en la construcción social de lo femenino y lo masculino, determinan lo que es posible y lo que no lo es en este tipo de relaciones.

El desafío de esta tesis –y su aportación principal a la sociología de la comunicación del conocimiento médico— reside en profundizar en los regímenes de género de los servicios sanitarios atendiendo a las prácticas pedagógicas que se desarrollan en su seno, es por ello que necesitamos conceptualizaciones que nos ayuden a subdimensionar estas dimensiones con las que hemos operativizado el constructo régimen de género. En este apartado, he definido las dimensiones para el concepto de régimen de género, en el siguiente epígrafe abordaremos la propuesta metodológica de Basil Bernstein, un modelo metodológico que guiará el análisis sobre la transmisión cultural del orden de género en la relación pedagógica entre matronas del Servei Valencià de Salut i las/los participantes en las clases de educación maternal.

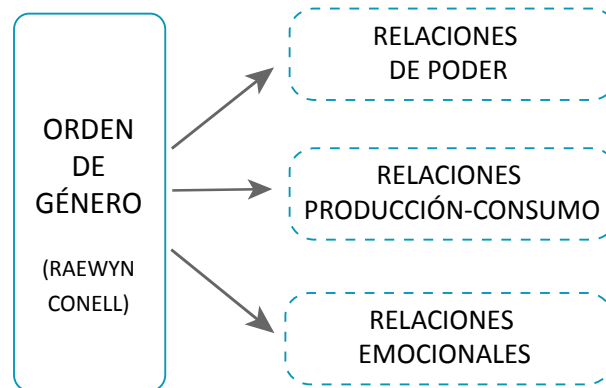


Fig.2. Dimensiones del constructo Orden de Género

**B) Concepto: *código de género de las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.***

#### **Códigos pedagógicos.**

Un código para Basil Bernstein es, como ya lo hemos definido, un principio regulador, tácitamente adquirido, que selecciona e integra significados relevantes, su forma de realización y contextos evocadores” (Bernstein, 2001:27).

En un nivel operacional, el código viene definido por la relación entre orientación de codificación y la forma en que esa orientación se realiza, siguiendo la fórmula:

$$OE/R$$


---


$$C_{ie}^{+-} \quad E_{ie}^{+-}$$

Por lo que se refiere a la definición del código de género de las matronas de la Agència Valenciana de salut, estimamos que la orientación es elaborada [OE]. Para poder distinguir las diversas realizaciones de este código analizaremos la clasificación [C] en las relaciones externas [e] , puesto que lo que vamos a explorar son textos normativos que hacen referencia a distintos contextos comunicativos. Por su parte el enmarcamiento [E] lo observaremos en relaciones internas [i] dado que en ese caso nos fijamos en las relaciones que se dan en un contexto concreto de comunicación. Con ello, de lo que nos proveerá el análisis de la información cualitativa será del grado de clasificación y del grado de enmarcamiento que consideramos para las distintas realizaciones, esto nos permitirá definir primero las distintas modalidades pedagógicas y después el código de género de las matronas.

**Dimensiones para: *código de género de las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.***

1. Modalidades de la práctica pedagógica de las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.

“Las modalidades de código son esencialmente variaciones en los medios y en los fines del control simbólico, en la base de una determinada distribución de poder” (Bernstein, 2001:55). Una modalidad es una variación de un código dada una determinada relación de clasificación y enmarcamiento, cuyos valores pueden cambiar independientemente (Navas, 2008).

**Subdimensiones de la dimensión: *modalidad pedagógica* .**

1. *Clasificación*: Grado de mantenimiento de la frontera o fuerza de aislamiento entre categorías (agencias, agentes, recursos), generado, mantenido y reproducido por el principio que regula el posicionamiento de las categorías en una división social del trabajo dada.
2. *Enmarcamiento*: Grado de mantenimiento o de aislamiento entre las prácticas comunicativas de las relaciones sociales generado, mantenido y reproducido por los principios de control social. Principio que regula la realización de las relaciones de poder entre las categorías.

En el análisis se procede determinando valores para la clasificación y para el enmarcamiento.

Atendiendo a las relaciones analizadas entre categorías de discursos, los valores relativos a la clasificación pueden ser, en términos generales:

[C<sup>-</sup>] cuando la jerarquía es muy débil y las categorías, por lo tanto, tienen un estatus semejante.

[C] cuando la jerarquía es relativamente débil y las categorías tienen un estatus relativamente semejante.

[C<sup>+</sup>] cuando la jerarquía es identificable y una de las categorías tiene un estatus relativamente elevado.

[C<sup>++</sup>] cuando la jerarquía es muy evidente, y una de las categorías tiene un estatus muy elevado.

Atendiendo a las relaciones analizadas entre prácticas comunicativas, los valores relativos al enmarcamiento pueden ser, en términos generales:

[E<sup>-</sup>] cuando el control de la comunicación es muy débil y transmisoras y adquirientes cuentan con un espacio similar para participar en la interacción.

[E] cuando el control de la comunicación es débil y las personas transmisoras ceden el control en situaciones determinadas a las personas adquirientes.

[E<sup>+</sup>] cuando el control de la comunicación es fuerte y las personas transmisoras asumen el control del proceso transmisión-adquisición.

[E<sup>+</sup>] cuando el control de la comunicación es muy fuerte y las personas transmisoras mantienen un control rígido del proceso transmisión-adquisición.

### **Subdimensiones de segundo nivel de la dimensión: *modalidad pedagógica*.**

1. *Reglas de Selección*: Principios que regulan quién controla la selección de la transmisión-adquisición.

2. *Criterios de evaluación:* Criterios que el adquirente deberá usar para evaluar su comportamiento y el de los otros, en cualquier relación de transmisión-adquisición. Los criterios pueden ser explícitos o implícitos.

Uno de los puntos clave de esta investigación es el de explorar la relación entre práctica matrona feminista y configuraciones de relaciones de género equitativas. Esto me ha llevado a perfilar un modelo de praxis profesional y a convertir sus dimensiones en indicadores para la observación. Estos indicadores, que explico en el apartado siguiente, constituyen por lo tanto las categorías de observación que han sido reconocidas para las subdimensiones de segundo nivel que acabo de describir.

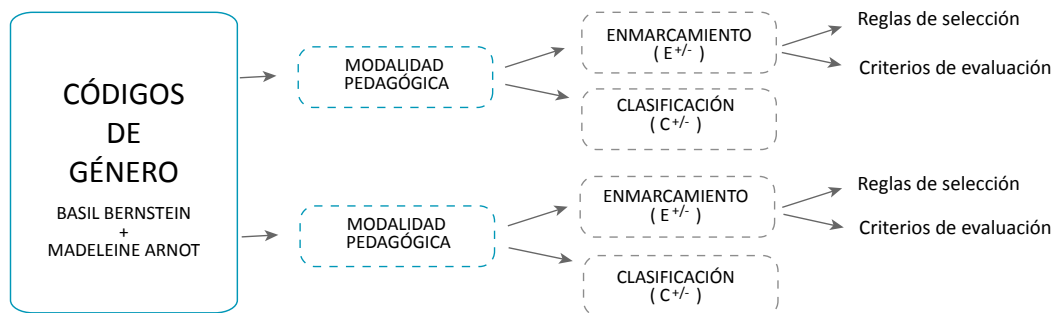


Fig.3. Dimensiones del constructo Código de Género

### C) Concepto: *Praxis feminista en la atención matrona.*

La perspectiva feminista que he hecho explícita desde el inicio de este trabajo, me lleva sugerir que son los fundamentos y la praxis feminista aplicada a la labor matrona, la que puede convertirse en motor de cambio de los regímenes de género que competen a esta investigación.

MariLuzEsteban(2007citadoenEsteban,2010)vertebrauna tríada de conceptualizaciones biomédicas dominantes concernientes al género, éstas son:

- a) Una visión universalista y al mismo tiempo etnocéntrica del cuerpo humano;
- b) Un enfoque biologicista que se traduce en naturalización de las desigualdades sociales;
- c) Un androcentrismo alimentado por la diferenciación radical de los sexos que singulariza excesivamente lo considerado como femenino (Esteban, 2010:53).

Es la misma autora quien reconoce que la ideología feminista por sí sola no resulta suficiente para provocar la necesaria conciencia crítica en torno a estos presupuestos, lo que la lleva a confiar en la formación de las especialistas en salud y género como correa de transmisión que pueda generar el cambio de estos marcos culturales. Lo que pretendo aquí es analizar cómo se traduce esa posición crítica feminista a la práctica asistencial, y por ello debo definir cuáles son los ejes vertebrados de la praxis, en este caso de la praxis matrona, que me llevarían a distinguir, en mi caso, una práctica pedagógica matrona feminista. Como ya vimos en nuestro marco teórico, esta empresa no deja de ser compleja.

He definido la práctica matrona feminista como aquella que adopta un posicionamiento crítico ante el orden de género androcéntrico que estructura la sociedad y la atención biomédica del embarazo, parto y puerperio; una praxis, por otro lado, que produce/transmite un régimen de género que pretende promover otras relaciones de género. Puesto que uno de los objetivos que compete a esta tesis es analizar si las relaciones pedagógicas entre matronas y usuarios/as del Programa de Educación Maternal están embebidas por la práctica feminista, es conveniente que determine unas coordenadas que nos ayuden a observar la factibilidad de esa práctica matrona feminista y que incumben a las relaciones entre transmisoras-adquirientes: la simetría en las relaciones proveedoras-usuario/as.

#### **Dimensiones del concepto: *Praxis feminista en la atención matrona.***

He estructurado las dimensiones del concepto praxis feminista en la atención matrona a propósito de la crianza en cinco niveles:

1. Simetría en las relaciones proveedoras-usuario/as
2. Promoción del acceso a la información y de la toma de decisiones
3. Atención individualizada

4. Atención no discriminatoria
5. Aproximación de las materias transmitidas desde la perspectiva de género.

1. *Simetría en las relaciones proveedoras-usuario/as*

Las proveedoras de cuidado deben abordar sus prácticas desde formas democráticas de relación con las mujeres.

2. *Promoción del acceso a la información y de la toma de decisiones*

El conocimiento médico debe ser compartido con las personas participantes en las sesiones, de manera que éste las provea de un mayor control en los procesos de puerperio y crianza y las ayude en su toma de decisiones.

3. *Atención individualizada*

Las personas participantes en las sesiones deben ser tratadas como sujetos individualizados y atender a sus necesidades.

4. *Atención no discriminatoria*

Se debe garantizar un acceso y una accesibilidad a estos servicios igual para todas las personas, independientemente de su clase social, su etnia, color de piel, o identidad sexual.

5. *Aproximación a las materias desde una perspectiva de género.*

El enfoque con el que se abordan los temas a tratar no es un enfoque sexista, sino que, por el contrario interroga los estereotipos y prejuicios de género de los que estos contenidos pudiesen estar embebidos.

Esta última dimensión es la que resulta priorizada cuando se pretende explorar las implicaciones de las/los docentes (escuela, universidad, centros de ocupación...) en la (re)producción del orden de género dominante en una sociedad. Creo, sin embargo, que



fijarnos solamente en esa última dimensión es caer en un reduccionismo importante. La construcción de los órdenes de género no sólo se produce a través de los discursos sino que, como nos demuestran Bernstein y Arnot, cabe situarla también en las prácticas pedagógicas.

**Indicadores de las dimensiones del concepto: *Praxis feminista en la atención matrona.***

Como ya he adelantado en el apartado anterior, los indicadores de la dimensión *praxis feminista matrona*, deben ser capaces de permitirnos observar las graduaciones en el enmarcamiento respecto a las reglas de selección y los criterios de evaluación que regulan la práctica pedagógica. El resultado ha sido el siguiente:

Las dimensiones “*Simetría en las relaciones proveedoras-usuario/as*” y “*Promoción del acceso a la información y de la toma de decisiones*” han sido resumidas en el indicador:

- Selección de los contenidos y las actividades.

La dimensión “*Atención individualizada*” ha sido resumida en el indicador:

- Aceptación de la crianza como experiencia biográfica.

La dimensión “*Atención no discriminatoria*” ha sido resumida en el indicador:

- Aceptación de crianzas diversas.

La dimensión “*Aproximación a los contenidos desde la perspectiva de género*” ha sido resumida en el indicador:

- Selección genérica de los contenidos.

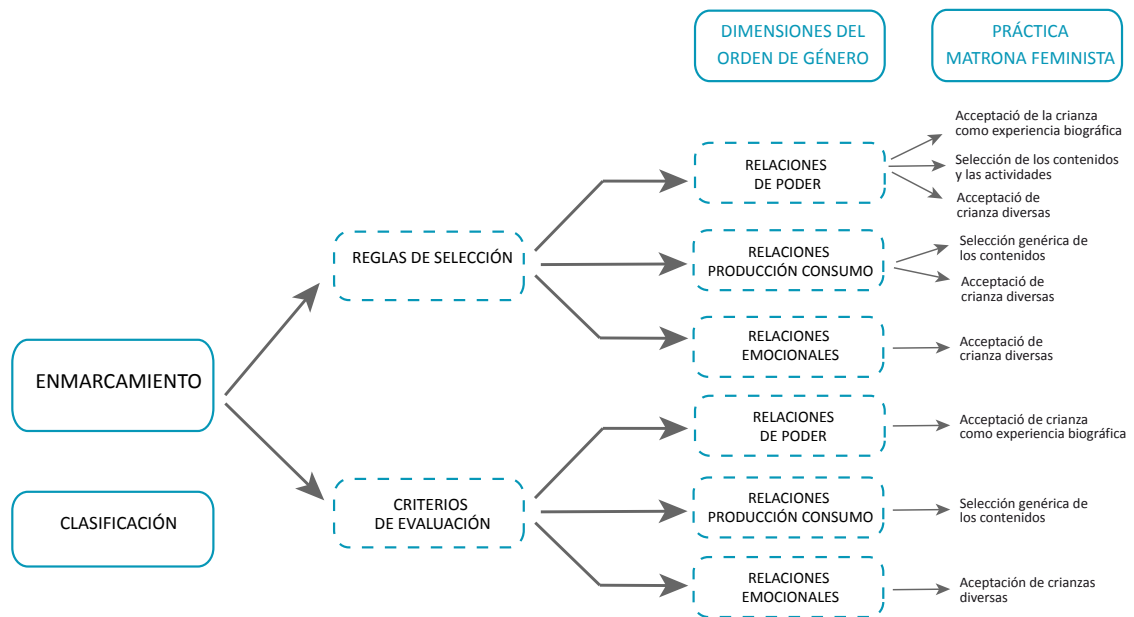


Fig.4. Dimensiones del constructo Práctica Matrona Feminista

#### D) Concepto: *Enfoque con el que se aborda el embarazo, parto y crianza.*

En esta investigación nos aproximamos a las prácticas de las matronas de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio. Unas prácticas profesionales, sin embargo, que no emanan del vacío sino que, de alguna manera, se circunscriben a perspectivas con las que se abordan estos procesos y que tienen, en el conocimiento científico, un puntal de referencia. Blázquez (2009) cita a Comelles para distinguir dos planos en la asistencia sanitaria: un plano ideológico formado por las representaciones, los valores y actitudes de los sectores implicados; y otro plano que incumbe a la praxis, esto es a los comportamientos, las actuaciones, las tomas de decisiones y las técnicas destinadas a la utilización de esos marcos institucionales. Por enfoque con el que se aborda el embarazo, parto y crianza entendemos ese plano ideológico al que hace mención Comelles.

En el presente estudio me he comprometido con el análisis de dos enfoques distintos de atención al embarazo, parto y crianza. El enfoque que he denominado biomédico y el enfoque que he conceptualizado como fisiológico. En los albores de este trabajo de investigación, la característica definitoria que sirvió para distinguir a las matronas

participantes en la investigación hacía referencia al uso, más o menos consciente, de metodologías participativas en el abordaje a las sesiones grupales dentro del programa de atención del embarazo. Nos dimos cuenta más tarde que lo que diferenciaba las visiones de las profesionales entre sí era, más bien, el adscribirse o no a una concepción del embarazo, parto y puerperio, pero sobre todo del parto, acorde a las recomendaciones de la OMS (Fortaleza, 1985) sobre la tecnología apropiada para el parto, en la que se sugiere el evitar determinadas prácticas rutinarias en la atención al parto con la finalidad de desmedicalizar el proceso, es lo que hoy se reconoce como perspectiva del *parto natural*.

### **Dimensiones del concepto: *enfoque con el que se aborda el embarazo, parto y crianza*.**

Las dimensiones del concepto *enfoque con el que se aborda el embarazo, parto y crianza*, son dos:

#### *1. Enfoque biomédico de atención al embarazo, parto y crianza.*

Denominamos enfoque biomédico de atención al embarazo, parto y crianza, aquel que prioriza una lectura de estos procesos –resignificados bajo el epíteto de proceso reproductivo— como sucesos sustancialmente biológicos. Visión ésta que justifica y legitima su comprensión como objeto de conocimiento médico y de atención sanitaria. El enfoque biomédico, en definitiva, gira entorno a la actividad medicalizadora, promovida por el sistema biomédico durante la segunda mitad del siglo pasado (Foucault, 1990).

Esta perspectiva de aproximación al embarazo, parto y puerperio está impregnada, además, de una narrativa del riesgo. Esto ha llevado a Ann Oakley y Susanne Houd (1990) y a María Isabel Blázquez (2009) a denominarla enfoque de riesgo<sup>7</sup>. Lo que vendrían a argumentar estas autoras es que desde la mirada médica, este proceso es leído desde la incertidumbre constante respecto al desarrollo (malformaciones, problemas de salud...) y la conclusión (muerte de la mujer o de la criatura). Desde la lectura del

---

7 Consideramos que el relato del riesgo permea sobre todo en la atención del embarazo y el parto, y no tanto en la de la crianza. Con esto no queremos decir que la atención que le dan las matronas al cuidado de menores se posicione en un lugar totalmente distinto al que asumen cuando abordan los contenidos de embarazo y parto; el riesgo, como veremos en nuestro análisis, opera como narrativa de gran potencialidad en el puerperio, sin embargo, no es esta la lente que actúa de forma omnicompreensiva. Esta es la razón por la que hemos renunciado a la denominación de enfoque de riesgo y hemos preferido la de enfoque biomédico.

riesgo el embarazo, el parto y el puerperio son atendidos desde la enfermedad, desde lo patológico, con todas las implicaciones que se derivan de ello: “Esta idea del riesgo, no sólo en los embarazos y partos patológicos o de riesgo sino también en los normales, conduce a dar protagonismo a la enfermedad frente a la salud, a la prevención y detección de posibles problemas y enfermedades que puedan ocurrir frente a la promoción de la salud de las mujeres durante todo el proceso. Y supone, además, una actitud vigilante e intervencionista de la institución sanitaria” (Blázquez, 2009:101)

## 2. *Enfoque fisiológico de atención al embarazo, parto y crianza.*

Tanto la denominación como la conceptualización de este enfoque de atención al embarazo, parto y crianza, lo hemos extraído de la tesis de María Isabel Blázquez (2009).

Según Blázquez (2009), la concepción del embarazo, parto y puerperio como procesos fisiológicos se define por oposición a lo que ella denomina enfoque de riesgo, y que nosotras aquí hemos conceptualizado como enfoque biomédico. Esto es, el embarazo, parto y puerperio son comprendidos como procesos normales de los cuerpos de las mujeres, lo que conlleva, para este enfoque, una problematización a propósito de su medicalización y patologización: “Desde esta idea se relaciona el embarazo, parto y puerperio como algo “natural” en tres sentidos: como proceso fisiológico, espontáneo, normal del cuerpo de las mujeres; como algo previo a lo social, compartido con los animales; y como vínculo del cuerpo de las mujeres y de su capacidad de engendrar con la naturaleza” (Blázquez, 2009:251). Junto a la reivindicación de la desmedicalización, prosigue la autora, este enfoque reclama una humanización de la atención sanitaria del proceso, es decir, una vinculación de estos procesos con lo humano. La alusión a “lo humano” responde a un ejercicio de metonimia similar al experimentado por la referencia a “lo normal”. Según la autora, los usos identificados con lo humano serían cuatro: “lo humano” en relación con la inclusión de las mujeres; “lo humano” como un enfoque integral del epp; “lo humano” con el trato recibido; y “lo humano” porque se trata de un acontecimiento humano” (Blázquez, 2009:254).

Estas dimensiones, como veremos en un apartado ulterior, nos han servido tanto para distinguir los grupos de discusión, los procesos de observación y las entrevistas, como para estructurar la información en el desarrollo de nuestro análisis.

Al poner en relación todos los constructos, dimensiones, subdimensiones e indicadores que he descrito aquí, el resultado tendría la forma gráfica que propongo a continuación.

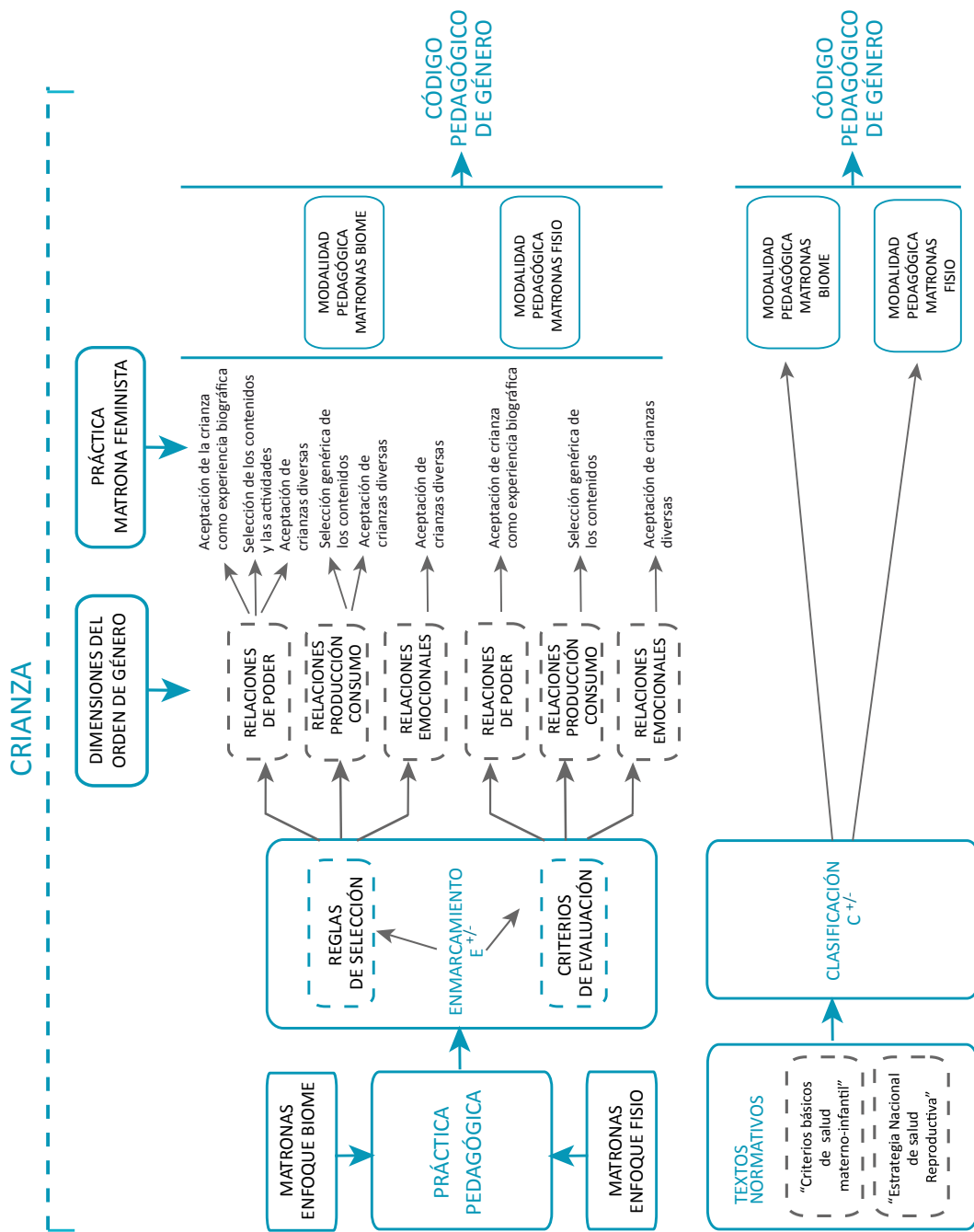


Fig.5. Modelo de análisis de la investigación.

## 2.3. Técnicas de producción de datos empíricos y definición de la muestra.

**D**icen Fernando Conde y Cristina Pérez Andrés (1995) que la investigación cualitativa contribuye al estudio de la planificación sanitaria, la detección de necesidades y la evaluación de las intervenciones para la salud, entre otras cuestiones, aportando “una comprensión más global de la concepción cultural y simbólica que implica la vivencia de la salud para los individuos y las sociedades” (Conde y Pérez Andrés, 1995:146).

Si bien la intención de esta investigación es llegar a describir unas prácticas a través de un lenguaje casi matemático, ello no nos obliga a desatender el entramado discursivo a través del cual se construyen esas prácticas. Los hechos no son aquí tan relevantes como los discursos. Es a razón de esto que decidí decantarme por un diseño metodológico cualitativo para abordar mi investigación, priorizando así que la muestra de profesionales a estudiar narrara sus prácticas y no sólo las describiera. Lo que ha resultado de ello, es un material cualitativo que me ayuda no sólo a perfilar las modalidades pedagógicas de las matronas de atención primaria, sino también a profundizar, desde un análisis sociológico crítico, en el entramado de pilares discursivos con los que se construyen a nivel ontológico las prácticas, pero también con los que se justifican quehaceres profesionales. Lo que me ha permitido la metodología cualitativa es comprender cómo el discurso pedagógico de la crianza incursiona en un régimen de género de las agencias sanitarias, y a la inversa.

Puede parecer contradictorio que se haga uso en esta investigación de una herramienta que invita a ordenar, a graduar, cuando al mismo tiempo se produce información cualitativa, yo misma me he sentido muy confusa algunas veces con lo que implicaba esa decisión; sin embargo, entiendo que lo que me permite el instrumento metodológico en cuestión es identificar, de una manera concreta, las variaciones y los cambios que se dan en los códigos pedagógicos de las matronas de atención primaria, y lo que me aporta la

información cualitativa, o mejor dicho su análisis crítico, es explorar el tejido social con que se recubre esas modalidades, variaciones y cambios.

La obtención de material empírico se ha abordado en dos fases diferenciadas pero al mismo tiempo, confluyentes.

En una primera etapa, he circunscrito mi ámbito de exploración al nivel de producción del discurso pedagógico, con el objetivo de identificar los principios dominantes de la sociedad que se relacionan directamente con el discurso pedagógico sanitario de la crianza. Esto es, con la voluntad de perfilar el grado de mantenimiento de la frontera entre categorías de discursos a través del elemento de la clasificación. Con este propósito realizamos una lectura analítica de documentos normativos interesantes para el análisis.

En una segunda fase me he fijado en las relaciones pedagógicas que se dan en el nivel de reproducción del discurso pedagógico, y concretamente en las reglas discursivas que dan cuenta del control que personas transmisoras y adquirientes tienen sobre el proceso de transmisión-adquisición, esto es el principio de enmarcamiento de la selección y los criterios de evaluación que regula la práctica pedagógica. Según Carmo (Carmo, 1995 citado en Navas, 2008), es a través de estas reglas como podemos caracterizar y diferenciar las distintas modalidades pedagógicas. Esta segunda fase se ha llevado a cabo a través de un proceso metodológico de triangulación de las siguientes técnicas: a) grupos de discusión con matronas de enfoque biomédico y con matronas de enfoque fisiológico; b) observación de sesiones grupales de educación prenatal y postparto dinamizadas por matronas de enfoque biomédico y por matronas de enfoque fisiológico y c) entrevistas a matronas de enfoque biomédico y a matronas de enfoque fisiológico.

A continuación detallamos estos procesos de recopilación de información.

### 2.3.1. Análisis documental

Las sociedades generan documentos, según su propios condicionantes y su cultura, unos grupos sociales elaboran más, otros menos. Documentos no sólo escritos, sino también visuales y sonoros. Si partimos de esta constatación es fácil comprender por qué a la sociología, a la antropología o a la historia, entre otras ciencias sociales, les interesan

los documentos y su análisis empírico. Un documento es, dice Javier Callejo (2009:215): “una unidad material de información preexistente, en la que se encuentran rastros de la sociedad”.

Categorizado de ese modo, el análisis documental al que recorro para llevar a cabo parte del análisis de la información, no es equivalente al ejercicio de revisión bibliográfica que se hace antes y durante el transcurso del proceso de construcción del objeto de estudio; tampoco es asimilable a la exploración de los cuadernos de campo elaborados durante las sesiones de observación –de los que hablaré en un siguiente apartado– ni de las anotaciones de la investigadora tras las conversaciones informales con matronas, mujeres y hombres, o a propósito de las técnicas cualitativas empleadas. Se trata, de forma contraria, de la revisión de un material sustantivo producido al margen de la investigación –y que por lo general no responde a los objetivos, ni a la hipótesis que vertebran ésta– cuyos resultados son integrados como parte constitutiva del análisis. En otras palabras, con el análisis documental tratamos a los textos –entendido texto en su sentido amplio– como sujetos a quienes preguntar por su vida social: “A los documentos se les puede “entrevistar” mediante preguntas implícitas y se les puede “observar” con la misma intensidad y emoción con la que se observa un rito nupcial, una pelea callejera o una manifestación popular. En este caso la lectura es una mezcla de entrevista/observación y puede desarrollarse como cualquiera de ellas” (Ruiz Olabuénaga e Ispizua, 1989: 69).

A los documentos se les puede analizar beneficiándonos de una ventaja, apunta Callejo (2009), y es que los registros documentales no producen reactividad. Esto es, no reaccionan al sentirse observados, maleando –con intención o sin ella– su comportamiento e incluso adaptándolo a quién observa o pregunta. Los documentos no fueron producidos con la intención de formar parte de nuestra investigación, no responden a priori a nuestras preguntas, somos nosotras quienes, en un sentido metafórico los “forzamos” a resolver nuestros interrogantes o nuestras hipótesis de trabajo.

Una de las características que nos sirve para definir tipologías entre los registros que pueden ser objetos de un análisis documental, es su origen. Los documentos pueden ser privados o públicos. Entre éstos últimos identificamos los documentos institucionales.



Lo que caracteriza a este tipo de registros es, en primer lugar, que su autoría no se le reconoce a un sujeto individual, sino que quién responde por él es una institución u organización; en segundo lugar, puesto que su plataforma de difusión coincide con lo público, la persona receptora no es identificable, por el contrario la conforman todas aquellas personas que accedan a él (Callejo, 2009). En el diseño metodológico incluyo la exploración de documentos de este tipo, concretamente documentos institucionales normativos, a los cuáles interrogaré a propósito del grado de clasificación con el que distinguen categorías de discursos (discurso experto/discurso lego y discurso sobre lo femenino/discurso sobre lo masculino).

En este sentido, analizaré en primer lugar la Ley General de Sanidad 14/1986, dado que se trata del documento marco que regula la asistencia sanitaria en nuestro país, así como las funciones que deben incumbir a las Administraciones Públicas Sanitarias; entre éstas la de la promoción de la salud, epígrafe que aquí nos interesa. Seguiremos después con el análisis de los Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en 4 junio de 1990; para continuar con la exploración de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2011, documentos ambos elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad respectivamente. Estos dos documentos constituyen los dos únicos textos consensuados por todas las Comunidades Autónomas que regulan la atención al embarazo, parto y puerperio, es por ello que serán tratados como documentos de referencia desde los que profundizar en el discurso regulador general sanitario de la crianza.

Cabe decir que se han explorado otras unidades registrales, como es el Decreto 47/1986 del Consell de la Generalitat Valenciana, el protocolo del “Control básico del embarazo de la Comunitat Valenciana” o la guía “La aventura de ser padres”, a los cuáles me referiré con detenimiento cuándo describa el Programa de Educación Maternal. No obstante, cabe advertir que los condicionantes que han marcado nuestra investigación, no nos han permitido profundizar en este material desde un posicionamiento analítico y los abordaremos desde una dimensión descriptiva.

### 2.3.2. El grupo de discusión.

“No somos nosotros nada más que a los ojos de los otros, y es a partir de la mirada de los otros cuando nos asumimos como nosotros” (Sartre, 1971: 246).

“Tras el paso de algunos años, que ya son muchos y, sobre todo, de la realización de cientos de grupos, me sigue embargando la sensación de enfrentarme a una nueva prueba, desconocida y de la que saldré distinto. Es lo que siento cuando entro en una sala a realizar un grupo de discusión. Cada grupo es un reto (Callejo, 2001:10)<sup>8</sup>

Las personas no somos sujetos independientes de lo que otros sujetos piensan o hacen, nuestros comportamientos aparentemente individuales, genuinos, se enmarcan en situaciones que nos vinculan estrechamente a otras personas. La técnica del grupo de discusión nos permite *reproducir*, en la medida de lo posible, una situación de comunicación entre actores sociales que, a través de la conversación, representan esas interacciones mediadas a las que me he referido. Esta característica es precisamente la que le confiere entidad al grupo de discusión como técnica de investigación: “El grupo de discusión es un proyecto de *conversación socializada*, en el que la *producción de una situación* de comunicación grupal sirve para la captación y análisis de los *discursos ideológicos y de las representaciones simbólicas* que se asocian a cualquier fenómeno social” (Alonso, 2003:93). Se trata de una técnica, por lo tanto, que nos sitúa ante un nivel estrictamente social y socializado del análisis de la grupalidad, que se instala en el nivel de lo *latente*, de la comprensión de los discursos y de las representaciones desde las que los sujetos le dan significado a las acciones que realizan.

Las tensiones que se producen entre el grupo como ente “natural”<sup>9</sup> y como ente constructo, son lo que hace de esta técnica una de las más potentes herramientas, a mi parecer, para la investigación cualitativa.

<sup>8</sup> He citado muchas veces esta reflexión personal de Javier Callejo. No llevo en mi equipaje de investigadora tantos grupos de discusión como él, pero los míos ya son unos cuantos, y sin embargo también me asalta esa sensación de vértigo a la vez placentera y a la vez descorcentante, cada vez que entro en una sala donde dinamizaré un grupo de discusión.

<sup>9</sup> Obviamente en toda reunión de personas median coordenadas culturales y contextuales que estructuran, de alguna manera, las conversaciones que se producen en su seno. Esta mediación nos llevaría a renunciar a la posibilidad de que existiera una agrupación de personas que pueda considerarse “natural”. Si hago uso de dicho adjetivo, es con la finalidad de remarcar la bidimensionalidad que le es propia a esta técnica en la que, a pesar de que el grupo es construido ex proceso consigue crear una dinámica “real” de diálogo.

En el grupo de discusión aprovechamos las dinámicas y las potencialidades de una conversación cotidiana entre pares (Murillo y Mena, 2006). Esto es, las personas mantienen entre ellas una interrelación cara a cara, lo que garantiza la cohesión interna del grupo; la conversación se desarrolla de manera dialógica con intervenciones —más o menos— espontáneas; y en las que se aspira al consenso (que no al acuerdo) y a la puesta en común de los distintos puntos de vista. En cambio todo esto se produce en un contexto artificial y controlado, puesto que aquél no deja de ser un grupo creado, cuyos miembros son seleccionados por un/os agente/s externo/s con un propósito predeterminado; una reunión contextualizada que responde a un espacio y un tiempo prefijado; y una reunión dinamizada donde la interacción está parcialmente controlada por el/la investigador/a que marca los objetivos del encuentro y crea la situación discursiva.

Sin embargo, lo que se produce en los grupos de discusión trasciende a los individuos participantes y a sus grupos de referencia.

En su origen, como señala Javier Callejo (2001) el grupo de discusión no es un grupo, y no empieza a constituirse como tal, hasta que en el discurso no queda patente un “nosotros” referido al colectivo reunido y no al grupo de referencia de cada uno de los participantes. Una reunión de personas no es suficiente para constituir un grupo de discusión si previamente no se consigue afianzar una situación grupal. Este proceso de identificación construido *ex novo*, es posible gracias a los vínculos de interrelación y de intercambio que emergen entre los sujetos participantes y que posibilitan la generación de *lo común* entre ellos. Es la interacción grupal, por lo tanto, la que genera una información relevante y analizable. El discurso surge de lo dialogado por el grupo: no representa la suma de lo que dicen sus miembros, porque es el grupo el que habla.

No nos llevemos a engaño, lo que nos interesa que fluya en un grupo de discusión no son los *caracteres* de las personas concretas, sino las distintas posiciones sociales que representan. Esto es, cuando elegimos el grupo de discusión como técnica de recogida de datos, partimos del hecho de que nuestros discursos, nuestra forma de entender una realidad determinada, no es exclusiva de una subjetividad categórica, sino relacional, que está condicionada por nuestra posición dentro de la sociedad. En el grupo de discusión o en los grupos de discusión pretendemos poner en juego, por lo tanto, diferentes cosmologías que den cuenta de nuestro objetivo prioritario de análisis,

de ahí que tengamos presente en su composición tanto la homogeneidad como la heterogeneidad: “En el grupo de discusión (...) creamos para su desarrollo un contexto artificial y controlado que aprovecha estas ventajas para responder a unos objetivos de investigación y conocimiento de dinámicas y realidades sociales que van más allá de la experiencia del propio grupo concreto” (Murillo y Mena 2006:99).

Efectivamente, el grupo de discusión no es una reunión informal puesto que el diálogo que sucede en él debe transformarse en un discurso centrado en el tema objeto de estudio. En la dinámica se dialoga, se habla, se conversa, se produce/reproduce un discurso. El clima de colectivización y socialización de la experiencia, suscita representaciones sociales que se refieren al universo simbólico del grupo social de referencia, está diseñado *ex proceso* para dar cuenta de la manera en que los sujetos y los grupos construyen y dan sentido a los acontecimientos y circunstancias de su vida. Es esto lo que lleva a Jesús Ibáñez a afirmar: “El grupo de discusión es verdaderamente una fábrica (fábrica de discursos) pero aparece verosímilmente como una escena.” (Ibáñez1992:277)

Las investigaciones que hacen uso del grupo de discusión como técnica parten —o deberían partir, ser conscientes— de un presupuesto epistemológico fundamental, este es que la dinámica presupone la integración del/de la investigadora en el proceso de investigación. La persona moderadora interviene en la dinámica persiguiendo centrar y hacer trabajar al grupo en los objetivos que plantea la investigación. Dicho en palabras de Ibáñez, ni los grupos, ni los datos hablan por sí solos, lo hacen a través de ese nudo de procesos que es la persona investigadora: “El grupo de discusión es un grupo simulado y manipulable. Simulado porque es un grupo solo imaginario, un grupo que sólo llega a ser grupo como esperanza (...). Manipulable, porque el “preceptor” tiene en la mano todos los hilos que mueven el grupo”(Ibáñez, 1986:271). En un segundo nivel, y siguiendo de nuevo a Ibáñez, podemos afirmar que la persona investigadora interviene en el proceso de investigación como sujeto en proceso. Los datos producidos por el proceso de investigación se imprimen en el/la investigadora, modificándola. Esta modificación es, a la vez, el estímulo para recabar nuevos datos, y así se abre un proceso dialéctico inacabable.

En una primera fase de recopilación de información, se realizaron grupos de discusión con matronas de la Agència Valenciana de Salut que ejercen en los Centros de Atención Primaria de Valencia (área metropolitana). El objetivo vector de dichas dinámicas consistía

en suscitar información sobre las relaciones pedagógicas que se daban en las sesiones grupales —de preparto y de postparto— de la Educación Maternal dentro del Programa de Atención al Embarazo. En una segunda etapa, después de un trabajo de captación llevado a cabo por estas matronas, se realizaron grupos con mujeres participantes en aquellas dinámicas y con hombres, algunos de ellos asistentes también, a las sesiones grupales, otros no. Nuestro objetivo primigenio era contrastar las narrativas a propósito de las relaciones pedagógicas entre transmisoras y adquirientes, lo que las primeras “dicen que hacen” y lo que las segundas “dicen que las otras han hecho”. Lamentablemente nuestra propia economía de investigación nos ha obligado a abandonar esas intenciones primeras, focalizando nuestros esfuerzos en las profesionales. Podríamos decir que nuestra investigación es una investigación sobre la transmisión que deja en un interrogante difuso el proceso de adquisición. Si bien los grupos realizados con mujeres y con hombres han quedado descartados de nuestra muestra cualitativa, no he podido evitar la tentación de incluir, en el transcurso del análisis, alguna de las citas extraídas; fragmentos de los que me he servido a modo de refuerzo de mi explicación. El análisis en profundidad de esas dinámicas, que se augura tremendamente interesante, queda postergado para otro momento investigador.

Dicho esto, debemos afirmar que la decisión de priorizar el uso de grupos de discusión para recopilar información con la que definir los códigos pedagógicos de género de las matronas, no ha estado exenta de dificultad. O más bien no lo ha sido el abordaje del análisis de este material discursivo, donde se debían identificar modos de comunicación pedagógica a través de la herramienta metodológica propuesta por Basil Bernstein y diseñada *ex proceso*. Sin embargo, si bien me he visto obligada a llevar a cabo un ejercicio de triangulación con el que completar la información recopilada, estrategia por otro lado muy común en la investigación social, considero que el discurso surgido de la grupalidad me ha ofrecido una aproximación al análisis muy interesante, un acercamiento que se materializa en un interrogante fundamental: ¿Por qué matronas que trabajan en centros de salud distintos, y que no cuentan con una programación explícita de los contenidos concretos a tratar en sus sesiones, ni de la forma de abordarlos, llevan a cabo el mismo tipo de práctica pedagógica?

Como ya avancé en la presentación de mi trabajo, esta tesis nace a propósito de una investigación solicitada por el Servei de Salut Infantil i de la Dona de la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Sanitat. A la hora de diseñar el trabajo de campo

se consideraron, como constructos definitorios de la heterogenidad inter-grupal: el tipo de “metodología utilizada en las sesiones (participativa, no participativa)” y el “ámbito de cobertura de la atención (urbano, periurbano)”. El cruce de estas variables nos indicaba una muestra de cuatro grupos de discusión a realizar con profesionales. Una vez acometidas las dinámicas grupales, y en el proceso del análisis cualitativo, me di cuenta que, en primer lugar, la variable “ámbito de cobertura de la atención (urbano, periurbano)” no aportaba información diferencial para nuestros objetivos de la tesis: las prácticas de las matronas que denominábamos entonces *matronas tradicionales urbanas* no diferían de las de las *matronas tradicionales periurbanas*, y lo mismo sucedía con las prácticas de las matronas participativas; en segundo lugar, advertí que la diferenciación entre matronas según su metodología no era del todo exacta: los grupos de profesionales manifestaban llevar a cabo prácticas distintas entre sí, pero lo que les confería distinción no era el tipo de metodología, sino el enfoque con el que abordaban el embarazo, parto y crianza. Así identificamos grupos de profesionales cercanas a la Estrategia del Parto Normal a quiénes, tras la revisión bibliográfica, hemos denominado “*Matronas de enfoque fisiológico*”, y otras matronas cuyas prácticas son más ajenas a dicha Estrategia y que se sitúan –tal vez no de manera manifiesta pero sí latente– en una atención al embarazo, parto y puerperio más *controlada* por lo médico. A este grupo de matronas las he llamado “*Matronas de enfoque biomédico*”.

Resulta muy complicado involucrar a profesionales en una investigación cualitativa, sobre todo si la demanda versa sobre sus prácticas asistenciales. En lo que atañe a esta investigación la captación se hizo desde el Servei de Salut Infantil i de la Dona quiénes no sólo identificaron los perfiles y las unidades muestrales para cada uno de éstos, sino que asumieron la convocatoria y facilitaron el espacio para la realización de las dinámicas. Considero que el hecho de haber podido convocar estas profesionales sanitarias a los grupos de discusión constituye todo un éxito, más allá de los resultados del análisis, que se debe a la colaboración de este organismo.

A los grupos de discusión acudieron un total de treinta y cuatro matronas de distintos Centros de Salud de Valencia (zona urbana y periurbana). Los grupos con profesionales se realizaron durante el mes de julio de 2010.

Los grupos de discusión se gravan, transcriben y analizan posteriormente. El hecho de grabar estas conversaciones permite al equipo investigador tener acceso tanto al contenido como al marco referente del discurso. Las transcripciones literales de estas conversaciones nos permiten identificar las prácticas que estas profesionales llevan a cabo, al tiempo que profundizamos, desde un enfoque cualitativo, en el sentido que estas matronas dan a sus propias experiencias.

Tabla.1. Tipología y muestra para los grupos de discusión

GRUPOS DE DISCUSIÓN MATRONAS DE ENFOQUE BIOMÉDICO (julio 2010)	GRUPOS DE DISCUSIÓN MATRONAS DE ENFOQUE FISIOLÓGICO (julio 2010)
GMB1: Grupo, matronas, biomédico, 1.	GMF1: Grupo, matronas, fisiológico, 1.
GMB2: Grupo, matronas, biomédico, 2.	GMF2: Grupo, matronas, fisiológico, 2.

### 2.3.3. Observación participante.

La técnica de observación participante es la técnica más empleada para el análisis de la vida social de los grupos humanos, dice Óscar Guasch (2002), si bien se ha reservado para obtener datos sobre realidades ajenas, lo cierto es que es aplicable a la exploración de cualquier realidad, sobre todo cuando se le quiere dar primacía al punto de vista del grupo implicado en aquella (Guasch, 2002).

Desde esta definición, la observación participante parece no atesorar misterios como práctica de investigación; si la aceptamos en su sentido literal, consideraríamos que remite a prestar atención a una realidad social concreta mientras se participa en ella. Sin embargo, es esa misma obviedad con la que tratamos este modo de recopilar la información, la que debe ponernos en alerta, la que debe activar la vigilancia metodológica. Recopilar información sobre un contexto dado, una información que resulte acorde a nuestros interrogantes e hipótesis previas y que sea

adecuada para su análisis posterior, al mismo tiempo que se participa en aquél contexto, no es tarea sencilla.

El primer elemento de participación en esta práctica, asevera Callejo (2002), es espacial, el espacio de la comunidad observada resulta escenario para la recopilación de la observación. En mi investigación concreta, dicho elemento adquiriría una importancia todavía mayor, en tanto en cuanto nuestro objetivo consistía en observar unas relaciones pedagógicas desde una teoría que le confiere al contexto un peso fundamental en aquellas.

Morais y Neves (2001) y Navas (2008) priorizan la observación en sus análisis de la práctica pedagógica. En mi caso he optado por los grupos de discusión como estrategia para recopilar las versiones que las propias matronas implicadas argüían sobre sus propias prácticas. Esta técnica me ha posibilitado crear espacios de encuentro, de reconocimiento e incluso de discordancia entre profesionales y a propósito de sus prácticas. Puesto que mi investigación quería profundizar en el plano analítico de los efectos a propósito de la (re)producción de regímenes de género, más o menos distantes a aquél dominante en nuestra sociedad, me pareció en su momento relevante crear espacios en los que estas profesionales aportaran las claves que me permitieran entender el sentido de sus actuaciones. Con todo, debo reconocer que la técnica de la observación me ha aportado una información complementaria a la obtenida en la dinámica grupal, una información que ha resultado muy relevante para el análisis. No me refiero con ello a que en la observación he asistido a una representación “más real” de lo que sucede entre matronas y participantes en las sesiones de Educación Maternal, no es la falta de *esa* objetividad lo que puede preocuparle a una investigación que pretende abordar el conocimiento desde una postura epistemológica feminista y a través de una metodología cualitativa; a lo que aludo es a que con la observación accedemos a información sobre aquellas prácticas de las que las propias protagonistas no son conscientes, o las que resulta complicado expresar como relato. Puedo constatar que observar las relaciones pedagógicas resulta más sencillo que preguntar por ellas.

Por otra parte, la propuesta metodológica de Bernstein demanda la recopilación de información a propósito de cuestiones bastante concretas. Algunas de ellas no supe extraerlas de los discursos de las profesionales dado que, a menudo, el relato se situaba en una descripción general de las dinámicas que no ahondaba en ellas con exhaustividad. Estos vacíos los pude suplir con la práctica de la observación y de la entrevista semi-estructurada. Como dice Guasch (2002), uno de los hallazgos que nos permite el hecho de aplicar la técnica de observación participante en nuestra investigación, es la de proveernos de las elaboraciones complejas y matizadas con las que los miembros *autóctonos* definen su realidad.



Si nos remitimos a los gradientes que ha definido Spradley (1980) para la técnica de observación, podemos decir que la observación que llevé a cabo fue una observación de participación completa, puesto que mi propio reto era el de recopilar información sobre una realidad en la que yo misma era parte integrante, esto es, participante en las sesiones grupales de Educación Maternal.

Efectivamente, realicé la observación durante el período final de mi segundo embarazo antes de mi propio parto (Educación Prenatal) y durante el segundo y tercer mes de vida de mi hijo recién nacido (Postparto y talleres de crianza/lactancia). Es importante dejar constancia de este hecho, puesto que resulta explicativo de mi perspectiva situada de recopilación de la información. Observar cómo una matrona explica las posiciones para lactar mientras, en la misma sala, una da pecho a su propia criatura confiere una óptica investigadora que, indudablemente incide en el tipo de información recopilada. No porque ésta sea más oportuna, ni más ajustada —recordemos que hemos introducido esta tesis afirmando que la identidad no es ciencia— sino simplemente porque es distinta a una posición “no involucrada”.

El registro de la información fue un registro narrativo mediante cuadernos de campo<sup>10</sup>, para el que no se contó con una herramienta de observación previa, sino que redacté mis observaciones a modo de diario de campo etnológico. Se recopiló información descriptiva tanto de los escenarios, de las disposiciones de las personas participantes en las sesiones (matronas, mujeres, hombres, otros/as profesionales), de las actividades y dinámicas realizadas así como de las intervenciones de los sujetos y las conversaciones mantenidas por éstos en dichas sesiones. El registro narrativo de una observación participante no coincide exactamente en el tiempo con lo que sucede. Las notas recogen entonces lo que se recuerda pero también lo que se selecciona como interesante.

Se realizaron sesiones de observación tanto en los cursos implementados por matronas de enfoque biomédico, como con matronas de enfoque fisiológico.

---

10 En el análisis se han utilizado como recurso extractos de estos cuadernos de campo. Las notas fueron recopiladas en valenciano y han sido traducidas al castellano por la propia autora. Estos fragmentos serán identificados en el texto como (CC)

Tabla.2. Sesiones de Observación Matronas Enfoque Biomédico

<b>MATRONAS ENFOQUE BIOMÉDICO</b>		
EDUCACIÓN PRENATAL (sept-oct 2010)	PARTO DE LA INVESTIGADORA	POSTPARTO (nov-dic 2010, ene 2011)
Sesión 1 Luisa		Sesión 1 Luisa
Sesión 2 Luisa		Sesión 2 Luisa
Sesión 3 Luisa		Sesión 3 Carla
Sesión 4 Carla		

Tabla.3. Sesiones de Observación Matronas Enfoque Fisiológico

<b>MATRONAS ENFOQUE FISIOLÓGICO</b>		
EDUCACIÓN PRENATAL (sept-oct 2010)	PARTO DE LA INVESTIGADORA	POSTPARTO (nov-dic 2010, ene 2011)
Sesión 1 Andrea		Sesión 1 Andrea
Sesión 2 Andrea		Sesión 2 Andrea
Sesión 3 Andrea		Sesión 3 Andrea
Sesión 4 Andrea		Sesión 4 Andrea
Sesión 5 Andrea		Sesión 5 Julia

#### 2.3.4. Entrevista semi-estructurada.

La entrevista, como práctica de investigación social, consigue hacer confluir procesos de comunicación con procesos de interacción entre personas con la finalidad de que la persona entrevistadora extraiga información de la persona entrevistada. Una información, no obstante, relativa a la biografía de la persona interlocutora, dice Alonso: “entendiendo aquí biografía como el conjunto de las representaciones asociadas a los acontecimientos vividos por el entrevistado. Esto implica que la información ha sido experimentada y absorbida por el entrevistado y que será proporcionada con una orientación e interpretación significativas de

la experiencia del entrevistado. Orientación, deformación o interpretación que muchas veces resulta más interesante informativamente que la propia exposición cronológica o sistemática de acontecimientos más o menos factuales”(Alonso, 2003:67-68).

En la entrevista se recogen las representaciones, imaginarios y esquemas interpretativos de los sujetos interrogados de forma directa desde estos protagonistas y actores sociales. Esta práctica tiende a producir una expresión individual, pero precisamente porque esta individualidad es una individualidad socializada, afirma Alonso (2003), permite inferir generalizaciones respecto al objeto de estudio.

Sin perder de vista esta cuestión me parece interesante recoger la aportación de Javier Callejo (2002) en lo relativo a la entrevista como modo de aproximarse a los sujetos cuando, como el mismo autor declara, se tiene por hipótesis un conflicto de normas, normas dominantes, reproducidas habitualmente en los discursos y normas en la práctica, (re)producidas en la acción. Esto conlleva el cuestionarse el lugar de las normas dominantes. Esta conceptualización de la entrevista es precisamente la que le da sentido a nuestra elección. Es en la práctica de la entrevista dónde, de manera individual, hemos podido profundizar en un nivel más concretos de las prácticas pedagógicas de estas profesionales y, sobre todo, hemos podido identificar aquellos espacios de incertidumbre entre lo que se *supone* que se debería hacer y lo que se *hace* (se dice que se hace).

La entrevista cualitativa pretende ser una conversación a dos. Una situación de comunicación no obstante, como señala Bourdieu (1993) que no es espontánea ni ingenua sino que aspira, de otro modo, a conseguir la escucha activa y metódica de lo expresado por la persona entrevistada. En la situación de entrevista se interpreta un diálogo, pero en esta representación los figurantes no gozan de posiciones similares, por el contrario, la interacción está fraguada de relaciones de poder en las que la persona entrevistadora goza de la posición privilegiada: es ella quién tiene la información del por qué de la entrevista, es ella quién controla la dinámica, es ella quién plantea las preguntas e incluso el tiempo que se le dedica a esta práctica<sup>11</sup>.

---

11 Aunque se recomienda informar a las personas a quién vamos a entrevistar del tiempo que durará la sesión, y a pesar que una informante siempre puede dar por concluida la entrevista unilateralmente, lo cierto es que el fin de una sesión de entrevista suele coger de imprevisto a las personas entrevistadas, un fin que coincide con la decisión de la persona entrevistadora de que ya ha obtenido la información que quería recabar.

Las entrevistas a las profesionales se realizaron en una segunda fase de recopilación de información, y se abordaron con la intencionalidad, como ya he expresado anteriormente, de completar información relevante, pero también, como acabo de concretar, de identificar puntos de fricción y tensión entre discursos a propósito de las prácticas. Se llevaron a cabo siete entrevistas semi-estructuradas en los propios centros de salud en los que las profesionales llevan a cabo su labor profesional. Dos de las matronas de enfoque biomédico y una de las matronas de enfoque fisiológico habían participado previamente en los grupos de discusión. El resto fueron captadas a través de las redes de proximidad de la entrevistadora, a partir de los relatos de usuarios y usuarias del Programa de atención al embarazo.

Tabla.4. Tipología i muestra Entrevistas Semi-estructuradas

ENTREVISTAS MATRONAS DE ENFOQUE BIOMÉDICO (nov-dic 2010)	ENTREVISTAS MATRONAS DE ENFOQUE FISIOLÓGICO (dic 2010 ene 2011)
EMB1: Entrevista, matrona, biomédico, 1.	EMF1: Entrevista, matrona, fisiológico, 1.
EMB2: Entrevista, matrona, biomédico, 2.	EMF2: Entrevista, matrona, fisiológico, 2.
EMB3: Entrevista, matrona, biomédico, 3.	EMF3: Entrevista, matrona, fisiológico, 3.
EMB4: Entrevista, matrona, biomédico, 4.	

### 2.3.5. Análisis de la información producida.

Por análisis de los datos entendemos el procedimiento de operaciones, reflexiones, comprobaciones que realizamos a partir de las unidades informativas extraídas del proceso de indagación empírica, con el fin de obtener significado relevante en relación con el objeto de estudio. Mediante este procedimiento tratamos de conocer mejor la realidad estudiada.

Llamamos análisis de discurso a la comprensión e interpretación de: “textos producidos por alguien en situación interpersonal” (Ortí, 2003). Estos textos pueden provenir de fuentes documentales, tales como periódicos, biografías, cartas, propaganda etc. O bien de situaciones técnicas recreadas artificialmente para provocar discursos ad-hoc como es el grupo de discusión o la entrevista abierta, etc. (Gutiérrez Brito, 2009:247)

Cuando nos referimos aquí al discurso, sin embargo, debemos saber distinguir lo que en el análisis cualitativo entendemos por texto y lo que comprendemos como discurso. El texto es la transcripción literal del texto oral, la literalidad transcrita de una entrevista o reunión de grupo es producto del cruce de varias líneas argumentales escenificadas en el grupo o la entrevista: “El texto es el plano objetivo y material de un proceso que encuentra valor hermenéutico en cuanto nos sirve de soporte para llegar a hacer visibles, e interpretables, las acciones significativas de los sujetos en sociedad; el texto no contiene el sentido, ni es el sentido mismo; es el mediador y la vía hacia el sentido” (Alonso, 2003:203). El discurso, por su parte, no es lo hablado, lo producido directamente por el o el conjunto de interlocutores de la investigación, es una construcción teórica que realiza el equipo investigador: “El discurso es una “construcción o construcciones” teórica que realizan los investigadores o investigadoras, de “discursos tipo”, “discursos puros”, a modos de tipos ideales en su acepción weberiana, a partir del conjunto de discursos (en su acepción coloquial), expresados en los grupos”(Conde 2010:37).

Ahora bien, el discurso no se fragua como entidad independiente, sino que está integrado en un sistema de discursos. Esto es, los discursos son producciones y prácticas sociales, no individuales, se producen y se actualizan en el ámbito de la interacción social, en los nudos de relaciones sociales desde los que los sujetos hablan. Es por ello que, cuando manifiesto aquí que llevaré a cabo un análisis de discurso estoy avanzando que, el hecho de profundizar en lo que las profesionales objeto de mi interés han manifestado –o he anotado yo en mi cuaderno de campo– sobre sus prácticas pedagógicas, me permite tejer puentes a ese entramado discursivo en el que aquellas prácticas cobran sentido. Debo insistir en que, aunque uno de los objeto de esta investigación constituya el de definir las modalidades pedagógicas de las matronas de atención primaria, mi exploración pretende superar el nivel descriptivo para ahondar en un nivel de análisis crítico.

El propósito último de nuestra indagación sobre el material discursivo, es el de recopilar información que nos permita perfilar las modalidades pedagógicas de las matronas de atención primaria al embarazo, parto y puerperio. Para ello seguiré la estrategia implementada por Morais y Neves (2001) y Navas (2008). Una estrategia que consiste en identificar los grados de clasificación y enmarcamiento a partir del texto de transcripción de los discursos obtenidos en

los grupos de discusión, las entrevistas, la observación y el análisis documental<sup>12</sup>. Sin embargo, el proceso analítico desarrollado en esta investigación ha deferido a aquel implementado por estas investigadoras en la direccionalidad del análisis. Explicaré como he realizado mi exploración al mismo tiempo que expongo cuáles han sido las diferencias entre uno y otro diseño.

En primer lugar debo decir que el análisis que realizan estas autoras responde de una forma más adecuada a la propuesta metodológica de Bernstein, cuya potencialidad mayor es la de la descripción de las relaciones pedagógicas. Por mi parte, y como ya he avanzado, me he posicionado en un análisis crítico de los sistemas de discurso sirviéndome de lo expresado a propósito de las prácticas, para ahondar en otros interrogantes propios relativos a las ideologías que sostienen esas prácticas. Esto me ha llevado, a veces, a tener que replantearme los términos del análisis y recordarme, a mí misma, la línea en el horizonte que no era otra que la de describir las modalidades pedagógicas.

En segundo lugar, y a propósito de esto que acabo de señalar, he descartado como estrategia de análisis el contar con una herramienta previa que recopilara las expresiones de las posibles gradaciones de la clasificación y el enmarcamiento. Morais y Neves (2001) y Navas (2008) han trabajado con estos instrumentos previos, que son diseñados en un estadio primero del análisis a modo de guía de codificación, de esta manera, lo que “se busca” en el texto son esas categorías preestablecidas. Por mi parte, me he decantado por un análisis inductivo que me permitiera extraer del propio discurso, directamente, el grado de clasificación o enmarcamiento que podía ser identificado a partir de las prácticas de las matronas. Es decir, ha sido la provocación del texto a partir de los indicadores, aquellos con los que he dimensionado las reglas interactivas y a los que ya me he referido (“aceptación de la crianza como evento biográfico”, “aceptación de crianzas diversas” ...) lo que me ha permitido identificar la gradación de la clasificación y el enmarcamiento. No pongo en duda que tal vez ésta no fuera la decisión más adecuada, dada mi poca experiencia con esta metodología de análisis, sin embargo considero, si se me permite, que le han conferido riqueza al proceso de exploración de la información.

El procedimiento para el análisis se inició con la transcripción literal de los grupos de discusión y las entrevistas cualitativas, así como la sistematización de la información recopilada en las sesiones de observación participante y de la información recogida en los documentos normativos.

---

12 Las investigaciones de estas autoras priman la técnica de la observación como técnica de producción de información.

Por lo que se refiere al análisis documental, una vez se sistematizó la información, se identificaron unidades de significado en el texto para después codificarlas según dos códigos fundamentales: relación entre categorías de discurso lego/experto de la crianza; relación entre categorías de discurso sobre lo femenino/lo masculino. Tras la codificación se fue analizando la información con la que se determinaron los grados de clasificación.

Se procedió de igual manera en el caso de la información obtenida con las entrevistas, los grupos de discusión y las dinámicas de observación. En este caso los códigos utilizados fueron: “selección de contenidos”, “selección genérica de contenidos y prácticas”, “perspectiva biográfica de la crianza”, “perspectiva medicalizada de la crianza”, “atención a las crianzas”. La decisión metodológica de abordar una triangulación de técnicas de producción de datos, me ha aportado un volumen considerable y diverso de material para analizar, en este caso me he apoyado en el programa para el análisis cualitativo Atlas.ti versión 6.0. para sistematizar esta información. El análisis crítico de la información es lo que me ha servido para determinar, en cada caso, la graduación que consideraba para el elemento de enmarcamiento.

03



# Análisis de la información

ANÁLISIS



¿Hasta qué punto es real lo que ingenuamente y sin el menor reparo solemos llamar realidad? (Watzlawick, 1994:8)

**E**l modelo del discurso pedagógico de Basil Bernstein, es una teoría sobre los ordenamientos internos del dispositivo pedagógico, considerados éstos como la condición de producción, reproducción y transformación de la cultura. Lo que proporciona el instrumento es la gramática intrínseca del discurso pedagógico a través de las reglas distributivas, reglas de recontextualización y reglas de evaluación. Estas reglas están jerárquicamente relacionadas en el sentido de que la naturaleza de las distributivas regula las de recontextualización que, a su vez, regulan las de evaluación.

Lo que seguirá en los apartados siguientes es la aplicación de la teoría de Bernstein, encardinada con la propuesta de Arnot sobre los códigos de género, al discurso pedagógico sanitario de la crianza. Un marco conceptual con el que pretendemos profundizar en las prácticas con las que, las agencias de salud, contribuyen a la (re)producción cultural de determinados órdenes de género. En este propósito nos dejaremos guiar por la matriz de vértices que propone Raewyn Connell en su teoría de género.

Dice Sandra Harding (1996) que la ciencia no es ajena al pensamiento dominante de la sociedad en la que ésta se desarrolla. El propósito que encontramos en el trasfondo de la teoría de Bernstein redunda en esta línea, la de evidenciar la influencia de los principios dominantes de la sociedad sobre la producción y reproducción del discurso pedagógico. Como dice Arnot (2002a), el poder del planteamiento de Bernstein es el de enraizar, sistemáticamente y analíticamente, en el orden social y simbólico, la transmisión de conocimiento. Ciertamente lo que le preocupa a Bernstein son los principios dominantes a propósito de la estratificación de clase social, lo que le interesa a esta investigación, por su parte, es hacer uso de la propuesta metodológica del autor para escrutar el régimen de género de la institución sanitaria enmarcado en unas coordenadas a nivel macrosociales

determinadas. El compromiso entonces es con la comprensión de las resistencias que apuntalan el orden de género concreto que nos atañe, así como también, explorar sus posibilidades de cambio.

Para Bernstein las distribuciones de poder y principios de control dados producen principios distintos de comunicación desigualmente distribuidos en la sociedad. Diferentes contextos producirán diferentes códigos que actuarán selectivamente sobre los significados y las realizaciones. Las prácticas pedagógicas que tienen lugar en el contexto de la Educación Maternal no son neutrales, sino que se ven impregnadas de un orden de género determinado. Si lo que se pretende es explorar como se producen, reproducen y transforman unas determinadas formas de prácticas y conciencias a propósito de las relaciones de género, entonces debemos fijarnos en aquello que subyace a una particular relación entre las distribuciones de poder y los principios de control, unas distribuciones que posicionan y oponen determinados tipos de conciencia y práctica, dice Bernstein. Y lo que está entre el poder y el conocimiento y entre el conocimiento y las formas de conciencia es el dispositivo pedagógico.

Serán las características de la propia comunicación las que nos muestren, a través del modelo metodológico del autor cruzado con la propuesta de Arnot, si lo que se trasmite son códigos dominantes o dominados, subyugantes o subyugados. Lo fundamental aquí es lo que producen los códigos, y lo que producen son sujetos, sujetos posicionados de forma diferenciada en el proceso de adquisición de los mismos.

Dice Bernstein que los códigos son dispositivos de posicionamientos culturalmente determinados (Bernstein, 2001:26). Hemos de recordar, por su parte, que en esta investigación se concibe género como una estructura de relaciones sociales. Un orden que, desde la óptica de Connell (1985; 2009), acepta versiones alternativas de la masculinidad y la feminidad, pero que es promotor, al mismo tiempo, de versiones primadas de esta relación. Un orden que, de alguna manera, debe ser traspasado culturalmente para erigirse con la firmeza necesaria como para (re)presentarse como “dado por descontado”. Esto es, para comprender que el orden de género androcentrista sea frágil como la estructura de género dominante en las sociedades europeas y norteamericanas, debemos explorar las condiciones en las que se produce su (re)producción. Esto es, reflexionar sobre la transmisión de los órdenes o regímenes que organizan la realidad macrosocial, institucional, microsocioal.

Los sistemas de género, como ya hemos dicho, se transmiten y se transmiten *haciendo* (doing) género. Y quién *hace* género es el Estado, son las instituciones, son las relaciones sociales, y es el sujeto embebido en estas relaciones. La teoría de Arnot (2002) sobre los códigos de género nos ayuda a repensar la transmisión-adquisición del orden de género dominante en nuestra sociedad, y todavía más, en las oportunidades que les son reservadas a aquellas versiones alternativas, subyugadas, puertas de entrada para el cambio social. Recurriendo a Bernstein podríamos decir entonces que los códigos, regulados por el orden de género, posicionan a los sujetos con respecto a las formas de conciencia dominantes y dominadas y a las relaciones entre ellas.

Cuando se introdujo la teoría de Bernstein en la revisión teórica, se insistía en que la aportación fundamental de su sociología de la pedagogía es la de atender al propio discurso de la pedagogía y no a lo transmitido por ella. Paralelamente, y desde la teoría de Connell, me posiciono en una categoría analítica de género que alude no a esquemas de comportamiento o actitudes, sino a propósito de las posibilidades y las constricciones que éste confiere y a las relaciones que promueve. Con este telón de fondo, podemos avanzar que cuando estudiamos aquí los saberes transmitidos por las matronas a propósito de la crianza no nos fijamos en lo que resulta de la Educación Maternal, lo que ésta produce, sino en *cómo* se llega a esa producción. Lo que pretendemos visibilizar con nuestro análisis es la ideología de la crianza. Pero una ideología entendida en términos de Bernstein (2001). Una ideología que se construye a través y en el proceso de posicionamiento: “En esta perspectiva, la ideología es inherente a las formas de relación y las regula. La ideología no es el contenido en sí mismo sino más bien una forma de relación para llevar a la práctica unos contenidos” (Bernstein, 2001:26).

Morais y Neves adaptaron el modelo de Bernstein en 2001. En la presentación de la información, seguiré de cerca esta propuesta de las autoras, con la voluntad de hacer más comprensible el proceso de producción y reproducción del discurso pedagógico sanitario de la crianza que, según aseveran Moraes y Neves, podríamos decir que atraviesa tres niveles distintos –generación, recontextualización y transmisión del discurso pedagógico— que corresponderían a la producción del discurso pedagógico, los dos primeros, y a su reproducción el último de ellos<sup>1</sup>. En la exploración de la información que se presenta a continuación me voy a servir de la gramática interna del discurso

---

1 Sugiero recurrir a la figura de la página 117 para comprender mejor la exposición de mi análisis.

pedagógico. Una gramática que, como se recordará, responde a tres conjuntos de reglas relacionadas entre sí: reglas distributivas, reglas recontextualizadas y reglas evaluadoras. Unas reglas que, teniendo en cuenta la lógica interna del discurso, realizan las siguientes funciones (Bernstein, 2001):

1. Las reglas distributivas o de distribución establecen las relaciones entre poderes, grupos sociales, formas de conciencia y prácticas, así como sus producciones y reproducciones. Es decir, distribuye formas de conciencia a diferentes grupos.
2. Las reglas de recontextualización regulan la constitución del discurso pedagógico específico. Son las que regulan la transmisión de una competencia en función del discurso regulativo.
3. Las reglas de evaluación están constituidas por la práctica pedagógica.

En respuesta a esta propuesta teórico-metodológica, se ha organizado la presentación del análisis exploratorio en cuatro fases distintas. En una primera fase se describe el Programa de Educación Maternal, lo que podríamos denominar, en términos metodológicos, el caso a explorar. En una segunda fase se expone la discusión a propósito de las reglas distributivas que regulan la producción del discurso pedagógico sanitario de la crianza, atendiendo las coordenadas que contextualizan esta producción. En la tercera fase profundizaré en las reglas de evaluación que regulan la práctica pedagógica entre matronas y participantes en la Educación Maternal. Por último, en una cuarta fase, y a modo de conclusión del análisis, propondré los códigos de género para cada una de las modalidades pedagógicas que se han identificado.

## 3.1. El Programa de educación Maternal.

**E**n este primer apartado del análisis expondré, de forma descriptiva, en qué consiste el Programa de Educación Maternal que actúa como marco de la praxis profesional objeto de mi interés. Considero relevante exponer los marcos de acción que sirven de matriz con la que las matronas de Atención Primaria abordan su práctica profesional.

“El programa para la promoción de la salud de la madre y el niño” está regulado en el Decreto 147/1986, de 24 de noviembre, del Consell de la Generalitat Valenciana. (DOGV Num 492). La implantación de este programa se contempla como “el primer resultado de la introducción del concepto de riesgo en el desarrollo de nuestros servicios de salud”, concibiendo a la mujer gestante, la puérpera y el niño como “los grupos de población más sensible a factores positivos para mejorar su salud, o negativos, capaces de producir secuelas permanentes sobre ellos”. A partir de esta asunción se propone como objetivo para este programa “cuidar y mejorar la salud de toda mujer gestante, de la madre y del niño, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, corrigiendo las desigualdades existentes en el cuidado de su salud”.

Se generalizan de esta manera procedimientos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad enmarcándose así las funciones que se le reconocen a la asistencia primaria, a partir de la definición que de la misma efectuara la Organización Mundial de la Salud en su Conferencia Internacional de Alma-Ata en 1978. De esta manera, en el Artículo Primero del Capítulo Primero se define la promoción de la salud de madre y hijo como “el conjunto de intervenciones programadas dirigidas a mantener y mejorar la salud de la madre gestante, parturienta, puérpera y la del niño, ejecutadas por el personal sanitario específicamente dedicado a estas funciones”. El desarrollo y ejecución del programa articulador de la promoción de la salud se llevará a efecto dentro del marco

general del Decreto 42/1986, y se desarrollará en el ámbito de la asistencia primaria por parte de la matrona<sup>2</sup> (Art. Tercero).

Las atenciones en promoción de la salud de la madre, se contemplan en el Artículo Segundo del Capítulo Segundo “Salud de la madre”. En este se especifica que la promoción “comprende los cuidados sanitarios y educativos que se derivan de su estado de mujer embarazada, de su protagonismo en el parto y de sus necesidades específicas de recuperación en el puerperio”. El decreto contempla, en el Capítulo Segundo, los programas mínimos destinados a las mujeres a los que se debe atender:

- a) Vigilancia de la salud de la mujer gestante.
- b) Educación para la maternidad.
- c) Cuidados de la púérpera y recuperación física de la madre.

En los sucesivos artículos, el Decreto recoge las actuaciones que deben incluirse dentro de cada uno de estos subprogramas, que no explicaré aquí por estar íntimamente relacionados con los presupuestos del Programa actual de Seguimiento al Embarazo que pasaré a describir seguidamente.

El actual Programa de Seguimiento del Embarazo de la Comunitat Valenciana, tiene como finalidad la de “garantizar el control sanitario de las gestantes en la Comunitat

---

2 En ninguna de las etapas de mi trabajo de campo, he tenido contacto con hombres que desarrollaran su profesión como enfermeros especialistas en obstetricia y ginecología en los servicios de atención primaria valencianos. Sabemos de enfermeros que ejercen en los servicios materno-infantiles de los hospitales pero, según me han informado, parece ser que sólo hay un hombre que, al igual que sus colegas mujeres, desarrolla el programa de Atención al embarazo en un centro de salud de nuestro territorio de referencia. Esto me llama especialmente la atención, en tanto en cuanto la otra profesión a quién se le reconocen competencias en materia de la atención al embarazo y el parto en el mismo nivel asistencial, esto es la tocología, resulta una especialidad poblada de hombres. Tal y como aseveran Ortiz-Gómez, Birriel-Salcedo y Ortega del Olmo (2004), estudiar una profesión y/o las formas de organización profesional incorporando una perspectiva de género implica, entre otras cosas, asumir que las profesiones las construyen y las practican personas, hombres o mujeres. Es importante por tanto, dicen las autoras, dirigir la mirada a la práctica profesional identificando la presencia –o ausencia– de hombres y mujeres, así como los espacios que ocupan en las profesiones sanitarias. Y todavía más, cabe indagar en cómo se articulan esas presencias y esas ausencias, es decir, qué tipo de relaciones se dan entre profesiones y en el seno de las mismas, qué rupturas, conflictos, y también qué marcos, posibilidades y constricciones se reservan a mujeres y hombres cuando desarrollan alguna de estas actividades profesionales. No tenemos espacio aquí para profundizar en esta cuestión, pero no deja de suscitar algunos interrogantes a propósito de que sean mujeres las que enseñen a criar.



Valenciana, propiciando una prestación integral y equitativa en lo que a atención de salud en este periodo, especialmente vulnerable, se refiere". Su implantación queda justificada por la evidencia científica que relaciona directamente el desarrollo de programas dirigidos al control prenatal con la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Por su parte el Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2005-2009) incluyó la salud perinatal como línea prioritaria de actuación.

El Programa se centra en tres objetivos generales:

- Contribuir al desarrollo de una maternidad/paternidad deseada y responsable.
- Aumentar el nivel de salud de la mujer gestante y puérpera.
- Reducir las cifras de morbimortalidad perinatal y materna.

Y otros objetivos específicos:

- Disminuir los problemas de salud prevenibles, asociados al embarazo, parto y puerperio
- Iniciar el control de la gestación antes de la 12ª semana.
- Garantizar la atención sanitaria del embarazo en el nivel asistencial adecuado, dependiendo de los factores de riesgo a los que esté expuesta la embarazada.
- Ofertar el diagnóstico prenatal de acuerdo con los criterios que establece el protocolo de seguimiento del embarazo.
- Disminuir el índice de cesáreas y la instrumentalización obstétrica en la atención al parto.
- Atender a las embarazadas con problemas de salud susceptibles de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).
- Proporcionar la educación maternal, fomentando la implicación de la pareja y su presencia en el momento del parto.
- Garantizar la atención sanitaria en el puerperio, incluida la indicación de anticoncepción.

- Proporcionar la información y el apoyo necesarios para favorecer la lactancia materna.

Las actividades que se incluyen en el Programa de Seguimiento del Embarazo son: captación precoz de la embarazada, exámenes de salud protocolizados, valoración y seguimiento de los embarazos de riesgo, exploraciones complementarias, controles ecográficos, educación maternal y asistencia al parto y al puerperio.

Cabe incidir en que este Programa se fundamenta en una metodología apoyada en documentos dirigidos a las mujeres y al colectivo de profesionales sanitarios, entre éstos últimos se pretende que haya coordinación asistencial.

Respecto a estos documentos dirigidos especialmente a las matronas de atención primaria, me interesa profundizar en dos textos fundamentales que enmarcarían la praxis matrona en lo referente a la actividad del Programa de Educación Maternal. Estos son: el Protocolo de “Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana” y la guía metodológica “La aventura de ser padres”.

### 3.1.1. El Protocolo “Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana”.

Todo programa de salud está sujeto a una actualización periódica con la que se pretende atender a la evidencia científica. Ello llevó a que en 2002 se publicara el protocolo “Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana”, cuyos objetivos generales y específicos coinciden con aquellos que hemos descrito ya para el Programa de Atención al Embarazo.

Siguiendo con la organización en subprogramas que sugiere el Decreto de 1986, este protocolo recoge un subprograma de vigilancia de salud de la gestante, un subprograma de educación para la maternidad y un tercer subprograma de atención al puerperio.

En lo relativo al subprograma de “Vigilancia de la salud de la gestante” se mencionan los controles que las mujeres embarazadas deben llevar a cabo en los distintos trimestres de gestación, tanto en los servicios de atención primaria como en los servicios de atención especializada. Aquí me centraré únicamente en la atención primaria por su relación con la investigación.

En la primera visita de control del primer trimestre de gestación, se contempla llevar a cabo las siguientes actuaciones (Generalitat Valenciana, 2002:13-15):

- Apertura de la historia de Salud (HSAP) si no la tiene y la entrega de la Cartilla Maternal.
- Clasificación del riesgo obstétrico.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias (citología, análisis de orina...).
- Suplementos (recomendar la utilización de sal yodada y ácido fólico).
- Educación sanitaria individual (información sobre la alimentación, el incremento total del peso, el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, consumo de medicamentos...).

En lo referente a este último punto, en el manual se remarca “la importancia de incidir en que la responsabilidad de tener un hijo recaer de igual manera sobre ambos miembros de la pareja, y aunque los controles de la gestación se realicen a la mujer, es importante que acuda acompañada de su pareja” (Generalitat Valenciana, 2002:19-20).

En el segundo trimestre de gestación se recomienda la realización de dos controles en atención primaria (siempre y cuando no se haya determinado éste como embarazo de riesgo), donde se realizará:

- Entrevista.
- Exploración física.
- Pruebas complementarias (analítica de orina, anticuerpos irregulares RH (-) y urinocultivo sistemático para la bacteriuria sintomática).
- Suplementos de prescripción.
- Promoción de la salud.

Por último, en el tercer trimestre, donde también se recomienda realizar dos controles en atención primaria, se llevarán a cabo las siguientes actuaciones:

- Entrevista (en la que se debe dejar que la mujer plantee sus dudas e inquietudes y donde la tarea de el o la profesional debe consistir en aumentar la confianza y seguridad de la mujer con respecto al momento del parto).
- Exploración física.
- Pruebas complementarias (analítica de orina, bioquímica y hemograma).
- Pruebas especiales (test de O'Sullivan, profilaxis de la Isoinmunización Rh, Cultivo para despistaje del estreptococo B).
- Promoción de la Salud (basada en cuidados del primer trimestre).

Tabla.5. Prácticas asociadas al Protocolo de Atención al Embarazo

	1er Trimestre	2º Trimestre	3er Trimestre
Apertura HSAP	x		
Cartilla Maternal	x		
Clasificación del riesgo obstétrico	x		
Exploración física	Exploración genital Exploración obstétrica		
Pruebas complementarias	Citología, análisis orina, bioquímica, hemograma grupo sanguíneo, RH y anticuerpos irregulares y Serología	Analítica orina, urinocultivo sistemático y anticuerpos irregulares RH	Analítica de orina, bioquímica y hemograma
Suplementos	Sal yodada Ácido fólico	Suplemento de hierro	

Como segundo subprograma el Protocolo se refiere a **“Educación maternal en grupo”** que se concreta en los cursos de educación maternal, estructurados en una serie de sesiones grupales que deben compaginar tanto la teoría (contenidos teóricos) como la práctica (preparación física de la gestante). La duración mínima de las sesiones será de una hora semanal –se dice– y cada centro de salud deberá ofertar estas sesiones tanto en horario de mañana como de tarde, con el fin de “permitir elegir a la mujer el horario que mejor se adapte a sus situación familiar y laboral”

A pesar de que este curso se plantea a partir de la semana 28 de gestación, en el manual se recomienda a los/las profesionales que lleven a cabo una sesión en el primer trimestre de embarazo para “realizar un primer esbozo global de lo que supone el embarazo, al tiempo que se dé oportunidad a las madres y los padres de plantear todas sus dudas en esos primeros momentos” (Generalitat Valenciana, 2002:35).

Se prevé que las sesiones teóricas sean acometidas por las matronas, aun así, se recomienda la colaboración de otros/as profesionales que pudieran abordar temáticas más específicas (sexólogo/a, planificación familiar, obstetras...) Por lo que se refiere a su contenido, el documento sugiere que el contenido de las sesiones “deberá adaptarse al nivel y necesidades de cada grupo, como norma general abordará los siguientes temas”:

1. Charla del primer trimestre: Las temáticas a tratar son “la reproducción humana, la fecundación, el ciclo endometrial, el desarrollo fetal y el embarazo múltiple. cambios fisiológicos y psicológicos en la gestación. También se explicará en qué consistirá el control de la gestación. Por otra parte, se pretende que se atiendan las dudas sobre los cambios físicos y psicológicos que siente la mujer al quedar embarazada, y se tratará de facilitar el encuentro con otras mujeres con preocupaciones comunes para potenciar el apoyo mutuo.
2. Paternidad y maternidad, sexualidad y embarazo.
3. Alimentación y hábitos higiénicos en el embarazo.
4. El parto.
5. El puerperio.
6. Lactancia natural.
7. El recién nacido.
8. Planificación familiar.

Las **sesiones prácticas** se estructura en dos secciones: la “preparación física para el embarazo y el parto” y la “gimnasia respiratoria y técnicas de relajación”.

El tercer subprograma se dedica a la “**Atención al puerperio**” que queda dividido en puerperio inmediato y puerperio tardío. Exponemos sólo el último, pues es el que se circunscribe a los servicios de atención primaria.

En el “**Puerperio tardío**” el programa contempla en esta etapa ofrecer, por una parte, sesiones dedicadas a las mujeres para favorecer su recuperación física que sirvan de elemento de apoyo en su nueva situación; y por otra parte, talleres para madres y bebés de forma conjunta.

Las sesiones en esta etapa del embarazo se centrarán en:

1. Gimnasia de recuperación en el puerperio.
2. Talleres de lactancia.
3. Talleres de estimulación y masaje infantil.

Tabla.6. Sesiones propuestas para la Educación Grupal

Temáticas de las sesiones	
TEÓRICAS	PRÁCTICAS
1 - Charla del primer Trimestre	1. Preparación física para el embarazo y el parto
2 - Paternidad y maternidad, sexualidad y embarazo	2. Gimnasia respiratoria y técnicas de relajación
3 - Alimentación y hábitos higiénicos en el embarazo	
4 - El parto	
5 - El puerperio	
6 - Lactancia natural	
7 - El recién nacido	
8 - Planificación familiar	

### 3.1.2. Guía metodológica “La aventura de ser padres”.

El Protocolo para profesionales sanitarios “Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana”, que acabo de describir, se complementa con la guía “**La aventura de ser padres**” dedicada a la educación grupal en el embarazo, parto y puerperio. Esta guía fue publicada en 2004 por la *Conselleria de Sanitat*.

Cito a continuación un párrafo del prólogo de esta guía, donde se expresan los ejes que se proponen para reorientar los programas de educación para la maternidad/paternidad (Generalitat Valenciana, 2004:11):

*“Si bien la orientación de los programas tradicionales de educación para la maternidad/paternidad se basaban en la transmisión de aquellos mensajes que los servicios sanitarios consideraban conveniente hacer llegar a los padres de una forma directiva y uniforme para todas las parejas. Las nuevas orientaciones abogan por dar respuesta a las necesidades que éstos expresan y enfatizan en ayudar a las madres a identificar sus necesidades y desarrollar sus propios recursos de cara al parto. En contra de planteamientos normativos se trata de transmitir la idea de que cada mujer es protagonista de su propio embarazo, que cada embarazo es único y puede vivirse de diferentes maneras pero todas ellas igualmente satisfactorias y saludables.”*

En un lugar posterior la guía plantea la necesidad de adaptación de los contenidos de las sesiones grupales, refiriéndose tanto a una adecuación al nivel de conocimiento de cada grupo, como a las necesidades expresadas por las y los participantes en las sesiones. No obstante se sugieren algunos temas a tratar que, lógicamente, están relacionados con los expresados en el Protocolo.

Me parece conveniente describirlos pormenorizadamente porque creo que nos ofrecen información muy relevante para comprender qué es lo que la Agència Valenciana de Salut pretende que se transmita en las sesiones grupales para la maternidad/paternidad (Generalitat Valenciana, 2004:19):

## 1. El embarazo, una nueva situación en la vida de la pareja: charla del primer trimestre.

Objetivos:

Que las embarazadas y sus parejas:

- Aclaren sus dudas e inquietudes en este momento.
- Mejoren sus conocimientos para afrontar de forma adecuada los cambios físicos y psicológicos que comporta la gestación.
- Estén informados sobre los recursos institucionales que se les ofrecen.
- Eliminen mitos y creencias erróneas que tradicionalmente han rodeado a la maternidad/paternidad.

Contenidos:

- Informar sobre anatomía y fisiología de la reproducción, la fecundación, el cálculo de la edad gestacional, la fecha probable de parto así como de los cambios fisiológicos más importantes que se van a producir.
- Reflexionar sobre las manifestaciones psicológicas que pueden presentar las mujeres durante la gestación, debidas tanto a los cambios fisiológicos que está experimentando, como al mandato social, cultural y religioso que atribuyen a la maternidad un estado de felicidad y plenitud que no siempre se corresponde con la realidad y que muchas mujeres no verbalizan por temor a ser catalogadas como “mala madre”.
- Destacar la importancia de la pareja como partícipe y protagonista de esta aventura compartida. La figura paterna y materna pueden abrirse a una mayor diversidad de modelos cuando los papeles no están previamente marcados y el planteamiento y responsabilidades de la futura crianza se preparan conjuntamente.
- En esta etapa del embarazo se debe prestar especial atención a las situaciones de violencia familiar.
- Repasar los hábitos y estilos de vida en esta etapa.



- Informar a las parejas de las actuaciones que contempla el programa de control básico del embarazo en la Comunitat Valenciana.
- Abordar los antojos y otros mitos en relación con el embarazo.

## **2. Sesiones del tercer trimestre de embarazo**

Objetivos:

Que las embarazadas y sus parejas:

- Expresen los cambios que están sintiendo y sus preocupaciones en esta etapa.
- Conozcan los aspectos más importantes sobre la nutrición en el embarazo y la lactancia.
- Conozcan las medidas preventivas de salud bucodental en el embarazo y la adquisición de hábitos de higiene. Así como los aspectos básicos en torno a los cuidados recomendables para su hijo/a.
- Debatan su nueva identidad de ser padres sexuados.
- Estén bien informados y tengan recursos suficientes para afrontar el parto.
- Conozcan los cambios físicos, psicológicos y familiares que van a acontecer en la etapa del puerperio.
- Estén capacitados para hacer una elección informada sobre cómo alimentar a sus hijos/as.
- Establezcan una comunicación temprana con el bebé.
- Identifiquen las necesidades del recién nacido.
- Decidan el método anticonceptivo más adecuado para la etapa del puerperio de acuerdo con sus preferencias.
- Practiquen ejercicio físico específico para mejorar el estado general y dar respuesta a las necesidades del momento.
- Adquieran habilidades para relajarse.

Contenidos:<sup>3</sup>

- Alimentación
- Salud Bucodental
- Paternidad, maternidad, sexualidad: Se trata de reflexionar sobre tres aspectos. El primero guarda relación con la individualidad sexuada, el segundo con la unión de dos individualidades para formar una pareja, y el tercero aborda la aventura de ser tres. En este contexto es importante tratar los roles de género, la socialización de la sexualidad masculina y femenina, los modelos tradicionales de paternidad y maternidad, su evolución y la repercusión que conlleva el cambio en la estructura familiar sobre la relación de pareja y el deseo sexual.
- El parto.
- El puerperio (Generalitat Valenciana, 2004:21): “Se plantearán los diferentes cambios tanto físicos como psicológicos que se van a experimentar en esta etapa, haciendo hincapié en los cuidados que se requieren y en la importancia de que ambos miembros de la pareja, compartan la responsabilidad de la nueva situación familiar. Tradicionalmente, el mandato social de “buena madre” conllevaba situarse en un segundo lugar y posponer las necesidades propias para atender las del bebé. Esta creencia ha llevado a menudo a la mujer a vivir sentimientos de malestar ante la responsabilidad que supuestamente se esperaba de ella. La nueva situación también va a implicar un reajuste en la organización familiar con el objetivo de establecer un nuevo equilibrio, en el que la pareja no debe desempeñar únicamente un papel de acompañante y/o observador sino que ha de asumir protagonismo como cuidador y responsable de la crianza”.
- Lactancia materna.
- Comunicación padres-hijo/a.
- Cuidados del recién nacido.
- Anticoncepción en el puerperio.

---

3 Profundizaré en aquellos contenidos directamente relacionados con la temática de esta tesis.

- Preparación física.

### 3. Sesiones del puerperio

Objetivos:

Que las puérperas y sus parejas:

- Expresen sus vivencias respecto al parto, el puerperio y la adaptación a la nueva situación.
- Conozcan los cuidados adecuados para el puerperio.
- Compartan la responsabilidad de la nueva situación familiar.
- Aprendan y practiquen ejercicio físico específico para su recuperación.
- Adquieran habilidades para establecer un vínculo de calidad con el hijo/a.
- Identifiquen las necesidades del recién nacido y aprendan a dar respuestas adecuadas.

Contenidos:

- En este momento se incidirá más profundamente en los temas de paternidad/maternidad, sexualidad, cuidados en el puerperio, comunicación padres-hijo/a, cuidados del recién nacido y anticoncepción en el puerperio.
- Se establecerán grupos en los que preferentemente se integrará la recuperación física, los talleres de lactancia, el masaje infantil y la gimnasia del bebé, convirtiéndolos en un lugar de encuentro de madres y padres con el apoyo de la matrona.

En los últimos apartados de esta guía, se ofrecen distintas fichas de trabajo relacionadas con las distintas temáticas del **Programa de Seguimiento del Embarazo** para que puedan ser utilizadas en las sesiones por las/los profesionales. Las temáticas que se tratan son: el papel de las matronas como líderes y animadoras de grupo; el embarazo; alimentación saludable en el embarazo y la lactancia; la salud bucodental en el embarazo; maternidad, paternidad y sexualidad; el parto; el puerperio; la lactancia materna; la comunicación; comprender y atender al bebé y por último, la anticoncepción en el puerperio.

## 3.2. Lo Pensable y lo Impensable, lo experto y lo lego en el cuidado de menores.

Las reglas de distribución determinan y especializan, para grupos diferentes, lo pensable/impensable y sus respectivas prácticas a través de agencias pedagógicas diferentemente especializadas. Dicho de otro modo, las reglas de distribución, que toman forma en el nivel de la producción del discurso pedagógico, señalan y distribuyen *quién* puede transmitir *qué*, *a quién* y *bajo qué condiciones*. En esta primera parte del análisis exploraré qué es lo pensable y lo impensable, en términos bernstenianos, en relación a la lectura sanitaria de la crianza.

La parentalidad se ha convertido hoy, sobre todo para las clases medias, en un proyecto intensivo centrado en las criaturas que conlleva que, a pesar de las demandas relativas al trabajo doméstico y el empleo, las madres y los padres dediquen mayor atención a sus hijos e hijas, en términos generales, de lo que lo hicieran sus progenitores tiempo atrás. La ideología de la maternidad intensiva de la que habla Hays (1998), anima a las mujeres a que coloquen a sus criaturas en el escalafón más alto de sus prioridades; al mismo tiempo, la lógica de la individualización las interpela para se construyan como sujetos autónomos y productivos. Por su parte, los modelos emergentes de “la nueva paternidad”, exigen a los hombres que se posicionen en lugares opuestos a los que detentaban sus padres (Alberdi y Escario, 2007).

En esta tesis se ha construido teóricamente la crianza como práctica social sujeta a la historia y la cultura. Un posicionamiento que nos lleva necesariamente a advertir que, por lo que se refiere a la crianza, ese “quién” puede transmitir qué, a quién y bajo qué condiciones, a los que alude Bernstein, haya adoptado morfologías distintas a lo largo de nuestra historia. Formas, como nos dice (Hays, 1998), que han sido moldeadas, en última instancia, por los intereses de los grupos dominantes. Si el recorrido hubiese sido inclusivo con otros modelos de cuidado propios de culturas distintas, la concurrencia de variabilidad en los modos de criar hubiera quedado más patente. Esto porque, como prevé también la teoría de Bernstein –en línea de lo que han confirmado los análisis

feministas sobre la maternidad— las reglas de distribución son contingentes, pero no sólo a la historia, sino también a la cultura.

Bernstein y Arnot se fijan en sus investigaciones en la escuela, una institución en la que el resultado de la producción del discurso queda materializado en el currículum preescrito. En el caso que aquí me ocupa no hay currículum preescrito. No hay documento normativo que acote pormenorizadamente las materias o contenidos a adquirir para ser un *buen* cuidador/una *buena* cuidadora. Esto no quiere decir que el criar no sea socialmente regulado, que se deje, en nuestra sociedad, al “buen” juicio familiar y personal. De forma contraria las reglas distributivas del conocimiento actúan también, en este caso, desagregando aquello que es pensable de lo que no lo es en la primera crianza<sup>4</sup>. En otras palabras, el discurso pedagógico sanitario sobre la crianza es producido a través de unas reglas de distribución que distinguen lo sagrado y lo profano respecto el cuidado de menores. Ese control sobre los conocimientos legos y su relación con los otros conocimientos está, en términos generales, nos dice el autor, en manos del Estado y de las instituciones que, como las universidades, establecen en el nivel de la producción del discurso cuáles son las relaciones, prácticas y formas de conciencia pensables (oficiales) en los discursos pedagógicos especializados.

En la revisión bibliográfica previa a la elaboración del marco teórico, identificamos algunas investigaciones científicas que, desde la psicología, escrutaban las repercusiones para las niñas y los niños o bebés en relación a los modelos/estilos de crianza que se dieran en sus familias. Desde la sociología identificamos estudios como el de Lareau

---

4 Ya he dado cuenta en la presentación de este trabajo de qué es lo que me ha llevado a circunscribir mi campo de estudio a la relación didáctica. No obstante, y para futuras investigaciones, la estructuración entre lo sagrado y lo profano en los saberes a propósito del criar, podría ser abordada desde los conceptos de discurso vertical/discurso horizontal del mismo autor: “distinguishing between two fundamental forms of discourse which have been subject to much comparison and contrast. The two forms are generally seen as oppositional rather than complementary. Indeed, one form is often seen as the destruction of the other. Sometimes one form is seen, essentially, as a written form and the other as an oral form. Bourdieu refers to these forms in terms of the function to which they give rise; one form creating symbolic, the other practical mastery. (...)In the educational field, one form is sometimes referred to as school(ed) knowledge and the other as everyday common-sense knowledge, or ‘official’ and ‘local’ knowledge. These contrasts are often ideologically positioned and receive different evaluations. One form becomes the means whereby a dominant group is said to impose itself upon a dominated group and functions to silence and exclude the voice of this group. The excluded voice is then transformed into a latent pedagogic voice of unrecognised potential. To my mind, much of the work generating these oppositions homogenises these discursive forms so that they take on stereotypical forms where their differences or similarities are emphasised. It is not unusual for one form to be romanticised as a medium celebrating what the other form has lost.” (Bernstein, 1990:132)

(2005) que relacionan la clase social con las prácticas de crianza; Hays (1998) en su tan citado libro, lleva a cabo un recorrido por los textos científicos de médicos y pediatras, visibilizando los consejos sobre el “buen criar” que se transmiten en ellos. Todos estos estudios nos dan muestra de la diversidad de “lecturas” sobre la crianza que conviven en el campo del control simbólico. A quien vamos a atender aquí es a la agencia de salud, como representante del Estado, en tanto que ente involucrado en esta producción del discurso pedagógico. Una tarea que, lógicamente, se nutre de aportaciones de la Academia y de otros organismos científicos<sup>5</sup>.

En un momento anterior de esta tesis ya expliqué, muy resumidamente, de qué modo y bajo qué paraguas simbólico el sistema sanitario opera en la actualidad como institución autorizada para definir los malestares, para gestionar la salud. Hice referencia también a las implicaciones de todo ello. Insistí en que la medicalización, más concretamente, la obstetricio-ginecologización (Esteban, 2001) de la salud de las mujeres, se ha convertido en una práctica que, debido a los andamiajes que la apuntalan, esto es, a las supuestas necesidades de atención que merecen “sus” ciclos reproductivos, es desprovista de todo cuestionamiento y construida socialmente como hecho normal. Una de las consecuencias de todo ello, como señala Blázquez (2009), se configura como objetivo latente del sistema sanitario: “explicar los significados sobre la reproducción o modelar cómo las mujeres y sus parejas deben situarse ante sus embarazos, partos y puerperios” (Blázquez, 2009:18). Es precisamente sobre eso de moldear cómo las mujeres y los hombres deben situarse ante su crianza, que versan algunos de los interrogantes previos de este estudio.

Las mujeres y los hombres construyen sus crianzas bajo la lente de un compendio de narrativas: madres, amigas y amigos, libros, revistas y también hoy, de forma muy importante, páginas de *internet* o *blogs*. Entre estos relatos está aquel con el que toman contacto en la Educación Maternal, unas narrativas que gozan de unas características que las distinguen de las demás: por un lado, están impregnadas del poder que socialmente le es reconocido a lo biomédico; por otro lado, su transmisión se produce en un contexto formal por parte de un personal cualificado (la matrona de Atención Primaria). En términos de Bernstein diríamos que la relación entre la lectura biomédica del cuidado

---

5 En la elaboración de la EAPN (estrategia de atención al parto normal) participaron tanto representantes de las distintas Comunidades Autónomas, como asociaciones profesionales y civiles, así como personas expertas.

(provista por la Agencia de Salud) y el resto de concepciones (las de las amigas, las madres, las revistas...), genera un orden de significado diferencial. Para Bernstein, hay unas relaciones indirectas entre los significados y una división social del trabajo dada. Desde mi punto de vista, hay también una relación indirecta entre los significados y un orden de género y las relaciones sociales que les son propias. En otras palabras, desde la postura epistemológica desde la que se aborda esta tesis, es precisamente el orden de género androcéntrico<sup>6</sup> el que está en la base de una estratificación que le otorga a la lectura biomédica de la crianza la posición dominante, y a los saberes populares, unos saberes que en otros momentos de nuestra historia gozaban de mayor legitimidad, la posición subyugada. Y ello tiene sus implicaciones.

A lo que nos referimos aquí entonces es a la capacidad del Estado de regular las categorías de género y las relaciones de género. El Estado, en la teoría relacional de Connell (1990; 2009), no aparece como un agente pasivo al margen de la configuración del orden de género, sino de forma contraria, como un actor con un papel principal y relevante en las políticas sobre la(s) feminidad(es) y la(s) masculinidad(es). O dicho de otro modo, las asunciones que se esconden en las políticas de salud estatales no son genéricamente neutras, sino que construyen y regulan las relaciones de género de una forma determinada. Y este no es un asunto residual del Estado, dice Raewyn Connell: “This is not a minor aspect of what the state does. It involves many policy areas, from housing through education to criminal justice and the military” (Connell, 2009:121).

En esta primera fase, pretendo profundizar en la exploración de la producción del discurso pedagógico oficial sanitario sobre la primera crianza. Y esta exploración, si soy consecuente con la teoría de Bernstein, no puede desembarazarse de la consideración de los principios dominantes de la sociedad.

Si retomamos el modelo del discurso pedagógico de Bernstein revisado por Morais y Neves (2004), nos daremos cuenta que en el nivel de producción del discurso pedagógico, ese que nos atañe aquí, son involucrados el campo del control simbólico, el campo de la economía y el campo internacional, con el campo del Estado. Todos estos

---

6 Desde la perspectiva bernsteiniana el orden de género operaría como base social. No entraré a describir analíticamente esta categoría de la teoría del autor, porque esta investigación tiene entre sus objetivos principales el de explorar la base social, esto es el régimen de género que es (re)producido por las relaciones pedagógicas que suceden en los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.

campos participan en correlaciones recíprocas, de ahí las flechas de doble dirección. Para comprender cómo el Estado participa en la determinación de lo pensable y lo no pensable en cuanto a la perspectiva sanitaria del cuidado de menores, debemos explorar antes algunas coordenadas con las que comprender las dinámicas de la sociedad actual. Estas coordenadas de las que hablamos atañen, como no podría ser de otra manera, a la economía, la política, el medio ambiente... ahora bien, del conjunto de narrativas y de ejes estructurales que enmarcan las dinámicas macrosociales actuales, destacamos aquí dos vértices que, a mi entender, resultan apropiados para profundizar en nuestro análisis. Estos son el macrorelato del riesgo y el de la individualización. Dos lógicas que, en la tesis que aquí presentamos, sometemos al escrutinio como elementos de sostén de un régimen de género concreto, este es, el de la asistencia sanitaria, y en concreto el de la asistencia sanitaria del cuidado.

Atenderemos a la coordenada del riesgo, en primer lugar, debido a que el riesgo, como asevera Paris Spink (2004), no ha dejado de ser un discurso presente en la promoción de la salud; en segundo lugar, porque la Sociedad del Riesgo, tal y como la conceptualiza Beck, propone una estructura de clases mediada por los conocimientos sobre las incertidumbres que, a mi entender, resulta fundamental para explorar las relaciones de poder entre el personal sanitario y las/los usuarias/os de los servicios de atención materno-infantil.

Paralelamente a ello, consideramos la coordenada de la individualización dado que a priori, como veremos seguidamente, parece perfilarse como la oportunidad que reserva la Segunda Modernidad para desestabilizar las relaciones de poder de género que se dan, de forma desigual, en la asunción del cuidado. Esto es, la lógica de la individualización pondría en entredicho unos principios de división del trabajo, en el seno de las familias, basados en lo que se ha llamado la diferencia sexual, y que aquí denomino, siguiendo a Connell (1987; 1995; 2009) *escenario o arena reproductiva*.

Con todo, se parte aquí de que son las relaciones de poder que se crean en el campo de producción, las que aíslan las diversas categorías de discursos sobre la crianza temprana. Estas relaciones de poder están reguladas por los principios de clasificación [C], principios que se refieren al grado de mantenimiento de las fronteras entre las categorías confiriendo unos estatus diferenciales a éstas. Cuando la clasificación es fuerte, las fronteras están bien definidas y las categorías poseen estatus diferentes; cuando la clasificación es débil, las fronteras se debilitan y las categorías tienen estatus semejantes.



El modelo de Bernstein considera, además, el campo del control simbólico —o campo de producción discursiva— donde se produce conocimiento relacionado con las diferentes áreas del saber y se legitima la reproducción de la cultura dominante. Las categorías generadas en este campo reproducen las estructuras *genéricas* creadas en el campo de la producción así como las estructuras sociales a propósito del riesgo.

Las relaciones que se establecen dentro de los campos de producción y de control simbólico y las relaciones que se establecen entre estos campos, influyen en el campo del Estado. En este campo, y de acuerdo con los principios dominantes de la sociedad, se produce el discurso regulador que es expresado en textos normativos. El campo del Estado está también influenciado por el campo internacional que, a través de múltiples relaciones políticas, económicas y culturales, contribuye también a la definición del discurso regulador. Lo que se presenta en esta primera fase del análisis de la información son los resultados del análisis documental que, como ya se expuso en el capítulo del diseño metodológico, se ha realizado a partir de los documentos normativos seleccionados como unidades textuales. Estos documentos son: “Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 4 junio de 1990” y “Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, 2011”. Ahora bien, este ejercicio que me dispongo a presentar debe abatirse sobre su propio contexto de referencia, es decir, dado que mi pretensión es profundizar en las reglas de distribución que, según el modelo del discurso pedagógico, regulan las relaciones entre poder, grupos sociales, formas de conciencia y prácticas, no resulta posible obviar el marco en el que estos documentos son producidos. Dedicaré un primer apartado a explicar lo que supone criar en contextos de Segunda Modernidad.

### 3.2.1. Criar en contextos de Segunda Modernidad.

Tal y como han reconocido muchos/as analistas sociales, convivimos en un tipo de organización social que nos dispone a poner en práctica nuestra individualidad en contextos donde se dan unas relaciones económicas capitalistas, donde se promueve un desplazamiento demográfico desde lo rural a lo urbano y donde se reconocen los derechos de ciudadanía.

La perspectiva de la Sociedad del Riesgo pone el énfasis en la confluencia de dos procesos macrosociales interconectados. Por un lado, un proceso de redefinición de la naturaleza y el significado del riesgo, que hace actualmente de éste un aspecto integral de la

condición postmoderna. Por otro lado, un impulso individualizador que nos lleva a pensar en nuestro destino como trayectoria biográfica personalizada cada vez más ligada a la toma de decisiones y la reflexividad. En los epígrafes que siguen profundizaré en uno y otro proceso como coordenadas que guían y sitúan estructuralmente el cuidado de menores en las sociedades de la Segunda Modernidad.

### 3.2.1.1. Como una gacela vigila a su cría. Criar en tiempos de riesgo.

“¿Cuál es la situación de la que se puede estar seguro que no comporta riesgos, es decir, algún alea, algún elemento incontrolable o imprevisible?”  
(Castel 1986:232)

La peligrosidad, el riesgo, no deja de ser una noción cuanto menos singular, capaz de establecer una relación causal entre un factor y una de sus tantas y tan variables consecuencias y convertirla en una realidad objetiva, desdibujando así el carácter probabilístico que esta relación implica de por sí. En palabras de Castel (1986:230): “No se *parte* de una situación conflictiva observable por experiencia, sino que se la *deduce*, de algún modo, a partir de una definición general de los peligros que se quieren prevenir.” Las gacelas, en las praderas, son vigiladas por otros animales desde la lejanía, animales que aguardan su oportunidad para abalanzarse a ellas y a sus crías. El animal más débil en este encuentro, la gacela, no puede prever cuándo ni dónde hará presencia su amenazante peligro, por lo que, evitando *riesgos*, se mantiene desconfiada, alerta ante cualquier signo que pueda convertirse en factor anunciador de la amenaza. El uso que hago de esta metáfora es el de ilustrar la posición que el sistema sanitario —y otras muchas instituciones que aquí no estudiaré— le confieren a los padres y, mucho más a las madres, en el cuidado, una analogía que sirve también para revisar el rol que aquellas agencias se reservan para sí.

En la mayoría de los casos, dada una situación “X”, existe igual probabilidad de que se produzca un peligro “Y” que de que no se produzca. Sin embargo, nuestra *conciencia del riesgo* nos lleva a actuar como si este peligro “Y” fuese inminente e inevitable, atajando así el espacio reservado a la incertidumbre: en caso de duda, lo prudente es prevenir, esto es, actuar, intervenir, devenir gacelas. Lo que debía entenderse como una relación hipotética entre síntomas y efectos, se ve despojada de toda presunción para ser acometida como amenaza que demanda un control riguroso. Lo contrario, la abstención de actuación, implica necesariamente la asunción de toda responsabilidad de las consecuencias

que de este *no facto* se derivaran. Así, evitando asumir este compromiso preferimos situarnos en la peligrosidad, en el riesgo, antes que en la incerteza, ignorando el margen de error que esta forma de diagnóstico implica, así como los efectos subsecuentes a la propia acción preventiva. Estos son los aspectos iatrogénicos de la prevención.

Erraríamos sin embargo si afirmáramos que este modo de obrar es patrimonio de un colectivo profesional concreto, la ciudadanía actúa de igual manera: a partir de una señal de alarma, y dada nuestra incapacidad para discernir si ésta es real o no, convertimos el riesgo posible en riesgo objetivizado y nos *adelantamos* a sus consecuencias. No obstante, existe una distinción consustancial. Esa ecuación en la que el riesgo opera como constante, resulta problemática cuando es formulada por un sujeto profano, puesto que éste no goza de la pericia ni el conocimiento reconocido para despejar la incógnita. Esto es, ante un indicio experimentado como alarmante, el individuo no experto no se siente capaz de actuar en consonancia, por lo que su iniciativa, la única posible, consiste en acudir a aquel o a aquella a quien sí se le reconoce dicha pericia, quien en su caso, y respondiendo a su estrategia preventiva, actúa, interviene en consecuencia. Lo que distingue al sujeto lego del sujeto experto es el conocimiento, o más bien, su posición en la distribución social del conocimiento, lo pensable y lo impensable.

Si trasladamos todo esto al marco de nuestro estudio, nos damos cuenta que padres y madres gestionan los riesgos asociados a la salud de sus hijos e hijas trasladando la responsabilidad de decisión a la profesional que tienen delante, porque a su vez, esta profesional, presa también de su propia conciencia de riesgo -en este caso alimentada por su socialización secundaria profesional y por su práctica experta- les insta a actuar. En otras palabras, padres y madres, aprehenden en un proceso de socialización dicha relación efectiva entre los factores, los indicios -tomen estos la forma de décimas febriles, de mucosidades infantiles o de grietas en el pezón causadas por la succión del bebé- y su riesgo anticipado, pero lo que es más importante, padres y madres aprehenden también, interiorizan cómo gestionar dicho riesgo, cómo neutralizar la incertidumbre. Lo de menos, por lo tanto, es el *qué*, es decir, cuáles son esos factores, esas señales de alarma y cómo neutralizarlas. No es por lo tanto un conocimiento de receta que dé respuesta a la variabilidad de demandas, antes bien, se trata del cómo, cómo se gestionan esos riesgos, cómo se reduce la incertidumbre, cuál es el protocolo a seguir -por utilizar vocablos afines al área de conocimiento- y la respuesta es siempre clara: acudiendo al profesionales de la materia.

Podríamos sucumbir a la idea de que es el poder médico, con toda su eficacia y seducción, el que consigue que masas enteras de usuarios y usuarias de los servicios de salud acaten sus prescripciones. Sin embargo y sin menospreciar la efectividad de éste, cuestión a la que volveré posteriormente, considero que la ecuación no es tan sencilla. No es que estos progenitores o futuros progenitores sucumban pasivamente a su socialización respecto al poder de la medicina, más bien, estos sujetos *sacrifican* su autonomía de acción para con los/as profesionales a cambio de trasladarles la gestión de su riesgo (Imaz, 2010) y, en este caso, de los posibles riesgos de sus criaturas. Esto es, estos padres y madres no es que *no sepan* anticipar los peligros que corren sus hijos e hijas, sí saben advertirlos, lo que no saben es controlarlos, descodificarlos “adecuadamente” por lo que *prefieren* trasladar esa responsabilidad, esa intervención a un/a profesional de la materia, a un/a experto/a del riesgo, diría Beck (1998).

Esta afirmación, premisa fundamental a propósito de la relación entre conocimiento experto y conocimiento lego del cómo/quién criar, me lleva a replantearme algunos interrogantes sobre la génesis de tanta incertidumbre, de tanta ansiedad. Si retomamos la pregunta que nos lanzaba Castel y la aplicamos a la crianza: ¿Cuál es la situación, *en la crianza de las criaturas*, de la que se puede estar seguro que no comporta riesgos, es decir, algún alea, algún elemento incontrolable o imprevisible? En el contexto de la Sociedad del Riesgo la respuesta es, necesariamente: ninguna. No hay situación en el proceso de criar a nuestras criaturas de la que nos sintamos totalmente seguras/os. Pero la cosa no queda aquí, tal resignación no se agota en su mera enunciación. La propuesta de Castel, o la recontextualización que de ella se ha propuesto aquí nos produce, sobre todo si somos madres o padres, cierto desasosiego, cierta preocupación, puesto que su interiorización nos coloca en la tesitura de tomar conciencia de la vulnerabilidad de nuestras vidas, y peor, de las vidas de nuestras hijas, de nuestros hijos.

### **3.2.1.1.1. La Sociedad del Riesgo como contexto de las crianzas.**

La noción de riesgo ha articulado los debates sociológicos de las últimas décadas, reconociéndose en él un elemento conformador de la modernidad, sea ésta denominada modernidad líquida (Baumann), modernidad reflexiva (Giddens), o modernidad tardía (Beck ).

En este apartado me voy a referir al riesgo. Al riesgo como rasgo propio de nuestras sociedades, a la definición de los riesgos, a la experiencia y la percepción de éstos, a su gestión y valoración, ello debido a que asumo como premisa que el riesgo embebe la versión dominante sobre el cuidado de menores.

Antes de iniciar el apartado debo dilucidar cuál es mi posicionamiento respecto al abordaje del riesgo, de lo contrario podría correr la desventura de alternar concepciones con trasfondo distinto. Lupton (1999) ha identificado tres perspectivas de abordaje del riesgo, estas son: la perspectiva cultural de Mary Douglas, la de la Sociedad del Riesgo, cuyo mayor representante sería Ulrich Beck, pero donde también se situaría a Giddens, y la de la Governamentality de Foucault. Se trata de tres abordajes ajenos que se estructuran, no obstante, alrededor de un factor axial determinante: los tres marcos de análisis tienen muy en cuenta los contextos socioculturales e incluso históricos en los que las incertidumbres postmodernas se nutren de significado.

La perspectiva de Beck sobre el riesgo, y la de Beck y Beck-Gernsheim sobre la individualización afloran, a mi parecer, como marcos teóricos idóneos para enmarcar y analizar las ideologías y modelos culturales de crianza que se dan cita en nuestra sociedad, y sobre todo, para situar las narrativas expertas sanitarias sobre la crianza, foco de nuestra atención.

El análisis que nos propone Beck tiene como punto de anclaje el cambio social de la sociedad industrial clásica a la sociedad industrial del riesgo; y como invitación la propuesta de nuevas categorías de análisis que nos ayuden a perfilar la nueva realidad. Que las sociedades contemporáneas atraviesan un momento de transformaciones es un hecho constatado, lo que nos sugiere Beck es una constelación de ejes con las que guiarnos en el desconcierto analítico. El abordaje beckeniano es lo suficientemente complejo como para que el autor haya dedicado distintas obras a esclarecer sus pilares teóricos fundamentales. La intención no es la de rastrear todos y cada uno de estos bastidores —quién mejor que el propio autor para conceptualizar su propuesta— pero sí el de valerme de aquellos ejes que ayudan a situar el objeto de estudio en el campo del análisis sociológico.

### 3.2.1.1.2. Los riesgos, que no los azares.

Cuando Beck se refiere a los riesgos que se generan en el nivel más avanzado del desarrollo de las fuerzas productivas (Beck, 1998), a los macropeligros, sean estos atómicos, químicos, ecológicos, genéticos... está aludiendo a sustancias nocivas presentes en el agua, el aire, los alimentos... así como a los efectos secundarios que para los seres vivos ha tenido el desarrollo tecno-industrial. La peculiaridad que permite agrupar peligros tan disímiles, y que lleva al autor a argumentar la teoría macro de la Sociedad del Riesgo, está en el hecho de que todos estos peligros causan daños sistemáticos, muchas veces irreversibles. Beck (1998) aborda la distinción entre los riesgos de la primera modernidad y los de la modernidad tardía, reconociendo que aquello que le da especificidad al riesgo contemporáneo es, por un lado, su alcance global; y por el otro, su manufacturación moderna: los riesgos civilizatorios son productos, no azares “naturales”.

Que Beck refiera el término azar para referirse a las contingencias propias de la primera etapa de la modernidad (para el autor siglo XVII y siglo XVIII hasta inicios del siglo XX) no es aventurado. El azar es indeterminado, caprichoso. Los efectos o repercusiones resultantes de la dinámica social en ese momento histórico son categorizados como irruptivos, desafortunados, descontrolados. Por contra, la transición a la modernidad comporta un intento de domesticar el azar, de desarrollar formas y métodos para hacer predecible lo impredecible. Dentro de este repertorio de métodos se incluyen representaciones estadísticas, cálculos de probabilidades y predicciones de accidentes, así como modelos y organizaciones para el cuidado preventivo (Beck, 2001). Sin embargo, en la Sociedad del Riesgo, y como si de un pulso entre titanes se tratara, los riesgos y su percepción afloran como efectos no esperados en la lógica de control propia de la Modernidad. Si otrora las sociedades modernas eran consideradas como proyectos de control social y tecnológico por parte del Estado-nación, la intromisión de esta dimensión del riesgo pone en tela de juicio esta supuesta regulación, no sólo porque estos riesgos alcanzan una magnitud global, fuera de la potestad de los propios Estados, sino también porque sus propias valoraciones suponen una dosis de incertidumbre nada desestimable: “La construcción de la seguridad y el control del tipo que dominó el pensamiento (social) y la acción (política) en las primeras etapas de la Modernidad se está volviendo ficticia en la sociedad global del riesgo. Cuanto más intentamos “colonizar” el futuro con la ayuda de la categoría de riesgo, más se escapa a nuestro control” (Beck, 2001:13).

La posición de Beck pareciera ser, a primera vista, bastante ambivalente en lo que se refiere a la génesis y naturaleza de los riesgos. Por un lado, el autor confirma la presencia/existencia de peligros tangibles que a menudo escapan de control; riesgos globales que amenazan no sólo a los individuos sino también al planeta; al tiempo, los reconoce como elementos mediadores y mediados *en y por* procesos socioculturales. A propósito de este planteamiento Sales (2006), en un intento de clarificar esta dualidad, ha acertado en distinguir las dos dimensiones que dan forma al riesgo: la de su definición social y la de su materialidad (las consecuencias no queridas de las acciones). En pocas palabras, si Beck categoriza como incertidumbres manufacturadas a los peligros contemporáneos es precisamente porque identifica en ellos un origen nada fortuito ni, como verá posteriormente, nada espontáneo: los riesgos se deben a la ingeniería social; pero no sólo eso, como productos sociales, los riesgos merecen ser reelaborados, interpretados para ser tales, por lo que necesariamente se ven resignificados en contextos de interacción social, los riesgos son reales, y lo son, siempre y cuando se vivan como reales. El hecho de aceptar una génesis social en los riesgos contemporáneos no obliga al autor a desatender aquellos efectos, aquellas consecuencias colaterales del propio proceso de definición, determinación y gestión de las incertidumbres. Efectivamente, el propio proceso de *manipulación* de la inseguridad comporta secuelas que, a menudo, se nos escapan de las manos. Esta es, en términos de Sales (2006), la materialidad del riesgo contemporáneo.

La teoría de Beck cabe situarla en un nivel de análisis macro de las sociedades modernas, a priori muy ajena a cómo los sujetos concretos identifican, experimentan y gestionan las incertidumbres cotidianas. Sin embargo, si nos ha parecido necesario repasar el abordaje de este sociólogo alemán, no es sólo porque se haya convertido en una perspectiva clave para la sociología contemporánea, sino porque su perspectiva es inclusiva para con el sujeto, no así otras corrientes como la de Luhmann para las que resulta extraña la dimensión (inter)subjetiva del riesgo (Callejo, 2009). Las situaciones de peligro de la modernidad tardía cuentan con un rasgo que las distingue y que resulta determinante en su experiencia cotidiana, esto es, los riesgos no remiten al pasado ni al presente, sino que se proyectan en el futuro. No hay nada evidente en ellos, son *invisibles*, amenazas solamente, eso sí, presagios elaborados con un material que exige respuestas reflexivas.

La articulación entre la definición de los riesgos y su mediación en las sociedades tardías pone a los sujetos en una tesitura compleja. Por un lado gozan de un mayor conocimiento

—más bien de una mayor accesibilidad a él— sobre las relaciones causales entre sus acciones y los riesgos probables asociados a estas; por otro lado se ven interpelados a asumir la toma de decisiones ante unas situaciones a priori indeterminadas. Pongamos un ejemplo, se difunde por televisión que los atunes y sobre todo los peces espada o emperadores están presentando elevados índices de mercurio en su carne, y que ello *puede suponer* x riesgos para la salud si no se *controla* su ingesta; con esta información en la mano, es el individuo concreto quien debe decidir si seguir comprando emperador para la cena, o si dejar de ponerle atún en el bocadillo del almuerzo a sus hijos/as. En esta maniobra se entiende que el sujeto deviene “conocedor/a” de los posibles peligros, pero puesto que desde los órganos competentes no se ponen cortapisas a la comercialización del pescado, es el individuo en sí mismo quien se ve obligado a asumir una decisión incierta.

Lo relevante de todo esto, y lo que nos lleva a situarnos teóricamente en la Sociedad del Riesgo de Beck, es que esta evaluación de las incertidumbres no se produce de manera aislada, es decir, no es que extraordinariamente se vea el sujeto en esta situación de comprar o no emperador en el mercado, sino que su experiencia de la vida cotidiana resulta tamizada por la lente del riesgo. El individuo se ve diariamente en la tesitura de estimar riesgos y decidir acciones como la del atún o el emperador. Su experiencia cotidiana cae en el imperativo del evitar, del prever. Sin embargo, en esa lotería de desgracias, nadie nos asegura de librarnos totalmente de los riesgos: no comiendo atún no evitamos quedar expuestos a otros peligros. No hay situación segura, si ésta la entendemos como estrictamente exenta de peligros, puesto que nuestra toma de decisiones, resultante de la diagnosis previa de los posibles riesgos, nos coloca de nuevo ante una situación no segura: si decidimos movilizarnos en bicicleta contribuyendo a la reducción de emisión de CO<sub>2</sub> que producen los vehículos (así como el desgaste mental que suponen los atascos o la búsqueda de aparcamiento), nos ponemos en situación de vulnerabilidad al compartir la vía pública con los vehículos motorizados. Ello porque, como apunta Beck (2001:15): “los riesgos tan sólo sugieren lo que *no* debería hacerse, no lo que *debería* hacerse”<sup>7</sup>.

---

7 Cursiva en el original



Este planteamiento es el que ha llevado a muchos autores a tachar a Beck de apocalíptico. Su teoría estaría colocando a los individuos modernos en una constante y angustiosa ruleta rusa. Aunque Beck no entra de lleno en este tema, cabe anticipar que los sujetos *aceptan* riesgos en su vida cotidiana, así como *confían* en determinados agentes y/o instituciones. La situación contraria se proyecta como tremendamente desgastante para la ciudadanía. Por otro lado, no todos los eventos, no todas las decisiones cotidianas nos producen iguales preocupaciones, la mayoría de ellas son acometidas por la red de la confianza, por la rutina, sin exigir mayores reflexiones anticipatorias. Hay experiencias que sí provocan desasosiego y ansiedad y otras que lo suponen menos, una de las experiencias del primer tipo, como se verá después, es la crianza de los hijos/as menores. Más si éstos son menores de un año de edad.

Una de las aportaciones centrales de este planteamiento, uno de los ejes analíticos que propone el sociólogo alemán y que da consistencia a la denominada Sociedad del Riesgo, es la consideración del riesgo, o más bien, de la capacidad individual de su concreción, como determinante social. Beck (1998) confronta el modelo de reparto de la riqueza de la sociedad industrial con la lógica de la distribución del riesgo en la sociedad de la modernidad avanzada. Se trata entonces de comparar dos lógicas de desigualdad social que no resultan excluyentes sino, por el contrario, coexistentes. En el primer caso, el problema radicaba en cómo se repartía la riqueza socialmente producida de manera desigual; en el segundo, se trata de minimizar, relativizar y canalizar los riesgos que se han producido en el proceso de modernización. Se trata de *riesgos repartibles, distribuibles*: “en posiciones de clases, el Ser determina a la conciencia, mientras que en las situaciones de peligro la *conciencia determina al ser*” (Beck ,1998:59).

Sin embargo el autor insiste en un aspecto relevante, la estratificación social –y los problemas y conflictos que de esta jerarquización se derivan- se ve alentada no sólo por el reparto desigual de los riesgos, sino también por las distintas oportunidades y posibilidades de los grupos sociales en la producción y definición de éstos. Los riesgos no constituyen bienes de compra-venta, no se poseen, a los riesgos nos vemos sometidos, estamos afectados por ellos, por lo que más tarde o más temprano y respondiendo a aquello que el autor reconoce como efecto boomerang, éstos recaen sobre quienes los producen o se benefician de ellos. Las incertidumbres que amenazan a la sociedad moderna son amenazas globales, no entienden de Estados ni de clases sociales: nadie ni nada queda *a salvo* del peligro y ello, remarca el autor, le imprime un efecto igualitario

a nuestra sociedad. No obstante, que la *exposición* al riesgo sea equitativa, no significa que *su experiencia* sea idéntica, y es aquí donde Beck hace confluír la distribución de los riesgos con la desigualdad social: “Tanto los riesgos como las riquezas son objeto de repartos, y tanto éstas como aquéllos constituyen situaciones: situaciones de *peligro* o situaciones de *clase*” (Beck, 1998:32). Aquello que determina el estar en una u otra situación de peligro es la capacidad y posibilidad para determinar y gestionar los riesgos, posiciones sociales que, como no podría ser de otra manera, responden a coordenadas de capital económico, de capital cultural y de capital social.

Los riesgos reconocidos socialmente son argumentativamente mediados, se oye sobre ellos, se lee sobre ellos, se conoce de ellos. Los individuos, al igual que los grupos, contamos con un repertorio de conocimientos, una caja de herramientas, que nos permite relacionarnos de una u otra manera con las incertidumbres que nos plantea la sociedad moderna. Es precisamente esta *conciencia*, este saber, el que nos coloca en una u otra disposición para afrontar las situaciones de peligro. El saber adquiere así un nuevo significado político.

### **3.2.1.1.3. Los riesgos como entidades interpretables.**

El concepto Beckeniano de riesgo se abate sobre una idea principal, el riesgo constituye una realidad interpretable.

Mientras las ciencias naturales se obstinan en explicar los riesgos actuales a través de sus categorías bio-químicas, como si de parámetros neutros se tratara, están dejando de lado la naturaleza política de la distribución de estos riesgos (Beck, 2006). Desde un enfoque de revisión sociológica del riesgo, esta nueva forma de organización y estructuración de la sociedad hunde sus raíces en un cambio de la relación entre el saber y la sociedad: “Estos riesgos (...) suelen permanecer *invisibles*, se basan en *interpretaciones causales*, por lo que sólo se establecen en el *saber* (científico o anticientífico) de ellos, y en el saber pueden ser transformados, ampliados o reducidos, dramatizados o minimizados, por lo que están abiertos en una medida especial a los *procesos sociales de definición*. Con ello, los medios y las posiciones de la definición del riesgo se convierten en posiciones sociopolíticas clave” (Beck, 1998:28).

En el epicentro de este marco, apunta el autor, las discusiones, las interpretaciones sobre los riesgos están sujetas a una esfera pública donde participan muchos actores, entre ellos, la ciencia coparticipa como un intérprete más. En la Sociedad del Riesgo, las fronteras entre el discurso de los expertos y la discursividad social parecen diluirse; en pocas palabras y de manera gráfica, las narrativas públicas expertas se ven obligadas a convivir con los relatos legos. Esta transformación se relacionaría con el proceso de politización de la definición de los riesgos, e implica la ruptura del monopolio de racionalidad de las ciencias. El efecto social de las definiciones de riesgo ya no depende de su consistencia científica, el modo de actuar en estas situaciones ya no es algo que sólo decidan los/as expertos/as. Tal y como advierte Sales (2006), en la modernidad tardía resulta igualmente importante la “determinación objetiva del riesgo”, como su percepción social, más aún cuando lo que nos interesa es profundizar en su gestión y regulación.

Los riesgos son al mismo tiempo reales y conformados por la percepción intersubjetiva. El conocimiento sobre los riesgos está ligado a la historia, a los símbolos de la cultura propia y a la fábrica social del conocimiento; su percepción está siempre y necesariamente contextualizada y se construye localmente. Beck (1998) denomina a este proceso la heterodeterminación del riesgo, aludiendo a la pugna que libran las variadas pretensiones de racionalidad por establecer grados de preeminencia. Rompe así con la concepción de que los riesgos se determinan en el ámbito científico, a partir del cual se difunden a través de acciones de concienciación o programas de educación. La ciencia ha perdido su monopolio en la definición de los espacios de incertidumbre. Se abre la veda a que en el debate político los riesgos se minimicen, se sobredimensionen o se atribuyan a causas disímiles, a partir de puntos de vista que responden a intereses y valores diversos. Para Beck no resulta suficiente hablar de *cultura del riesgo*, como hiciera Lash (1999), puesto que su intención es resaltar cómo la experiencia de la realidad cotidiana se ve mediada por esas incertidumbres distintas que son los riesgos. Efectivamente, citando a Van Loon, el autor asume que no es posible comprender los riesgos fuera de sus materializaciones en mediaciones particulares, y añade, “sean éstas científicas, políticas, económicas o populares” (Beck, 2001:10). Sin embargo, y aunque el autor reconoce un mayor acceso y accesibilidad a la información y el conocimiento *sobre* los factores susceptibles de peligrosidad, no vaticina una democratización similar en la determinación *de* los riesgos: “there are winners and losers in risk definitions. Power and access to and control of knowledge thus become paramount in a risk society” (Fox, 1999:13).

La afirmación de que las situaciones de riesgo constituyen posibilidades y no realidades, plantea una incógnita fundamental ¿Cómo se descodifica la posibilidad? ¿A qué parámetros se remiten los individuos para darle respuesta? La propuesta de Beck parece ambivalente e incluso podría considerarse contradictoria: por un lado considera la experiencia personal y las narrativas públicas como fuentes de saber fundamentales en la descodificación; por otro lado reconoce en la determinación del riesgo una triple participación de expertos científicos, en el papel de productores, de analistas y de especuladores de las definiciones de riesgo (Beck, 2001).

Para comprender este doble plano de la experiencia del riesgo, debemos tener clara una distinción fundamental: dependiendo de si el potencial de amenaza es o no *determinable* por los propios medios cognitivos y por las posibilidades de experiencia, será necesario un u otro tipo de conocimiento. Un padre que no sea primerizo ya sabe *por propia experiencia* que cuando las mucosidades de su hijo/a no van acompañadas de fiebre no suponen un riesgo alarmante; para llevar a cabo esta operación cognitiva no necesita de libros de pediatría, ni de estudios epidemiológicos, ni de análisis médicos; el peso de su experiencia es la que se proyecta en su vivencia del riesgo y en su actuación consecuente. Sin embargo, este mismo padre se encuentra en una situación distinta cuando *descubre* que el plástico de los chupetes o biberones que le da a su hijo/a puede presentar bisfenol A<sup>8</sup>. La actuación que se deriva de esta información, así como la valoración de sus repercusiones y de su etiología/posología depende, por lo general, del conocimiento ajeno, del saber experto.

Este caso expuesto nos sirve para ilustrar que en nuestra sociedad es la determinación del riesgo lo que reubica al sujeto *conocedor* en una posición particular respecto su objeto de conocimiento: “las situaciones de peligro crean unas dependencias desconocidas en las posiciones de clase: los efectos serán incompetentes en cuestión de su propia afectación. Ellos pierden una parte esencial de la soberanía cognitiva. Lo amenazante, lo hostil, lo perjudicial acecha por todas partes; pero el que sea hostil o amistoso se sustrae a la propia capacidad de juicio y queda confiado a las aceptaciones, los métodos y controversias de productores ajenos de conocimiento” (Beck, 1998:60). De este planteamiento es fácil colegir que, el análisis sociológico del conocimiento que plantea Beck, demanda la emergencia de una nueva figura de *savant*: la del experto/a del riesgo,

---

8 Sustancia que se considera peligrosa para la salud por tratarse de un disruptivo capaz de alterar el sistema endocrino e interferir en los sistemas hormonales de animales y humanos.

aquel/la sujeto con competencias contrastadas para determinar qué hay que temer y qué no. Puesto que las situaciones de peligro les son propias a todas y cada una de las experiencias cotidianas, los/as expertos/as del riesgo proliferan ofreciendo soluciones a las *incertezas* que los sujetos no pueden resolver; incluso, apunta Beck, a menudo se da la situación contraria: “La decisión misma de si se les pide consejo o se les deja entrar, ha dejado de estar en manos de los afectados. Estos ya no buscan a expertos del riesgo sino que estos últimos pueden escoger a los afectados” (Beck, 1998:60) .

Retomaré en el análisis de la información este último apunte, sin embargo, no quisiera dar por finalizada esta revisión sin apuntar algunos interrogantes que sugiere el marco conceptual de Beck ¿Cómo consiguen estas pretensiones de racionalidad experta desplazar a las narrativas legas? ¿Cómo son hibridadas con aquellas? Y todavía más ¿Cómo se forma el sujeto en esas capacidades necesarias para anticipar, gestionar y soportar las incertidumbres de nuestra época? “In risk issues, no one is an expert, or everyone is an expert, because all the Experts presume what they are supposed to make possible and produce: cultural acceptance” (Beck, 1994 citado en Fox, 1999).

La crianza, el cuidado de menores de 12 meses, no parece un objeto para ser escrutado por la categoría de análisis del riesgo. El riesgo, la incertidumbre, la preocupación afloran como elementos propios de la experiencia de la parentalidad. Más aún, el desasosiego y la inseguridad que provoca el cuidado de un bebé, dependiente y sin habilidades de comunicación adulta, se muestran como premisas coherentes con el desempeño de la crianza, de la *buena* crianza, que nada tienen que ver con la experiencia individual y contextualizada. Sin embargo, esta afirmación debe ser revisada. En primer lugar porque la definición de la infancia, y por lo tanto de su cuidado es, como ya hemos visto, una construcción social fijada a coordenadas histórico-culturales; en segundo lugar, porque la particularización del riesgo en la Sociedad del Riesgo adopta, como ya se ha explorado, características propias; en tercer lugar porque las distintas posiciones en la estructura social que pueden detentar las familias nos llevan a hablar de *crianzas* y no de *crianza*, esto es, porque se deben aceptar distintas experiencias de relación entre padres, madres e hijos/as, y lo que es más importante aquí, reconocer distintas opciones y oportunidades en las posibilidades de gestión de los riesgos.

Es más, desde la exclusiva perspectiva del riesgo y la incertidumbre, la pregunta importante no es, por qué padres y madres temen por la salud y el bienestar de sus

criaturas, algo, como veremos seguidamente inherente a las sociedades modernas, sino qué mecanismos sociales son necesarios para gestionar esa ansiedad, esa incertidumbre.

#### **3.2.1.1.4. Cuidar el cuidado, una labor encomendada a padres y madres en la Segunda Modernidad.**

Desde que se reconoce a los/as niños/as como una categoría especial de seres que debe ser protegida y a la infancia como un estadio singular, tanto los/as infantes como la infancia se ven recategorizados como entidades vulnerables que merecen una particular protección y vigilancia (Jackson and Scott 1999). La vulnerabilidad consiste, según Romani y González (2002:6) “en un estat en el qual alguns individus i/o grups socials disposen de pocs recursos socials, culturals, econòmics i personals per moure’s en el món en què viuen, per negociar la seva vida i la seva posició en ell.”

Reconocer que los/as niñas no tienen capacidad para preservar su propio bienestar conlleva dos implicaciones ontológicas fundamentales en la relación entre la infancia y los cuidados. Especialmente, dado el caso que nos ocupa, entre las crianzas y la atención a la salud de las y los menores. Por un lado, exige que un alguien o unos/as “álguienes” se erijan como tutores/as veladores/as de la seguridad de estos medios-seres; por otro lado, y a consecuencia de ello, delega en estos agentes protectores la potestad de delimitar el espacio de riesgo asumible y de nutrir de significado la peligrosidad potencial. En esta tarea de cuidado participa el Estado y en nombre de él, los servicios sociales, judiciales, de atención a la salud, así como las instituciones educativas; en cambio, en la determinación del riesgo cotidiano, son los agentes socializadores los adjudicatarios de este cometido: el riesgo al que es sometido un/a menor depende de la decisión de unos sujetos particulares: su(s) madre(s) y/o su(s) padre(s). Son estos otros/as significantes los que deciden asumir o no los riesgos derivados de una situación concreta.

La historiografía nos ha ilustrado con evidencias de que en épocas anteriores la vida, sobre todo la de los/as niños/as resultaba, en términos generales, mucho más difícil e insegura que la actual; sin embargo, tal y como nos han demostrado Beck y Giddens, de ello no podemos colegir que la cotidianidad de nuestros infantes esté exenta de incertidumbres. El legado que nos ofrece la modernidad tardía consiste precisamente en la reconversión de aquellos peligros industriales en riesgos postmodernos, con las consecuencias que de esta mutación se derivan. Hoy algunos y algunas somos conocedores/as de ello, tenemos información de los riesgos que corren nuestros/

as pequeños/as, y es precisamente esa posición como tales la que nos obliga a tomar partido. Nuestra cotidianidad es pensada, es experimentada en términos de riesgo y de la valoración de éste (Giddens, 1991). Por ello, la ansiedad que provoca en las personas adultas el cuidado de las criaturas no es algo que podamos referir como rasgo natural, propio de *el ser* madre o *el ser* padre – la prueba está en el diferente trato que han recibido los/as niños/as en las distintas eras— sino como el resultado de aprehender esta etapa de la vida a través de la lente del riesgo y la incertidumbre. En definitiva, el desasosiego que produce la crianza responde a nuestra percepción del mundo como un lugar inseguro y sobre todo impredecible: “the pursuit of risk reduction relates to the emergence of a society wich is obsessively preoccupied with a search of safety” (Wilkinson, 2001:6).

Sin embargo, esta no es una experiencia de la parentalidad que se le pueda conferir a todas las familias, antes bien, tal como anticipa Beck, la estratificación social que se deriva de la distribución del acceso al conocimiento sobre los riesgos, comporta unas posiciones más susceptibles de aprehender ese desasosiego que otras, y entre las primeras, de hacerlo de maneras diversas. Tememos que nuestros hijos se intoxiquen con cualquier alimento o sustancia de origen desconocido, o que enfermen de algún virus importado, o incluso que llegue un tsunami fortuito y nos los arrebate; nos atemoriza que alguien pueda secuestrar a nuestras hijas o atropellarlas mientras aprenden torpemente a cruzar la calle; al mismo tiempo, y en un plano totalmente distinto, nos angustia que no gocen de las habilidades necesarias para tener una red importante de amigos/as o a la inversa, nos preocupamos si tienen de más. Todos ellos son riesgos, y aunque la probabilidad tecnológica de que sucedan muchos de ellos sea exigua, esta condición no les deja de imprimir realidad como tales. No dejan de ser origen de ansiedades para sus tutore/as. Si como dice Ian Wilkinson (2001), las sensaciones desagradables que denominamos ansiedad constituyen un fenómeno exclusivo de la Modernidad tardía, dado que derivan de las nuevas concepciones del riesgo, podemos concluir de ello que las ansiedades que padres y madres, sobre todo aquellos de clase media, experimentan para con la seguridad de sus hija/os hoy, son coetáneas a la experiencia del mundo propia de nuestra época contemporánea.

Estas premisas que acabamos de apuntar, unidas a flujos demográficos de descenso de la natalidad, son las que nos llevarían a pensar en la crianza actual como un proyecto sometido a un cuidado intensivo por parte de las y los adultos.

### 3.2.1.2. Juegos de mecano o cómo articular los planes de crianza en el proyecto de individualización.

En el prefacio al libro “Individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas” de Ulrich Beck y Elisabeth Beck-Gernsheim apunta acertadamente Baumann: “La individualización consiste en hacer que la identidad humana deje de ser un “dato” para convertirse en una “tarea”, y en cargar sobre los actores la responsabilidad de la tarea y de las consecuencias (y efectos secundarios) de su actuación” (Baumann, 2003:20). El viraje epistemológico que declara Baumann en esta definición, y que le es propio a la teoría de Beck y Beck-Gernsheim es de gran trascendencia. Aceptar la identidad como tarea y ya no como dato supone reconocerla como proyecto en construcción, con sus idas y venidas, con zigzagueos, contradicciones y redefiniciones, pero también implica considerar al sujeto como un agente activo con participación en la configuración de su identidad.

La experiencia postmoderna es una experiencia destradicionalizada: “Desde todos los puntos de vista, la clase y el género eran “hechos de naturaleza”<sup>9</sup>, y la misión que incumbía a la afirmación personal de la mayoría de los individuos era la de “encajar” en el nicho asignado comportándose como se comportaban los demás ocupantes del mismo” (Bauman, 2003:22). Hoy parece fuera de cuestionamiento que en nuestras sociedades occidentales hombres y mujeres puedan planificar, proyectar su vida de acuerdo a sus intereses y deseos. Tanto es así, que tendemos a recriminar y denunciar públicamente como muestras de sumisión aquellos ejercicios o prácticas que nos parecen propios de otros tiempos<sup>10</sup>. No obstante, aquello que emana en el sentido común de forma incontestable no es otra cosa, nos advierten Beck y Beck-Gernsheim (Beck -Gernsheim, 1996; Beck y Beck-Gernsheim, 2003) que una construcción social intrínseca al proceso de modernización tardía. Desde este posicionamiento previo, lo que desarrollaré en este capítulo es la tesis que se refiere a un impulso social de la individualización, una lógica con un alcance y dinámica desconocidos con anterioridad, con sus riesgos, oportunidades y contradicciones.

---

9 Si bien Baumann está aludiendo aquí a una definición categórica de género soterrada en la arena reproductiva, perspectiva de la que ya nos hemos distanciado en nuestra propuesta teórica, nos sirve su exposición aquí para contrastar como era entendido el género y el posicionamiento individual respecto las relaciones que de este se derivaban y cómo lo construimos teóricamente en la actualidad.

10 Nos referimos por ejemplo a la práctica cultural que llevan a cabo algunas mujeres musulmanas que se cubren el cabello con un velo, una práctica que se pone en cuestionamiento constantemente.



El eje fundamental de la teoría de la individualización radica en destacar la transformación experimentada por las construcciones identitarias. Donde el individuo hallaba fórmulas dadas de identidad colectiva, hoy encuentra un abanico de prácticas *laxas* dependientes de su elección personal y de su reflexividad. La propuesta de Beck y Beck-Gersheim (1998; 2003) gira alrededor de una idea principal: el desanclaje de las coordenadas previamente existentes, el aumento de la fragilidad de los lugares comunes como la clase, el estatus, las adscripciones de género, la familia... resitúa al individuo. Bajo el régimen del riesgo, las trayectorias de vida gobernadas por lazos familiares, trayectorias de clase, etnia y género, han sido desplazadas por biografías "do-it-yourself", que se convierten en la forma prevalente de las determinaciones culturales (Beck, 1998). Las formas sociales con las que el sujeto se identificaba anteriormente, son desplazadas por un patrimonio de posibilidades de acción, de ejes versátiles con los que articular su construcción identitaria. No cabe duda, por lo tanto, que se produce un ensanchamiento de las oportunidades y las contingencias de elección y decisión, o dicho en términos metafóricos, la vida contemporánea se volvería plástica y la individualidad sería entendida como un ensamblaje singular de materiales colectivos. Cada individuo confeccionaría su propio traje a medida, pero este se compondría de hilos y cremalleras compartidas.

Entendido en estos términos, el impulso individualizador parece prometer espacios abiertos a la creatividad y la elección, parece ofrecer nuevos márgenes de maniobra al individuo. No obstante en este proceso no todo son parabienes, el proceso de individualización también tiene consecuencias que vuelven compleja esta maleabilidad. El desanclaje de los lazos tradicionales, de los sistemas de creencias y las relaciones sociales heredadas, supone para el sujeto asumir personalmente las nuevas demandas, controles y obligaciones que le tiene preparadas la modernidad tardía. Que la subjetividad se vea desligada de las estructuras colectivas seguras, supone pensar en la vida cotidiana como experiencia abocada a una ilimitada toma de decisiones personales. Ante las nuevas situaciones no son operativas ningunas hojas de ruta evidentes, por el contrario, el individuo se ve suspendido en compromisos, decisiones en los que él resulta ser el único responsable. La inseguridad y la incertezas están servidas.

En otras palabras, si nos referimos a la inercia individualizadora, más bien, si Beck y Beck-Gersheim pueden categorizarla como presupuesto de la realidad contemporánea, es porque abandona una concepción del sujeto como agente incrustado en sistemas funcionales. Un sujeto autónomo, configurador, partícipe de su propia vida no tiene cabida si no es en una sociedad altamente diferenciada, donde los individuos deambulan

por nichos funcionales distintos, participando de lógicas incluso incompatibles (Beck y Beck-Gersheim, 2003). El sujeto de hoy se relaciona con instituciones fragmentadas. La Sociedad del Riesgo es una sociedad que propone micromundos en los que el individuo se integra parcial y momentáneamente, un orden social que debe entenderse, por tanto, como antitético a la seguridad. Esa es la sociedad que teje el telón de fondo para que aflore la necesidad de los sujetos de vivir la propia vida, y también para que sea efectiva la posibilidad de hacerlo. El proceso de individualización insta a abandonar los roles estereotipados para poner el foco de atención en los fragmentarios procesos de socialización secundaria por los que transcurre el sujeto a lo largo de su vida (Beck y Beck-Gersheim, 2003).

Estas consideraciones son precisamente las que han alimentado las críticas a la categoría beckeniana de individualización, acusándola de proyectar la vida social sin sociedad, es decir, de ajustarse a la subjetividad olvidando su génesis relacional. No en vano, la contradicción fundamental de la Segunda Modernidad parece estar en esa bisagra que haría articular las proyecciones individuales, con los marcos sociales necesarios para que éstas no se queden en meros anhelos. El individualismo deviene problemático cuando convertimos la exaltación de lo propio en el único, o casi el único, contenido de la identidad. Cuando la búsqueda de uno/a mismo/a tensa de tal manera los vínculos con el otro o la otra, que ya no resultan sugerentes ni las propias interrelaciones, ni los contenidos que se ponen en juego en ellas (Singly, 2000). La réplica de Beck y Beck-Gersheim no tarda en hacerse oír: “On the contrary, modern subjects, with their choices, exist in a space wich society is anything but absent” (Beck-Gersheim, 1996:140) El posicionamiento sociológico, nuestra mirada reflexiva, nos insta a aseverar el individualismo como proceso social. Esto es, nos referimos a este proyecto no como entidad individual, sino como proceso interactivo, relacional, que sucede en las vidas individuales al tomar conciencia, al asir las riendas del decurso vital, y todavía más, al moldear la propia biografía según los contextos y circunstancias, todo ello, por supuesto, en contextos sociales, de negociación y de solidaridad.

Es evidente que el imaginario que evoca el proyecto individualizador resulta problemático. Pareciera que su impulso arrojara al vacío al sujeto sin redes de seguridad aguardándole a mitad camino. El malentendido debe ser aclarado. La categoría Beck y Beck-Gersheim pone en tela de juicio la perdurabilidad de antiguas asideras, de las cosmologías evidentes, lo que no debe ser considerado como una desintegración total de los propios

sujetos. El colapso de marcos de referencia y modelos sancionados socialmente, no debe aceptarse como difuminación de los ejes normativos, sino como el paso a nuevas regulaciones, vigilancias renovadas y constricciones revisadas. Efectivamente, esta imagen del individualismo nos puede conducir a contraponer un constreñido control de las sociedades tradicionales a un supuesto *laisser faire* de la Segunda Modernidad. Las trayectorias vitales de otras épocas se divisarían así como continuums predefinidos y determinados socialmente, mientras que las proyecciones biográficas actuales parecerían construirse al antojo de un individuo sin compromiso ninguno. Sin embargo, si es cierto que el proyecto individualizador trae consigo lo que el autor y la autora han asimilado a un “desencrustamiento” de las adscripciones heredadas, al que no le prosiguen nuevos procesos de “reencrustación”, no es menos cierto que su teoría sí prevé determinados y diferenciados ajustes a los que atenerse. No olvidemos que Beck y Beck-Gersheim (2003) no han escatimado en adjetivar su constructo: el proceso de individualización comporta un individualismo institucionalizado.

Refiriéndose al individualismo institucionalizado Beck Y Beck-Gersheim (2003) se reafirman en un dato fundamental: el individuo no es autosuficiente. Desde mi punto de vista, Beck y Beck-Gersheim hacen una clara declaración de intenciones cuando se desmarcan de la imagen del yo autárquico propio de la economía neoliberal en los siguientes términos: “La noción ideológica del individuo autosuficiente implica en última instancia la desaparición de cualquier resto de obligación mutua, razón por la que el neoliberalismo constituye inevitablemente una seria amenaza para el Estado de Bienestar. (...) Por lo tanto, conviene distinguir entre el sentido *social-científico* de la “individualización” y el sentido neoliberal” (Beck y Beck-Gersheim, 2003:29).

Con todo ello, la Modernidad tardía no ha hecho otra cosa que transformar las tradiciones vinculantes por pautas institucionales que organizan la vida contemporánea. A las normas les han secundado las directrices, menos objetivadas, pero no por ello menos constreñidoras ¿Y quién o quiénes son los o las responsables de marcar esos mapas de ruta sin marcas? Pues son el mundo del trabajo, el Estado de Bienestar y sus instituciones en particular, quienes articulan hoy los esquemas de reglas, normas y prerrequisitos. Unas demandas que dibujan el horizonte de nuestro pensamiento, planificación y acción. La no dependencia de las redes tradicionales (familia, comunidad, redes de parentesco...) no debe entenderse como la suspensión del individuo en un limbo autónomo, al contrario, para que el sujeto pueda aspirar a darle forma a su propia vida

se ve necesitado de brújulas estructurales de identificación y contextualización, con lo que se *somete*, se aferra a otro tipo de redes, ahora modeladas por la sociedad moderna (mercados formalizados, leyes y reglamentos, administraciones públicas, prestaciones sociales...) (Flaquer, 2001).

Dicho llanamente, la individualización supone más ataduras con las instituciones del Estado de Bienestar, con los mercados de trabajo y con los sistemas legales y burocráticos: “una desvinculación cada vez mayor de las personas respecto de los grupos y comunidades primordiales, al tiempo que se acrecienta su dependencia del mercado y el Estado” (Flaquer 1999b:32). Lo expuesto hasta ahora me permite colegir que el papel del Estado y de la política, a priori, es el de coadyuvantes del desarrollo de la individualidad, responsables de proveer a los individuos de las condiciones estructurales necesarias para realizar sus proyectos individualizadores.

Ahora bien, cuando enfrentamos estas categorías analíticas con la realidad social parece que la situación dista mucho de este supuesto concierto. Observando nuestra realidad cercana nos es difícil, a menudo, establecer una relación de causa efecto entre dicho proceso teórico y la experiencia individual de los hombres y las mujeres postmodernos. No somos capaces de identificar exitosamente esos supuestos cambios en la organización social, o todavía más, sí los hallamos en los discursos –los oímos, los leemos...- pero no los percibimos, o no tanto como se esperaría, en las prácticas cotidianas ni en las representaciones simbólicas.

Resulta evidente que la transformación de la que nos hablan los autores alemanes ha traído consigo un cambio fundamental en los mandatos. Mientras que la tradición apuntaba con el dedo todo intento de transgresión de las fronteras identitarias, las nuevas instituciones alientan e incluso premian la autodefinición de las biografías individuales: “Las normas jurídicas del Estado del Bienestar convierten a los individuos (no a los grupos) en receptores de los beneficios, aplicándose con ello la norma de que la gente debería organizar cada vez más cosas de la propia vida” (Beck y Beck-Gersheim, 2003:71) Podemos afirmar, como hiciera Baumann (2003), que la individualización se proyecta como destino y no como elección. El ser humano postmoderno puede escapar de las adscripciones de género, puede rehuir de las clasificaciones de clase, puede trastocar las asignaciones de patria, pero no puede escapar al propio juego de la individualización. Hacer de la elaboración y reelaboración biográfica un proyecto individualizador, se ha

convertido en un proyecto prioritario asumido a nivel individual, donde a la exigencia de apoderarse de las riendas de la propia vida se suma el mandato de aceptar la responsabilidad respecto a ésta.

Aclaremos esto, Beck pero sobre todo Beck-Gersheim, asocian el proceso de individualización con la diversificación de oportunidades, con la dilatación de los márgenes de elección y los horizontes del deseo, pero no con la realización de éstas. En otras palabras, no es que se augure para todo individuo el cumplimiento de sus expectativas, ni de sus sueños, el proceso de individualización no opera como una quimera de autorrealización, sino como perspectiva de proyección. La cuestión no queda aquí, el punto donde, desde nuestro punto de vista, se halla la piedra angular de este enfoque teórico es aquel en el que se reconoce a la individualización como una inercia que compromete al sujeto en hacer lo posible por conseguir sus aspiraciones. En otras palabras, ahora es el sujeto el que debe aprehender que su destino está en sus propias manos, que su vida y lo que haga con ella es su responsabilidad, a quien corresponde forjar su futuro. Este planteamiento nos lleva a conceptualizar las crisis como elementos inherentes a la segunda etapa de la Modernidad, componentes que se proyectan en todas las esferas de la vida pública y privada, desde la economía, al mercado, pasando por las organizaciones, la pareja y el sujeto. Sin embargo, si en las sociedades tradicionales y de la Primera Modernidad la crisis de pareja o familiar, suponían la desintegración social, hoy devienen puntos de inflexión en el ejercicio identitario, alientos que instan a la reflexividad para decidir cómo proseguir construyéndonos: seguiremos como estamos, nos daremos tiempo, cambiaremos de rumbo...

Ahora bien, me veo obligada a apreciar que, al igual que todo proceso social, el impulso de individualización no es irruptivo, no supone un resquebrajamiento agresivo entre modelos de relaciones sociales, más bien al contrario. Debemos entenderlo como un progresivo continuum que se inicia, según Beck-Gersheim (1996), en la transición de la sociedad pre-industrial a la industrial y se intensifica en los años sesenta del pasado siglo, pero en el que, como la misma autora ha admitido, es necesario analizar bien cada grupo, entorno o región para determinar hasta qué punto los procesos de individualización –abiertos o encubiertos– han experimentado avances en su seno. No es mi intención afirmar que este desarrollo haya logrado una cobertura global de toda la población sin diferenciación alguna. Antes bien, el término “individualización” debe entenderse como

un término que designa una tendencia. “Lo que es decisivo es la naturaleza sistemática del desarrollo unida al avance de la Modernidad” (Beck -Gersheim, 2003:44).

Muchas autoras y autores feministas han identificado la crisis del patriarcado como motor de arranque de este proceso, y es esta pérdida de legitimidad de una organización anterior de la sociedad la que resitúa a las mujeres y con ello al resto del orden social (Flaquer, 2001). Los valores emergentes de individualismo y autorrealización, en definitiva, la toma de conciencia de las mujeres como seres políticos, desestabilizan el orden hegemónico y ponen en disputa la división de esferas y roles. Con todo ello, y como bien puntualizan Flaquer (2001) y Brullet (2004), en lo que se refiere a nuestro contexto, sólo nos aventuramos a afirmar que estamos en el inicio de la individualización. Una primera puesta en escena que, sin embargo, merece todo nuestro interés, puesto que la todavía convivencia entre dos modelos tan dispares de relaciones entre hombres y mujeres, ofrece un escenario donde conviven los conflictos y contradicciones en la organización social.

### **3.2.1.2.1. La paternidad sin el pater familias.**

La aportación teórica de Nancy Chodorow (1978) sobre la organización social de la progenie, señala Guasch (2008), resulta fundamental en la articulación del constructo *masculinidades* como categoría desestabilizadora de anteriores acepciones homogeneizadoras. Chodorow, como también Kimmel (1987), Connell (1995), Kaufman (1989), Gilmore (1990), Segal (1990) o Badinter (1993) insisten en la diversidad de formas que adopta la experiencia de ser hombre. No podemos entender la masculinidad sin comprender su diversidad, pues es esta última la que nos permite ver de qué modo la etnia, la clase social, la sexualidad o la edad modulan la masculinidad y también, como señala Kimmel (2008), qué aspectos de la masculinidad normativa se muestran comunes, a pesar de las diferencias. Entender que la masculinidad no es monolítica es, entonces, fundamental; comprender que tampoco es definitiva, es decir, que se ve implicada en la transformación a nivel colectivo, pero también que permite lecturas distintas a lo largo de la vida de los individuos, en definitiva, que resulta contingente, resulta determinante. Este escenario, el de la contingencia, la creatividad y la movilidad, es el único garante que ofrece posibilidades al cambio social en relación a *la* masculinidad/paternidad.

Ahora bien, y como advierte Connell (1995), reconocer que son posibles más de un tipo de masculinidades es solamente un primer paso. Dicho en otros términos, no podemos conformarnos con el relativismo como vía de conocimiento (Haraway, 1993), no podemos agotar nuestro esfuerzo analítico confiando en la posibilidad de que las configuraciones de género devengan verdaderamente plásticas, corremos el riesgo de obviar las posiciones de poder —y las relaciones que se dan entre ellas— que articulan las distintas modalidades de masculinidad, y de éstas respeto las feminidades. Es por ello que cuando Connell (1995) elabora su herramienta analítica de *masculinidad hegemónica*, advierte del carácter sociohistórico del término, definiéndolo como aquella lectura de la masculinidad que consigue presentarse en una sociedad dada como arquetipo de lo masculino, que ocupa una posición simbólica de privilegio en el modelo de relaciones de género propio de una comunidad.

Si desde el feminismo se ha insistido en que las maternidades son imbuidas por esquemas ideológicos y dominantes, siguiendo la línea argumental de Hays (1998), hay que advertir que la normatividad también impera en las paternidades. La paternidad, como también la maternidad, se nutre de los significados que le atribuye cada sociedad, de lo que resulta significativo, adecuado, bueno, recomendable para los hombres, pero también y en un mismo nivel, de lo que resulta fuera de lugar, inapropiado, rechazable (Guasch, 2008). Los hombres al igual que las mujeres se ven suspendidos en redes simbólicas y reguladoras sobre un ideal concreto de masculinidad.

La propuesta de Connell (1995) sin embargo, se posiciona en una convergencia de relatos que acepta tanto la hegemonía en la masculinidad, y por lo tanto la subordinación, como la experimentación plural —aunque muy a menudo cómplice— que resulta en masculinidades diversas. La autora dota su epígrafe de un carácter estructurador, reconoce que son solamente un número reducido de hombres los que ponen en práctica, de manera fiel, el modelo hegemónico en su totalidad. Ahora bien, aunque este esquema de masculinidad sea puesto en práctica de forma minoritaria, no quiere decir que los hombres, como grupo, se beneficien de las ventajas que los obtienen de la subordinación de las mujeres, de lo que la autora llama “dividendo patriarcal”. La masculinidad no tiene que ver, por lo tanto, con la lectura fisiológica de los cuerpos, sino —como argumenta Guasch (2008)— con el resultado de las estructuras de género que organizan la identidad y las posiciones de los hombres al margen, y eso es fundamental, de que estos cumplan o no con las posiciones de género dominantes.

Desde el campo de los estudios de la construcción de la/las paternidad/s, Lupton y Barclay (1997) nos advierten que, pese al interés mostrado por la literatura científica sobre la/las masculinidad/s, nos encontramos a menudo en el nivel científico estudios que pasan a ser, en cierta medida, reproductores de una construcción sexual del *self*. El escrutinio de las masculinidades se lleva a término a través de las dimensiones “públicas” de la identidad y de los estereotipos tradicionales de género, como el deporte, el trabajo o la sexualidad, bajo esta mirada nuevamente sesgada, las experiencias masculinas de la paternidad, se ven obviadas como objeto de estudio y así el eje identitario de la paternidad queda desatendido como elemento articulador de la masculinidad. Las puntualizaciones de Lupton y Barcklay (1997) nos ponen en preaviso de que los análisis científicos de la realidad, incluso cuando pretenden adoptar una perspectiva de género, pueden imprimir y promover, ellos también, unas lecturas de la realidad nutridas de las mismas categorías androcéntricas que pretendían superar.

Los idearios implícitos que subyacen a la construcción social de la feminidad y la masculinidad no son huérfanos del contexto en que emergen, más bien al contrario, no son comprensibles si se obvia su contingencia. Es por eso que, a priori, estamos tentadas de deducir que el marco propuesto por la Segunda Modernidad, se impregna en los modos en que los hombres de las sociedades modernas contemporáneas se piensan como padres y actúan como tales (Lupton and Barclay, 1997).

La evolución del capitalismo que involucra no solamente los hombres, sino también a las mujeres, en el proceso de salarización; la penetración de las ideas de individualización en las cosmologías familiares (Osborne, 2004), y sobre todo, nos dirá Flaquer (1999a), el destronamiento del patriarcado impulsado por unas mujeres subjetivadas como agentes políticos, pasan a ser el escenario de emergencia de nuevas narrativas sobre la paternidad, unos relatos que descansan en la redefinición de los contornos de la masculinidad y que pasan a ser desestabilizadores de esa supuesta armonía familiar tradicional. La saturación de los discursos culpabilizadores destinados a las mujeres por no doblarse a su dictado cultural —el de esposas, amas de casa y madres— y las reivindicaciones sociales y políticas del feminismo, hacen que la implicación de los padres en la crianza pase a ser una cuestión de responsabilidad social (Lozano, 2001). En la Segunda Modernidad, la familia se ve también destradicionalizada, despojada de los marcos simbólicos que dotaban de forma y contenido unas posiciones tradicionales de género (Beck-Gersheim, 2003).



El arquetipo del nuevo padre en contraposición al ideal de *pater familias*, dicen Lupton y Barclay (1997), se construye desde el eje axial del cuidado y la demostración de afecto hacia las criaturas, así como desde una posición de asunción compartida de la crianza. Huelga decir que esta figura de la paternidad necesita un marco efectivo de organización familiar pospatriarcal, pero solamente es posible en el contexto de un orden social igualitario.

Al tiempo que nos alejamos de la paternidad como adscripción genérica y ponemos en tela de juicio el orden androcéntrico, nos aproximamos a la necesaria distinción entre las lecturas sociales sobre la paternidad y las experiencias encarnadas de ésta.

No quisiera dar a entender que en la sociedad actual ha quedado desterrada una masculinidad hegemónica ajena al cuidado, sino que el impulso de la individualización suscita versiones caleidoscópicas y a veces contradictorias de ésta. En el tiempo de la individualización, de la sociedad reflexiva, el proceso de destronamiento de antiguos arquetipos no va acompañado de renovadas asas a las que aferrarse, los padres se ven alentados a moldear creativamente la relación con su hijo o hija, eso sí, con un propósito a cumplir: desmarcarse de la herencia traspasada por los padres “de antes”.

La imagen de la paternidad armoniosa debe ser desterrada para dar paso a una paternidad confluctuada: los padres de hoy se ven confrontados con la demanda social de erigirse motor de cambio de los viejos modelos tradicionales de paternidad (Williams, 2008). Hay muchos hombres que ya han iniciado este proceso reflexivo, cuestionando aquellas disposiciones tradicionales que no les permitían adentrarse en terrenos como el de la paternidad, el de la amistad con las mujeres o el de la experiencia plástica del propio cuerpo. Se trata de hombres que participan, por lo menos en la esfera privada, de un cambio cultural importante en las relaciones de género y en la modulación de la experiencia de la masculinidad (Carabí y Armengol, 2008). No obstante, parece que estas “nuevas paternidades” no han conseguido desarticular la dominación masculina, como insiste Bourdieu (2000), que se sirve de su carácter tácito, invisible, para permanecer vigente en las disposiciones de hombres y mujeres de manera que, todavía hoy, muchos de ellos no son conscientes del dominio que ejercen sobre las mujeres, de su dividendo patriarcal —en términos de Connell (1987)— y de entre aquellos que sí que lo son, hay también los que se resisten a desprenderse de estas posiciones privilegiadas.

En esta línea, en su estudio sobre los hombres jóvenes y la paternidad, Alberdi y Escario (2007) sugieren que la llegada del primer hijo o hija constituye un suceso paradójico para los hombres; quienes ven despertar sentimientos y emociones en letargo hasta ese momento que, al mismo tiempo, se ven intersectados por una cierta nostalgia de pérdida. La redefinición de posiciones que exige la nueva paternidad, tiene implicaciones no deseadas por muchos hombres. La asunción del trabajo de cuidado por su parte, conlleva la renuncia de determinados privilegios laborales y aspiraciones profesionales que pasarían a ser compartidas con las mujeres en un justo reparto, tanto de los beneficios como de las penalizaciones inherentes a la maternidad y la paternidad (Alberdi y Escario, 2007). Los estudios realizados en el Estado Español sobre los usos del tiempo, demuestran que se continúan dando desigualdades en las prácticas de cuidado a las familias de dos miembros adultos, y que estas grietas son explicadas, sobre todo, por el género (Torns, 2007; Brullet y Roca, 2008; Domínguez et al. 2011). Estas resistencias que muestran muchos padres actuales, y que podrían ser explicadas por la relación de complicidad de los hombres con la subordinación femenina, han hecho despertar algunas voces críticas (La Rossa, 1997; Wall and Arnold, 2007) que ponen en tela de juicio la realidad efectiva de estas nuevas modalidades de paternidad, donde el “padre nutricional” (Williams, 2008), el “padre involucrado”, se proyectaría más pronto como figura propia del imaginario contemporáneo y no tanto como un ejercicio de reflexividad en concordancia con los nuevos tiempo.

En el apartado que sigue plantearemos las transformaciones y proyecciones que ha supuesto (o supone) el proceso de individualización para la vida de las mujeres, así como los desajustes que se están dando en nuestra Modernidad tardía, mientras el viejo orden de género muestra sus resistencias a ser superado por otro más igualitario.

### **3.2.1.2.2. Corsés que todavía constriñen: el proceso de Individualización en la articulación identitaria de las mujeres.**

El capítulo que Beck-Gersheim (2003) dedica a la individualización de las mujeres se titula *De “vivir para los demás” a “vivir la propia vida”, la individualización y la mujer*. No obstante la autora matiza rápidamente ese enunciado tan alentador con el epígrafe del primer apartado del texto: “la mujer en el proceso de individualización: entre el “ya no más” y el “aún no”. A nuestro parecer la elección de estos títulos no podría ser más sugerente, su combinación anticipa, de buen principio, el carácter contradictorio y

conflictivo que le es propio al proyecto individualizador de las mujeres: en la Modernidad tardía, las mujeres abandonarían las posiciones adscritas arropadas por la feminidad tradicional; sin embargo, ese desencrustamiento lejos de ser irruptivo y definitivo, adoptaría un carácter de proceso etápico mucho más lento y conflictivo de lo que cabría esperar en nuestras sociedades democráticas. De ahí el “aún no”.

La Segunda Modernidad y su cultura del individualismo institucionalizado, en términos de Beck y Beck-Gernsheim, pone en entredicho los mandatos que daban soporte a la identidad femenina. El matrimonio, la familia, la crianza dejan de ser coordinadas biográficas atribuidas a las mujeres y el carácter nutricional que impregnaba su construcción como individuos pierde fuerza. Ante las mujeres se abren hoy escenarios de acción, vetados en otros tiempos, que proponen un abanico de oportunidades y nichos de autorrealización, que ofrecen posibilidades donde ejercer la autonomía. Son estas transformaciones, con sus vaivenes, sus encuentros y desencuentros los que llevan a Elizabeth Beck-Gersheim (2003) a inferir esa tendencia que va de “un vivir para los demás a un vivir un poco la propia vida.” Con estas declaraciones la autora asienta las bases para comprender los efectos del proyecto individualizador en la articulación de las posiciones sociales de las mujeres, reconociéndole a dicho proceso la potestad de subvertir, para siempre, los referentes identitarios que hasta el momento modulaban los *self* femeninos.

Pero ¿por qué detenernos en las trayectorias de las mujeres cuando asumimos que la Segunda Modernidad conlleva un proceso de democratización de los procesos de individualización? Un análisis de la realidad social que asuma como propio el prisma de la perspectiva de género no puede ni debe entenderse como una reflexión sobre la experiencia y la situación de las mujeres, si ello no va acompañado de la deliberación sobre las posiciones que éstas detentan en la estructura social. Esto es, el análisis no asume como premisa la exploración de las relaciones de poder en las que hombres y mujeres se ven imbuidos en el orden social imperante. Siendo que nuestro interés se centra en las elaboraciones y aprehensiones de la crianza como práctica social, pareciera que diésemos a entender una cierta aleación entre crianza e individualismo femenino, como si una fuera territorio reservado del otro; o que obviáramos el carácter relacional que en un capítulo anterior le reconocíamos a los cuidados. Sin poner en entredicho las decisiones de muchas mujeres que construyen su proyecto de vida alrededor de la crianza de su/s hijo/s o hija/s, en solitario o en pareja, y sin negar el interés que podría despertar la temática, lo cierto es que queremos prestar especial atención aquí a las crianzas

compartidas e individualizadas, que se están dando en contextos de democratización de los derechos de la ciudadanía. Unos tipos de crianzas que, a priori y consecuentemente, ponen en tela de juicio el orden social que construía a las mujeres como “seres para los demás”. En otras palabras, reconocer el proyecto individualizador para las mujeres resulta de por sí subversivo en cuanto supone el desmantelamiento y deslegitimación del orden social previo, ese *Contrato sexual* legitimado por el patriarcado moderno (Paterman, 1998) que delegaba a las mujeres a una posición desvalorizada, no pública y por lo tanto invisibilizada.

La inercia individualizadora de la Segunda Modernidad es deudora del resquebrajamiento del patriarcado. El orden social que situó al individuo ciudadano (y no a la ciudadana) en el núcleo de la estructura jerárquica no pudo impedir, llegado el momento, la lucha y toma de conciencia de muchas mujeres respecto su autonomía. El acceso de las mujeres a la educación y al mercado de trabajo e incluso a la esfera política han de ser considerados como logros incuestionables en ese reclamo de igualdad entre hombres y mujeres. Sin embargo, y sin querer restarle valor a dichas conquistas, no podemos sino sumarnos a la tradición feminista para reconocer que estas no son sino estelas de la crisis del patriarcado como sistema cultural. Como asevera Lluís Flaquer (1999a:15) “lo importante en el cambio social es la transmutación de las ideas y los valores”. En este caso son las ideas, es la toma de conciencia por parte de las mujeres de su autonomía, de su situación desigual, de sus posiciones sociales dominadas lo que deviene motor de impulso hacia un cambio infrenable capaz de deslegitimar los pilares de base del patriarcado.

Efectivamente, un proyecto que aboga por la autorrealización de los sujetos no puede sostenerse en presupuestos de desigualdad entre hombres y mujeres. Hoy por hoy no podría considerarse lícito el promover el individualismo de *unos* aparejado a la dependencia de *otras*; sería políticamente incorrecto, pero también injusto e incluso ilegal (Flaquer, 2001). El proyecto individualizador debe ser parejo para hombres y mujeres, y así se presenta como mandato en nuestra realidad social, con sus sinergias y sus desencuentros, demandando de unos, pero también de otras, que moldeen sus vidas como si de arcilla se tratara. Sin embargo, tal y como ponen al descubierto no sólo los movimientos feministas sino también la teoría social crítica, este no es sino un cambio social incompleto: “Una revolució tanmateix inacabada i amb efectes i conseqüències

socials que la societat i les seves institucions encara han de pair en molts sentits” (Brullet 2009:45).

Los sistemas de bienestar social avanzados reconocen los derechos de las mujeres. La posición de las mujeres jóvenes tanto en la esfera privada como en la pública está cambiando de manera irreprimible. Parece que como apunta Ulrich Beck (1998): “la conciencia se ha anticipado a las relaciones” y que ya no sea muy probable que “se pueda retrasar los relojes de la conciencia” (Beck ,1998:132), que se pueda ralentizar tremendo torbellino.

A razón de los datos de matrícula, el porcentaje de mujeres que accedieron a la Universitat de València en el curso 2010/2011 fue de un 59% mientras que el de los hombres fue del 41% (Perelló, 2012). Este empeño aplicado, este ejercicio de proyección futura hace de muchas mujeres jóvenes sujetos con unas expectativas determinadas: la de ver traducidos sus esfuerzos en posiciones reconocidas en el mercado de trabajo. Si en otras épocas sus intereses se adscribían a aquellos conocimientos que las *especializaban* en su rol de esposas y madres, hoy no están dispuestas a renunciar a sus proyecciones, a desatender su proyecto individualizador<sup>11</sup>. Sin embargo, contradiciendo todas las fórmulas apriorísticas -a más formación, mayor abanico de oportunidades– los presupuestos (los de la educación, los del derecho) no se ven reconvertidos en *factos*. En las sociedades democráticas de la Segunda Modernidad, el proyecto individualizador de las mujeres todavía cuenta con salvedades inesperadas, ante las que ellas asisten atónitas. Unas de ellas son las restricciones del mercado de trabajo, la otra la de las actitudes de algunos compañeros. De las primeras haremos referencia aquí, las segundas las retomaremos en el siguiente apartado de este apartado.

---

11 Desde un nivel del análisis distinto, se podría indagar por qué, aún con todo ello, siguen existiendo carreras universitarias tremendamente feminizadas como la de magisterio, la de enfermería, o la de pedagogía que podríamos asociar con esos roles tradicionales.

### Alumnado matriculado en estudios universitarios por tipo de estudios. Curso 2009-10

	Total		Porcentaje	
	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones
<b>Total</b>	<b>841.763,0</b>	<b>717.875,0</b>	<b>54,0</b>	<b>46,0</b>
Arquitectura e Ingenierías Técnicas	39.409,0	129.7959,0	23,3	76,7
Diplomaturas	217.132,0	98.099,0	68,9	31,1
Licenciaturas	339.695,0	231.050,0	59,5	40,5
Titulos dobles (1)	43.134,0	96.143,0	31,0	69,0
Arquitectura e Ingenierías	11.997,0	8.292,0	59,1	40,9
Estudios de grado	112.687,0	85.039,0	57,0	43,0
Doctorado	32.909,0	30.557,0	51,9	48,1
Máster Oficial	44.800,0	38.900,0	53,5	46,5

(1) estudios conducentes a la obtención de dos titulaciones oficiales

Fuente: Estadística de la Enseñanza Universitaria. INE

Fig.6. Alumnado matriculado en estudios universitarios por tipo de estudios. Estado Español. INE

Como bien ha remarcado Teresa Torns en repetidas ocasiones (Torns 2007; 2008), si algo queda claro tras el estudio de la relación entre el trabajo y las mujeres, es que el problema no son las mujeres. Maruani explica así esta cuestión: “El mercado de trabajo se sigue caracterizando por sus fronteras de desigualdad: si bien la brecha masculino/femenino sigue siendo una de las bases de hormigón sobre las cuales se erige el marco del mercado laboral, las modalidades de dichas diferencias se modifican continuamente. Las fronteras no se borran, sino que se desplazan” (Maruani, 2000:16). La mayor cualificación de las mujeres no se ve traducida en una posición igualitaria a la de sus compañeros, la propia lógica del mercado de trabajo dispone de estrategias que frenan esta incorporación. Entre estas barreras la doble segregación que todavía hoy se hace patente, una segregación horizontal que orienta a hombres y mujeres a ocupaciones específicas, y una segregación vertical que pone trabas a la promoción laboral de ellas. Entre las lógicas aquellas que distribuyen genéricamente los índices de paro, los contratos temporales, o la media jornada laboral (Torns, 2002). La masiva incorporación de las mujeres al mercado laboral pone en tela de juicio el modelo *bread-winner*, sin embargo en las dinámicas de los mercados de trabajo esta organización genérica no resulta, todavía hoy, caduca.

Podríamos decir que la espiral de la individualización arranca desgarradamente a las mujeres de sus asideros tradicionales de género, mientras que la realidad social les tiene reservada un arnés para que no se desvinculen demasiado de ellos. Este fenómeno se

### Tasa de empleo según grupos de edad. Brecha de género

Varones	2010	2009	2008	2007	2006
<b>Total (de 16 y más)</b>	<b>54,7</b>	<b>56,5</b>	<b>62,5</b>	<b>64,9</b>	<b>64,8</b>
De 16 a 24	28,2	32,4	43,2	48,5	48,6
De 25 a 54	75,7	77,3	84,4	87,6	87,6
De 55 a 64	54,7	56,7	60,9	60,0	60,4
De 16 a 64	65,6	67,6	74,6	77,6	77,3
De 20 a 64	69,1	71,0	78,1	80,7	80,8
<b>Mujeres</b>					
<b>Total (de 16 y más)</b>	<b>41,6</b>	<b>42,1</b>	<b>43,9</b>	<b>43,6</b>	<b>42,4</b>
De 16 a 24	26,5	29,1	35,7	37,0	37,7
De 25 a 54	63,2	63,8	65,9	65,7	63,7
De 55 a 64	33,2	32,3	31,2	30,0	28,7
De 16 a 64	53,0	53,5	55,7	55,5	54,0
De 20 a 64	55,8	56,3	58,4	58,0	56,5
<b>Brecha de género (varon-mujer)</b>					
<b>Total (de 16 y más)</b>	<b>13,1</b>	<b>14,4</b>	<b>18,6</b>	<b>21,2</b>	<b>22,4</b>
De 16 a 24	1,7	3,3	7,5	11,5	10,9
De 25 a 54	12,5	13,6	18,5	22,0	23,9
De 55 a 64	21,5	24,5	29,8	30,0	31,7
De 16 a 64	12,6	14,0	18,9	21,9	23,3
De 20 a 64	13,3	14,7	19,7	22,7	24,3

Fig.7. Brecha de género en la tasa de empleo. Fuente: Mujeres y hombres en España, INE

da especialmente en las configuraciones familiares y de forma encarnada en el período de crianza.

No podemos negar el valor social que tiene la participación de las mujeres en el mercado laboral, más aún si tenemos en cuenta que en la sociedad actual los tiempos laborales son traducidos por unidades monetarias, imprescindibles para garantizar en mayor o menor medida nuestra independencia económica. Ahora bien, la correlación entre el proyecto de individualización de las mujeres y su participación en el mundo laboral no parece suficiente.

Resulta incuestionable que el empleo remunerado constituye, en las sociedades mercantilistas, la puerta de entrada a la autonomía económica. Que las mujeres trabajen fuera de casa supone, por un lado, que participen de la esfera pública de la misma manera que los hacen los hombres, y por lo tanto que su autorrealización se nutra de nichos alternativos al del hogar; por otro lado, la no presencia física en el hábitat compartido las exime, en principio, de apropiarse en exclusiva de las tareas y tiempos

de mantenimiento del hogar y de cuidados. Ciertamente es que todas estas premisas afloran como elementos necesarios para la articulación de una identidad individualizada, sin embargo, y sin obviar la importancia de todo ello, nuestro análisis no puede ni debe conformarse con esta observación. Concebir el trabajo, la profesión, como la principal e incluso única dimensión de la construcción identitaria es caer, como bien han demostrado las corrientes feministas (Singly 1999, Torns 2008, Carrasco 2009), en un reduccionismo mercantilista con sesgo androcéntrico. El proyecto inacabado de la individualización de la vida de las mujeres, como la de muchos hombres, acomete muchas cosas más que su construcción identitaria como trabajadoras, las mujeres *desean ser* muchas otras cosas más que empleadas y/o cuidadoras, quieren ser también pintoras, practicantes de Pilates, aprendices de japonés o danzas africanas, amigas que quedan a tomar cervezas, esquiadoras o invitadas en universidades extranjeras, y todo ello debe tener cabida también en sus posibilidades de autorrealización.

Ciertamente es que compaginar cualquiera de estos deseos con la crianza de niños/as menores de un año resulta, por lo menos, complejo. Sin embargo, nuestro reconocimiento de dicha complejidad no puede obviar la multidimensionalidad de la construcción identitaria, de lo contrario, les estaríamos reservando a las mujeres un panorama disyuntivo nada alentador: o bien se construyen como cuidadoras, retomando aquellos puntos de anclaje tradicionales, o bien se apropian de los históricos nichos masculinos, construyéndose alrededor del que ha sido el eje identitario principal de los hombres: el trabajo (Alberdi y Escario, 2007). En otras palabras, sería como caer de nuevo en esa trampa patriarcal que contrapone el tiempo de trabajo al tiempo de reproducción, devaluando el tiempo de reproducción y negando, al mismo tiempo, un tiempo posible de no trabajo.

Reconocíamos anteriormente la hibridación y la multilocalidad como rasgos propios de la biografía construida (Meil Landerlein, 2006), esto es, nuestra identidad deja de estar vinculada a parcelas finitas y delimitadas e incluso abandona los escenarios de socialización heredados, para emprender un proceso articulador de alcance global caracterizado por la transferencia de nichos plurales. La predisposición nómada de nuestra vida, no sólo en roles y dimensiones sino también en lugares, augura combinaciones difícilmente asumibles. La superposición de dimensiones a menudo contradictorias, nos llevan a hablar de biografías conflictivas (Beck-Gersheim, 2003). El sujeto actual se ve doblegado ante este hecho que acepta como rasgo propio del momento que le ha tocado vivir. En otros términos, la cultura de la individualización asume como mandato que el sujeto viva



su vida con las más diversas y contradictorias identidades y riesgos transnacionales y personales (Beck y Beck-Gersheim, 2003). La biografía reflexiva deja de ser una biografía de seguridades, para pasar a ser una biografía de riesgos. A más opciones dispone el sujeto para dar forma a su propia identidad, más margen para las contradicciones, los errores o los fracasos. Ante esta premisa, y en la medida que la mayoría de las mujeres ya no superponen sus vidas a la de otro sujeto por razones de seguridad económica, por garantizar su reproducción o a razón de mantener un estatus social, se ven abocadas a los mismos riesgos y inseguridades que antes atañían sólo a los hombres.

Ahora bien, la inercia del *do-it-yourself* arremete contra un viejo compañero de viaje de las mujeres: la maternidad. Es en el momento en el que se convierte en madre, nos advierte Ann Oakley (1974), que una mujer se da cuenta de lo que “ser mujer” significa en nuestra sociedad. Las palabras de Oakley nos hacen volver la vista hacia un insistente orden de género que se aferra a unas relaciones desiguales entre hombres y mujeres. Dicho de modo distinto, en nuestra tarea de atender y explorar las coordenadas que constituyen esta Segunda Modernidad, y especialmente, en nuestro afán por poner en valor las posibilidades —no ilimitadas, ni todas ellas posibles— que ofrece el proyecto de individualización para los hombres y las mujeres, no podemos desatender a las lógicas que permean en el orden de género actual.

Si Hays (1998) nos hablaba en su momento de las contradicciones de la maternidad, para referirse a un desacoplamiento entre las exigencias de la vida postmoderna y la ideología de la maternidad intensiva; si las encuestas de los usos y los empleos del tiempo siguen arrojando luz a unos repartos desiguales en la organización del trabajo familiar (Brullet i Roca, 2008; Durán, 2010); si incluso, en otro lugar, ya exploramos cómo las mujeres asisten atónitas a la asignación, por parte de sus parejas hombres, de un rol de cuidadoras en intensidad que no quieren para sí (Grau y Navas, 2012), es debido a que el pliegue entre el proyecto individualizador y el orden de género de nuestras sociedades no es tan tácito como cabría esperar. O lo que es lo mismo, responde a que aquellas opciones tan diversas que actúan como alegato del individualismo institucionalizado, siguen siendo constreñidas por unas formas culturales concretas de lo masculino y lo femenino, y por una relación de oposición entre ambas. Si revisamos la cita de Oakley bajo esta lente, podríamos entender que lo que advierte la autora es que las mujeres podemos ser sujetos individualizados (estudiar carreras, irnos de Erasmus o de estancia,

ser empresarias, dedicarnos a aprender idiomas o a hacer cerámica...), todo eso es posible hasta que “nos llega la hora” de ser madres, entonces, lo primero es lo primero.

Las mujeres, en el seno de esta cultura individualizadora participan también de reformulaciones identitarias errantes. Sin embargo, las sociedades de la Segunda Modernidad –unas más que otras– les tienen reservado un giro de retorno al pasado. Las condiciones y los marcos de referencia provistos por la cultura de la individualización no contemplan puertas de salida con fácil retorno, ni tiempos ajenos a sus ritmos veloces; los proyectos biográficos contemporáneos son proyectos activos, de redefinición, de reconstrucción continua, y las mujeres son llamadas también a participar de ello, pero la sociedad también les exige a las mujeres que sean madres y que lo sean incluso en contextos no propicios. Ni los mercados, ni los Estados, ni la mayoría de los compañeros asumen la maternidad y los tiempos de crianza como responsabilidad propia. La maternidad y por ende la crianza, como veremos a lo largo de nuestro análisis, continúan siendo tarea de mujeres. En los escenarios de las sociedades de la Segunda Modernidad, la individualización con todo su ímpetu no es un proyecto resuelto para las mujeres y mucho menos para las mujeres que son, también, madres.

### 3.2.2. Análisis de los textos: “Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil” y “Estrategia Nacional de Salud y Reproductiva”

La exploración sobre el riesgo y la individualización como lógicas inherentes a la Segunda Modernidad, nos dan las claves para visibilizar los andamiajes que soportarían un régimen de género propio de la atención sanitaria y que, por lo tanto, permearían de alguna manera en el conocimiento experto y en el discurso pedagógico sanitario del cuidado.

El macro relato del riesgo y la macro narrativa de la individualización se superponen dando forma a una matriz que, en correlación con las políticas estatales, participaría en la regulación de lo pensable y lo impensable para la crianza de las nuevas generaciones de individuos. Este encabalgamiento no está exento de implicaciones para la imbricación entre salud y género. Dicho en otros términos, si en respuesta al modelo de Bernstein, implicamos estos dos relatos como lógicas macroculturales que participan en la generación del discurso sanitario sobre la crianza esto nos conduce, necesariamente, a interrogarnos sobre el papel que riesgo e individualización juegan en la estructuración del régimen de género asociado a la atención sanitaria, y cómo, a su vez, este régimen de género articula, de alguna manera, la narrativa sanitaria experta sobre el cuidado de menores.

Por un lado, la estratificación social que Beck (1998) identifica en nuestros tiempos, parece reconocer la participación de los sujetos en las enunciaciones y gestión de las inseguridades contemporáneas a propósito del cuidado de menores; al mismo tiempo que señala colectivos de expertos/as de los riesgos para la salud a quienes, en un ejercicio de parcelación de la realidad social, se encomiendan las narrativas sanitarias a propósito de estos. Por otra parte, la individualización que debiera definir la vida de hombres y mujeres parece mostrarse como la señal inequívoca de un orden de género transformado, que podría haber abandonado aquellas posiciones y relaciones desiguales entre hombres y mujeres propias de otros tiempos para dejar la puerta abierta a su reformulación.

Los textos normativos que van a ser analizados aquí deben ser entendidos como marcos generales con los que, las agencias sanitarias, dibujan para un período histórico,

social y político determinado, los contornos de la asistencia sanitaria a la maternidad, la paternidad y el cuidado. Lo que interesa visibilizar aquí, siguiendo con la lógica epistemológica que caracteriza esta primera parte del análisis, es la categorización que desde las perspectivas sanitarias se llevan a cabo respecto a la atención de bebés en nuestra sociedad actual.

Dicen Morais y Neves (1996) que el análisis del discurso regulador, en estos términos, se desarrolla a través de dos dimensiones: estas son, la clasificación de la sociedad y el conjunto de normas, valores que expresan el orden y la identidad social. O lo que es lo mismo, que el análisis del discurso regulador, nos provee de información sobre la naturaleza de las relaciones de poder entre categorías representantes de diferentes sectores de la sociedad, y de la naturaleza de los principios y valores que están en la base de la organización social.

Aquí nos vamos a fijar en el análisis de las relaciones entre las diversas categorías. Para ello nos remitimos a la herramienta “clasificación” que nos propone la teoría de Bernstein y la reinterpretación de Arnot de ésta. Con esta herramienta analítica veremos como están reguladas las relaciones de poder entre categorías, o lo que es lo mismo, como se articula la jerarquía que se establece entre los grupos sociales implicados en la realidad social que estudiamos, esto es, entre el estatus de profesional y el estatus de lega/o y entre el estatus femenino y el estatus masculino: “specific gender classifications with varying degrees of boundary strength and insulation between the categories masculine and feminine and hierarchy of male over female, based upon a specific ideology of legitimation” (Arnot, 2002f:121)

Son las relaciones de poder que se crean en el campo de producción, las que aíslan las diversas categorías. Estas relaciones de poder están reguladas por los principios de clasificación [C], principios que se refieren al grado de mantenimiento de las fronteras entre las categorías, confiriendo unos estatus diferenciales a éstas. Cuando la clasificación es fuerte, las fronteras están bien definidas y las categorías poseen estatus diferentes; cuando la clasificación es débil, las fronteras se debilitan y las categorías tienen estatus semejantes.

Con este objetivo perfilado, llevaremos a cabo un análisis de los sistemas de significado de dos documentos fundamentales: *Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil* aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a 4 junio de

1990 y *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva* de 2011. Un análisis que pretende profundizar en aquellas unidades de significado (frases, epígrafes, títulos, artículos...) en las que se retraten, de forma explícita o implícita, las relaciones que se reconocerían entre cada par de categorías. Para el análisis del orden social (normas, valores), llevaremos a cabo un análisis de los sistemas de significado provistas, en este caso, de las matrices que nos confiere la exploración de la Sociedad del Riesgo y de la lógica de la individualización que acabamos de formular.

Las coordenadas fundamentales con las que me aproximaré al análisis de los documentos propuestos son, por una parte, el discurso del riesgo, por otra, la perspectiva de género. Ahondaré en la estructura social a propósito del riesgo en relación a la salud, recordando siempre que éste adopta en la Segunda Modernidad una morfología propia. Me posicionaré también en una perspectiva de género, una postura que quiere profundizar y contribuir a desenmarañar cuáles son las relaciones de género que resultan impregnadas en aquella definición significativa sobre el cuidado, con el objetivo de identificar las posibilidades que les conceden los documentos a los proyectos de individualización de hombres y mujeres. En otras palabras, el objetivo del análisis que se presenta a continuación no es otro que el de perfilar cuál es la aceptación del cuidado (lo pensable) que es embebida en las narrativas sanitarias de la crianza y cómo ésta se ve regulada por relatos macro que la moldean.

Antes de introducirme de pleno en el análisis pondré el énfasis en una cuestión fundamental para la aproximación al objeto de estudio que aquí propongo. Esto es, mi estrategia analítica no pretende desagregar los ejes de interrogación, no proyecta llevar a cabo un análisis de los textos desde el riesgo, para después abatir sobre éste un análisis desde el género. Riesgo y género no actúan aquí como constructos en adición. De manera distinta, el análisis pretende ser vinculante. Considero como hipótesis de trabajo de esta fase exploratoria que es precisamente esta confluencia, la que se da entre ambos discursos, la que le confiere a la noción del cuidado y a la relación pedagógica a propósito del cuidado unas características particulares. Es el discurso del riesgo el que sirve de justificación para dotar de constricciones a los procesos de individualización, sobre todo de las mujeres, y al mismo tiempo, es la concepción de lo femenino que se maneja en esta esfera de conocimiento lo que está en la base de la asociación entre riesgo y cuidado.

Debo recordar que llevaré a cabo un análisis inductivo y que, por lo tanto, no será hasta que concluya el capítulo que dispondré de una matriz de valores relativos a la clasificación, que dé cuenta, de manera gráfica, de las relaciones entre categorías. Esto es, tal y como se explicó en el capítulo de metodología, no dispongo de una herramienta previa con las realizaciones específicas que corresponderían a cada gradación de la clasificación, sino que los grados de clasificación serán identificados en el propio análisis de los textos.

Iniciamos el análisis documental explorando la Ley General de Sanidad 14/1986, dado que se trata del documento marco que regula la asistencia sanitaria en nuestro país, así como las funciones que deben incumbir a las Administraciones Públicas Sanitarias, entre estas, la de la promoción de la salud, epígrafe que aquí nos interesa. Seguiremos después con el análisis de los Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en 4 junio de 1990 y de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, 2011, documentos ambos elaborados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad respectivamente. Se trata de los dos únicos documentos con consenso interterritorial, elaborados por el Ministerio de Sanidad de los gobiernos respectivos que estipulan cómo se ha de abordar, a nivel autonómico, la atención al embarazo, parto y puerperio. Si he estimado conveniente estudiar dos textos normativos distanciados temporalmente una década, es porque considero que las inercias de las prácticas profesionales necesitan de períodos temporales dilatados para verse transformadas, por lo que se podría prever que algunas matronas estuvieran abordando su praxis de acuerdo a unas las directrices de 1990.

### **3.2.2.1. La Ley General de Sanidad 14/1986.**

Ya me detuve a exponer en un capítulo anterior cómo, en un momento concreto de la historia de las sociedades occidentales, la biomedicina contemporánea irrumpe como fuente de ideologías, discursos y prácticas sobre la salud y la enfermedad, y cómo esto fortalece la presencia de una agencia que, amparada por el conocimiento científico, detentará una posición dominante en la descripción y la gestión de los malestares. Con ello, no es equivocado decir que lo que le confiere al conocimiento médico su poder es, por tanto, una acepción contextualizada de lo que es la racionalidad. Más tarde, como nos demuestra Foucault (1975), y coincidiendo con las mejoras en la calidad de vida que se dan a partir del crecimiento de los estados europeos, el área de control de la medicina

se amplía a la vigilancia de la comunidad, con todas las implicaciones que de ello se derivan (Lupton, 1995).

La Ley General de Sanidad Ley 14/1986 de 25 de abril, se nutre de este proyecto orientado a regular las actividades que, impulsadas por las y los profesionales médicos, contribuyen a articular una política coherente de gestión de la salud destinada a la población general.

Cabe decir que esta ley no se refiere específicamente a la salud materno-infantil (epígrafe en el que se verá incluida después la atención a la crianza), sin embargo, sí regula el papel que detentarán las Administraciones Sanitarias en la promoción de la salud de la población. Esto porque actúa como documento marco que articula, no sólo la concepción convenida de salud, sino también la razón de ser de los sistemas sanitarios en nuestro país.

Así, en el Artículo seis, leemos:

“Las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas:

1. A la promoción de la salud.
2. A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población.
3. A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de enfermedades y no sólo a la curación de las mismas.”

Posteriormente en el Artículo dieciocho sobre las actuaciones sanitarias del sistema de salud se enuncia:

“Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso desarrollarán las siguientes actuaciones:

1. Adopción sistemática de acciones para la educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria.

(...)

5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias tanto congénitas como adquiridas”.

Si bien no se habla en esta ley de la aproximación sanitaria al cuidado, sí hemos de destacar que de este documento normativo se infiere el papel principal que se le confiere a los Servicios Sanitarios en la educación sanitaria de la población. Entendemos por promoción de la salud aquellas actividades con objetivos concretos que ponen su foco de atención en la racionalización del comportamiento de la población en salud (Thorne, 2001).

Aunque Beck le reconozca al sujeto individual la potencialidad de anticipar y darle forma al riesgo como construcción simbólica, lo cierto es que son la biomedicina y la epidemiología, como cuerpos de conocimiento, quienes detentan la potestad legitimada socialmente para juzgar y desestimar aquellos comportamientos saludables o no saludables, perfilando y discriminando “estilos de vida”. Esta capacidad de definición y juicio sobre cómo debe obrar la gente para mitigar los riesgos, dice Lupton (1995), es la que contribuye a reforzar su estatus dominante como institución de control social. Esto resulta más visible cuando exploramos los artículos nueve y diez de este texto normativo (Art. 9/Art. 10), donde la Ley recoge los derechos de las y los usuarios<sup>12</sup> respecto las distintas administraciones públicas sanitarias. Unos derechos que se refieren fundamentalmente a los de información y elección (con limitaciones), pero no a derechos de participación compartida en los procesos asistenciales, ni en la educación sanitaria, esto es, en el nivel de producción de conocimiento.

Dicen Annandale y Clarck (1996) que la asunción, por parte de la Salud Pública, de las narrativas legas y del sujeto como agente es la principal responsable de la transformación de la epidemiología en una epidemiología social, con las repercusiones para la noción de sujeto que ello implica. Esto es, la reorientación de los programas de salud en el campo de la promoción, contribuye a la articulación de un nuevo tipo de paciente con unas responsabilidades añadidas: “When people entend the sick role they were encouraged to interact with medical specialists –preferably doctors— whereas today, under the rubric of health promotion, people are often encouraged to actively intersect

---

<sup>12</sup> En el texto original sólo hayamos la forma masculina.



with community groups, media campaigns and take responsibility for their own health regimes” (Nettleton and Bunton, 1994:45).

Una dimensión política y moral que, según asevera Lupton (1995) se encarna, sobre todo, en los programas de educación y promoción de la salud que heredan su razón de ser de comportamientos, actitudes o creencias legas al respecto de la salud a evitar o modificar. Como apunta Paris Spink (2007), el lenguaje del riesgo sigue funcionando como puente entre conocimientos científicos y producción del sentido de la vida cotidiana de la población. La contradicción está servida. El individuo es responsabilizado de su propia salud, una salud que queda mediada por lo que llamamos “estilo de vida”. Ahora bien, ese estilo de vida saludable/no saludable, no es resuelto por el sujeto de manera autónoma, sino determinado por la ciencia biomédica y promovido por las instituciones sanitarias, donde el alea individual pasa por alistarse a los consejos o mensajes de las agencias de salud o, por el contrario, demostrar resistencias ante ellos: “As we learn more and more in this respect, however, we finally reach a point when we have to ask ourselves whether attributes to individual decision making (whether rational, intuitive, habitual, etc.) can still be regarded as tenable at all. Or whether, leaving this aside, we should not attempt a strictly sociological approach, tackling the phenomenon of risk only in the sense of communication –naturally including communication of decisions made by individuals” (Luhmann, 2005: 5). En el transcurso de la primera mitad del siglo XX, la noción de riesgo se ha erigido en el campo simbólico y efectivo de la política sanitaria como concepto epicéntrico del diseño y la implementación de los programas de salud pública (Lurbe, 2005). Acogiéndome a lo expresado por Paris Spink (2007), aunque hablar de riesgos parezca estar “*démodé*” hoy, sucede que en la promoción de la salud el discurso del riesgo continúa cristalizado.

Si he iniciado este apartado con esta revisión de la Ley que regula el qué, el cómo y el por qué de nuestro sistema de salud, es precisamente con el fin de focalizar la atención en cómo se distribuye socialmente el conocimiento a propósito de la educación en salud de la población. El Estado, bajo la forma de una Ley, le designa a los servicios sanitarios, y por lo tanto a las y los profesionales que trabajan en ellos, la tarea de la aculturización colectiva sanitaria –que no de salud– al mismo tiempo que a los y las usuarias les es reservado un rol pasivo de “continente receptor” de estos mensajes contrastados científicamente. Como decía Atkinson (1995), el encuentro médico no es nunca igualitario. La exploración de este documento marco me sirve para introducir el análisis de los documentos de referencia, así como para anticipar cómo se proyecta la relación entre lo pensable y lo

impensable en relación al cuidado, y con ello, cómo se modula la participación de las y los profesionales y de las y los usuarias/os en esta definición.

### **3.2.2.2. Criterios Básicos de Salud Materno-Infantil aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en 4 junio de 1990**

En 1990 la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la salud, convoca a la Comisión de Seguimiento de Programas de Salud para elaborar un informe que recogiera recomendaciones sobre salud Materno-Infantil, salud buco-dental y vacunaciones. El 4 de junio de 1990 el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se reúne para analizar las propuestas presentadas por la Comisión y llega a los siguientes acuerdos (entre otros que no aportan información al análisis): cada Comunidad Autónoma debe hacer explícita su política sanitaria en relación con la salud materno-infantil; se debe llegar a un consenso entre Comunidades Autónomas sobre los objetivos mínimos básicos en esta materia para conseguir la equidad en la atención a la salud; y se debe realizar una atención integral mediante actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y enfermedades, captación temprana y establecimiento precoz de acciones curativas y rehabilitadoras.

La enumeración de los acuerdos nos ofrece ciertas pistas de cómo la creciente atención al riesgo propia de nuestras modernidades tardías, opera también de manera incisiva en la atención y cuidado de la salud. De antemano, parecería inaudito que la salud no sucumbiera a la permeabilidad del riesgo como narrativa, cuando ésta trata de una preocupación no sólo colectiva, sino también individual. Cabe pensar además, como hacen Petersen y Lupton (1996), que este hecho adquiere unas características genuinas en las sociedades contemporáneas, donde la garantía de un buen estado de salud y la conciencia de vulnerabilidad del cuerpo humano, se convierten en elementos mediadores de nuestra experiencia cotidiana. Ahora bien, todas las personas no somos posicionadas de igual manera ante el discurso del riesgo. Esta tesis parte de que las mujeres, descritas como grupo social homogéneo, hemos sido y somos objeto de vigilancia de una política sanitaria que pone atención a “nuestros problemas” específicos. Una forma de obrar en manos, sobre todo, del discurso biomédico que contribuye a reforzar así su poder al tiempo que reproduce una relaciones de género desiguales (Esteban, 2001).

## a) Las mujeres, sujetos de especial atención.

La capacidad reproductiva emerge, en este documento, como el rasgo definitorio del cuerpo de las mujeres, lo que conlleva que dicha potencialidad se convierta en la matriz explicativa que da cuenta de todo lo que sucede en estos organismos. Los criterios básicos que habrían de servir de marco de referencia a las Comunidades Autónomas para la elaboración de los programas dan cuenta de ello (MSC,1990:6):

### “1 PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA MUJER

La salud de la mujer abarcará las siguientes grandes áreas de actividades:

- 1.3 Atención a la planificación familiar.
- 1.4 Detección precoz de cánceres ginecológicos
- 1.5 Atención a los trastornos del climaterio.
- 1.6 Atención al embarazo, parto y puerperio.
- 1.7 Consejo genético y diagnóstico prenatal.”

La salud de las mujeres se engarza aquí a su ciclo fértil, un ciclo que se articula a través de momentos distintos de su salud reproductiva, y que se engarza también a una visión patológica de estos. Ello conlleva que, entendido dicho engranaje en estos términos, la promoción de la salud se vea vinculada a la vigilancia ante los posibles problemas asociados a esas etapas, unos episodios contruidos por el conocimiento médico pero que, como han señalado Emily Martin o Ann Oakley, entre otras, pueblan las cosmologías de las propias mujeres.

La medicina ha construido el cuerpo, rotulado socialmente como femenino, como “el otro”. Esta premisa que se enuncia aquí, merece ser explicada para no generar malentendidos. Cuando pensamos en esta capacidad enunciativa y clasificatoria de la ciencia médica, debemos proyectar un escenario social donde “lo femenino” resulta subyugado, y en el que, por lo tanto, la curiosidad científica se ve orientada hacia lo dominante, lo subyugante, lo masculino (Ortiz, 2006). Esto revierte en un interés escaso

por un organismo que se convierte en metáfora de lo diferente, lo extraño, y que resultará definido como una versión incompleta de la norma: el cuerpo es el cuerpo masculino. Podemos decir que el conocimiento médico juega aquí un papel coadyudante del *status quo*, dado que legitima, mediante saberes científicos, la discriminación social existente. Dicho con otras palabras, el sistema bio-médico, como institución integrante de un orden de género androcéntrico, se fundamenta, se sostiene, en relaciones de género jerarquizadas, colocando el cuerpo masculino como centro de las interpretaciones, y al<sup>13</sup> varón como núcleo de las preocupaciones, ello no sólo genera desigualdad en su práctica asistencial, sino también discrimina “otros” intereses científicos que no se superponen con las preocupaciones de la ciencia médica androcéntrica.

La medicina no es la fuente originaria de esta segregación, sino que más bien se nutre y coparticipa, como expuse en la revisión teórica, de las cosmologías simbólicas propias del momento histórico que fraguaron sus saberes. Es así como debemos entender la participación del conocimiento biomédico como productor/reproductor de un régimen androcéntrico de género, y productor/reproductor de un orden social que dota a la medicina de la potestad para definir y determinar los malestares, y para controlar y dominar los cuerpos, en especial, como apunta Esteban (2001), los de las mujeres. Un régimen que, a razón del poder que le ha sido conferido a la medicina alopática, no sólo se convierte en matriz de lo estrictamente médico, sino que incumbe a otras esferas de la realidad social.

Que el embarazo, el parto y el postparto constituyen hoy eventos médicos es algo a lo que han hecho referencia muchas analistas sociales, tanto desde las filas de la sociología como desde las de la antropología. Sin embargo, a lo que quiero prestar atención aquí es a cómo, desde la promoción de la salud, la atención al embarazo, parto y crianza también se perfilan como procesos controlables por profesionales sanitarios/os, y cómo las mujeres embarazadas o criadoras son resignificadas como sujetos de especial atención. Esta descodificación es garante de una preocupación estatal por regular estos procesos y de una apropiación por parte del Estado de su control, lo que reconfigura estos hitos biográficos, como apunta Mardorossian (2003), en “disempowering experiences”. Las mujeres pierden poder sobre sus cuerpos, pero también pierden el control sobre el

---

13 Utilizo el singular de forma intencionada. La masculinidad que la ciencia médica utiliza como referente es la Masculinidad hegemónica, el resto de versiones de masculinidad quedan deslegitimadas del campo de estudio de esta disciplina, de no ser, para ser redefinidas en aquella primera.

conocimiento a propósito de éstos. En el texto que nos ocupa, esto se ve especialmente en la determinación de las actuaciones prioritarias propias de la atención materno-infantil (MSC ,1990:8):

#### “1.4 ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO.

Objetivos:

1. Cobertura universal en la atención al embarazo, parto y puerperio.
2. Prevención de los problemas asociados con la gestación, parto y puerperio ofreciendo atención adecuada al riesgo cuantificado en cada caso.
3. Captación precoz de la embarazada.
4. Generalizar la atención en psicoprofilaxis obstétrica (educación maternal y preparación al parto) a todas las embarazadas.
5. Promover la participación activa de la gestante y su pareja a lo largo de todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.”

#### **b) La doble lectura de riesgo en el embarazo, parto y puerperio.**

Desde un posicionamiento sociológico *de* la promoción de la salud<sup>14</sup>, llama especialmente la atención la lente de problematización a través de la cual se leen estos procesos, que impregna también el objetivo principal que se le reconoce a la Educación Maternal y la Preparación al Parto (MSC ,1990:9): “Su finalidad es que la gestante y su familia participen activamente en el proceso de embarazo, parto y puerperio, armonizando la tecnología obstétrica con el máximo respeto a la humanización de las relaciones entre unidad asistencial y unidad familiar”; y otros objetivos enunciados a través de términos como “captar” ,“prevención”, “riesgo”, con los que el documento adopta una distancia considerable respecto la propuesta salubrista de la Carta de Ottawa, para resituarse en la patologización de los procesos relacionados con la salud, desde la que resulta difícil escapar de la medicina.

---

14 Aludo aquí a la diferenciación propuesta por Nettleton y Burton (1994) entre sociología de la promoción de la salud y sociología para la promoción de la salud.

La introducción del riesgo y la problematización convergen así como un posicionamiento epistemológico que se halla en la base del planteamiento del documento. Esta operación no sólo desestabiliza toda oportunidad de concebir la atención a las mujeres y a las criaturas desde una perspectiva no patológica, sino que también justifica la existencia del programa de salud. El embarazo, el parto y el postparto son connotados de problematización en los mismos objetivos del Programa: “2. Prevención de los problemas asociados con la gestación, parto y puerperio ofreciendo atención adecuada al riesgo cuantificado en cada caso. 3. Captación precoz de la embarazada.”. Por otro lado, no podemos descuidar la llamada general a las mujeres para que tomen partido y se involucren directamente en su salud. Unas demandas que parecieran estar formuladas en términos contrarios a los de la medicalización del denominado ciclo reproductivo.

De lo que emana del análisis se desprenden dos lógicas que, a mi entender, caracterizan la permeabilidad del riesgo en la construcción cultural del programa de educación maternal y de la crianza. Estas son:

- a) Las mujeres no saben anticipar los riesgos, no saben criar, hay que enseñarles a hacerlo (para eso está la Educación Maternal y la tecnología obstétrica).
- b) Las mujeres deben asumir y hacerse cargo de los riesgos que corren ellas y, sobre todo, sus hijos/as (deben participar activamente).

La apropiación de estos saberes por parte del sistema biomédico responde a esa estrategia, a la que se refería Foucault, de ampliación cualitativa a propósito del objeto de interés médico. Como resultado de un ejercicio de poder, la crianza, el cuidado pasa a ser así incumbencia de lo médico y de la asistencia sanitaria. La lectura del proceso de embarazo, parto y crianza desde el riesgo, desde lo patológico, reconvierte estos en asuntos médicos y, por tanto, científicos, que nada tienen que ver con los saberes y las prácticas legas (Oakley, 1984). Las relaciones de poder que se dan entre estos tipos de conocimiento juegan en beneficio del conocimiento científico.

Cuando el embarazo, el parto y la crianza caen en las redes de la patología, de los problemas de salud, en definitiva, cuando son embebidos por el riesgo, la intervención sanitaria resulta inminentemente justificada. La profesional a quien se encarga la labor de promover la salud de las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, es la matrona de atención primaria que asume los objetivos, según se describe en el documento, de

conseguir una cobertura universal de las mujeres que se encuentran en estas situaciones, captarlas precozmente, prevenir los problemas asociados a estos procesos, generalizar la atención en *psicoprofilaxis obstétrica*<sup>15</sup> y, por último promover la participación de las mujeres y sus parejas.

Si profundizamos en el discurso que se vehicula en el texto, somos capaces de identificar elementos propios de esa doble lógica a la que ya me he referido. Por un lado se perfila unas mujeres con necesidades especiales a causa de su embarazo, parto y puerperio que se vuelven *asistibles* (Comelles, 1998 citado en Montes, 2010)<sup>16</sup>, a quien hay que controlar, a quien hay que captar, a quien hay que enseñar. La función de la profesional no se puede formular de otra manera que no sea la del control de estos cuerpos construidos como imprevisibles, enfermizos, y la de vigilar esos seres ignorantes. La relación jerárquica que se establece entre quien ejerce el control y quien no, resulta clara.

### c) La homogenización de las experiencias de las mujeres.

El sujeto asistible, convertido en objeto de atención no es la mujer, sino “la madre” o “la gestante”. El uso de la categoría madre o de la de gestante en vez de la de mujer, tiene no pocas implicaciones en la construcción del discurso sobre el cuidado y sobre la relación entre el conocimiento experto (lo pensable) y el lego (lo impensable) del cuidado. Las mujeres, a través de este proceso de resignificación son despojadas de toda opción de individualización. La maternidad, la gestación son ensalzadas entonces como nichos identitarios compactos sin fisuras ni modulaciones. “The attitude –dice Oakley– is that there are no attitudes” (Oakley, 1993:20). El único elemento que imprime variabilidad en ese total amorfo que es “la embarazada”, lo constituye, para el sistema bio-médico, el riesgo –cuantificado, profesa el texto– con el que es etiquetada. Los embarazos de riesgo merecen un epígrafe propio (MSC, 1990: 10):

15 El uso del término médico en el texto es merecedor de una aclaración. Se escribe profilaxis obstétrica pero se explica: educación maternal y preparación al parto. Pensemos no obstante, que las personas destinatarias del documento son profesionales cuya ignorancia del término se da por anticipada. Esto resulta ilustrativo de la cerrazón y la distancia simbólica que se le imprime, en este caso, al programa de educación para la salud, con la pretensión de (de)mostrar su carácter científico.

16 Josep Comelles (1998), según cita María Jesús Montes Muñoz en su texto (2010:192), plantea que “la asistibilidad no es necesariamente fruto de un razonamiento empírico, sino de una construcción ideológica en la que aquél puede caber”

#### “5. Seguimiento del embarazo de riesgo:

Las mujeres con problemas específicos que impliquen un embarazo de riesgo serán subsidiarias del seguimiento especializado en cada caso. Asimismo, se hará un énfasis especial en la captación temprana de estas embarazadas”.

Lo que no figura en todo el texto es lo que la Agencia Sanitaria entiende por embarazo de riesgo. Este “descuido” puede ser debido a vacíos de información dada por sobreentendida en documentos expertos de este tipo; o bien podría considerarse como una puerta abierta a que las propias profesionales discriminen aquellos embarazos susceptibles de ser considerados como tales.

El sistema médico construye una categoría de “mujer” que prioriza la dimensión biológica. Esta perspectiva reduccionista es resultado de determinados procesos que, como dice Esteban (2001), podría dibujarse a través de la tríada que nos confiere el biologismo, la mujer como ser esencialmente definida por su organismo<sup>17</sup>; el reproductivismo, el cuerpo femenino definido y explicado desde sus funciones reproductivas; y la uniformización, la indiferenciación y omisión de la diversidad existente entre las mujeres. El resultado de ese ejercicio de poder y control sobre los cuerpos es que las mujeres resultan cosificadas (Mc Dowell, 2000), pierden identidad como sujetos. Dado que devienen objetos de conocimiento científico y no sujetos, adolecen de voz.

En este ejercicio de sinécdoque la elaboración simbólica que se hace del sujeto asistible es aquella que remite, por un lado, al cuerpo, la mujer es el cuerpo para la reproducción; y por el otro a la función social, la mujer es el ser para el cuidado. En ambos casos los anclajes a un orden de género androcéntrico son claros en el sentido de que la categoría de mujer se ve recluida a una posición subyugada en la jerarquización social.

A pesar de que Beck (1998) se refiere a las expertas del riesgo como aquellas con el reconocimiento social para determinar las incertidumbres, pero no con el monopolio de su descripción, está claro que, en el discurso institucional sobre la promoción de la salud en la crianza, se infiltra una definición moderna de la ciencia médica. Una concepción

---

17 El uso del singular “mujer” y no “mujeres” y del adverbio “esencialmente” es totalmente intencionado aquí, y quiere mostrar el ejercicio de homogenización y naturalización que hace la disciplina médica sobre las mujeres.



de la promoción de la salud anterior a la Carta de Ottawa (1986), donde la ciudadanía no es reconocida como agente implicado en la descripción de las situaciones y los seres saludables. Posicionadas más bien en la prevención que en la promoción, las directrices marcadas por el texto se refieren a un concepto de salud despojado de toda contingencia social y cultural.

De aquella noción de sujeto se infiere una construcción ideológica concreta de las necesidades a cubrir por la educación Maternal. Esto es, si se concibe la dimensión biológica como fundamental en la lectura interpretativa no sólo del cuerpo de las mujeres, sino también de las y los bebés, el Programa deberá responder necesariamente a estos menesteres. Las matronas son quienes atesoran los saberes con los que descodificar lo biológico, no las mujeres. Un posicionamiento que da muestra del aislamiento con el que se abordan las categorías de conocimiento implicadas en la relación.

Paralelamente a lo que se viene desarrollando, el texto habla del “protagonismo en el parto” y de “promover la participación activa de la gestante”. Unas fórmulas que parecen contradecir el resto de demandas que versan sobre la matrona como profesional. Desde mi punto de vista, este alegato en pro de la participación de las mujeres entronca directamente con aquella responsabilización que, en los contextos de la Segunda Modernidad, se les hace a los sujetos sobre su propia salud. Las mujeres son sometidas a un control social para que aprendan a gestar, parir y criar como *hay que* gestar, parir y criar, para después ser alentadas a tomar una posición activa. Eso sí, un posicionamiento activo que responda a los marcos en los que han sido aculturizadas. Lo que parece una contradicción en los términos no lo es tanto. La definición del Programa no parece instar al empoderamiento, ni siquiera a la inclusión/discusión de los conocimientos legos en las dinámicas y encuentros asistenciales, sino más bien a la reproducción de una estructura social mediada por el saber/poder al que aludía Foucault.

Esto a lo que nos acabamos de referir se enraíza directamente con la noción de sujeto que se maneja en el paradigma biomédico. Esto es, la existencia misma de una actividad formativa llamada Educación Maternal ya sirve de anticipo de una noción de sujeto y una distribución concreta del conocimiento sobre la maternidad/crianza determinada. Puesto que la maternidad resulta una experiencia propia de las mujeres y no de los hombres, debemos entender que estos programas de educación para la maternidad se convierten en espacios donde las mujeres aprenden a ser madres, o mejor, donde entran en contacto con el texto privilegiante del cuidado, de la mano de una profesional,

es decir, tuteladas por la ciencia. ¿Y cuáles son esos conocimientos legítimos? Pues son los “cuidados del recién nacido (alimentación, lactancia...)”(MSC, 1990:8). Esto es, una práctica de la maternidad inmersa, como no podría ser de otra manera, en los confines de lo biológico.

El Programa reserva para las mujeres una formación para aprender a ser madres, al tiempo que insta a las profesionales a captarlas, a lograr una cobertura universal en la atención al embarazo, parto y puerperio, a generalizar la atención en psicoprofilaxis a todas las embarazadas, etc. Paralelamente por lo que se refiere a las parejas, se habla de que “se fomentará la participación de la pareja *en la medida de lo posible*<sup>18</sup>”. Queda muy patente que la participación y la responsabilización en el proceso de los hombres, queda supeditada a la factibilidad, lo que deja ver claramente que la gestación, el parto y la crianza son cuestiones reservadas a las mujeres, a las gestantes, parturientas y madres. La categoría de masculinidad se perfilaría a través de una implicación marginal en el proceso reproductivo. Por el contrario, la categoría de feminidad aglutinaría el tratamiento que hace el sistema médico de lo femenino: un cuerpo para la reproducción, un cuerpo para el cuidado.

#### **d) Conclusión del apartado**

Del análisis que he llevado a cabo se puede extraer, por una parte, que en el espacio que separa las categorías profesional/usuario(a), se erige una frontera que diferencia el conocimiento médico-experto del conocimiento lego-popular, donde la co-producción de saberes no tiene cabida. Lo que nos llevaría a considerar un grado de clasificación muy fuerte (C<sup>++</sup>) entre estas categorías. Por otro lado, que la distinción entre lo femenino y lo masculino descansa en una concepción del cuerpo biologicista que diferencia entre los órganos reproductivos femeninos y los órganos reproductivos masculinos y, con ello, en sus potencialidades. El cuerpo femenino es construido, como ya hemos adelantado, como cuerpo para la reproducción y como cuerpo para el cuidado, definiciones ambas que justifican, dentro de los marcos simbólicos del sistema bio-médico, su control y asistencia; el cuerpo masculino, en contraste, no está presente, no es motivo de atención, en lo relativo al embarazo, parto y crianza es dibujado como lo opuesto al cuerpo femenino: no se embaraza, no pare, no cuida... no necesita ser asistible. En este caso las

---

18 La cursiva es mía.

categorías respecto a lo femenino y lo masculino se refieren a estatus diferenciados, los principios de clasificación las disciernen como entidades distinguibles, lo que nos llevaría también a considerar un grado de clasificación muy fuerte (C<sup>++</sup>).

### 3.2.2.3. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) fue impulsada en 2011 por el Observatorio de Salud de las Mujeres<sup>19</sup> del Ministerio de Sanidad y Política Social. Una directriz que se gesta con la voluntad de reducir la excesiva medicalización que acompaña tanto al proceso reproductivo como a la sexualidad, y con la atención puesta en la participación y protagonismo de las mujeres en los procesos de toma de decisión.

El objetivo general de esta Estrategia, según se enuncia en el documento, es el de “ofrecer una atención de calidad a la salud sexual y reproductiva en el Sistema Nacional de Salud” (MSPSI, 2011:19). Y se articula desde una perspectiva teórica que tiene en cuenta los aspectos más relevantes resultantes de:

- La Declaración de la OMS de Fortaleza, 1985.
- La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994.
- La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.
- La Cumbre del Milenio, 2000.
- Las líneas de acción recomendadas en la Resolución 2001/2128 (INI) sobre salud sexual y reproductiva.
- El enfoque bio psíquico social de la salud recomendado por la OMS.

---

19 El Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM) es un organismo intersectorial cuyo fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por género. El (OSM) se crea en 2004 como Comisión Interministerial, de la que formaron parte el propio Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, del gobierno socialista 2004-2007. Su fin es contribuir a la consecución de la equidad en salud, mediante la mejora del conocimiento de las causas y determinantes de la salud de las mujeres, la promoción del debate acerca de cómo eliminar las desigualdades, la cooperación con otras instituciones, la formación y la investigación, de manera participativa y colaborativa.

El calado de estas directrices provenientes, también, de foros expertos y científicos, llevan a que la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) ponga el énfasis en los derechos reproductivos de las mujeres, los hombres y las criaturas desde un posicionamiento salubrista y no tan patológico como lo harían los Criterios Básicos de Atención de 1990. Así, el documento de la Estrategia insiste en que los derechos reproductivos no sólo deben comprender el compromiso, por parte de las instituciones implicadas, con la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada, sino también con el fomento del derecho a decidir sobre la reproducción.

El derecho de decisión se ve articulado, en esta Estrategia Nacional, al derecho de información y decisión de las mujeres respecto su salud reproductiva. Lo que se deriva de ello es, como se aclara en el texto: “implica ofrecer a las mujeres las alternativas basadas en la evidencia científica para que puedan tomar decisiones informadas y de forma autónoma sobre el cuidado que desean recibir en el proceso de embarazo, parto, puerperio y sobre los cuidados que deben proporcionarse al recién nacido/a” (MSPSI, 2011:15).

Se hace mención también de la conciliación de la vida personal, familiar y laboral con la crianza, y se introduce la corresponsabilidad de la pareja.

Una de las apuestas firmes de esta Estrategia es la de prestarle una atención diferenciada a la salud sexual y a la salud reproductiva, con lo que se pretende se garanticen tanto los derechos sexuales como los derechos reproductivos, sin perjuicio de ninguna de las esferas. En el análisis que presentamos, las estrategias de actuación propuestas para garantizar los derechos sexuales quedan apartadas. La ENSSR vertebrada un documento que recoge líneas estratégicas para la promoción y atención a la salud sexual, junto con un documento que propone líneas estratégicas para la promoción y la atención de la salud reproductiva, entre las que cabe destacar la Estrategia de Atención al Parto Normal. El foco de esta investigación son los objetivos y líneas de acción en salud reproductiva y, entre ellas, las que se refieren, de alguna manera, a la crianza o cuidado de los/las recién nacidos/as.

Los objetivos demarcados en la estrategia para la salud reproductiva (ENSR) constituyen, como no podría ser de otra manera, los ejes axiales de las líneas que se proponen después. Pero no sólo eso, desde un punto de vista analítico, los objetivos operan también como

exposiciones de la categorización que se hace sobre los colectivos implicados en la realidad que nos atañe, esto es, las/os profesionales, las mujeres y los hombres.

Así, entre los seis objetivos secundarios de la estrategia encontramos:

1. Promover la salud, el bienestar y autonomía de las mujeres embarazadas. Facilitar adecuadamente su implicación en el proceso fisiológico y en sus cuidados, y proporcionar una atención adaptada a las necesidades y circunstancias de cada mujer y pareja.

(...)

4. Promover la salud y bienestar de las mujeres puérperas. Continuar la atención facilitando asesoramiento y cuidados, explorando sus necesidades, cambios emocionales y psicológicos, y situación del vínculo, la lactancia y el apoyo de la pareja.
5. Impulsar los aspectos que deben contemplarse de manera transversal en todo el proceso. Destacar la importancia de la formación de profesionales, la participación de las mujeres y sus parejas (considerando la multiculturalidad y discapacidad), la coordinación institucional, y la investigación y difusión de buenas prácticas.
6. Impulsar un cambio en los valores sociales en torno a la maternidad y paternidad, que tradicionalmente se concretan en exigencias inalcanzables para las madres y en la tolerancia de una escasa implicación paterna.

Los objetivos que acabamos de enumerar, me llevan a sugerir que la Estrategia para la Salud Reproductiva no sólo aborda su cometido desde una perspectiva de género, sino también feminista. Esta afirmación supone objetivizar qué es lo que entiendo por un posicionamiento feminista en cuanto a la atención a la salud, y cuáles son las implicaciones en cuanto a la definición de los agentes implicados y, por tanto, respecto a las relaciones que se establecen entre éstos. Esto es, dado que lo que nos interesa aquí es visibilizar los principios de clasificación que jerarquizan las categorías de acuerdo a estatus diferentes, y después del análisis del texto de los Criterios Básicos de Atención, acometer nuestra exploración de la ENSR bajo la lente del género y las premisas del feminismo, es querer indagar si los principios dominantes se han visto redefinidos, o si resultan contestados y si ello se ve traducido en unos principios de clasificación entre categorías distintos.

Lo que sigue a continuación es un análisis de los sistemas de discurso de la ENSR desde las premisas que nos confieren las teorías feministas que, según he anticipado en el marco teórico de esta tesis, son aplicables a la atención de la salud. Ello sin olvidar las coordenadas de riesgo y de individualización que nos confiere la Segunda Modernidad.

### **a) El reconocimiento de las mujeres y los hombres como sujetos de conocimiento.**

El posicionamiento feminista respecto a la salud en el que nos posicionamos aquí, le confiere a las mujeres el reconocimiento como sujetos con potestad para definir sus propias experiencias y decidir sobre ellas (Kleinman, 1988). Una implicación como sujetos con voz que desestabilizaría, de alguna manera, las relaciones asimétricas entre posiciones discursivas que se derivan de las estratificaciones sociales en las que solamente se reconoce la voz biomédica.

Otorgarle a las mujeres y a los hombres una posición de sujetos de enunciación supone, por un lado, admitir el carácter biográfico y social que tienen los procesos de embarazo, parto y crianza; por otro, implica aceptar que el conocimiento científico no resulta suficiente para dar respuesta a estos procesos; en tercer lugar, y consecuencia de todo lo anterior, conlleva acercar las posiciones entre los/las profesionales expertos en la materia y las personas que viven y experimentan no sólo de manera individualizada, sino también a propósito de una posición social concreta, estos procesos; por último, comporta entender a las mujeres, y también a los hombres, como sujetos activos en la toma de decisiones sobre su salud y, en este caso, sobre la salud de sus bebés.

Esto que hemos expuesto se ve plasmado en los objetivos secundarios de la estrategia, pero también lo encontramos explícitamente en el punto 3.3.1. *Promoción de la salud en el embarazo*, donde se insiste en tener en cuenta “las necesidades y circunstancias particulares de cada mujer” (MSPSI, 2011:90). Más tarde, en el epígrafe que se refiere al programa de preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza, se hace una mención clara al objetivo de “responder a las expectativas y circunstancias de cada mujer y pareja y promover la autonomía y el desarrollo personal de la embarazada (empoderamiento) con el apoyo de la pareja” (MSPSI, 2011:96). En las recomendaciones asociadas a este punto se desarrolla este objetivo vinculándolo a unas características concretas de la educación grupal: “Tener en cuenta las necesidades de las mujeres

*y parejas que acuden a la educación grupal, al diseñar los contenidos, objetivos, metodología, cronograma de sesiones, recursos audiovisuales y materiales necesarios, así como en la evaluación de satisfacción y resultados” (MSPSI, 2011:96).*

Desde una mirada distinta a la de los Criterios Básicos de Atención que fue objeto de nuestra atención en el apartado anterior, la ENSR pretende escapar del abordaje medicalizado de estos procesos para situarse, como ya hemos dicho, en una posición biográfica y social. La disolución del riesgo como discurso —al menos de forma aparente— y la puesta en valor de las vivencias conllevan, a priori, que la distancia social entre la categoría profesional y la categoría referida a las personas legas (usuarias/os), se vea deslegitimada, y por tanto que la estratificación social que se apreciaba entre uno y otro estatus sea redefinida.

Esto que se destaca para la promoción del embarazo, se ve también replicado en el punto 3.3.7. de la Estrategia, donde se habla de los cuidados propios del puerperio. Entre las recomendaciones encontramos las de “Transmitir que el nacimiento de un hijo/a requiere una adaptación y reestructuración psíquica importante para la mujer puérpera” y “Favorecer la comunicación-verbalización por parte de la puérpera de sus emociones, especialmente de las consideradas negativas”. Ambas advertencias, desde mi punto de vista, quieren posicionarse en la vivencia personal y no en la biomédica, en lo que se refiere a la etapa posterior al parto.

A la vista de lo que se expone en el documento en el que profundizo, la categorización de sujeto con voz, no incumbe sólo a las mujeres y a los hombres participantes como usuarias de estos programas, sino que resulta ampliada a los iguales, esto es, a otras mujeres y hombres que ya han pasado por esa experiencia previamente. Así en el objetivo del punto 3.3.7.1. *Potenciación de grupos de autoayuda y de apoyo a la lactancia materna*, se dice “Visibilizar la importancia de las organizaciones sociales, de madres y padres voluntarios con experiencia personal y formación adicional sobre la maternidad, paternidad y lactancia materna” (MSPSI, 2011:129). A eso de “y formación adicional”, volveremos después.

Por último, siguiendo con la línea de análisis que he emprendido aquí, cabe poner atención a un cambio de enfoque de relevancia a destacar, este es, que la Estrategia contempla la participación de las mujeres y las parejas como línea estratégica en

sí misma. Un eje que resume todo lo que hemos expuesto hasta ahora y que gira en torno al concepto de empoderamiento: *“Empoderarlas para desarrollar la capacidad de reconocer la evolución del proceso, de opinar, de discutir con las y los profesionales que las atienden acerca de sus cuidados, favorece la toma de decisiones adecuadas tras comprender la información y las opciones, contribuye a aumentar su seguridad y a generar una relación más igualitaria, basada en conocimientos y expectativas de ambas partes”* (MSPSI, 2011:141).

De lo que acabo de exponer podríamos concluir que la construcción del sujeto lego pivota alrededor de una noción de sujeto activo, con un conocimiento reconocido y legitimado como conocimiento válido, lo que comportaría unas relaciones entre posiciones expertas y posiciones legas que *tenderían* a ser más igualitarias que las que sugería el documento de 1990. En otras palabras, las fronteras divisorias entre la categoría profesional y la categoría usuaria(o) se revelarían mucho menos contundentes y más permeables de lo que lo hicieran las que definían estas mismas categorías en el documento anterior.

Ahora bien, si hablamos de una tendencia y no de una realidad, es porque, todo y asumir el posicionamiento de la persona lego como sujeto activo, y a pesar de que se pone en valor el conocimiento experiencial como conocimiento legítimo, lo cierto es que saberes expertos y saberes legos no se ven diluidos, no son confundibles. La ciencia, de nuevo, imprime distinción entre conocimientos. Esto es, en el documento que se analiza, la identidad del/de la profesional que interacciona con las mujeres y los hombres usuarios de los servicios públicos de salud, pasa por ser el agente vehiculizador, transmisor de información contrastada científicamente. El proceso de empoderamiento que se estimaría para las mujeres y los hombres articulado, necesariamente, por la transmisión de información y por la creación de espacios de participación, sería guiado por los conocimientos provenientes de ámbitos científicos. De nuevo la estratificación social que se abate en la distinción entre lo pensable y lo impensable; eso sí, articulado a través de una modalidad distinta.

A lo largo del documento se menciona, en diferentes ocasiones, la importancia de que las mujeres cuenten con una información de calidad. La pertinencia de esa transmisión de información legitimada se halla vertebrada en el documento en dos objetivos fundamentales: por un lado, se trataría de una información que operaría como vía facilitadora de la participación; por otro lado, pero de manera relacionada, sería una



información que actuaría como proveedora de las herramientas para tomar las decisiones “más adecuadas”<sup>20</sup>.

Es en la línea estratégica sobre la participación de las mujeres y sus parejas (línea 3.3.10.), donde la idea es formulada de manera inequívoca: *“La información facilitada a las mujeres y sus parejas, como herramienta de ayuda para la toma de decisiones, debe basarse en evidencias documentadas y buenas prácticas acerca de la efectividad, los beneficios y los riesgos de las opciones existentes que se ofrecen. Debe ser adecuada y oportuna en cada caso y respetuosa con el derecho a conocer la verdad sobre el proceso de salud. Por último, debe asegurarse que sea comprendida mediante mecanismos institucionales que sirvan de sustento a la comunicación y participación efectiva”*. Sigue en el párrafo siguiente: *“Disponer de información veraz también asegura la capacidad de cuestionar y observar con mirada crítica informaciones contenidas en los distintos medios de comunicación, al objeto de discernir la que está basada en criterios técnicos auténticos, de aquella que responde a intereses comerciales. Asimismo, permite eliminar consejos o actuaciones que no estén sustentadas por evidencia científica o el sentido común”* (MSPSI, 2011:141).

El párrafo anterior parece fundamental para el análisis que desarrollamos aquí. Por un lado esta declaración de intenciones refuerza la idea de la importancia de que las mujeres y los hombres dispongan de información, y sobre todo, de que se les considere sujetos con decisión en el proceso de atención sanitaria; por otro lado, se pone encima de la mesa el tipo de saber al que se refiere el documento, el conocimiento al que la institución sanitaria (y por lo tanto el Estado) le da validez como conocimiento legítimo, es el conocimiento que se “basa en evidencias documentadas”, el conocimiento “veraz”. Sin dejar de aplaudir ese giro epistemológico que da la Estrategia a propósito de la conceptualización de mujeres y hombres que acceden a los servicios de atención primaria,—ha quedado desterrada del documento tanto la nomenclatura de “paciente”, como la sobreutilización de fórmulas que aluden al proceso únicamente a través de su dimensión biológica “gestante, parturienta, puerpérica...”— no podemos sino mirar con cierto recelo un modelo que, como apunta Lupton (1995), pretende empoderar a los sujetos a través del conocimiento: “It assumes that knowledge is a good: the more knowledge one has, the better, whether it be as a patient in the medical encounter,

20 No se explicita si lo que se entiende como “más adecuado” responde a los parámetros de las mujeres y los hombres, o si lo que se entiende como “más adecuado” coincide con lo definido por la evidencia científica actual como tal.

“empowered” by improved knowledge of his or her condition, or as an individual requiring greater knowledge of the causes of an illness so as to act in a rational manner to avoid contracting or developing that illness.. Likewise, health promotion/education literature routinely argues that lack of knowledge is always negative” (Lupton, 1995:57).

En otras palabras, es este el escenario para la puesta en escena de las expertas del riesgo para con la crianza. Unas profesionales con el bagaje reconocido socialmente, a propósito de la salud, como para detentar una posición privilegiada en la enunciación de la *buena* crianza. No es menos cierto, no obstante, que la postura que este discurso le concede a estas expertas del riesgo es de coparticipación en la definición de las incertidumbres sobre el cuidado, y ello se ve plasmado en el texto, como ya he sugerido, a través del papel preponderante que se le reconoce al sujeto como sujeto de conocimiento. Ahora bien, es esa capacidad de determinación, de gestión de las inseguridades que les da a estas profesionales el disponer de saberes *avalados* por la evidencia científica, lo que sigue marcando las fronteras entre las categorías profesional/usuario(a). En pocas palabras, si entendemos que el documento plantea una aproximación entre posiciones expertas y posiciones legas, que no una confusión, es porque, aún habiendo superado la consistencia con la que se expresaba dicha categorización en el documento de los Criterios Básicos de Atención, los estatus siguen definiéndose como entidades separadas y estructuralmente diferenciadas por el tipo de conocimiento del que se les hace garantes.

Esto que se expone aquí nos permite entender por qué, cuando la Estrategia se refería a la inclusión de grupos de autoayuda y la consideración de iguales, no sólo se aludía a mujeres y hombres que pudieran aportar su experiencia previa de crianza, sino a madres y padres con formación. A quien se refiere aquí el documento es a personas que coparticipen en la transmisión del saber legitimado científicamente, esto es, a una categoría en una posición intermedia entre las posiciones legas y las posiciones expertas.

Desde este mismo planteamiento se desarrolla la línea estratégica 3.3.9. *Formación de profesionales*, donde se habla de la importancia de que la formación de profesionales, entre los que se incluye a la enfermería obstétrico-ginecológica (matronas), incluya en sus contenidos conocimientos actualizados en base a la evidencia científica disponible sobre los procesos de embarazo, parto y puerperio.

## b) El reconocimiento de la diversidad en las maternidades y en las paternidades.

La atención a la salud desde un posicionamiento feminista debe partir de una noción de lo femenino y de lo masculino heterogénea (Connell, 2012). Esto es, debe escapar de concepciones dominantes, hegemónicas nos diría Connell (1995), sobre la maternidad y la paternidad, para suspenderlas en las redes de la variabilidad, para considerar maternidades y paternidades. Pero no sólo eso, un posicionamiento feminista en la atención a la salud, sobre todo si nos estamos refiriendo a los servicios que se circunscriben en la promoción de la salud, debe trabajar en la línea de la visibilización de las relaciones de poder que se dan, en nuestras sociedades, entre las feminidades/maternidades y las masculinidades/paternidades dominantes y las feminidades/maternidades y las masculinidades/paternidades subyugadas (Connell, 2012).

Muchos de los fragmentos del texto de la ENSR en los que profundicé en el epígrafe anterior, podrían utilizarse también para ilustrar lo que acabo de señalar. Efectivamente, toda referencia a la atención a las características particulares de cada mujer y a la consideración de las necesidades de las mujeres y de los hombres, como profesan los objetivos del punto 3.3.1. *Promoción de la salud en el embarazo*, remiten a atender la multiplicidad de experiencias –tantas como mujeres, tantas como hombres, tantas como familias– que pueden verse asociadas a los procesos de embarazo, parto y crianza. Se huye así de aquella concepción de “eterna feminidad/maternidad” en singular, y se aceptan no sólo distintas prácticas, identidades, sino también diferentes condicionantes estructurales que le confieren a estas mujeres, y a estos hombres, posiciones distintas con las que abordar dichos procesos.

Desde esta perspectiva, la insistencia en la diversidad lo que pretende es desestabilizar el liderazgo cultural de la masculinidad/paternidad hegemónica y, por ende, de la feminidad/maternidad hegemónica. No obstante cabe también destacar que el documento hace mención explícita a la atención a la multiculturalidad, y a la atención a la discapacidad.

Dentro de la línea estratégica 3.3.10. *Participación de las mujeres y sus parejas*, el documento recoge estos dos epígrafes cuyos objetivos y recomendaciones van orientados, no sólo a la atención a la diversidad sino a alentar al colectivo de profesionales públicos, a promover la participación de estas mujeres y hombres en los procesos de

toma de decisiones, y a hacerlo en las mismas condiciones que lo hacen el resto. De esta manera, como objetivo principal en el epígrafe de Atención a la multiculturalidad hallamos: *“Asegurar una atención adecuada a las mujeres inmigrantes y sus parejas en el proceso, facilitando su participación, contemplando las particularidades de cada caso y disponiendo de los medios adecuados para minimizar las posibles barreras culturales e idiomáticas”* (MSPSI, 2011:146), y en el de Atención a la discapacidad: *“Asegurar una atención adecuada a las mujeres con discapacidad. Ofrecer los medios estructurales y la información necesaria que permitan ejercer su derecho a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos/as que desean, el espaciamiento entre ellos y la manera satisfactoria de llevarlo a cabo”* (MSPSI, 2011:147).

Tanto los objetivos, como las recomendaciones para la práctica que se hacen a propósito de ellos, aluden a unas posiciones de desigualdad de estos colectivos diversos que estarían dificultando su acceso a los servicios sanitarios. Lo que se pretende con esta puntualización, es que las instituciones asuman su tarea como mecanismos para lograr una mayor igualdad social. O lo que es lo mismo, instar a estos servicios a que reconozcan su corresponsabilidad en garantizar que la población tenga un acceso igual a los servicios sanitarios. Un objetivo fundamental que pasa, necesariamente, por una atención específica, y así se dicta en las recomendaciones del apartado sobre multiculturalidad: *“2. Ofrecer atención específica según las necesidades de las mujeres por su cultura, idioma, distinta capacidad, creencias o experiencias previas”* (MSPSI, 2011: 146) y en las de la atención a la discapacidad: *“4. Diseñar programas específicos de la salud sexual y reproductiva que tengan en cuenta las diversas necesidades en función de los diferentes tipos de discapacidad, incluyendo la garantía de la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones respecto a la interrupción voluntaria de su embarazo”* (MSPSI, 2011:148).

### **c) La promoción del cambio social.**

Como discurso político, las teorías feministas promueven la transformación de las relaciones de poder en la sociedad. Puesto que estamos refiriéndonos a la atención a la salud, este cambio incumbiría a las relaciones entre las/los profesionales de la salud y las mujeres y hombres que acceden a los servicios sanitarios. Esto es, supondría la redefinición de unas estructuras jerarquizadas embebidas de saber-poder, a unas relaciones más simétricas de corresponsabilidad y control compartido. Por otro lado, y puesto que lo que interesa a esta tesis es la aproximación que hace este programa de

promoción de la salud, no podemos dejar de incluir, como objeto de transformación, el orden de género que en nuestras sociedades sigue asumiendo organizaciones androcéntricas.

En el apartado primero de este análisis ya profundicé en la categorización de las posiciones experta/o-lega/o, unas posiciones que, como se vio, han sido resignificadas, pero no por ello equiparadas. En una de las recomendaciones de esta línea estratégica 3.3.10 que hace mención a los Programas de Preparación al embarazo, parto, nacimiento y crianza se explicita de la siguiente manera esa “resituación”: *“4. Establecer Programas de Preparación Prenatal que informen sobre los cambios fisiológicos en el embarazo, que tengan en cuenta los aspectos afectivos, cognitivos y emocionales, incorporando estrategias didácticas y participativas así como el entrenamiento psicofísico. Además de dar información deben promover la implicación y participación activa de las mujeres. Así mismo, deben contemplar actividades individuales y de la pareja, no sólo grupales”* (MSPSI, 2011:142).

En lo que sigue, nos detendremos en explorar cuál es la categorización que se hace desde la ENSR sobre feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad, y cuál es el tipo de relación que se propone a propósito de éstas. En definitiva, de lo que se trata es de profundizar en las posibilidades de transformación que ofrece la Estrategia para con la (re)producción de las tareas de cuidado como tareas feminizadas.

La ENSR apuesta de forma clara por la participación de las parejas en todos los procesos de los que da cuenta. La ENSR se posiciona también en la promoción de la participación de los hombres en estas esferas, y esta insistencia se debe, a mi entender, a motivos distintos a los de la implicación de las parejas. Esto es, que el documento perfile la crianza como escenario masculino tiene unas implicaciones determinantes en la categorización de la maternidad y la paternidad.

Consideramos que la Estrategia se posiciona contundentemente en el cambio social a propósito de las relaciones de género. Una postura que hace explícita cuando entre sus objetivos axiales incluye el de *“Impulsar un cambio en los valores sociales en torno a la maternidad y paternidad, que tradicionalmente se concretan en exigencias inalcanzables para las madres y en la tolerancia de una escasa implicación paterna”* (MSPSI, 2011:89). Perfilando sus objetivos en estos términos la Estrategia se erige, de forma explícita, como

motor de cambio que contribuiría a la transformación de las concepciones tradicionales de la maternidad y la paternidad.

Esta declaración de intenciones resumida en eje axial resulta determinante a la hora de comprender cuál es ese cambio social al que aspira la Estrategia.

Se dibuja un panorama sobre el reparto familiar del cuidado donde las expectativas sociales sobrecargan las funciones asociadas a la maternidad –se reconoce en este planteamiento aquellas contradicciones culturales de las que habla Hays (1998)— y en el que se denuncia una paternidad no implicada en el cuidado. Esta postura será mantenida a lo largo del documento, insistiendo en medidas que aboguen por la corresponsabilidad de los hombres en la crianza, así como en recomendaciones que tengan también a los hombres como sujetos responsables en la atención del embarazo, parto y crianza.

Dentro del apartado 3.3.10. *Participación de las mujeres y sus parejas*, se incluye un epígrafe dedicado exclusivamente a la participación de las parejas<sup>21</sup>, en el que se reconoce la lógica de la individualización como eje vehiculador del epígrafe: *“El que hombres y mujeres sean efectivamente iguales en derechos y obligaciones conlleva una transformación de las relaciones familiares y un cambio trascendental en sus vidas”* (MSPSI, 2011:143). Este punto de partida puede ser considerado como la línea en el horizonte que guía el cambio social al que la ENSR aspira.

A partir de ahí este desafío es abordado, por un lado, desde la vertiente de la igualdad, esto es, desde la consideración de que el mantenimiento de la vida no puede delegarse más a unos sujetos, las mujeres, que participan hoy también de la esfera pública y desarrollan tareas de índole similar a la que desarrollan los hombres: *“Los cambios sociales recientes, promovidos principalmente por las mujeres con su incorporación al mundo exterior y al trabajo fuera del hogar, la reducción del número de hijos/as y el acceso mayoritario a la universidad, han producido paralelamente cuestionamientos en la base del rol tradicional de los hombres, para construir los conceptos y la base ideológica de la masculinidad actual”* (MSPSI, 2011:143-144). Por otro lado, se habla también de las nuevas posibilidades que se abren para los hombres en cuanto al desarrollo de la emotividad, la ternura y la cercanía con las hijas y los hijos; en tercer lugar, y prestándole una mayor dedicación en el texto que a lo anterior, se relaciona la implicación del padre

---

21 Aquí hay un equívoco. El apartado se enuncia como participación de las parejas cuando lo que se incluye en él se refiere a los hombres solamente.

con la salud y el desarrollo de las hijas/os. Todo ello confluye en la referencia a una nueva paternidad, aquella caracterizada por abandonar los papeles tradicionales y por otorgarse un papel corresponsable en la crianza, un rol que según reza el documento debe ser promovido desde la institución sanitaria.

El epígrafe que se refiere a los programas de preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza, programa que es objeto de esta tesis, bascula sin vacilaciones hacia estos objetivos. Para empezar, en el texto se habla de crianza, y no de puerperio, como venía haciéndose en documentos anteriores. Esta variación en la nomenclatura no es baladí. Cuando nos referimos al puerperio, estamos aludiendo a una etapa posterior al parto (sea éste por cesárea o vaginal), o lo que es lo mismo, nos estamos remitiendo a un proceso experimentado por las mujeres y sus cuerpos después de parir. Partiendo de esa definición, los programas de preparación al parto han orientado hasta ahora los contenidos de su curso a los cuidados que merecen el cuerpo de las mujeres y el cuerpo de las criaturas. Los saberes se quedan entonces en la dimensión biológica de este proceso. Sin embargo, incluir el epígrafe de *crianza*, supone introducir la dimensión social del cuidado para con el bebé. La crianza, entendida así como práctica social protagonizada por una o más personas adultas, emerge como una responsabilidad que debe ser compartida por los sujetos tutores de la recién nacida o el recién nacido. La atención se desplaza de la mujer a la familia.

Merece la pena aquí que reproduzcamos las recomendaciones que se hacen en este apartado.

1. “Tener en cuenta las necesidades de las mujeres y parejas que acuden a la educación grupal, al diseñar los contenidos, objetivos, metodología, cronograma de sesiones, recursos audiovisuales y materiales necesarios, así como en la evaluación de satisfacción y resultados.
2. La preparación debe englobar tanto el proceso de maternidad como el de paternidad abarcando embarazo, parto, puerperio y cuidado del RN.

(...)

4. Implicar a la pareja en los programas y consultas desde el comienzo del embarazo atendiendo a sus propias necesidades y vivencias” (MSPSI, 2011:96).

Puesto que dentro de la acepción de “parejas”, también se incluye a los hombres, podemos decir que la Estrategia ve en los programas de preparación para el embarazo, parto, nacimiento y crianza, la oportunidad no sólo de transmitir información adecuada acerca de todo el proceso, como profesa en sus objetivos, sino también de construir a los hombres como sujetos necesariamente implicados en éste, sujetos por lo tanto, con necesidades propias, con vivencias propias respecto estos procesos.

A la vista de lo que hemos expuesto aquí, podemos afirmar que el Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad aborda el cuidado no como una labor feminizada, sino como tarea que debe ser desvinculada de adscripciones tradicionales de género, y de la que deben corresponsabilizarse tanto hombres y mujeres. Pero además, podemos decir que esta institución hace un esfuerzo por desvincular el ejercicio de la crianza con presupuestos naturalizados sobre los procesos reproductivos, para acercarla a su articulación como práctica social. Llamar a la etapa temprana del cuidado de menores crianza y no puerperio, es querer superar la relación causa-efecto que, tradicionalmente, ha establecido el paradigma biomédico entre lo reproductivo y lo social, esto es, entre el gestar-parir-lactar (como procesos anatómico-fisiológicos) y el cuidar, para posicionarse en una concepción del cuidado como responsabilidad familiar. En otras palabras, se trata de un posicionamiento epistemológico a propósito de la crianza que se apoya en una categorización de lo femenino y lo masculino con unos márgenes bastante permeables, de manera que, por lo que se refiere al cuidado de bebés, los estatus no resultan especializados de acuerdo a la división genérica de los trabajos.

No obstante, si no me he atrevido a hablar en este último punto de categorías fusionadas, confundidas, es precisamente porque la perspectiva de la que se nutre el documento reserva, desde la lente de la posición feminista que aquí he asumido, un punto de apoyo en lo tradicional. Este es, la promoción reiterada de la lactancia materna. A esta cuestión le dedicaré un apartado posterior del análisis, no obstante, merece la pena aquí adelantar que la óptica fisiológica y de “beneficios para la salud” con la que se aborda la lactancia materna en el documento de la Estrategia, emerge como punto de amarre a una descripción naturalizada de la que la crianza, como práctica social, no puede escapar.



#### **d) Conclusiones del apartado.**

La línea de separación entre el conocimiento de lo posible y el conocimiento de lo imposible, dice Bernstein (1998), es relativa a un período determinado de tiempo. Del análisis que he llevado a cabo en esta sección, puedo colegir que la relación de poder que se da entre los conocimientos con evidencia científica a propósito del cuidado, y los “otros” conocimientos, estratifican los grupos de expertas y usuarias/os. Una estratificación a razón del tipo de conocimiento pero que, respondiendo precisamente al momento histórico y epistemológico de la disciplina de la promoción de la salud, redundan en el reconocimiento del saber lego. Una postura ésta que me llevaría a hablar de una categorización mediada por una clasificación menos fuerte que la que identificábamos en los Criterios Mínimos de Atención, pero que no proyecta relaciones igualitarias entre conocimientos que, en definitiva, han sido explícitamente diferenciados en el momento que se recurre a la ciencia, a la evidencia científica, como factor legitimador de distinción entre unos y otros saberes. Estaríamos hablando entonces de una clasificación fuerte (C<sup>+</sup>).

Por lo que se refiere a la categorización de la feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad, reguladas en principio por las coordenadas de división de los trabajos, cabe decir que somos capaces de identificar, en el texto que acabamos de analizar, la huella de la propuesta individualizadora, por lo que se refiere a la crianza. Esto es, como ya expuse cuando revisé la teoría de Beck y Beck-Gersheim (2003), la familia, y por ende su labor de cuidado, no queda exenta en la Segunda Modernidad de los embustes de la individualización, lo que comporta ineludiblemente una redefinición de las relaciones de género a propósito de la crianza. La categorización que se extrae del documento de la ENSR va en esta línea, dado su esfuerzo por desvincular al cuidado de las adscripciones genéricas. En este sentido podemos decir que estamos ante una clasificación débil (C).

### 3.3. Las prácticas pedagógicas a propósito del cuidado en el Programa de Educación Maternal.

**N**os dice Bernstein que la forma en que una sociedad selecciona, clasifica, distribuye y transmite así como evalúa el conocimiento educativo que considera público refleja tanto las distribuciones de poder como los principios de control social. Si el presente análisis versa sobre el código pedagógico de género de las matronas de la Agència Valenciana de Salut, es porque considero que en las relaciones pedagógicas de lo micro, esto es, en el proceso de recontextualización que protagonizan estas profesionales en el contexto del Programa de Educación Maternal, podemos reconocer aquellas relaciones de poder y aquellos principios de control social que, como ya expuse en el marco teórico de esta investigación, articularían un orden de género global y un régimen de género propio de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio.

Lo que se pretende al concluir la exploración analítica, es describir los códigos pedagógicos de género de dichos servicios de atención primaria a través de sus prácticas pedagógicas. Con el objetivo de comparar lo que producen y reproducen estos servicios sanitarios, se ha estructurado un modelo de descripción basado en la herramienta metodológica propuesta por Bernstein. El autor fundamenta su propuesta atendiendo a dos niveles distintos, el estructural y el interaccional. El nivel estructural, al que ya atendí en el apartado previo, es analizado en términos de cómo la división social del trabajo regula el grado de especialización entre categorías. El concepto clave del nivel estructural es el de límite, y las estructuras son distinguidas en términos de las relaciones entre categorías. El nivel interaccional es analizado en términos de las relaciones sociales que se crean en la regulación de las relaciones de transmisión-adquisición entre personas transmisoras y personas adquirientes. Bernstein utiliza el concepto de enmarcamiento para hacer lo propio en el nivel interaccional.

En esta segunda fase del proceso de análisis de la información, profundizaré en los procesos de transmisión-adquisición de conocimiento que se dan entre matronas de atención primaria y participantes en la Educación Maternal. En última instancia, lo que se pretende es describir, en términos de poder y control sobre los procesos de transmisión-adquisición, los espacios de autonomía relativa que las profesionales utilizan para “desordenar el orden establecido” por el discurso regulador general. Determinando el espacio de autonomía relativa de las personas transmisoras podremos comparar las distintas instituciones. La distinción de los códigos pedagógicos de género, nos permitirá hablar de qué regímenes de género se están transmitiendo en las distintas modalidades pedagógicas que se dan en los contextos de la educación Maternal.

El concepto de enmarcamiento me permitirá completar el trabajo iniciado en el apartado anterior, e identificar y describir los códigos elaborados de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio. A la luz de mi hipótesis, sería la debilitación en los valores de clasificación y enmarcamiento de distintos elementos de la práctica pedagógica, lo que nos permitiría hablar de códigos de género promotores de regímenes de género menos androcéntricos.

Posicionada en la teoría de Bernstein, parto de que las relaciones de género generan, distribuyen, reproducen y legitiman formas características de comunicación, que transmiten códigos dominantes y dominados, y que esos códigos posicionan de forma diferenciada a los sujetos en el proceso de adquisición de los mismos. Utilizo el término de posicionamiento, porque Bernstein se refiere a él, pero también porque, como ya he puesto de manifiesto con anterioridad, me circunscribo a la perspectiva de De Lauretis (1986) para entender las relaciones de género. Con su utilización apelo a considerar que el género es siempre relacional: relaciona lo masculino por oposición a lo femenino, y relaciona jerárquicamente una configuración concreta de la masculinidad y de la feminidad por asociación a otras masculinidades y otras feminidades. Los códigos, asevera Bernstein, son dispositivos de posicionamiento culturalmente determinados: “los códigos regulados por la clase posicionan a los sujetos con respecto a las formas de comunicación dominantes y dominadas y a las relaciones entre ellos. La ideología se construye a través y en ese proceso de posicionamiento”(Bernstein, 2001:26). La ideología no es un contenido en sí misma, sino una forma de relación para llevar a la práctica unos contenidos: “La ideología es inherente a las formas de relación y las regula” (Bernstein, 2001:26).

A la sociología de la salud y a la sociología de la medicina le queda un gran recorrido por hacer en el análisis del conocimiento médico, dice Atkinson (1995). Pero sobre todo le queda mucho que explorar respecto a las actividades de comunicación que le son propias a la gestión de la salud. Nuestro análisis pretende contribuir, en este sentido, a la sociología de la comunicación del conocimiento médico. Por ello, tal y como argumentábamos en nuestra exposición de la teoría de Basil Bernstein, y tal y como insiste Paul Atkinson, en nuestro análisis de la relación pedagógica que se da entre matronas y usuarias/os del Programa de salud materno-infantil, no asumiremos la interacción como el medio para la reproducción de discursos (clase, género, etnia...) de la manera que lo viene haciendo la sociología de la medicina según estima Atkinson (1995), sino que nuestro interés se centrará en la deconstrucción de la propia relación de comunicación, de la interacción pedagógica en sí misma como campo de relaciones de poder y control, como escenario para la puesta en práctica de los códigos de género. ¿Quién regula? ¿En nombre de quién? Son los interrogantes que propone Bernstein a propósito de esta cuestión.

Antes de adentrarme en la exposición del análisis de la información, me gustaría incidir en una cuestión fundamental para comprender cómo las agencias que estudiamos contribuyen a (re)producir género.

Dice Mari Luz Esteban (2007) que dos han sido los ejes centrales en el quehacer feminista con efectos directos en el estudio de la salud: la denuncia de la naturalización social de las mujeres, y la distinción de los conceptos de sexo y género. Considero que comprender qué suponen estas “confusiones” –sesgos de género se les suele llamar— resulta primordial para entender cómo se estructura el orden social de género del paradigma biomédico, un orden que puede ser puesto en cuestión por los regímenes de los servicios de atención primaria, pero del cuál son también, como recuerda Connell (1987; 1995), deudores. El paradigma biomédico orbita en torno a una concepción biologicista del cuerpo humano, que se nutre de una epistemología positivista donde lo “evidente” adopta forma de entidad real. Lo que se deriva de esto, es una categorización del cuerpo humano, de los hombres y las mujeres, que recurre a las evidencias, de manera que la diferenciación sexual resulta deshistorizada, descontextualizada, para presentarse como *dato*: “la” diferencia sexual aparece así como un principio absoluto e inmutable, dice Esteban (2007).

La siguiente operación estriba en replicar ese esquema dualizador a lo que se entiende por género. El género es revestido también de un carácter dicotómico dado que es vinculado estrechamente a aquella diferenciación sexual autoconfirmada. Las consecuencias para la atención a la salud de esta correspondencia falaz, como veremos, es que los hombres podrían ser atendidos y entendidos solamente desde una construcción social concreta de lo masculino, y las mujeres desde una elaboración cultural de lo femenino. Construcciones sociales éstas, por otra parte, que no reciben una consideración pareja.

Puesto que lo que está en la base de este análisis es explorar los regímenes de género que son producidos y reproducidos por las relaciones pedagógicas entre matronas y participantes en la Educación Maternal, voy a organizar la información atendiendo a las dimensiones que propone Raewyn Connell (1987; 1995; 2009). Cada uno de los epígrafes principales de este apartado del análisis corresponderá a uno de los tres vórtices designados por la autora: relaciones de poder, relaciones de poder y consumo y relaciones emocionales (cathexys).

### 3.3.1. Transmitiendo cuidados ¿Hay espacios para formas de interacción no androcéntricas? Exploración de la dimensión de “relaciones de poder”.

El sistema sanitario es androcéntrico y medicalizador, una concurrencia que afecta especialmente de las mujeres (Esteban, 2003) y a la construcción de lo femenino. Esta lógica propia de la institución sanitaria es la que despertó, en un momento dado, la desaprobación de la crítica feminista que insiste, desde hace décadas, en dismantelar esa base ideológica y en demostrar las consecuencias que, para la salud de las mujeres, comporta dicha organización. Situada en la matriz de dimensiones de las que provee la teoría de género de Connell (1987; 1995; 2009), sugiero la aproximación a este androcentrismo del sistema biomédico desde el vértice que la autora denomina *relaciones de poder*: “El eje principal del poder en el sistema del género europeo/americano contemporáneo es la subordinación general de las mujeres y la dominación de los hombres -estructura que la Liberación de la Mujer denominó patriarcado. Esta estructura general existe a pesar de muchas reversiones locales (las mujeres jefas de hogar,

las profesoras mujeres con estudiantes varones). Persiste a pesar de las resistencias de diversa índole que ahora articula el feminismo y que representan continuas dificultades para el poder patriarcal (Connell, 2003: 8-9)

Mi intención, en este primer apartado del análisis, es explorar cómo se traducen las relaciones de poder y control androcéntricas en principios de comunicación. Y lo haré sirviéndome del concepto bernsteniano de enmarcamiento. Recordemos que el concepto de enmarcamiento, en la obra de Bernstein, refiere al contexto en el cuál el conocimiento es transmitido y adquirido, esto es, la relación pedagógica entre la persona transmisora y la persona adquiriente. El concepto de enmarcamiento incluye los límites entre lo interno y lo externo de la escuela –u otra institución– esto es, el grado de penetración del “conocimiento cotidiano” de la persona transmisora y de las personas adquirientes en el conocimiento a transmitir.

Respondiendo al procedimiento metodológico que voy a seguir en esta parte de la tesis, atenderé a la dimensión interaccional de la práctica pedagógica. Una dimensión que hace referencia a las relaciones entre sujetos (matronas, hombres y mujeres participantes de las sesiones grupales de la Educación Maternal), y dentro de éstas priorizaré las reglas discursivas y no las jerárquicas, por razones que ya expuse anteriormente. Las reglas discursivas tienen que ver con la selección del conocimiento, la ordenación del mismo, la tasa de adquisición y los criterios de evaluación considerados. Daré cuenta aquí de las reglas de selección a partir de las cuáles pretendo identificar el grado de enmarcamiento de las interacciones pedagógicas que se den en el contexto de la Educación Maternal.

Detengámonos un instante en recalcar una cuestión relevante no sólo a nivel epistemológico sino también a nivel metodológico. Lo que nos proporciona Bernstein es una estrategia de investigación con la que interrogarnos a propósito de los regímenes de género transmitidos por determinados servicios de atención sanitaria. Y de hacerlo sirviéndonos de la observación de las relaciones pedagógicas que se dan en su seno. El concepto de enmarcamiento y la graduación que estableceremos a propósito de éste, no pueden ser entendidos, por lo tanto, sino como herramientas para la investigación social. Ni reflejos, ni copias de la realidad, sólo categorías para la descripción.

Operamos en nuestra exploración graduando el enmarcamiento que identificamos en las relaciones pedagógicas exploradas. Y lo hacemos de ese modo siguiendo a Neves,

Morais y Afonso (2005) y a Navas (2008). Esto no significa que no seamos conscientes que ese modo de obrar comporte una simplificación de la realidad provocada, entre otras cosas, por constreñir la exploración de un material cualitativo a la ordenación. A priori cabe esperar que las realidades analizadas sean mucho más complejas de lo que advertimos aquí, lo que, a nivel analítico, se traduciría en grados de enmarcamiento con matices más heterogéneos.

Teniendo esto muy presente, no podemos negar que la valoración del enmarcamiento nos permite comparar, tomando como referencia las relaciones pedagógicas de transmisión-adquisición, las prácticas inherentes a modalidades pedagógicas distintas. Lo que nos ofrece este lenguaje de descripción, en última instancia, es la posibilidad de ver hasta qué punto las relaciones pedagógicas que se dan entre matronas y personas usuarias de este programa responden a un orden androcentrista, una forma de organización que emplaza lo masculino en una posición dominante y lo femenino en una posición subordinada. De esta manera, el análisis crítico del programa de Educación Maternal nos permite tejer los puentes entre el entramado social de prácticas que llevan a cabo las profesionales sanitarias de atención primaria, y determinados regímenes de género (re)producidos por aquellas. Nos permite ver lo macro en lo micro.

### **Análisis crítico de la información.**

Leer la gestión de la salud a través del horizonte analítico de la Sociedad del Riesgo, supone considerar que las arenas en las que se apoya hoy el conocimiento médico, son más movedizas de lo que lo fueron en otros tiempos. Una afirmación que no debería errarse, deduciendo de ella que la Segunda Modernidad ha traído consigo una deslegitimación y una pérdida absoluta de poder por parte de la medicina alopática. Lo que ha acarreado la Modernidad tardía, nos dice Beck (1998), es la convivencia de las narrativas científicas con otros relatos de índole distinto, entre ellos otras narrativas médicas diferentes a la de la biomedicina, relatos éstos que hasta el momento habían sido deslegitimados por los órdenes de verdad de este sistema. Lo que ha gestado la Segunda Modernidad es a un sujeto responsabilizado de su propia salud.

Tomar en consideración este telón de fondo parece una tarea ineludible si lo que queremos es analizar las prácticas pedagógicas que se llevan a cabo, precisamente, en contextos de atención a la salud. El nuevo estatuto que le conferiría la organización

social del riesgo a los saberes transmitidos en los programas de promoción de la salud, debería verse traducido sin dilatación en la interacción pedagógica, en la comunicación de los conocimientos legítimos.

Si trasladamos esto a la esfera del programa de promoción de la salud que escrutamos aquí, esto es, si reflexionamos a propósito de esas modalidades pedagógicas donde sucede la transmisión-adquisición de una narrativa experta sobre la crianza en la sociedad actual, si concentrándonos en la mirada de Bernstein, partimos de que la comunicación pedagógica participa en configuraciones de las conciencias, entonces no podemos sino interrogarnos sobre cómo son esas interacciones entre transmisoras y adquirientes.

La teoría de Bernstein nos ofrece una herramienta con la que analizar los principios de transmisión y su traducción en estructuras de relaciones sociales. La perspectiva feminista en la que he enmarcado este estudio nos recuerda que la proyección de un orden equitativo de género debe desbancar al androcentrismo como forma de organización. De ello se puede colegir que si lo que estamos explorando aquí son las posibilidades reales de transmisión cultural de un orden de género igualitario, a través de prácticas interactivas particulares y de sus realizaciones específicas, de lo que se tratará es de observar hasta qué punto ese androcentrismo —que como ya expusimos en nuestro marco teórico, embebe la teoría y la práctica médica— sigue regulando, incluso en el marco que le confiere la Segunda Modernidad a la construcción reflexiva de la subjetividad, las relaciones pedagógicas entre matronas y usuarias del programa de educación maternal.

Antes de proseguir debemos recordar cuál es el objetivo de esta tesis. El trabajo que presento se debe, en parte, a la teoría de Bernstein, lo que me incumbe aquí es la exploración de la propia voz del discurso pedagógico. Un discurso pedagógico que traduce —visto desde la lente de los códigos de género de Arnot— órdenes de género en principios de comunicación. Ello nos obliga a prever que las interacciones pedagógicas que se dan en el contexto de la Educación Maternal, el poder y el control, no solamente remiten a la estructura social, sino al orden de género que resulta traducido en principios de comunicación. A lo que me referiré en el análisis no es, por lo tanto, a cómo la organización social del conocimiento médico se traduce en interacción didáctica, que también, pero sobre todo lo que atañe al análisis es cómo un sistema que ha situado históricamente lo femenino en una posición subyugada, redefine ese orden de género en



principios de control de la práctica pedagógica. En otras palabras, el código que estamos explorando es el código de género (Arnot, 2002), aunque claramente y como ya hemos visto, el androcentrismo en la biomedicina sea producto de unos juegos de poder-saber concretos (Ortiz, 2006).

Podría verse con cierta suspicacia que coloquemos, en el centro de la sospecha, la contribución de estas profesionales al afianzamiento del orden desigual, cuando ellas son mayoritariamente, y a priori, mujeres. Sin embargo, no debemos olvidar que de lo que se trata aquí es de deconstruir una estructura que se inscribe en oposiciones de lo femenino y lo masculino y que, contingentemente, adquiere formas distintas de expresión. Como dice Trego (2005) anticipar que los modelos de práctica matrona son feministas porque con quien se trabaja es con las mujeres, es mucho conjeturar.

Tal y como he avanzado en el capítulo de diseño metodológico, nuestra exploración sigue de cerca el procedimiento de Neves, Morais y Afonso (2005) y de Navas (2008), al elaborar categorías analíticas determinadas que serán después confrontadas con los resultados de nuestras observaciones y con los discursos obtenidos a partir de las entrevistas y los grupos de discusión con matronas.

Puesto que la intención de esta investigación es explorar las posibilidades de unas modalidades pedagógicas que participan en aquel *doing gender*, del que habla Raewyn Connell, desde posicionamientos alternativos al androcentrismo, los indicadores que propongo aquí intentan traducir, en cierto modo, los principios de la práctica matrona feminista a dimensiones con las que observar el enmarcamiento en la relación pedagógica. Esos indicadores son: “aceptación de la crianza como experiencia biográfica”; “selección de los contenidos y las actividades a realizar” y “aceptación de crianzas diversas”.

**Aceptación de la crianza como experiencia biográfica:** Con esta categoría de análisis observaremos cuánto facilita la matrona a las y los participantes en el programa el que formulen la crianza desde el prisma de lo experiencial y no de lo médico. Dicho de otro modo, qué márgenes cede la transmisora para que las y los adquirentes confieran de redes históricas y culturales las pautas de crianza.

**Selección de contenidos y actividades a realizar:** Con esta categoría exploraremos si las matronas trabajan, en sus sesiones, con una selección previa de materias a transmitir y

con una selección prevista de actividades a realizar. Y en qué medida ceden el control de los contenidos y las actividades a trabajar a las y los adquirentes. Este ítem nos permitirá analizar las posibilidades con las que cuentan las y los participantes de improvisar, elegir espontáneamente, temas que respondan a sus necesidades.

Aceptación de crianzas diversas: Con esta categoría analizaremos el espacio que la persona transmisora cede a las y los adquirentes para que impriman variabilidad a los modos de criar de acuerdo a coordenadas de edad, clase social, tipo de ocupación, sexualidad...

Al análisis de cada una de estas tres dimensiones se dedicarán los apartados que siguen.

### **3.3.1.1. Tomar decisiones en la crianza. Una cuestión de entrañas.**

#### **Matronas de enfoque biomédico**

Algunas de las imágenes más potentes sobre las mujeres y la maternidad en nuestra sociedad, nos dice Oakley (1994), provienen de disciplinas profesionales que atienden especialmente al campo de la reproducción. Lo que, sin lugar a dudas, no está exento de implicaciones.

Una de las ciencias comprometidas directamente en la definición de lo que la maternidad es y lo que las mujeres son es la biomedicina. Una disciplina que se erige, todavía hoy, como una de las fuentes que nutren nuestra cultura del nacimiento (Montes, 2007). Esta aseveración nos induce a dudar de la medicina alopática como conocimiento neutral, para comprenderla como un sistema simbólico de creencias, un lugar de (re)producción de relaciones de poder: "Science is in this sense ideology; it is certainly not a matter of objective "fact"(Oakley, 1994: 20).

En la Sociedad del Riesgo, de inseguridades contingentes y "definibles", la atención al embarazo, parto y puerperio, sigue tamizándose por la lente del riesgo biomédico. La idea de riesgo, nos dicen Oakley y Hould (1990), es central a la consideración del parto como evento peligroso que debe ser médicamente controlado. Una narrativa impregnada

en los encuentros asistenciales con los que se gestionan estos procesos en nuestros contextos –occidentales, capitalistas, con sistema sanitario público— (Blázquez, 2009). Ann Oakley y Susanne Hould (1990) elaboraron una matriz de ítems sobre los problemas que supone el enfoque de riesgo de la atención hospitalaria al parto. Blázquez (2010), también desde una mirada feminista, concluye que la necesidad de vigilancia que se le imprime al proceso de embarazo, parto y puerperio tiene una serie de consecuencias capitales: una visión patológica y negativa del cuerpo de las mujeres y del embarazo, parto y puerperio; una vivencia de miedo por parte de las mujeres ante dichos procesos; la invalidación del conocimiento de las mujeres; y la necesidad de control médico.

El riesgo constituye, todavía hoy, la narrativa que justifica la atención biomédica del embarazo, parto y puerperio. Desde este prisma, la definición de riesgo se abate sobre la analogía tradicional que se refiere al peligro: peligro de muerte, sobre todo para la mujer y el/la bebé. No obstante, lo que nos concierne aquí es otra dimensión del riesgo. Es esa lectura contemporánea del riesgo que remite a inseguridades, concretamente, inseguridades propias de la asunción de la crianza de menores, incertidumbres vinculadas a ese “último” escalón del proceso que, desde una organización biomédica de la reproducción, constituye el puerperio.

Ciertamente, es este velo de inseguridad que enmascara la aceptación del cuidado en la actualidad, lo que justifica que sean las matronas, en su calidad de “expertas del riesgo del cuidado”, quienes asuman la transmisión cultural del criar en nuestra sociedad. De lo contrario ¿Por qué hombres y mujeres habrían de acudir a un centro de atención primaria para adquirir saberes a propósito del cuidado? De los efectos de ello daremos cuenta en lo que sigue.

Muchas de las matronas, sobre todo de las profesionales que hemos llamado de enfoque biomédico, demuestran verdaderos problemas a la hora de distanciarse de aquella cosmología biomédica que traduce los eventos de la vida cotidiana en asuntos de salud, y todavía más, en asuntos sanitarios. El cuidado se ve reconfigurado en objeto de atención para las y los profesionales de esta área de conocimiento. La crianza adopta una nueva entidad bajo el auspicio de una nomenclatura sanitaria: el puerperio. A pesar de que la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva hablase de “crianza”, y de que en los objetivos del programa de Atención al Embarazo de la Comunitat Valenciana se concrete “la educación para la maternidad y la paternidad responsable” como una de las líneas fundamentales de intervención, como vimos, lo cierto es que cuando las profesionales

hablan de los temas que tratan en las sesiones grupales, colocan esa crianza reformulada como puerperio en el estadio último de ese *continuum* ginecolo-obstetricio que es el “embarazo, parto, lactancia, puerperio, métodos anticonceptivos”. Una espiral que, lejos de girar en torno a la experiencia de la maternidad/paternidad, lo hace alrededor de la reproducción como hecho biológico. Tal y como anuncia Esteban (2001), el biologicismo –las mujeres como seres que se definen por su organismo– y el reproductivismo –el cuerpo femenino explicado desde sus funciones reproductivas– son dos de las bases sobre las que se construye el cuerpo y la salud de las mujeres. El cuidado, cuando es velado<sup>22</sup> por la lectura sanitaria, sufre también esa transformación. Esto ha llevado a que la atención al puerperio haya sido muy criticada, dice Marchant (2004), en la medida que se ve convertida en una serie de tareas rutinarias que se sujetan a lo médico, pero que transcurren al margen de las necesidades de las mujeres –y los hombres– que participan en las sesiones grupales de estos programas de promoción de la salud.

La lente biomédica con la que se escruta la crianza quedó puesta de manifiesto en las propias dinámicas grupales de recogida de información cuando, como veremos a continuación, se dieron distintas ocasiones en las que las matronas no entendían la pregunta de la investigadora:

- *PERDONAD, ¿LA CRIANZA SE TOCA EN LA EDUCACIÓN MATERNAL? NO DESPUÉS, ANTES ¿SE TOCA?*  
(*Hablan a la vez -49:40-*)
- *Muy poco.*
- *A mí no me da tiempo.*
- *¿A qué te refieres?*
- *Los cuidados del recién nacido, sí (GMB1).*

Aquel vasto objetivo de abordar la “maternidad y la paternidad”, queda reducido a transmitir conocimientos de salud a propósito del cuidado, cuidados orientados a las mujeres y cuidados para las criaturas.

---

<sup>22</sup> Velado como sinónimo de recubierto, velado también como sinónimo de tutelado.

*Yo lo toco en el apartado de estimulación del recién nacido, yo sigo unos ejercicios que tiene pediatría de 0 a 3 meses, de 3 a 6, etcétera. Entonces dentro de eso y siguiendo con la evolución de los niños, entonces es cuando trato los temas de crianza. Pero los trato dentro de su pediatra, es decir, en cada centro los pediatras tienen elaboradas unas pautas, de alimentación, de sueño... Entonces yo no me quiero salir de eso, esté o no esté de acuerdo, hablamos de esas pautas y de su desarrollo (GMB2).*

*Por eso es importante que vengan a la gimnasia posparto porque así también te das cuenta si hay algún problema en el puerperio, si hay alguna depre, aunque sea leve, te das cuenta. Entonces a parte de las visitas puerperales, si vienen al mes y medio a la gimnasia posparto, pues también (GMB1).*

El armazón simbólico que apuntala la base del paradigma biomédico, se basa en dicotomías de categorías excluyentes, unos dualismos que se hallan en la latencia de los procesos de asignación/asunción de poder por parte de la clase médica: biología/cultura; síntoma/signo; profesional/lego; conocimiento científico/creencia, pero también masculino/femenino y hombre/mujer. El cuerpo femenino, dice Esteban (2001:74) “se ha definido siempre como lo diferente, lo especial, al tiempo que ha habido una progresión en su problematización”. Los contenidos dedicados especialmente a los hombres — aspecto que veremos en el apartado siguiente del análisis— se abordan también desde la biologización de las mujeres.

- DE LOS PADRES O DE LAS PAREJAS... ¿AHÍ SE TRATARÍA ESE CAMBIO DE ROLES POR EJEMPLO...?
- Sí, también les hablo de eso.
- A LOS PAPÁS EN ESE CASO.
- En el postparto les hablo de cómo se va a encontrar ella, de lo floja o especial que puede estar. Que puede estar llorona, que puede estar diferente. Y de ellos cómo pueden ayudar, con el bebé, con ella... Les hablo de eso, de su papel. De los padres (GMB1).

La crianza es así desprovista de toda su envoltura social y biográfica y ello dificulta el pensar en el cuidado como experiencia de vida y no como evento médico. Lo que se deriva de este control absoluto por parte de la profesional sobre la lectura de la crianza en la que se embeben los contenidos a transmitir-adquirir, una lectura desde el riesgo y sus inseguridades, es la problematización, la patologización como estrategia de conocimiento, y por ende, la expulsión de otras lecturas alternativas a ésta. En otras palabras, en el momento que el cuidado es embebido por las redes culturales de la problematización en la salud, las respuestas legítimas a estas preocupaciones no son negociables, sino

controladas por la transmisora quien, situada en la posición dominante, le imprime a los contenidos una pátina como construcción cultural, en la que las y los asistentes a la Educación Maternal no gozan de la autoridad para colaborar en su definición.

Esto explica, en parte, que las profesionales trabajen desde *la crianza* y no desde *las crianzas*, como si todas las mujeres y todos los hombres, y como si todas las familias, asumieran el criar desde una posición homogénea. A ello volveré más tarde.

Que del cuidado se destaque su dimensión relativa a la salud justifica que sean las matronas, las expertas en esta esfera, las que controlen los contenidos a transmitir. Son estas profesionales precisamente quienes son consideradas –por ellas mismas, pero también por algunas mujeres, como nos demuestra Montes (2010)— como las que detentan los conocimientos para abordar los cuidados de la salud desde esa epistemología. Ni las mujeres ni los hombres son aceptados entonces como sujetos legitimados para asumir el control de unas temáticas que, *se sobreentiende*, desconocen: “La monopolización de los saberes relativos a la salud por parte del sistema médico ha reducido y expropiado el campo de conocimientos de las mujeres” (Montes, 2010:193). La visión androcéntrica del conocimiento médico subyuga y menosprecia el saber del otro, en este caso, de la otra.

- *Es que os creéis que las cosas son... Pues no. Las cosas pueden tener sus problemas”. Y lo deben de saber. Ese es un tema de formación de la población que es lento y pesadito porque la gente se cree yo que sé.*
- *Es un tema de incultura, incultura... (GMB2).*

En el caso que nos ocupa, aunque partamos de la idea de que la profesional es quien decide la lente con la que se lee, en la relación pedagógica, la crianza, esta profesional en tanto que transmisora de un texto legítimo no permite que haya reenfoques al respecto por parte de las personas adquirientes (esto es, los padres y las madres); y no lo consiente porque las personas adquirientes resultan desautorizadas como vehiculadoras del saber legítimo: el saber médico a propósito del cuidado. Al hilo de esto quisiera introducir una cuestión interesante destacada por Foley y Faircloth (2003), en la que no podemos profundizar pero sí comentar. Foley y Faircloth llevaron a cabo una investigación cualitativa con entrevistas en profundidad a matronas, que les condujo a concluir que estas profesionales lejos de posicionarse en un modelo holístico del parto,

lo hacían en un modelo médico. Según lo expuesto en el estudio, este posicionamiento permitía a las profesionales construir narrativamente la legitimidad de su profesión.

Por otra parte, las propias matronas justifican abiertamente la posición de control haciendo mención al orden social, es decir a la construcción genérica propia del sistema biomédico que trata a las mujeres como seres que necesitan ayuda y cuidado especial. Las reglas de realización, en este contexto, crean y producen interacciones especializadas embebidas totalmente en el discurso regulador del régimen de género. El control de la óptica con la que se *deben leer* los riesgos resulta en la infantilización de los sujetos pero, sobre todo, de los sujetos sexualmente diferenciados como mujeres. Una característica ésta que le es propia al modelo androcéntrico de atención a la salud, y que se sitúa en las antípodas de la *identidad reflexiva* de la que nos habla Giddens (1991). Ciertamente, la toma de decisiones continua que, según Beck y Giddens, le es propia a la sociedad contemporánea, no puede ser entendida como estrategia reservada a los hombres, ni tampoco puede ser configurada de acuerdo a aquellas dimensiones construidas como masculinas. La identidad reflexiva incumbe a todos los ciudadanos y todas las ciudadanas, y a todas las dimensiones de la realidad cotidiana. Esta cuestión toma especial interés en el caso de la atención a la salud, dado que se entronca directamente con una demanda histórica de la crítica feminista al paradigma biomédico, ésta es la implicación de las mujeres en la toma de decisiones sobre sus cuerpos, y sobre sus seres (Andrist, 1997).

- *A mí si tienen que contar algo que les ha ido mal, no me gusta que lo cuenten.*
- *No.*
- *No, pues yo...*
- *Ni un parto malo, ni...*
- *No, hombre un parto malo, no. Una cesárea mala, no. Una cesárea, no una cesárea mala.*
- *Yo no quiero que tengan nada negativo. Si le tiene que pasar ya le pasará (GMB2).*

Tras haber analizado la información cualitativa que nos ha aportado la observación participante y las entrevistas cualitativas individuales y grupales, y en lo referente a la dimensión de “aceptación de la crianza como experiencia biográfica”, consideramos que los principios que subyacen a estas relaciones pedagógicas, los principios que ordenan la actualización y la reproducción del discurso pedagógico, responden a un enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) para el indicador “Aceptación de la crianza como evento biográfico”. Las matronas de enfoque biomédico, posicionadas en una lectura médica del cuidado, controlan la visión legítima de la crianza en esos contextos, y desatienden la dimensión

biográfica y social de los cuidados. Lo que se deduce de todo esto, es que los espacios reservados para que mujeres y hombres le dediquen a la crianza la reflexividad necesaria que demanda la Segunda Modernidad, se presentan como muy reducidos.

El sistema sanitario confunde la asistencia a las mujeres en su totalidad y completitud con la asistencia a sus funciones reproductivas, produciéndose una metonimia que toma la parte por el todo y que extiende las creencias del personal médico no solamente al cuerpo de la mujer, sino también a la mujer misma como ser social, expropiándola de sus propios criterios de autogestión y decisión. Que lo construido médicamente como femenino se superponga a lo científicamente definido como sexualización diferencial femenina, tiene repercusiones en la forma de aprender y aprehender el cuerpo de las mujeres y en el modo de aprender sobre las mujeres mismas. Pero en el seno de una organización social que descansa en la confrontación entre lo masculino y lo femenino, aquel modo de obrar también revierte en cómo se construye lo masculino en ese sistema cultural. La correlación entre diferenciación sexual y asunción del cuidado es difícilmente problematizable cuando la crianza se lee bajo el escrutinio de lo biológico, y cuándo no se conceden los espacios necesarios —como ya hemos visto— para negociar esa perspectiva que descontextualiza la crianza. De ello no podemos sino concluir que de la misma manera que se refuerzan determinadas maternidades, se hace lo propio con el apuntalamiento de la masculinidad hegemónica, lo que iría en detrimento de procesos de configuración de otras masculinidades que, bajo el paraguas de la Segunda Modernidad, estarían interrogando y contestando aquellos anclajes culturales que expulsan a los hombres del cuidado. Iremos retomando estas cuestiones a lo largo del análisis.

### **Matronas de enfoque fisiológico.**

A menudo, afirma Kaufmann (2004) con contundencia, se establece una correlación directa entre el feminismo y una experiencia de parto concreta —y de crianza, podríamos añadir—, sin embargo, prosigue la autora, discutir sobre qué tipo de parto es el *verdaderamente feminista*, es perder de vista lo que es el feminismo.

En la actualidad, cuando nos atreveríamos a afirmar que las mujeres tienen más control de sus vidas reproductivas que en otros tiempos, y cuando el “ser mujer” no se agota con el “ser madre”, lo que debe preocuparle al feminismo no es uno u otro tipo de parto,



asevera Kaufmann, sino el por qué la autonomía de las mujeres —y la de los hombres— “is still heavily affected by ideological forces that prescribe what is “natural” and desirable for their sex, about how and when they can mother, and about the authority of medical (and midwifery) expertise” (Kaufmann, 2004:9).

En esta tesis, y por lo que se refiere al análisis de las prácticas de las matronas que he denominado “de enfoque fisiológico”, debemos tener presente esta cuestión que ha generado tantos equívocos. En el capítulo en el que expuse el diseño metodológico del trabajo, arduía que uno de los objetivos lo constituía la exploración de las modalidades pedagógicas en la Educación Maternal que promueven regímenes de género más igualitarios. Lo que acabamos de adelantar, sumándonos a las palabras de Kaufmann, debe despertar nuestra vigilancia epistemológica. Debemos interrogarnos —y esto es aplicable a la totalidad de la exploración analítica— a propósito de una posible relación dada por descontada que podría tejerse, sin ser sometida al cuestionamiento previo, entre los posicionamientos fisiológicos para con el embarazo, parto y puerperio, y la asunción de una postura feminista en la atención asistencial.

El enfoque fisiológico, nos dice Blázquez (2010), se sustenta en entender la gestación y el parto como una de las funciones del cuerpo de las mujeres. Una postura que ayuda a tomar distancia a las profesionales que lo secundan, respecto a la concepción de estos procesos como problemas de salud o enfermedades. A lo que se atiende, desde este prisma, es a los mecanismos fisiológicos propios del cuerpo que hacen que una mujer geste, para y lacte. Una postura que converge en la reivindicación de la desmedicalización del embarazo, parto y puerperio, dice Blázquez (2010), y a la vez en la demanda de la humanización de la atención. Según la autora, tres serían los pilares que sustentarían esta propuesta: el protagonismo de las mujeres, una atención integral y holística del proceso y la participación de los padres/hombres en el nacimiento.

En sus comentarios a propósito del enfoque fisiológico, Isabel Blázquez (2009; 2010) critica el énfasis con el que este enfoque aborda lo biológico, una mirada que contradeciría, precisamente, aquella atención integral que este paradigma de la atención pretende promover.

*Aprender a escucharse, a escuchar a su cuerpo, a su bebé, a ellas mismas... Hay que transmitirles que ellas lo que necesitan sólo es oír a sus cuerpos, y la cosa sale sola... (EMF2).*

- *Luego por ejemplo en las clases, de los talleres de lactancia que vienen las embarazadas... por lo que tú decías... que no solamente se habla de lactancia, se habla de crianza. Porque la importancia del apego de la necesidad del bebé, del contacto...*
- *Sí, lo psicológico...*
- *Eso lo tiene que saber ya la embarazada. Si no el bebé se va a poner a llorar y la va a estresar. Entonces las clases y los talleres vienen muy bien para hablar de la relación de apego. De bueno, de que el bebé cuando nace es totalmente inmaduro. Es de los mamíferos más inmaduros que hay en la naturaleza (GMF2).*

Que se considere que la maternidad “sale” del propio ser de las mujeres, significa que no se le reconoce lugar a la cultura. Las mujeres solamente deben oír a sus instintos para saber lo que sus bebés necesitan, tomándose como referente fundamental “lo natural”. Así, tanto en las entrevistas como en nuestra observación, la apelación a “*lo natural*” o a la “*vuelta a lo natural*” parece marcar el recorrido que las mujeres deben hacer en sus crianzas. La analogía entre las mujeres y las otras mamíferas comporta que la crianza sea sometida al escrutinio de “la naturaleza”. Lo innato, lo natural, lo interno, todas ellas representaciones sobre el origen de unos saberes que no parecen en ningún momento tamizados por lo social, sino que afloran en el discurso como significantes desproblematizados, ordenados, despolitizados.

Si en el apartado anterior concluíamos construyendo el enfoque biomédico como el enfoque que patologiza el cuidado, el enfoque fisiológico suscita lo contrario, lo ensalza, con todas sus consecuencias. Dicho de otra manera, si convertir el cuidado en una práctica susceptible al riesgo tiene sus implicaciones, también las tiene el aplicar un mismo rasero de no problematización. Ello porque desde esa lente, los rechazos, las contradicciones o los problemas posibles que puedan experimentar las mujeres o las parejas en la crianza, no tienen cabida. La maternidad social tampoco corresponde aquí: “en la práctica, lo biológico tiene una centralidad absoluta, y no se toman en cuenta otros elementos para atender y entender a las mujeres” (Blázquez, 2010:222). Menos, lógicamente, a los hombres.

- *El año pasado, el año pasado tuvimos por lo menos cuatro casos que se tuvieron que ir a salud mental. Pero ya de pareja, ¿eh? Relación de pareja y de todo ¿eh? Porque no era lo que esperaban. Y mira que trabajas con ella.*
- *Si pero es que no sabes ahí ese embarazo... esa pareja no, seguramente no estaba bien de antes, ese embarazo lleva cosas detrás (GMF2).*

Esta visión de la maternidad, que no de la crianza, la despolitiza. Es decir, la construcción de la maternidad como algo placentero y deseado *per se* por todas las mujeres, convierte la capacidad reproductiva en elemento de justificación incuestionable para la asunción del cuidado. La *naturalización* traspasa el cuerpo para inadir lo social. Y con ello, me vienen al recuerdo las tan citadas palabras de Ann Oakley a propósito del mito de la maternidad biológica: que todas las mujeres necesitan ser madres, que todas las madres necesitan a sus hijos, y que todos los hijos necesitan a sus madres. Dicha alianza entre el deseo, lo biológico y lo social es la que se halla en la base también de la relación de transmisión-adquisición. Si nos fijamos como estamos haciendo, en los principios que regulan las interacciones pedagógicas en el contexto del Programa de Educación Maternal, podemos entender que las matronas traducen las relaciones de control externas en relaciones de control internas al no ceder ningún espacio a “otras” lecturas de la crianza no tan placenteras y organizadas, ni tan implicadas en “lo interno”, sino en lo externo y sus contradicciones. Todo ello nos lleva a que el grado que le consideramos aquí al enmarcamiento sea el de muy fuerte (E<sup>++</sup>) también. Estas profesionales como las que he denominado de enfoque biomédico, no permiten reenfoques sobre el texto legítimo a propósito de la crianza.

*22/nov (...) una chica comenta que va a reincorporarse al trabajo y que ha pensado cambiarle una toma de teta al niño por un biberón “para que se vaya acostumbrando”. Andrea le contesta: “Eso es una tontería. ¿Tú también te acostumbras y vas cada día un poco a trabajar? Entonces ¿Por qué lo quieres acostumbrar a él? (CCF)*

La feminidad es equiparada a la maternidad, y ésta a su vez idealizada. De nuevo entra en escena el determinismo biológico que le daría entidad a la categoría de lo femenino a través de la reproducción. Una cosmología que justificaría que las mujeres se dedicaran exclusivamente a la maternidad<sup>23</sup>. Los tiempos de cuidado son construidos por estas matronas como tiempos intensivos, la lactancia a demanda, el colecho, el contacto continuo, todas ellas prácticas asociadas a este modo de criar, le dan forma a un cronograma de no separación entre las mujeres y sus bebés. Si podemos decir esto de los tiempos del cuidado, sus espacios son, desde esta perspectiva, los espacios domésticos: el hogar. La primera crianza se asocia a la domesticidad, a lo privado. La maternidad fisiológica constituye la base material para la diferencialidad y la singularidad femenina;

23 Volveremos detenidamente a este tema en el apartado del análisis referente a la individualización.

los espacios de contestación que se les reservan a hombres y mujeres con los que matizar esas lecturas son prácticamente inexistentes.

El eje articulador de este enfoque sobre la crianza –también para el enfoque biomédico pero desde una perspectiva distinta— es la lactancia materna. La lactancia (a demanda y sin terminación predeterminada) opera como símil de la crianza fisiológica, la que da incluso nombre a los talleres de puerperio<sup>24</sup>. Las profesionales hacen de la lactancia materna su principal preocupación en la crianza temprana, y se afanan por informar a las mujeres, y también a los hombres, de los beneficios del amamantamiento. La práctica de la lactancia materna ha sido abordada desde la literatura feminista desde posicionamientos muy diversos que van, desde considerarla metáfora de la liberalización de las mujeres, a juzgarla como una vía para su control social (Wall, 2001). Entre las primeras se sitúa Gabrielle Palmer (2004:87): “No woman has a true choice if artificial feeding is presented as easy and breastfeeding made difficult. Women have the right to choose not to breastfed but this must be and informed choice”. Siguiendo esta línea en el horizonte de “la toma de decisiones informada”, las matronas hacen lo posible para convencer a las mujeres que lacten.

- *A ver, yo tengo claro que doy tanto lactancia materna...*
- *Y artificial.*
- *...y lactancia artificial. Las doy las dos. Pero tanto... O sea, las doy en dos sesiones. Y la lactancia artificial, que es muy cortita. Ya ves, preparar un biberón lo que es. La meto en una de la parte de la sesión de lactancia materna, entonces... La que sólo va a venir a por el biberón, por lo menos se va a enterar de todo lo que se está perdiendo.*
- *Muchas deciden sin estar informadas y muchas cambian de idea, ¿eh? Que luego cambian de idea. Que luego vienen a la consulta y te dicen “¡ay! La primera consulta me preguntaste... y que he cambiado de idea.” Y muchos prejuicios... Madres que no quieren lactar por..., por los pechos, que se le van a caer, que no se qué (GMF1).*

La larga lista de beneficios<sup>25</sup> para la salud de la mujer y de la criatura que se le reconocen a la lactancia materna conlleva que, como apunta Elizabeth Murphy (1999), la decisión

24 Muchas matronas les llaman taller de lactancia a las sesiones grupales de después del parto.

25 “La lactancia materna protege al bebé frente a las infecciones como diarrea, infecciones respiratorias –catarros, bronquiolitis, bronquitis, neumonía— otitis, etc. (...) Del mismo modo, los problemas de tipo inmunológico –alergias, asma, leucemia, diabetes, enfermedades crónicas intestinales son menos frecuentes o retrasan su aparición (...) favorece la recuperación de la mujer tras el parto (...) También se ha visto que la lactancia materna es un factor que puede proteger a la madre frente al cáncer de mama” (Generalitat Valenciana, 2007).

por parte de las mujeres de lactar o no lactar se dé en un contexto de lo que ella llama “the mantra “breast is best”. Si a nivel de la población general las “normas actuales” relativas a la lactancia materna son todavía cuestionadas —“*las abuelas de hoy son de biberón*”, dicen las profesionales— a nivel de atención primaria la lógica aplicada es la contraria, y las profesionales le dedican mucha atención en la educación prenatal, pero sobre todo en las sesiones posteriores al parto, a transmitir los beneficios de esta forma de alimentación que es construida y connotada como la forma “natural” de alimentar a los y las bebés.

Sin embargo, si merece aquí nuestro interés esta temática es, precisamente, en la medida que nos ofrece la posibilidad de explorar los espacios que se le confieren, en este caso a las mujeres, para dialogar y negociar su experiencia de lactancia, esto es, en definitiva para ver cuál es el control que (de)muestran las matronas sobre la perspectiva con la que se aborda la lactancia materna, o si se dejan abiertas vetas de incursión a otras miradas a propósito de esta práctica.

- *Es que sobre todo que tenga muy claro que aparte de dar el pecho y alimentar el bebé, hay otras muchas cosas que hacer, donde sí se pueden involucrar ellos. Porque yo he oído... Bueno, muchas parejas que dicen: “No, es que me saco la leche y se la da mi marido, porque es que él quiere darle el biberón”.*
- *Ya.*
- *Me parece muy bien, pero hay otras formas de ayudar, claro.*
- *Exacto.*
- *Es muy común eso.*
- *Yo eso cuando lo oigo, digo “pues está claro lo que te va durar” (GMF1).*

La lactancia es abordada desde los beneficios que aporta a la salud, pero no sólo eso sino también, especialmente en el caso de estas matronas, desde su contribución a la creación del vínculo madre-hijo/a, una nueva lectura del instinto maternal, dice Blázquez (2009) que se “activaría” tras el nacimiento de la criatura, y que a través de las prácticas del contacto piel con piel y la lactancia temprana contribuirían a “despertar” el apego de las mujeres a sus criaturas capacitándolas, presumiblemente, para su cuidado y atención.

En las tesis de Imaz (2007), Montes (2007) y Blázquez (2009), se recogen testimonios de mujeres que se han sentido culpabilizadas y presionadas en su decisión de amamantar. Nosotras también hemos recabado, en las sesiones con las mujeres, apreciaciones de ese tipo: “*hablan de la lactancia como si de un orgasmo se tratara, pero cuando estás con estas grietas que tengo yo dices ¿Y dónde está el gustito?*” La lente que se le imprime a

la lactancia aumenta las bondades y parabienes, y reduce los conflictos y los problemas a la mínima expresión, normalizándolos como si fueran parte del lactar:

*14/Ene (...) una chica que acaba de parir llega tarde, se sienta en la colchoneta, y aprovecha una ocasión de silencio para explicar que “la niña lleva enganchada a su teta desde las cuatro de la mañana, que no ha dormido, que no la podía soltar para venir”, después rompe a llorar, diciendo que ella no va a poder, Andrea se sienta a su lado, y le dice “tranquila eso es normal, eso es normal” (CCF)*

*En la preparación yo ya les hablo de la lactancia, porque es que si no después vienen las grietas, los problemas... y tienes que hacerles prevención para que eso después... pero bueno, por ahí hemos pasado todas, es normal. Yo les digo, si las demás han podido ¿por qué no vas a poder tú?.(EMF2)*

De la exploración del material cualitativo y de lo recopilado en los cuadernos de campo, podemos concluir que, en lo referente a la lactancia materna, las profesionales de las que aquí hablamos introducen estos temas desde una óptica concreta, esta es la de la normalización, la de los beneficios, la del placer, y no ceden ningún espacio para que las mujeres o los hombres interrumpan el relato redireccionándolo a cauces distintos. Esto nos lleva a considerar de nuevo un grado de enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) para el indicador “Aceptación de la crianza como evento biográfico”. Ese tinte de normalidad que se le da a todas esas cuestiones asociadas a la lactancia materna y que las mujeres experimentan como acontecimientos dramáticos, desconcertantes, resitúa el sacrificio de las mujeres en el orden de lo femenino, sin dejar puertas abiertas a otras posiciones al respecto y olvidando que la lactancia materna, como dice Esteban (2000:220): “es un derecho, no una obligación para las mujeres, de manera similar que otros aspectos del cuerpo y de la salud y que exige un esfuerzo y un gasto de energía para las que la practican”.

Cabe decir que hemos encontrado algunas voces críticas ante esa insistencia sobre la lactancia que protagonizan las matronas, estas son, sin embargo minoritarias.

- *De todas formas, luego se pasan encuestas a las madres, de las asociaciones y de las charlas de las matronas y muchas dicen que se sienten culpables de tanta presión que les ponemos para la lactancia materna.*
- *Sí, eso también es verdad.*
- *Ahí hay una crítica que pa' que. Allí en el Centro que dicen "sois los talibanes de la lactancia, porque estáis...", con lo cual...*
- *Se sienten fatal las madres luego, ¿eh?. Y eso no se puede, presionar así.*
- *No y sobre todo en el..., cuando acaban de parir que te vienen a la consulta y les dices "¿les estás dando pecho?", "no, es que no me ha ido bien, estoy dando biberón..." Eso es súper importante, no machacarla más (GMF1).*

En otro orden de cosas, desde la óptica de la crianza fisiológica, los hombres, lejos de lo que proponía la ENSR, quedan relegados a un rol de apoyo. No tienen útero, ni pechos, ni instintos maternales, tampoco se espera que *se despierte* en ellos el apego. El vínculo que, en principio, es producto del contacto piel con piel, emerge como un instinto femenino, reservado a las mujeres, innato en ellas, lo que descapitaliza a los hombres para asumir un rol corresponsable en la crianza primera. Esta visión se ve traducida en la relación pedagógica en una resistencia patente, por parte de las matronas, a ceder el control del enfoque con el que se tratan estos temas. Sólo debemos revisar la cita incluida anteriormente sobre una pareja que compartía la lactancia, para darnos cuenta del escaso espacio que ceden estas profesionales en las reglas de realización de dicha producción. En la forma de lactar no hay discusión de quién hace qué.

Ahora bien, eso no quiere decir que se expulse a los hombres de lo doméstico. De los discursos de una parte de las matronas de enfoque fisiológico, se deduce que los hombres se harían cargo "de la casa": comprar, hacer la comida, ocuparse de los otros/as hijos/as si los hubiese... mientras que las mujeres, sobre todo los primeros meses, se dedicarían a atender las demandas "primarias" de la nueva criatura. Se perfila una construcción de lo masculino que conquista la dimensión de lo privado, pero no de la crianza temprana, que se ve involucrada en lo femenino a razón de una supuesta adscripción fisiológica.

*Que no es tan importante, y que él se ocupe un poco de la intendencia y de recibir, el teléfono..., que si hace falta para descansar los dos, pues que desconecten... Y cuando el niño duerme, todo el mundo a descansar. Todo eso es importante (GMF2).*

Antes de finalizar este apartado queremos reflexionar a propósito de una función concreta que les otorgan, algunas matronas, a los hombres en relación al mantenimiento de la lactancia materna.

*Entonces se sienten... Yo hay mamás que “No, no, mi lactancia es gracias a mi marido” y es verdad. Porque si el marido es el primero que dice algo negativo, la lactancia se va al garete. Porque la madre se siente muy susceptible, que las hormonas... y que hay dolor, y que las grietas... y que son un montón de cosas. Un marido con un... no, no, necesitamos todos positivos (GMF2).*

A los hombres se les reserva, una vez más, una función de control y se les reconoce una posición de poder que no se estima para las mujeres. Los hombres representarían, en el ámbito privado, la posición de poder para con el cuerpo de las mujeres que detenta la medicina, un control que les sería subrogado a éstos, que se convertirían en la figura garante de la “correcta” realización de la lactancia. La posición dominante de lo masculino se ve reforzada con esta operación, al mismo tiempo lo femenino se construye como lo débil, lo voluble, lo subyugado en la toma de decisiones. Las mujeres aparecen, en estos discursos, como seres incapaces de decidir, por sí mismas, si quieren lactar o no, y sobre todo incapaces de rechazar la lactancia por motivos personales, contrariamente, sus voluntades parecen ser siempre susceptibles de influencias externas.

### **3.3.1.2. “Lo que considero importante” sobre quién elige los contenidos en la educación maternal.**

#### **Matronas de enfoque biomédico**

Una de las cosas que nos llamó la atención, incluso durante la realización misma de los grupos de discusión, es que las matronas se refieren al tipo de acción formativa destinada a la transmisión de contenidos como “charla”. Una denominación muy utilizada que ha estado presente tanto en el discurso de las matronas que hemos denominado de enfoque biomédico, como en las matronas de corte fisiológico. Aunque cabe decir que entre las primeras el uso de dicha asignación está mucho más extendida que entre las segundas, que es más minoritaria. Que el referente de lo que hacen en las sesiones grupales sea el de “charla”, nos da pistas de la concepción de interacción con la que trabajan estas agentes. Una charla, según la definición del DRAE (22ª ed.) es una disertación oral ante un público, sin dedicarle solemnidad ni excesivas preocupaciones formales. La charla no es equivalente a la conversación dialogada, no llama a la bidireccionalidad, aunque se dé en un contexto no formal, sino que más bien carga las tintas en la unidireccionalidad. Quien tiene el control de la comunicación es quien hace la charla, no quien/es la reciben.



El programa de formación objeto de nuestro análisis debe entenderse, visto desde la teoría de Bernstein, como un programa que incluye la transmisión de un discurso especializado a unas personas que no lo tienen. La transmisión de un discurso sagrado jerárquicamente superior al resto de discursos profanos que se dan al respecto del tema que nos ocupa. Que las matronas controlen totalmente la selección de contenidos, nos da información del tipo de relaciones que configuran las interacciones entre ellas y las personas usuarias del programa. Las “charlas” están predefinidas y prediseñadas de antemano por la profesional –incluso en formato power point–, pero lo más relevante es que son consideradas acciones de contenidos cerrados. Esto es, si atendemos a lo que se extrae de las explicaciones de las matronas y de acuerdo a nuestras sesiones de observación, las profesionales hacen uso de “la charla” en toda su entidad, es decir, se exhiben en la exposición de las cuestiones como si de una clase magistral se tratara. Observamos aquí un enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) para el indicador “Selección de los temas y las actividades a realizar”, dadas las oportunidades nulas que se les ofrecen a las y los asistentes para introducir temas no previstos por la profesional.

Algunas de las matronas que participaron en los grupos de discusión de enfoque biomédico, al igual que algunas también de enfoque fisiológico, nos explicaron que *las charlas* suelen finalizar con un turno de preguntas, donde las personas participantes pueden expresar sus dudas respecto a lo que se ha comentado. Veamos cómo explica una matrona su apuesta por la participación:

*Yo después de cada charla les digo “Venga, qué preguntas tenéis?”, y una a una me van preguntando, así le doy una forma más participativa... Pero eso después de la charla, después... porque es que si no me interrumpen todo el rato y yo acabo sin poder explicar las cosas. Es que si no, no paran, no paran eh? (EMB4).*

Si bien cabe considerar que el espacio abierto a la formulación de preguntas puede desestabilizar esa unidireccionalidad a la que me estoy refiriendo, lo cierto es que los márgenes de acción que tendrían las y los asistentes para proponer “otros” contenidos parece exiguo. En el caso que se ha expuesto, la matrona trata que las preguntas versen sobre la materia previamente explicada, y se formulen siempre después de la exposición.

Siguiendo con la explicación de lo que se lleva a cabo en las sesiones grupales de la educación prenatal, las profesionales que he investigado nos hacen partícipes de una organización de los tiempos muy sistematizada. Aquellas profesionales que estructuran

la Educación Maternal en dos sesiones semanales dedican una de ellas a la gimnasia preparto y otra sesión a “la teoría”; las que hacen la Educación Maternal de dos horas, dedican la primera de éstas a la gimnasia y la segunda hora a la explicación teórica. Son pocas las que han introducido variaciones en ese reparto, parece que se trata de rutinas muy instauradas que no conceden espacio a la repentización.

*Y entre semana solamente vienen las mujeres. Una vez a la semana solamente las mujeres. Y la gimnasia, respiración o clases pues depende del día... si hablo más una materia más cortita, una charla más cortita... O hay días que solamente hablo de gimnasia, respiración, relajación... (GMB1).*

La selección de las actividades recae entonces en la matrona, que es quien decide cuando se hace qué sin dar opción a atender algunos cambios que eventualmente podrían ser propuestos por las y los asistentes.

En cuánto a las “sesiones de postparto” o “al puerperio”, esto es, a las sesiones grupales orientadas a la educación de la salud después del parto, podemos decir que encontramos, entre las prácticas descritas por las profesionales, dos formas distintas de organización. Por un lado, hay matronas que se atañen a las cuatro sesiones mínimas que se sugieren en el programa<sup>26</sup> y que quedarían, en términos generales, definidas por las temáticas tratadas: una sesión dedicada a los cuidados del bebé, una sesión dedicada a la gimnasia postparto, una sesión dedicada al masaje y una sesión dedicada a la lactancia materna. Por otro lado hay profesionales, las menos dentro de este grupo, que llevan a cabo talleres más dilatados en el tiempo y no circunscritos a temas concretos. Con todo, lo que se puede ver en esta secuenciación que nos relatan las matronas, es que las y los adquirientes no tienen ningún control sobre los contenidos transmitidos en la práctica pedagógica, y que la selección de las actividades a realizar recae totalmente en la persona transmisora. Las sesiones se estructuran a propósito de las cuestiones a tratar, son los temas los que les dan sentido, los que organizan la Educación Maternal, lo que conlleva que cualquier intromisión espontánea sea vista como elemento discordante del orden previo. De lo que nos habla todo ello es, sin lugar a dudas, de un enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) en lo que se refiere a la selección de los contenidos de las sesiones grupales.

<sup>26</sup> Ver apartado donde se describe el Programa de Educación Maternal (3.1.)

Las mujeres deben asistir a la Educación Maternal, son ellas quienes deben aprender a cuidar. Esta necesidad toma una forma tan incontestable, que la asistencia a la Educación Maternal llega a adoptar un matiz casi de obligatoriedad, lo que deriva en reprimendas lanzadas a aquellas que no la cumplen:

- *Yo algún día que se me hacía tarde, o que la niña se había dormido... y pensaba... uy ya verás X la bronca que me va a pegar... ya nos va a decir lo del examen, verás...*
- *¿QUÉ ES ESO DEL EXAMEN?*
- *Que a veces Lucía nos decía “Cuando acabemos os pondré un examen, tenéis que venir, porque sino no aprobaréis el examen” (GMUF<sup>27</sup>)*

Claramente la preocupación de las profesionales está aquí en “captar”, como decía el documento de los acuerdos 1990, a las mujeres como sujetos involucrados en la relación de transmisión-adquisición, los hombres, por lo visto, no merecen semejante atención.

La ausencia de los hombres en las sesiones grupales del programa, tuvieron su réplica en los discursos de las matronas que acudieron a los grupos de discusión, donde las alusiones directas a estos usuarios debieron ser provocadas por la moderadora.

Muchas de estas matronas desarrollan la educación prenatal y los talleres de puerperio por la mañana. Un horario que, según ellas mismas declaran, es difícilmente conciliable con los horarios laborales de los compañeros de las asistentes. No dudamos de la realidad fáctica de esa información, pero aunque así fuere, estas dificultades constituirían un reflejo de la biologización con la que se trata el nacimiento en nuestra sociedad. Un evento fisiológico que involucra a la mujer como cuerpo que gesta, pare y lacta, y no como un proceso social en el que, muy a menudo, participan unos hombres sin posibilidad de experimentar en sus cuerpos dichos procesos, pero no por ello menos involucrados en aquella responsabilidad<sup>28</sup>.

En los grupos de discusión no solamente se ha aceptado acriticamente este *facto*, sino que además, no se han propuesto estrategias paliadoras que facilitaran la accesibilidad

27 Se trata de un fragmento de uno de los grupos realizados con mujeres. Este en concreto de mujeres que asistieron a la Educación Maternal con matronas de enfoque biomédico. Cuando se introduzca un fragmento de grupo de discusión con mujeres se señalará (GMUB/GMUF)

28 En cuanto a esto, siempre me ha parecido muy ilustrativo que el INE y otras fuentes de datos demográficos recojan la edad media de maternidad y no la de paternidad.

de los hombres a estas sesiones, como podría ser la de cambiar el horario en el que estos encuentros se desarrollan. Otra de las explicaciones que se utilizan para argumentar la “expulsión” de los hombres de las dinámicas grupales, es el espacio. Muchas de las matronas se quejan de contar con aulas reducidas con una capacidad muy limitada de aforo. Unos espacios reducidos que llevarían a priorizar la presencia de quienes están directamente involucradas, de quienes son el objeto de atención, estas son las mujeres. Por último, se hace mención de una tercera razón, esta es, la vergüenza que les puede dar a las mujeres que estén los hombres presentes. Un pudor que se relaciona con el cuerpo, especialmente durante los ejercicios físicos, y con la desnudez de los pechos en la lactancia. Una lectura ésta de los espacios reservados a hombres y mujeres que, desde mi punto de vista, se enraiza en cosmologías androcéntricas del deseo y del cuerpo femenino.

*Es que ellas ahí gordas y estirando las piernas... no creo que quieran que nadie las vea así (GMB2).*

Con todo, podríamos decir que estas profesionales se han tomado aquello de “promover la implicación de la pareja, en la medida que sea posible”, que rezaban los Acuerdos de 1990, al pie de la letra. Sus esfuerzos por promover la participación de los acompañantes finaliza donde empiezan aquellos “contratiempos”.

A priori, parece necesario resolver todos estos condicionantes a los que aluden las profesionales, si lo que se quiere es diseñar estrategias para implicar a los hombres en esta educación para la salud, pero también si se pretende garantizar el acceso universal a estos servicios públicos. No obstante, a mi parecer, las resistencias demostradas por las matronas en aceptar a los hombres como sujetos involucrados en estos conocimientos, sumergen sus raíces en un terreno mucho más complejo y pantanoso, este es, el de la *arena reproductiva*. Un orden de género que se engarza en una concepción naturalizada y reproductivista de las mujeres reserva, necesariamente, espacios dónde éstas sean “captadas”, como declaraban los Criterios Mínimos, “enseñadas” a responder a su legado. Unos escenarios donde no tienen cabida los cuerpos-no reproductores, o no narrados por la reproducción. El escenario reproductivo está definido por las estructuras corporales y por los procesos de reproducción humana, dice Connell (1995). Si de lo que trata la Educación Maternal es de cómo se gesta, cómo se pare, y cómo se lacta, esto es, si lo que se persigue es justificar esa naturalización de la reproducción de la que hablaba

Imaz (2007), si se trata de eso y sólo de eso, entonces la presencia de los hombres no parece necesaria, sino meramente anecdótica.

Dice Liz Stephens (2004), que la práctica matrona feminista supone pasar del “we know best” del modelo patriarcal del cuidado, a un modelo de cuidado dialogado con las mujeres y los hombres. Un modelo que debe tener necesariamente, prosigue la autora, una base de acción comunitaria fundamentada en relaciones simétricas. Esta es la única manera de que el modelo feminista de la atención matrona consiga sus objetivos: “Within the midwifery feminist model the midwife would discover what the woman and her partner want and find a way to facilitate that” (Stephens, 2004:52).

Cuando enfrentamos ese modelo del que habla Stephens con la elección de los temas que articulan las sesiones de la Educación Maternal, nos encontramos con la siguiente respuesta:

- EL MASAJE INFANTIL. ESTAMOS EN EDUCACIÓN MATERNAL, IMAGINAMOS, LLEGAN LAS SEÑORAS ALLÍ, Y ¿OS PROPONEN LOS TEMAS QUE QUIEREN TRATAR...?
- ¡Nooo!
- Mira, nosotras tenemos unas clases con unos títulos, y cada día, bueno, no sé yo, creo que al menos la mayoría (la mayoría asiente) cada día, pues damos una clase, cada semana. Vamos pasando de una semana a la otra. Por ejemplo, la primera semana hablas de la preparación, les explicas los ejercicios, cómo son, para lo que sirven y de uno en uno, nosotras les repartimos unas fotocopias con los ejercicios y con las respiraciones que vamos a practicar para que ellas se lo lleven a casa... Y luego cada día lo puedan hacer porque es importante que lo hagan todos los días, no sólo los que van allí (GMB2).

Efectivamente, en el Protocolo de seguimiento del embarazo se sugieren ciertos temas a las profesionales para que sean abordados en las sesiones. Sin embargo, si revisamos ese documento y seguimos aplicando a nuestro análisis las lentes de la teoría de Bernstein, nos damos cuenta que lo que llevan a cabo las matronas en su práctica de aula es una recontextualización del discurso pedagógico oficial. Efectúan una selección concreta entre aquellos temas priorizando algunos y obviando otros. En dicha elección se vertebran unos contenidos que ellas recitan como si de la tabla de multiplicar se tratara: “fisiología del embarazo y del parto y signos del parto, lactancia, puerperio, cuidados del recién nacido, métodos anticonceptivos”<sup>29</sup> Como estrategia de afianzamiento de este

29 En un capítulo posterior volveremos al tema concreto de “métodos anticonceptivos”.

orden<sup>30</sup> de contenidos, muchas de las profesionales les dan a las personas asistentes un índice con la secuencia y los temas a tratar en cada sesión “*para que ellas sepan qué es lo que vamos a ver*”. Estamos hablando de una selección previa en manos de la matrona y sólo de ella, un filtrado que, en los mismos términos de lo que expusimos previamente, daría cuenta de un enmarcamiento también muy fuerte (E<sup>++</sup>) en lo que se refiere a la selección de contenidos.

Podríamos esperar, sin que ello fuese problemático, que esta determinación previa de los contenidos se viese alterada por la propia dinámica de las sesiones, y que a pesar que las profesionales contasen con un guión previo de cuestiones, de temas fundamentales, la agenda fuera susceptible de ser modificada al querer dar respuesta, recordando a Stephens, “a las necesidades de las y los participantes”. Esto no ocurre, sin embargo. Lo que se explica es “*lo que toca ese día*”. El control que se le concede a las y los adquirientes sobre la relación pedagógica es nulo, claramente estamos ante unos principios de comunicación que posicionan y oponen a las matronas y a las y los participantes en las sesiones.

*Ahora, yo por ejemplo, estoy hablando de síntomas de parto y de tal y de qué hacer y de cuándo ir y de cuándo no sé qué y me dicen “Oye, y lo de la lactancia...” No me paso de tema. Ya lo hablaremos. “No os preocupéis que hablaremos largo y tendido de la lactancia”. Vale, porque es que si no es que al final ellas te rompen todos tus esquemas, porque también son muy espontáneas y no paran de decir cosas. Entonces tú también tienes que ir un poco de... Vamos a ver, tú tienes que organizar porque si no vamos, te desmadrarían (GMB1).*

El marco que justifica y que resulta legitimador de esa relación tan desigual entre matronas y usuarios/as, ya lo expusimos en el apartado anterior. Las profesionales filtran la información que ellas consideran importante para las mujeres, sin pedirles opinión al respecto.

---

30 Por razones que ya esgrimimos no entraremos en nuestro estudio a analizar el “principio de secuencia” dentro de las reglas de evaluación. No obstante, la lectura a propósito del orden de los temas a tratar en las sesiones grupales nos da las claves para percibir que dicha organización a la que se refieren las matronas coincide, como si de un reflejo de la realidad se tratara, con las etapas que el modelo biomédico identifica en el proceso reproductivo. La posición de conformidad con la que se acepta esta secuenciación nos demuestra el poder de las imágenes provistas por el paradigma de la medicina alopática, que lee el ciclo reproductivo de las mujeres a través de un recorrido multietápico concreto, traducido en temas de Educación Maternal: “*los temas son embarazo, parto, puerperio, lactancia, cuidados y planificación y ahí acabas, claro*” (GMB1).

- ANTES ESTABAS DICRIENDO LO DEL SUELO PÉLVICO, HAS DICHO, EL SUELO PÉLVICO NO ENTRA EN EL PROGRAMA.
- Bueno, entra. No entra formalizado.
- LO QUE YO NO SÉ, UN POCO ES, ESA FORMALIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS, ¿CÓMO QUE NO ENTRA EN EL PROGRAMA? ¿DÓNDE ESTÁ ÉSE PROGRAMA?
- No está.
- ¿Y POR QUÉ NO ENTRA ENTONCES?
- Porque tal vez, no lo consideras importante. Yo creo que es eso.(GMB2)

*Les indicamos las clases más importantes para que el padre, si viene, es mucho mejor, como los síntomas del parto o la lactancia, para que luego apoye a la madre... Pues les aviso para que los padres hagan esfuerzo y esos días, suelen venir más y... (GMB2).*

Esto que se ha recogido en la cita anterior se ve ejemplificado también en el filtro que hacen las profesionales de la información. Así, hay matronas que no hablan del parto no intervenido por si la asistencia hospitalaria no responde a esos protocolos, o no trabajan el plan de partos porque no creen que las y los profesionales que las atiendan lo respetarán, o no informan de la donación del cordón “*porque lo hacen empresas privadas*”. En la introducción a este capítulo de análisis se sugiere que, a priori, teniendo en cuenta las coordenadas que confiere la Segunda Modernidad a la crianza, las modalidades pedagógicas de estas matronas debieran tender a la reflexividad y no a la pasividad. La Sociedad del Riesgo parece colocarnos en el epicentro de la información ilimitada y diversa. Que alguien elija por nosotras la información que necesitamos para abordar nuestra propia crianza, es sólo justificable en la medida que ese alguien considere que nosotras *no sabemos* la información que nos hace falta.

En lo relativo a ese no lugar de la elección y la decisión por parte de las y los adquirientes, no podemos sino citar directamente a Oakley (1993:23): “Because reproduction is a specialist medical subject, because parenthood is isolated from women’s life circumstances, and because women are typified as essentially ignorant about the process of reproduction, the concept of choice as applied to users of the maternity services is nowhere in sight in the medical model of motherhood”.

De lo que habla Ann Oakley es de paternalismo, de cierta condescendencia que tienen las profesionales con las mujeres —es a las mujeres a quienes las matronas de enfoque biomédico dedican la educación maternal— y que da cuenta de un régimen de género

que incursiona en el encuentro entre profesional y adquiriente para (de)mostrar quien vela por quien.

Lo que nos demuestra ese enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) que regula la interacción pedagógica al que he aludido en todo el análisis anterior, es que el discurso instruccional se ve totalmente embebido por el discurso regulador, que las relaciones desiguales que enmarcan la transmisión-adquisición se deben, presumiblemente, al androcentrismo como matriz organizadora de la atención sanitaria.

### **Matronas de enfoque fisiológico.**

La propuesta de modelo feminista para la atención de la salud de las mujeres que se perfiló en el marco teórico tiene, como uno de sus pilares fundamentales, las relaciones igualitarias (*symmetry relationships*) entre proveedoras del cuidado y usuarias de él. Para Andrist (1997), este tipo de relación es la única estrategia con la que cuentan las profesionales para reducir las inequidades que se dan en los contextos de atención a la salud. La posición que debe asumir el/la profesional es la de promover una atmósfera de confianza que dé pie a relaciones “de tú a tú”: “By recognizing that the provider-patient relationship is one of mutual reciprocity, the clinician is able to decrease traditional physical, social and personal barriers” (Andrist, 1997:269). La autora habla en su texto, poco después, de compartir el poder; esto es, de que las proveedoras de la atención sean capaces de distribuir el poder para conseguir que las personas usuarias del servicio participen de su cuidado. A priori, las matronas se situarían en una posición privilegiada en las relaciones con las mujeres y los hombres. Privilegiada en lo referente a la estructura social, dado que son ellas las que poseen el conocimiento legítimo que se pone en juego en la interacción, y privilegiada también en cuanto a su relación directa con una disciplina científica que ha colocado, a las mujeres y a lo femenino, en posiciones subyugadas.

Debido a su posición de cuestionamiento respecto la medicalización de los procesos de embarazo, parto y puerperio, las matronas de corte fisiológico aflorarían en nuestro imaginario como aquellas agentes de quien se espera mayor promoción de relaciones con características distintivas que dieran cuenta de un enmarcamiento débil. Esto es, donde la persona transmisora no regulara de manera explícita las características distintivas de los principios de interacción y localización que constituyen el contexto comunicativo (Bernstein, 1998).



Si nos volcamos en los discursos obtenidos a partir de los grupos de discusión y las entrevistas, nos damos cuenta que muchas de estas matronas son quienes eligen los temas previamente, y que el margen reservado a la participación de las y los adquirentes en la selección de las cuestiones a tratar es muy reducido.

- *A ver, una cosa es la fisionomía y la fisiología del parto que evidentemente eso lo vamos a trabajar todas igual.*
- *Todas.*
- *Explicar lo que es el parto, los diámetros... La bajada del bebé... todo esto. Eso es...*
- *Sí.*
- *Eso es básico.*
- *Y luego lo otro, yo creo que cada una de nosotros ya, según nuestra forma de ser y tal... Hemos ido metiendo y trabajando más una cosa que otra (GMF2).*

De la misma manera ocurre con las actividades a realizar, dónde el control de la elección recaerá también en la matrona que pauta qué tareas llevar a cabo, y cuándo estas son o no son pertinentes. Esto queda puesto de manifiesto, como en el caso de las matronas de enfoque biomédico, en la realización de la gimnasia, pero también en actividades complementarias a “la charla”; una fórmula ésta de denominar la acción formativa que también identificamos en los discursos de estas profesionales. Veamos como justifica esta matrona la decisión de incluir a los hombres en una actividad en principio, orientada a las mujeres.

*Yo llevo el grupo de la tarde. Y bueno, la estructura es que la primera parte es práctica, donde las mujeres hacen ejercicios, las respiraciones... todo lo relacionado con el día del parto. En fin, posturas..., todo eso, respiraciones... y demás. Y sólo entran las mujeres, simplemente porque no hay espacio físico para que entren los... Los grupos..., bueno, alguna vez sí que hago entrar a los papás, antes de que acabe la primera parte, para que vean, pues el pujo, las vean respirar, en fin... participen en alguna actividad que a mí me parece que ellos deben conocer(GMF1).*

*Entonces qué pasa, que hacíamos primero que presentaba cada una su bebé, nos contaba lo que pasaba, los chiquitos se ponían nerviosos y cuando llegaba la hora del masaje, pues todos llorando. Y dijimos, pues al revés, vamos a saco, al masaje. Empezamos por el masaje y cuando acabamos el masaje, hacemos una ronda de palabras y cada una cuenta sus problemas (GMF1).*

Sin embargo, estas matronas sí permiten las preguntas, las interrupciones, que no se ven relegadas a la finalización de los temas tratados. Esta cesión del espacio de control por parte de las matronas vendría propiciada por una estructuración distinta de lo que estas matronas suelen denominar “taller de lactancia/taller de crianza”. De forma contraria a las matronas de corte biomédico, las matronas que aquí analizo no delimitan de antemano, por lo general, la duración temporal de estos talleres. Son las mujeres y las familias las que deciden –o las que se ven obligadas debido a incompatibilidades de horarios con otras actividades— dejar de asistir. Eso conlleva que el tiempo destinado a la resolución de preguntas formuladas por las y los participantes sea más extenso. De los discursos de estas matronas se deduce, sin embargo, que si bien nos referimos a reglas discursivas de enmarcamiento fuerte (E<sup>+</sup>), este lo graduaríamos en un nivel inferior al que hemos identificado en las relaciones pedagógicas de las matronas de enfoque biomédico. Esto porque, estas matronas que analizamos en este epígrafe, dedican una parte del tiempo a las preguntas, dudas e interrogantes que quieran ser formulados por las y los asistentes, espacio éste no necesariamente reservado a la conclusión de la exposición temática por parte de la profesional, y que permite a las y los participantes “dialogar” con los contenidos.

Dentro de este grupo que he denominado “matronas de enfoque fisiológico”, hallamos también otras profesionales situadas en un posicionamiento distinto en lo referente a los contenidos que estructuran, sobre todo, los “talleres de lactancia/talleres de crianza”. Se trata de talleres no acotados en un número concreto de sesiones, regidos por una dinámica mucho más abierta que la que caracteriza las sesiones que le dedican las matronas de enfoque biomédico al postparto. Se trata de una forma de concebir las sesiones grupales destinadas a la etapa posterior al parto que le concede mayor flexibilidad a los contenidos. Por lo que extraemos del análisis del trabajo de campo, los temas a tratar no suelen estar predeterminados con anterioridad por parte de la matrona, y si lo están, admiten redefiniciones y reorientaciones por parte de las personas adquirientes. Las preguntas no sólo son bienvenidas, sino que son promovidas. Como apunta Andrist, en un modelo feminista de atención “providers can use interruption to control the amount of information they receive, to change the conversation, and for other power demonstration that maintain asymmetry” (Andrist, 1997: 270). Estaríamos hablando entonces de que la exploración de conocimientos pretendida por la profesional sufra alteraciones, o bien que se deje la selección de temáticas a abordar a la decisión

de las adquirientes y los adquirientes, en estos casos el grado de enmarcamiento que consideramos para el indicador de “selección de contenidos y actividades” es débil (E).

*“Hay cosas que yo quiero tocar con ellas, las vacunas por ejemplo, y a lo mejor les digo el próximo día hablaremos de... pero llega el día y empezamos hablando de eso, o no, ¿sabes? o me espero a que venga a cuento aquél tema... ¿sabes? Quiero decir, que yo estoy ahí para resolverles lo que ellas necesiten en ese momento, y no tengo así clases preparadas, no, no es así, la cosa fluye, y se habla de lo que se quiera hablar...”(EMF3).*

Cuando se les ha sugerido a estas profesionales que nos hablaran de las mujeres/familias que acuden a las sesiones de Educación Maternal, la mayoría de ellas, tanto de las de enfoque fisiológico como las de enfoque biomédico, han hecho especial énfasis en que se trataba de “mujeres leídas” “mujeres cultas”. Lo expresado por estas profesionales coincide con lo que profesa la literatura científica. Stephens (2004), por ejemplo, habla de las familias que acuden a la Educación Maternal como familias de clase media que obtienen la mayoría de la información a propósito de la crianza de libros, revistas e *Internet*, y que usarían estos espacios, los cursos de Educación Maternal, no tanto para recabar información “experta”, sino para encontrarse con otra gente en la misma situación que ellas. Esta utilización de dichos espacios como lugares de identificación grupal, ha sido puesta en valor por alguna matrona de corte biomédico, pero sobre todo, por las profesionales de enfoque fisiológico. Si bien entre estas últimas también hemos encontrado alguna que manifiesta no entender “¿A qué viene? si cuando hacemos el masaje me dice que el niño está dormido y cuándo hacemos la gimnasia le da el pecho” La voz general considera los talleres de lactancia/crianza como espacios de encuentro, más que como espacios formativos. Esto podría confundirnos y llevarnos a pensar que en esos contextos, entonces, no se producen relaciones pedagógicas entre profesionales y mujeres/hombres. Sí las hay; lo que ocurre es que la profesional cede espacio aquí a las personas adquirientes para que no sólo pregunten, sugieran temas, sino para que transmitan contenidos. Dado que la matrona está presente, y que el contexto de transmisión-adquisición sigue siendo el de la Educación Maternal, debemos entender estas situaciones en su justa medida, esto es, no es que los términos se reviertan y que las mujeres pasen a ser las transmisoras de lo que se va a tratar, las mujeres o los hombres intervienen aportando información de forma tutelada por la matrona. La profesional cede espacios en la comunicación, no delega, hablamos de compartir esa posición. “Mi mayor alegría es cuando yo desaparezco, me podría marchar y no se darían ni cuenta” Ese “desaparecer” al que se refiere esta profesional es metafórico, no

real. La clasificación, aunque sea débil (C), sigue diferenciando las categorías de clase de profesional /persona usuaria. No obstante sí es cierto que las matronas facilitan el acceso a la selección del conocimiento a hombres y mujeres, compartiendo con ellas/ellos la posición de enunciación de la comunicación, y les ceden espacios para decidir qué actividades hacer y cuáles no. Aquí identificaríamos un grado de enmarcamiento débil (E).

*La recuperación postparto... es que muchas..., es que cada una viene a lo que ella quiere, le interesa. Masaje, "yo ya se lo he dado en mi casa. Yo es que quiero la recuperación postparto, porque el masaje ya se lo he dado". Pues espérate y cuando hagamos la recuperación, entonces te pones con la recuperación". Otras, "que no, es que me da pereza". Pero bueno, de venir, te vienen un montón (GMF2).*

Después de crear un entorno de relaciones simétricas —siempre desde el punto de vista del control del conocimiento a adquirir— en la interacción proveedora-usuaria, el acceso a la información es, para Andrist (1997), el mayor componente de la práctica feminista. Esto no sólo en lo que se refiere a la forma que reviste la información transmitida —a lo que ya aludimos en el epígrafe anterior— sino a la disposición de “otra” información que pueda ser facilitada por las profesionales. Esta “otra” información se debe en parte a las necesidades concretas de cada hombre o mujer. Retomaré este tema en un apartado siguiente.

Entre las matronas de enfoque fisiológico no encontramos, en términos generales, un recelo y un tamiz tan evidente en la información aportada a las personas adquirientes, como el que identificábamos en las aportaciones de las matronas de enfoque biomédico.

- *Yo lo que hago es que para que no se peguen el batacazo, claro... No les cuento ahí el cuento de hadas.*
- *Claro.*
- *Las sitúo en la realidad.*
- *Es que les tienes que contar la realidad.*
- *Y luego les cuento todo. Les cuento lo que se van a encontrar.*
- *Que tienen sus derechos pero claro, sus derechos se limitan a que se tienen que ir a otro hospital.*
- *Pero algunas cambian de hospital.*
- *Claro (GMF2).*

No obstante, no podemos eludir el llamar la atención ante el hecho de que estos mensajes son, prioritariamente, mensajes de salud y no de otro tipo. En relación a esos “otros mensajes” girará nuestro siguiente epígrafe del análisis.

No queremos dar por concluido este apartado de la exploración sin hacer mención de cierto trato que hemos observado entre algunas de estas matronas para con los participantes hombres.

Por un lado, se me ha hecho partícipe de un posicionamiento de resistencia, detentada por algunas de estas matronas, ante la implicación de los hombres en estos contextos. Una posición de cuestionamiento con la que se pretende evitar, se me ha dicho desde estas filas, que los hombres se apropien también de estos espacios: *“Acaban cogiendo ellos la batuta y se convierten en los artistas invitados. Y yo eso... sí que no, así que intento que ese espacio sea para ellas y sólo para ellas”*. Esta postura dista de la que se arrojan las matronas de corte biomédico, puesto que esta segunda se nutre de un posicionamiento político consciente. Con ello, y aunque podría ser éste motivo de acaloradas discusiones, lo cierto es que, en primer lugar y dado que estos servicios son servicios públicos, esta segregación del grupo de participantes por razón de género —a lo que se refieren estas profesionales es a la representación de la masculinidad hegemónica— debe entenderse como una medida que genera desigualdad en la atención sanitaria, dado que no deja de ser excluyente con un colectivo concreto de ciudadanos; por otra parte, desde un posicionamiento feminista que ya he explicitado con anterioridad, considero que dicha estrategia revierte en el refuerzo de la construcción de unos espacios y unas tareas relativos al cuidado como femeninas, en definitiva, a la feminización de la crianza.

En otro lugar totalmente distinto se hallan otras profesionales sanitarias que ponen el acento marcado en la importancia de *“contar con ellos”* como asistentes a las sesiones grupales. Ahora bien, este interés tiene, desde mi punto de vista, repercusiones muy distintas de acuerdo a cómo se manifieste.

*Ellos necesitan sentirse protagonistas, necesitan que los reforcemos, y les va muy bien, les va muy bien yo pongo mucho empeño en reconocerles lo que hacen, que están ahí, que se toman su interés... si son protagonistas están más contentos vienen más y apoyan más a las mamás (GMF1).*

*Hay maridos que están más puestos que ellas... ellas a veces están paralizadas, y ellos preguntan y preguntan más que ellas ¿eh? El papá te plantea cosas que la madre no ha pensado (GMF2).*

Desde un punto de vista analítico, entiendo que la atención especial que prestan las profesionales a estos hombres contribuye a reforzar una jerarquía de género en la que lo masculino se edifica sobre los pilares de la seguridad, la relevancia y el reconocimiento. Las profesionales, queriendo introducir una estrategia paliadora de las desigualdades – promoviendo la implicación de los hombres en el cuidado— la reproducen, apuntalando mecanismos para que los hombres sigan sacando provecho de aquel dividendo patriarcal del que nos hablaba Connell (1995). Incluso en los ámbitos feminizados, o incluso todavía más en ellos, los hombres salen reforzados.

La Ley de Igualdad 3/2007 en su artículo 39.1 pretende sentar las bases para avanzar en la corresponsabilidad de hombres y mujeres en la asunción de las responsabilidades familiares. Este impulso recogido en el documento, no solamente aspira a implicar a las familias *per se*, sino que también involucra en este objetivo a los poderes y las instituciones públicas. De esas aguas bebe la estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que he analizado en un capítulo anterior, en la que se hace explícito un posicionamiento de cambio social a propósito de la crianza. En las filas de las matronas de corte fisiológico, hemos identificado profesionales cuyos discursos podrían sumarse a esta postura. Matronas situadas en la crianza y no en la maternidad que proyectan unas relaciones en las que tanto hombres como mujeres serían llamados a participar, tanto a nivel familiar como a nivel individual.

*Para mí es muy importante llamarlos talleres de crianza. Si los llamas taller de lactancia es como si dieras a entender que no va con ellos... de la otra manera... ¡la crianza no es la teta! (EMF3)*

*Yo por ejemplo la parte de pediatría se la dirijo mucho a ellos, para que después no tengan que preguntar "¿Cómo se cura...? Porque si ya lo preguntan, ya parece que la mujer sepa más... y padres son los dos. No tiene nada que ver haberlos parido con saberlos cuidar (GMF2).*

Es fácil comprender que son estas matronas a las que me acabo de referir las que dedican sus esfuerzos a facilitar el acceso y la accesibilidad a los hombres

a los cursos de educación Maternal, y a construir junto con ellos y junto con las mujeres espacios que den respuesta a las necesidades de los hombres y sus paternidades, a las de las mujeres y sus maternidades y a las de las familias y sus crianzas.

### 3.3.1.3. ¿Crianza o crianzas? Espacios para “salirse de la norma”.

Dado que me he posicionado en la teoría de género de Raewyn Connell, asumo como condición previa para el análisis la variabilidad dentro de esos constructos que a veces abordamos de manera simplificada como *la* masculinidad y *la* feminidad. Advertir de la convivencia, en un contexto dado, de múltiples masculinidades y feminidades, implica aceptar la diversidad de formas de experimentar y de presentar —en términos goffmanianos— el posicionamiento de los sujetos dentro de las relaciones sociales, descartando formas unívocas y acabadas del *ser hombre* y el *ser mujer*. Como asevera Raewyn Connell (1995), hablar de la masculinidad de forma absoluta es también hacer género.

En contraste con la propuesta de performatividad con la que Connell aborda las estructuras de género, Oakley (1993) nos ofrece una reflexión a propósito de la identidad que le confiere, a las mujeres embarazadas o las que están de parto, el modelo biomédico. La organización de la atención obstétrica, alega Oakley, está basada en la presunción de que las mujeres no tienen otra responsabilidad, ni otro interés, que el de ocuparse de su bebé. Esto conlleva que las y los profesionales raramente consideren que las mujeres tienen otras criaturas a las que atender, un puesto de trabajo al que acudir, una casa de la que ocuparse, etc. “Reproduction is a full-time role” concluye Oakley (1993:22). Con el objetivo de cuestionar estas prácticas tan extendidas, Kaufmann (2004) plantea como estrategia articuladora de un modelo feminista de atención matrona, el identificar qué es lo que la maternidad supone para cada mujer concreta —y lo que la paternidad para cada hombre concreto— así como averiguar qué apoyo necesita para “navigate her journey into parenthood”.

Nos puede recordar esto a esa llamada de atención que hacían Brullet y Torrabella (2008) sobre los peligros que puede entrañar el atender las necesidades de las criaturas, obviando las de las familias en las que estos niños y estas niñas crecen.

### **Matronas de enfoque biomédico.**

Una parte importante de la información que se transmite en las sesiones grupales de la Educación Maternal, se refiere a protocolos de atención sanitaria (primaria u hospitalaria), o a contenidos de educación para la salud. Unos contenidos que, por definición, tienden a ser tipificados y generalistas, o lo que es lo mismo, carecen de referentes individualizados, de “puestas en práctica”, emergiendo como contenidos no locales, no históricos y no personales.

- *Yo les hago fotocopias de... signos desencadenantes del parto, de lo que tienen que llevar al hospital, del postparto inmediato, de los signos alarma. Y de los ejercicios también.*
- *De la lactancia también.*
- *De la continuación de la lactancia, extracción, posiciones.(GMB2)*

Como dice Thorne (2002), la educación para la salud se perfila como instrumento para promover cambios en los comportamientos. En este caso, se trata de cambios encaminados a que las mujeres/familias adopten prácticas de salud consideradas positivas para sus bebés, o a que aprendan cuales son los protocolos de actuación en los hospitales o los centros de atención primaria. Sin embargo, lo que tiene forma de información se abate sobre una base moral sobre lo adecuado, lo inadecuado, lo bueno y lo malo, lo racional y lo irracional. El resultado de todo ello converge en una construcción simbólica específica de *la* crianza y por ende de *la* madre y *el* padre. Las identidades de la madre y el padre *normal* se materializan en la aceptación y la asunción de los consejos y las indicaciones profesadas por la profesional, pero también, y sobre todo, la madre y el padre normal son aquellos que se ajustan a ese perfil “aprobemático” de abstracción al que se refieren los contenidos: quienes no tienen dudas, ni temores, ni otras preocupaciones que el criar, ni tampoco tienen interés por saber pero sí necesidad de información sanitaria; las parejas que no son de culturas distintas, ni de edades diferentes, ni tienen una discapacidad, ni son lesbianas, ni son críticas con lo que transmite la matrona, y tampoco las mujeres que no son madres en solitario por elección (o sin elección); las familias que no cuidan de otros seres mayores ni de otros seres menores, ni están angustiadas porque tiene que pagar una hipoteca...



*Claro. Sí yo siempre además les digo, cuando empiezo el grupo les digo... cuando empiezo cada grupo nuevo les digo "no me preguntéis cosas particulares". "A ver, sí me puedes preguntar..., pero no me preguntéis es que mi ginecólogo me ha dicho... no me preguntéis cosas particulares, eso lo hablamos en la consulta".(GMB1)*

*Yo a veces me llama la atención... mira ahora tengo una chica en la Educación... que viene con su marido y eso... y no para de preguntarme, que por qué esos protocolos, que si eso es siempre así, que cuando entre dónde la llevarán, que si habrá... y es una chica culta ¿eh? Pero la ves que está, muerta de miedo, muerta de miedo de parir...(EMB4)*

Medicalizar el nacimiento y la crianza supone, entre otras muchas cosas, y siguiendo a Comelles (2003), negar lo cultural y lo social, pero también obviar la diversidad. Significa, como ya hemos visto, reducir a las mujeres a una de las dimensiones, y por lo tanto, negar el resto de ellas. Cuando advertimos que las matronas hacen referencia a las mujeres y a los hombres que participan en las clases de Educación Maternal, no podemos dejar de atender el ejercicio de síntesis, de metonimia –en términos literarios– que hacen. Esto es, agrupan a un número desconocido e ilimitado de sujetos bajo una categoría identitaria uniformadora, con ello, y en palabras de Judith Butler (2001;36): “la “especificidad” de lo femenino, una vez más, se descontextualiza por completo y se separa analítica y políticamente de la constitución de clase, raza, etnia y otros ejes de relaciones de poder que constituyen la “identidad” y hacen que la noción particular de identidad sea errónea.”

Lo que aflora aquí es “la mujer” como figura reflejo de las definiciones dominantes del modelo biomédico. Una mujer leída *solamente* desde la matriz de aprehensión de la realidad que constituye el ciclo reproductivo. Reducir a las mujeres a su ciclo fértil implica la obstétrico-ginecologización de su salud, dice Esteban (2001), lo que supone que se le presta atención a una parte de su cuerpo pero que se las desatienda a ellas. El caso que presentamos a continuación muestra, de manera clarividente, lo que acabamos de exponer. Aquí la gimnasia ejerce de vínculo entre sujetos a quienes se les confiere un elemento en común: tener útero. Claramente las necesidades, las situaciones vitales, las demandas de estas mujeres que comparten las sesiones de gimnasia tenderían a ser muy distintas.

*Lo que pasa es que no tengo ya horas ni casi espacio, entonces junto las climatéricas con la gimnasia, hago la misma, y las de ... con las de posparto... a mi me vienen muy pocas de posparto, se le complica la cosa, que si el bebé, a alguna de ellas le digo, pues mira tráete al niño, si no son muchos niños empiezan a llorar y no puede ser... (GMB2)*

Cuesta pensar que una mujer que acaba de parir pueda asistir a una sesión de gimnasia sin su bebé.

El grado de enmarcamiento que consideramos aquí, para con la categoría de “aceptación de crianzas diversas” es de muy fuerte (E<sup>++</sup>) , las grietas por las que podría entrar la vida cotidiana al conocimiento legítimo a transmitir son tan sumamente estrechas, que la tarea parece imposible. La tendencia, por parte de las matronas es justamente la contraria, la de homogenizar a las mujeres y a los hombres, al tiempo que se transmiten unos contenidos en referencia a una maternidad y una paternidad en concierto con la mirada biomédica del género. Esto afecta sobre todo a la conceptualización de la maternidad y de las mujeres.

Las mujeres no conforman un conjunto homogéneo de individuos análogos, los hombres tampoco. Ni el sexo ni el género pueden usarse a modo de ejes suficientemente explicativos como para concebir una identidad común a todas ellas, y a todos ellos, puesto que cada una de las personas que configura esos grupos analíticos es una mujer o un hombre pero, sin duda, no lo es de manera unívoca y, por supuesto, no es sólo eso lo que es. Lo que nos lleva a colegir que sus crianzas, aquellas que se asumen en pareja o de forma solitaria (por elección o no), no son ni únicas, ni inamovibles, sino que penden de hilos plurales (estructurales, personales, culturales...) no similares ni definitivos.

Dado lo que acabamos de afirmar, resulta lógico que las necesidades de información de estas familias sean distintas y que no vayan siempre acompañadas con las secuencias ni los órdenes estructurados por las profesionales, a los que ya se ha hecho referencia. Sin embargo, esto es justamente una de las cuestiones menos entendida y aceptada por las profesionales biomédicas en sus dinámicas. Las aportaciones que hacen estas profesionales a propósito de las prácticas que realizan caen peligrosamente en el uniformismo y el universalismo de las mujeres y las familias que crían. Por poner un ejemplo, podemos destacar que muchas de las matronas que identificamos bajo el epígrafe de matronas de enfoque biomédico, llevan a cabo esta formación en horario de mañana. Esto, como ya he sugerido en otro apartado, expulsa a los hombres de la

educación Maternal, puesto que no son considerados todavía como sujetos merecedores de esos tiempos de dedicación a esta formación<sup>31</sup>; el horario de mañana también dificulta la asistencia aquellas mujeres que tienen trabajos independientes del trabajo de cuidados, cuyos horarios podrían ser incompatibles con éstos.

*Una cosa es que te pregunten una duda de lo que has explicado y otra cosa es que te digan cosas de ellas, que aprovechan para preguntarte cosas de ellas, de su situación particular, y eso no toca ahí, imagínate si todas empezaran... nos darían las tantas de la noche (EMB4).*

### Matronas de enfoque fisiológico

En la exploración del texto de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, vimos cómo se le confería cierta importancia a los grupos de iguales como coparticipantes en el proceso de transmisión-adquisición. Andrist (1997), en la misma línea que la ENSR, pone su atención en la provisión de literatura legía y en el soporte de los grupos y asociaciones no profesionales como mecanismo que contribuye al acceso de la información de las y los receptores del cuidado.

La participación de iguales es entendida, desde esta perspectiva, como estrategia para tender puentes entre el conocimiento profesional y el conocimiento lego, y como estrategia también que individualiza, personaliza, las realidades a propósito de la crianza descritas por el conocimiento experto. Con respecto a esto observamos que son las matronas de enfoque fisiológico las que prestan especial interés en seguir esas medidas que, a su modo de ver, resultan fundamentales para el aprendizaje de la maternidad/paternidad.

*Y luego otra cosa que funcionan muy bien son las clases testimoniales. En que los padres que acaban de tener el bebé, vienen a las clases prenatales. Entonces ellos cuentan su experiencia. Lo que le sirvió, lo que no le sirvió, sus expectativas, sus necesidades... Y eso... cuenta mucho. Una cosa es la teoría y otra cosa es la práctica. (...) Por más que nosotros podamos explicar, y por más que podamos decir, cuando llegan y explican, esos padres que han pasado, por ahí y que les explican en cada momento... Pues es más de lo que tú puedas estar explicando ¿sabes? (GMF2)*

31 Nos sirve esta reflexión para constatar que la correlación que se establece entre sexo y género, dónde el cuerpo está directamente implicado, como decía Connell, no resulta una lógica exclusiva de paradigma biomédico. Puesto que los hombres no se embarazan, no se entiende que deban acudir a las sesiones de educación Maternal.

A tenor de lo que ellas mismas exponen, las matronas son muy conscientes de que no son capaces de cubrir las necesidades de información “real” que tienen las parejas/las mujeres, de ahí viene ese valor añadido del testimonio al que se refiere esta matrona. Hay incluso algunas de ellas que han puesto en marcha foros en Internet administrados por las mismas mujeres y hombres del grupo donde se comparte y se comunaliza información, y en los que la matrona, según dicen ellas mismas, son “una más de las blogeras”.

*Pero luego el foro es que es veinticuatro horas al día los siete días de la semana. Entonces, un sábado, un domingo, cualquier duda, cualquier principio de mastitis... Empiezan “Oye, que tengo... pues no sé, una zona endurecida, con calor y tal...” Y enseguida nosotras...(GMF2)*

A priori cabría colegir de todo ello que el control del conocimiento legítimo a transmitir, por parte de la profesional, es prácticamente nulo. Un matiz debemos añadir a esta conclusión a la que llegamos de forma apresurada. Este es, la invitación a las sesiones de padres y madres criadores no se hace extensible a cualquier familia, el blog tampoco. Estas oportunidades de participación se destinan a mujeres y hombres que han asistido previamente a las clases de educación prenatal y que, por lo tanto, ya han tenido un contacto previo con una lectura determinada de la crianza, una lectura, como ya vimos, que se articula alrededor de la “naturalización” de la crianza. En relación a esto, hemos sido capaces de identificar dos posturas distintas en las matronas.

Hay matronas que se otorgan una labor de apoyo que quiere distanciarse del juicio de valor y la valoración moral. Por lo que cuando asisten a esa puesta en escena en la que la adquiriente adopta el rol de transmisora, se sitúan en el distanciamiento demostrando su reconocimiento y su no incumbencia en opinar sobre esas crianzas. “Confirming women’s concerns –advierde Andrist— helps them feel that their issues are real and that they are being heard” (Andrist, 1997: 270). Así expresaba esa postura una de las profesionales: “Intento transmitirles que lo máximo que ellas puedan hacer, estará bien hecho”(EMF3)

Desde un posicionamiento epistemológico distinto, hallamos también matronas que, en aquellos encuentros, intentan reformular los contenidos que se escapan del conocimiento legítimo. La información que nos dan estas situaciones es la de una relación pedagógica que pretende compartir las posiciones de enunciación de conocimiento pero dónde, sin

embargo, la persona transmisora legitimada por el contexto de transmisión-adquisición no es capaz de ceder el control en la relación pedagógica, lo que se traduce en que, de cualquier modo, no queda espacio para que las intervenciones de los sujetos modelen los conocimientos abstractos.

*27/ Nov Hoy ha venido una chica que acaba de parir, con su pareja y su bebé. Al inicio de la sesión Andrea le dice que se siente en una colchoneta de las de la parte de enfrente y le dice si nos quiere contar el parto y cómo están siendo esos primeros días. Ella prefiere sentarse en una silla porque le tiran los puntos de la episiotomía. Andrea le acerca una silla. El compañero se sienta en el suelo, tiene al bebé en brazos. La chica empieza a hablar, al poco rato el bebé empieza a gemir. Ella lo coge y se lo pone al pecho para darle de mamar. Sigue hablando, nadie la interrumpe. Mientras ella habla, el compañero prepara un biberón pequeñito. La chica se quita al niño del pecho y le da el biberón. Sigue hablando. El bebé se acaba el biberón y la chica se lo pasa al compañero que le da golpecitos en la espalda esperando que salga el eructo. Cuando esto ha sucedido, se lo vuelve a dar a ella. Y ella entonces le da el otro pecho. Sigue contando cosas. Andrea interrumpe: ¿Pero qué lio te llevas con eso de la teta y el biberón? No le hace falta ese biberón para nada, si le estas dando el pecho. ¿Para qué lo quitas del pecho, si todavía no ha acabado? ¡Y encima lo interrumpes para darle biberón! (CCF)*

En esta ocasión la profesional no le pregunta a la mujer, ni al hombre, por qué han decidido esa opción mixta de lactancia. Su intervención, en cambio, aflora como recordatorio de lo que hay que hacer y de lo que no hay que hacer. Esto que acabamos de analizar está estrechamente relacionado con los criterios de evaluación de la transmisión-adquisición del criar, tema al que volveremos en un apartado posterior. No obstante, lo que interesa destacar aquí es el margen reducido que deja la profesional para que esta pareja transmita una forma de criar, en este caso en relación a la alimentación, distinta a la difundida por la matrona.

Después de lo expuesto, y aunque a priori podríamos pensar que estamos ante prácticas similares, consideramos aquí dos grados de enmarcamiento diferentes en lo que se refiere a la “Aceptación de crianzas diversas”. Entenderíamos que uno, el que hemos descrito en lugar primero, respondería a un grado débil (E<sup>-</sup>) y el otro a un grado fuerte (E<sup>+</sup>).

Trataré aquí también de recoger esa mención que hace Andrist (1997) a las lecturas legas. A lo largo de la exposición de este apartado estamos viendo qué oportunidades se les confieren, a las familias participantes en la Educación Maternal, de moldear

los contenidos sobre el criar con materias no abstractas, sino contextualizadas en las situaciones y condiciones concretas de las familias que asumen el cuidado. Al hilo de lo expuesto cabría anticipar que las necesidades de estas familias –y por lo tanto de sus bebés– se circunscribirán a parcelas muy distintas y transcurrirán por caminos muy diversos. Creer que las matronas pueden anticiparse a todas las necesidades de las familias que crían, es caer en la trampa de considerar la crianza desde una visión muy reduccionista. Las profesionales no saben de todo, por eso cabe considerar que para dar respuesta a las demandas versátiles de las mujeres y los hombres, pidan la colaboración de otros y otras profesionales o redirijan a las personas participantes a otras fuentes de información.

Algunas de estas matronas implican a otros/as profesionales de los centros de Atención Primaria para que participen en alguna sesión: el servicio de pediatría, el/la trabajadora social, el/la psicóloga, han sido los colectivos profesionales más mencionados. Por lo que se refiere a otras fuentes de información, vemos también que son estas profesionales las que mayormente se decantan por ofrecer bibliografía complementaria. Este esfuerzo orientado a proveer a las y los participantes de información plural con la que construir sus propias crianzas nos da a entender que estas matronas ceden el control –siempre de forma aparente, nos dirá Bernstein– de la transmisión-adquisición a las adquirientes para que puedan darle forma a maternidades y paternidades diversas, lo que nos lleva a considerar un grado de enmarcamiento débil (E<sup>-</sup>).

*Escucharte a ti misma, porque es verdad que ahora mismo con todas las polémicas que hay a nivel de pediatras, que si Estivill, que si Carlos González, que si... hay un montón y los papás están muy puestos en todo esto. Yo considero esto, les digo..., les hago una lista de libros porque... Hay muchísima, yo creo que hay un nivel cultural alto. Y también considero. "Pues mira, ¿tú quieres leer? Pues mira, toda la cantidad de libros". Le doy 4 o 5, los más importantes y "mira un poco lo que más se ajusta a lo que tú quieres". Porque yo no soy capaz de decirle, "tú tienes que hacer como Carlos González. O sea, apego, apego, apego o como Estivill..." O sea, no. Cada uno tiene que elegir la forma de educar a su hijo, que para eso... (GMF2)*

Si bien no podemos negar que estas profesionales ponen en marcha estrategias destinadas a pluralizar y diversificar las fuentes de acceso a la información que ofrecen a las familias, no es menos cierto que esta estrategia tiene también sus limitaciones. Esta información aportada tiene que ver sobre todo con una dimensión sanitaria del cuidado. Es decir, en la mayoría de los casos, esta información complementaria, aunque plural,

no logra superar las fronteras marcadas por una lectura biológica del cuidado, lo que supone una desatención para con otras parcelas de la vida de las mujeres y los hombres que quedarían sin atender: “El grado de asunción de que el embarazo y la próxima maternidad es un proceso médico es de tal calibre que nos olvidamos de tener en cuenta que muchas cosas cambian para las mujeres durante este tiempo y que profesionales como asesores laborales, abogados, pedagogos, psicólogos, psicoterapeutas, entre otros, podrían proporcionar un apoyo útil a las personas que van a ser madres –o padres” (Imaz, 2010:175).

### 3.3.2. Transmitiendo cuidados “para lo que le(s) espera”. ¿Relaciones pedagógicas que feminizan o corresponsabilizan el cuidado? Exploración de la dimensión de “relaciones producción-consumo”.

#### Introducción

En una de las entrevistas que llevé a cabo con matronas, la persona entrevistada puso especial intención en que yo comprendiera su función como profesional: “enseñarles cosas, darles información para prepararlas para lo que les espera.” Este posicionamiento, por parte de la profesional entrevistada resume, a mi modo de entender, lo que vamos a tratar en este epígrafe del análisis. Esto es, cómo se inserta el discurso instruccional sobre la crianza en el discurso regulador de la distribución genérica del cuidado.

Para entender la experiencia diferencial entre chicas y chicos en las escuelas, dice Arnot (2002f), no podemos perder de vista la manera en la que la escuela construye una relación especial entre lo privado y lo público (home and work), y cómo *prepara* a chicas y chicos de maneras distinguibles para esos destinos. Arnot observa el contexto de la escuela, pero fácilmente podríamos trasladar esta aseveración al análisis de la realidad que aquí nos compete. Si lo que queremos explorar es el régimen de género transmitido por las matronas en las sesiones grupales de la Educación Maternal, entonces nuestro

foco de interés es la construcción de la feminidad/maternidad y la construcción de la masculinidad/paternidad promovidas por el discurso pedagógico, así como la exploración de las relaciones que contribuyen a la transmisión de esos posicionamientos<sup>32</sup>. Nos estamos situando aquí en la dimensión de relaciones de producción-consumo del marco analítico de Raewyn Connell, del cual pretendemos dar cuenta a través del concepto de enmarcamiento que nos proporciona la teoría del código pedagógico de Bernstein.

La elección por parte de Arnot de las dimensiones de lo privado/lo público, casa/trabajo, no es casual, sino que remite a una división tradicional del trabajo que separa y distingue la ocupación laboral del trabajo de cuidado y mantenimiento del hogar. Como ya introdujimos en nuestro marco teórico, si bien podemos decir que la división del trabajo entre hombres y mujeres es una característica común a todas las culturas, según nos han enseñado los estudios antropológicos, su materialización concreta responde a coordenadas contingentes, esto es, se abate sobre los contextos sociales, culturales e históricos. Esta afirmación debe ser considerada en su justa medida. Comprender que el modo de división sexual del trabajo que se dé en una sociedad determinada es deudor del contexto que la enmarca implica, en primer lugar, adoptar un posicionamiento de cuestionamiento ante discursos generalistas a propósito de esta división. Y aquí nos estamos refiriendo a ese argumentario que afirma, con contundencia, que las mujeres *siempre* han estado en casa cuidando de los y las bebés. Una narrativa que, con su mirada parcial demuestra no sólo su etnocentrismo, sino también su clasismo: es complicado pensar que una granja o un rancho, por poner un ejemplo, puedan funcionar como actividad económica sin la cooperación de hombres y mujeres. En segundo lugar, aquella postura supone aceptar la posibilidad de transformación en esos repartos, esto es, nos ofrece la posibilidad de conferirle al orden androcéntrico caducidad. Ninguna de las implicaciones son tema baladí.

Si utilizo la categoría analítica de código de género de Arnot (2002) es, como ya he argumentado en repetidas ocasiones, porque me confiere una herramienta con la que escrutar los modos mediante los cuales las estructuras pedagógicas transmiten las jerarquías genéricas propias de una sociedad concreta. Una sociedad, en el caso que nos

---

32 Cabe recordar que el constructo de género que vertebra el presente trabajo se acerca a la propuesta de Teresita de Lauretis de considerar posiciones de género a lo que otras autoras, entre ellas Arnot (2002) denominan identidades de género.



ocupa, que responde a un sistema económico capitalista, pero también una sociedad embebida por las coordenadas socioculturales de la Segunda Modernidad.

La “división sexual del trabajo” fue la primera estructura de género reconocida por las ciencias sociales, y la que sigue en el epicentro de muchas de las discusiones que, desde la sociología o la economía, se llevan a cabo a propósito del género (Connell, 2009). Aunque el debate a propósito de cómo se distribuyen las tareas entre hombres y mujeres esté todavía vigente, y lo que nos interesa más aquí, a pesar que se sigan construyendo socialmente determinadas parcelas de la vida social (economía, educación, salud...) como femeninas y otras como masculinas, no podemos aseverar que estas organizaciones sean replicables en todas las culturas y para todos los momentos históricos.

El proceso de industrialización, con la extensión del trabajo asalariado que lleva aparejado, redefine los pilares de los órdenes familiares anteriores a él (Izquierdo, 1999). Las relaciones de poder que se han dado históricamente entre hombres y mujeres en el seno de las familias, adoptan desde finales del siglo XVIII nuevas valencias como fruto, nos dice Izquierdo (1999), de la categorización de dos posiciones sociales nuevas: la de ama de casa y la de ganador de pan (*male breadwinner*). Como advierte Singly (2000), bajo ese orden social la familia se reúne gracias a los cuidados atentos de la madre, gracias al sueldo del padre y gracias a la presencia del hijo o la hija. En otras palabras, el elemento que diferencia de manera incontestable las tareas femeninas y masculinas, es que los masculinos son trabajos pagados, producen para los mercados económicos, mientras que los primeros no lo son (Connell, 2009).

Este esquema organizador de la crianza contrasta con el marco que ofrece la Segunda Modernidad, dónde el proyecto de individualización confluye con el ocaso del patriarcado como esquema normativo, y el desarrollo del capitalismo occidental alienta consecuentes transformaciones en la esfera privada. La familia se ve también desfuncionalizada, despojada de los marcos simbólicos que le daban forma y contenido a los roles anteriores. La experiencia postmoderna es una experiencia destradicionalizada, dicen Beck y Beck-Gersheim (1998, 2003). Donde el individuo hallaba antes fórmulas dadas de identidad colectiva, hoy encuentra un abanico de prácticas laxas dependientes

de su elección personal y de su reflexividad. Las trayectorias de vida gobernadas por lazos familiares, adscripciones de clase, etnia y género, han sido desplazadas por biografías “do-it-yourself”, que se convierten en la forma prevalente de las determinaciones culturales (Beck, 1996)<sup>33</sup>.

Lluís Flaquer (1999a) elabora teóricamente el constructo de familia postpatriarcal<sup>34</sup> para dar cuenta de aquella familia en génesis durante el proceso de individualización: “Llamo familia postpatriarcal al modelo emergente que se está configurando en los últimos años y que se caracteriza fundamentalmente por el papel menguante que desempeña en él el patriarca y cuyas potencialidades democráticas todavía están por explorar” (Flaquer 1999a:17). La familia postpatriarcal debe, bajo esta premisa, desarrollar formas de convivencia que no asuman como fundamento adscripciones genéricas funcionales, articular proyecciones individuales con proyectos solidarios, en definitiva, la familia postpatriarcal es invitada a inventarse o reinventarse (según sean sus antecedentes). En palabras de Flaquer (1999a,41): “Significa que los actores familiares y sociales se pongan otros anteojos para contemplar de una manera distinta las mismas cosas de antes. El advenimiento de una familia individualista supone lanzar un torpedo a la línea de flotación del bajel del patriarcado.”

La deslegitimación del patriarcado y el avance de la individualización hacen proyectar el cuidado, al menos teóricamente, en términos distintos a los propios de aquel modelo de familia burguesa: los lugares comunes dados por descontado en la crianza han dejado de ser lugares para pasar a ser puntos de paso, y ya no son más comunes y ahora debieran ser negociados. El cuidado de menores como proyecto común demanda pensar, planificar,

---

33 No puedo sino reiterarme insistiendo que de lo que dan cuenta Beck y Beck-Gersheim es de lógicas macrosociales, esto es de formas dominantes y no de prácticas concretas de identidad, sometidas siempre a la variabilidad del contexto sociocultural a nivel macro, y a las idiosincrasias personales a nivel micro.

34 Lo que Flaquer llama familia postpatriarcal es un arquetipo, esto es, un modelo teórico, un tipo-ideal del que difícilmente encontraremos su réplica exacta en la dinámica social y en las prácticas concretas. En primer lugar porque debemos prever una variabilidad de lecturas del propio modelo llevadas a cabo por los sujetos y/o parejas involucradas; en segundo lugar, porque el declive del patriarcado no puede considerarse, ni mucho menos, un proceso globalizado ni globalizador: hay partes del mundo donde se da más crudamente que en otras; en tercer lugar, porque aseverar el desarme de legitimación simbólica del patriarcado no significa que este no siga presente en muchísimas prácticas, representaciones e imágenes culturales, como veremos en el análisis.

ajustar, definir, revocar, acordar, decidir ¡Y sopesar las consecuencias! En otras palabras, la crianza, cuando se lleva a cabo entre dos sujetos ciudadanos, gana en complejidad; no sólo por el carácter incierto que le imprimen los nuevos riesgos, sino porque ha pasado a ser una práctica integrada en esa identidad narrativa y reflexiva a la que alude Giddens (1991).

### **Análisis crítico de la información.**

Lo que he expuesto en el apartado introductorio al análisis, me confiere los marcos que la lógica de la individualización ofrece para repensar la práctica pedagógica de las matronas objeto de estudio. Esto es, si articulamos los requerimientos que plantea la individualización –entendida ésta en los términos de Beck-Beck-Gersheim (2003) y aplicada a la familia como propone Beck-Gersheim (2003)— podremos explorar hasta qué punto las relaciones de transmisión-adquisición que se dan en el contexto de la educación Maternal replican la tradicional “división genérica del trabajo”.

La confluencia entre el concepto de enmarcamiento de Basil Bernstein y los principios para la práctica feminista en la matronería me permitirán escrutar las posibilidades que estiman estas profesionales para con las relaciones genéricas del cuidado. De acuerdo a esto, y siguiendo con el mismo procedimiento metodológico de Neves, Morais y Afonso (2004) y de Navas (2008), definiré dos indicadores analíticos a confrontar con los resultados de las observaciones y con los discursos obtenidos a partir de las entrevistas y los grupos de discusión con matronas. Estos indicadores son “Selección genérica de los contenidos” y “Aceptación de crianzas diversas”.

El indicador de selección genérica de los contenidos nos servirá para observar si las matronas trabajan, en sus sesiones, con una selección previa de materias segregadas de acuerdo a las esferas tradicionalmente polarizadas de producción-consumo, o si por el contrario, los contenidos a transmitir escapan de esas constricciones previas, y las personas adquirientes pueden proponer órdenes alternativos.

El indicador “Aceptación de crianzas diversas”, nos ofrece la oportunidad de analizar cuál es el espacio que las personas transmisoras reservan a las casuísticas individuales como

parte de la transmisión-adquisición del conocimiento, y cuáles son los márgenes que le confieren al diálogo y la reflexividad para con la crianza.

### 3.3.2.1. Sobre quien debe aprender qué.

#### **Matronas de enfoque biomédico.**

El esquema normativo de la *maternidad intensiva*, tal y como lo entiende Hays (1998), descansa sobre tres pilares básicos: la demanda moral de atender todas las necesidades de las y los menores, atenciones que en la actualidad adoptan rostros plurales y heterogéneos y por lo tanto cuyo cumplimiento, señala la autora, merece un dispendio económico importante; la vinculación entre la dimensión material de los cuidados para con la prole con un fuerte compromiso emocional por parte de las/os adultos; por último, la implicación directa de las mujeres como agentes principales del cuidado, esto es, se trata de un aparato ideológico orientado a las mujeres que estrecha el vínculo entre feminidad y maternidad. Si hacemos coincidir los parámetros del modelo de “maternidad intensiva” de Hays (1998), con la *vocación* histórica que han demostrado algunas instituciones sociales para con la educación de las mujeres en la maternidad, el resultado es la identificación de éstas como las personas *merecedoras* de recibir aquella formación destinada a dar respuesta a la demanda intensiva de cuidado. De esta manera, como apunta Gilligan (citado por Osborne, 2002), las cuestiones relativas al cuidado no deben ser consideradas como algo meramente periférico, sino algo perteneciente al núcleo de lo moral.

Como todo entramado cultural, este modelo asentado en unas relaciones de género no equitativas necesita, hoy más que nunca, de soportes de legitimación. Unos apoyos que en la actualidad toman forma de textos producidos por aquellos “consejeros juiciosos” a los que se refiere Giddens (1997), y que suelen apuntar con el dedo a las mujeres-madres que no cumplen con la tarea. Este modelo de crianza es merecedor también de canales de transmisión cultural.

Sirva como primera aproximación de lo que se expondrá a continuación, un fragmento extraído del cuaderno de observación de la investigadora:

*29/Sept. (...) Hoy ha venido un chico a la sesión, es la pareja de una de las chicas embarazadas. Nosotras nos sentamos en las colchonetas dispuestas por todo el gimnasio, aquí hacemos la gimnasia, y seguimos sentadas en ellas cuándo la matrona nos explica el proceso de parto. La matrona se dirige a nosotras mientras hace dibujos en la pizarra o se sienta en una silla en la parte delantera del aula. Nieves le dice al chico que se siente en una de las sillas dispuestas alrededor de las colchonetas. No habla durante toda la sesión. Su pareja de vez en cuando lo mira, pero la matrona no se dirige en ningún momento a él. Hacia el final de la sesión el chico empieza a “juguetear” con el móvil. Cuando acabamos la matrona se acerca a él y le dice: “Es que ya os lo dije... esto es un poco rollo para él”*

*30/Sept, (...) Ha vuelto a venir el chico del otro día, nosotras nos sentamos en las colchonetas el chico en la silla (...) En el momento que la matrona sale del gimnasio, mientras estamos haciendo la gimnasia, el chico dice en tono enfadado: “-¡Yo no sé que hago aquí! Como siga esto así yo ya no vengo más ¿eh? Yo ya no vengo más” (...).*

*6/oct. El chico no ha venido hoy.*

*13/oct. El chico no ha venido.<sup>35</sup> (...) (CCB)*

A lo que alude esta imagen es a una selección muy diferenciada entre los contenidos dirigidos a las mujeres y los reservados a los hombres. En el ejemplo que hemos usado juega un papel fundamental el espacio, una separación física entre mujeres y hombres que, indudablemente, agrava o aligera esa distinción. En el tema de las implicaciones que suponen los espacios para la relación didáctica no vamos a entrar aquí. Sin embargo, para lo que nos sirve el apunte anterior es para visibilizar cómo los contenidos que construyen cuidado (los de la gimnasia y los de la educación prenatal) son destinados a las mujeres, y cómo a los hombres se les reserva *otros* contenidos, aquellos que no *son tan rollo*. La selección es claramente diferenciada, y quien la hace es la profesional. Sin embargo, con este fragmento del cuaderno de campo tomamos conciencia de una operación que será eje directriz de este segundo epígrafe del análisis, esto es, que las matronas definen y dirigen unos contenidos u otros a colectivos de personas (hombres y mujeres) distinguidos a priori por ella misma de acuerdo a una supuesta diferencia sexual. Esto que acabo de afirmar parece una obviedad, pero no lo es tanto.

35 No pongo el nombre de la persona de la que aquí hablo no sólo para garantizar su anonimato, sino también porque lo desconozco, nadie nos preguntó nunca en aquellas sesiones por nuestros nombres.

Que las profesionales diferencien temas masculinos y temas femeninos nos da muestras de una concepción generizada de la distribución del cuidado; que unos y otros contenidos sean destinados intencionadamente de forma diferenciada a personas “reconocidas” como hombres y a personas “reconocidas” como mujeres, contribuye a reafirmar la alianza entre sexo y género, perfilando unos posicionamientos de género que se demuestran como definitivos y, todavía más, como incontestables. Debemos entender entonces, que cuando estas profesionales llevan a cabo dichas operaciones, están haciendo género de una forma culturalmente específica.

Esto que pude observar directamente en el trabajo de campo ha sido, de igual forma, expresado por las matronas en los grupos de discusión y en las entrevistas.

Tras la revisión cualitativa de los grupos de discusión podemos decir que las cuestiones relativas al embarazo, parto, puerperio y cuidado son entendidas como temas femeninos y destinados a las mujeres. Las tres dimensiones de naturalización de las que nos habla Imaz (2007) –la procreación como proceso estrictamente biológico que se produce sin intervención social, la naturaleza del vínculo entre la madre y sus hijos/as, y la adjudicación de las labores de crianza como derivada de una división sexual natural del trabajo— se dan cita aquí para dirigir la mirada de estas matronas al proceso reproductivo y no a la crianza, lo que conlleva que centralicen la atención en el cuerpo que está directamente implicado en estos procesos y no en el contexto social y familiar de las personas que lo asumirán. La separación entre lo doméstico y lo público envuelve la paternidad en un halo social que permite la transformación, mientras la maternidad se sigue concatenando a la naturaleza volviéndose definitiva.

*Que en el imaginario, que ellas piensan que va a salir un niño con un carácter x, o un niño que a lo mejor no es así. Para que no se choquen con la realidad. Porque es que el postparto viene también una bajada hormonal y con un choque de: “este es mi hijo, voy a aprender a conocerlo y no es lo que yo pensaba”. Por eso yo ahondo un poco más ahí porque el tema legal y el tema de excedencia y todo eso lo saben más. Pero yo donde voy más es al tema psicológico del niño que viene, no es el niño a lo mejor que tú habías pensado. Y tienes que aprender a conocerlo. Y resulta que puede tener un carácter x o un carácter... Y si es un carácter dormilón y comilón, perfecto. Pero como sea llorón... te agobias. Y yo un poco... (GMB1)*

- *Yo lo de la lactancia lo veo super importante, como dice ella, y en el taller de lactancia seguimos reforzando. Pero también creo que hay un apartado que está poco reforzado, como dice ella, y es el suelo pélvico. Al suelo pélvico se le da poco hincapié. En algunos sitios se le hace...*
- *Yo lo hago en el puerperio, el suelo pélvico.(GMB2)*

Esto queda mediatizado en el discurso a través de la forma personal que se usa para hacer referencia a las personas destinatarias de sus transmisiones. Cuando las matronas hablan de “lo que enseñan en la Educación Maternal” muy pocas veces se utilizan expresiones como “lo que trabajamos con las familias/parejas”, o “lo que se les explica a las mujeres y los hombres”. Más bien a lo que se alude es a lo que se les dice/comenta/enseña... a las mujeres, aún en los casos en los que los hombres son bienvenidos en las sesiones grupales.

Que las matronas se refieran a “ellas” y no a “ellos”, esto es, que interpelen a las mujeres a que aprendan el cuidado, mientras dispensan —no sólo discursivamente, sino también presencialmente— a los hombres de tal responsabilidad, es producto de una categorización de lo femenino concreta. Esta es, la que correlaciona femenino/cuidado y por contraste, de una categorización de lo masculino determinada: masculino/no cuidado. La transmisión de esas categorías se nutre, necesariamente, de un régimen de género engarzado a una arena reproductiva que naturaliza a las mujeres: “Uno de los terrenos donde más claramente se realiza el paso del ser al deber ser es en el de la maternidad, donde la posibilidad biológica de parir se convierte en mandato por medio de la afirmación de un instinto materno universal en las mujeres. Dicha afirmación garantizará, en primer lugar, que se asuma —y asuma ella misma— que tiene que ser madre y, en segundo lugar, que gracias a ese instinto la maternidad biológica se transforme en maternidad sociológica, es decir, en maternidad como hecho social una vez superado el dato biológico” (Osborne, 2002:77). Dicho de otro modo, que las matronas escojan determinados temas para hablar del cuidado, y que estos sean destinados a las mujeres, sugiere que dichas profesionales construyen de una manera determinada la crianza, pero sobre todo, que estas profesionales circunscriben el cuidado a lo femenino.

Si he decidido introducir este apartado insistiendo en el carácter de constructo que debemos reconocerle a la llamada división genérica del trabajo, es precisamente para aclarar que resulta un ejercicio inverosímil el explicar unas distribuciones desiguales a partir de unos *factos* que no son tales. O lo que es lo mismo, que si partimos de que tanto el sexo como el género son construcciones sociales, deviene problemático tomar

el primero como elemento apriorístico a partir del cual edificar los bastiones ideológicos de las desigualdades. El punto de partida debe residir, dice Esteban (2007), en replantearnos los términos y comprender que son las desigualdades sociales, el género, las que justifican y explican las diferencias biológicas, y no a la inversa.

En una sociedad que quiere ser democrática, los repartos desiguales de beneficios y externalidades entre hombres y mujeres son difícilmente justificables. Sin embargo, todavía funcionan como esquemas explicativos los argumentos fisiológicos y psicológicos, innatos, por lo tanto. Marcos culturales éstos que a veces se expresan de forma manifiesta pero que, otras muchas, actúan todavía en la latencia a pesar de los esfuerzos destinados, por parte de algunos feminismos, en destronarlos. Así, la salvaguarda de las necesidades de las criaturas se deposita en unos saberes que se infieren de la condición femenina de las mujeres. La naturalización de la crianza es, por ende, lo que sigue justificando esa distribución genérica del cuidado. Una naturalización que afija la crianza a una supuesta especialización reproductiva de las mujeres a quienes, el legado antropológico las habría dotado de un cuerpo para satisfacer las necesidades nutricias de sus bebés, esto es, para lactarlos; y de un “instinto” más propicio al amor incondicional.

A razón de lo extraído de los grupos de discusión realizados, la crianza infantil sigue atrapada, para estas matronas, en la segregación genérica de los trabajos. Esta división es la que se halla precisamente, en la base de la elección de temas *feminizados* que son destinados a las mujeres. El mensaje legítimo es el de unas relaciones de género desiguales en la crianza. Y de ahí que la localización del control sobre las reglas de comunicación, el enmarcamiento, recaiga en la persona transmisora, que no cede ningún control a las y los adquirientes para seleccionar otros contenidos o para des-generizar las propuestas. Estamos, por lo tanto, ante un enmarcamiento al que le consideramos un grado muy fuerte (E<sup>++</sup>).

Siguiendo a Morais y Neves (2005) debemos insistir en que comprender cómo se produce y reproduce el dispositivo pedagógico, resulta fundamental para entender la importancia del discurso pedagógico como instrumento dominante en la regulación de la reproducción cultural de la crianza. La percepción esencialista del cuerpo de las mujeres lleva aparejada un dilema de dimensiones ontológicas y epistemológicas determinantes:



no es compatible con el cambio social, con la transformación del orden social, en este caso con el orden de género.

*Yo tengo la sensación, tengo la sensación que vienen con una idea de lo que es un bebé muy, muy de película... no son conscientes de que no es un muñeco, y yo las refuerzo en eso, ¿eh? Hay que reforzar en eso, sí, (...) Yo intento hablarles de los cuidados... del pañal... de las vacunas, de la alimentación, del sueño... y del sexo con la pareja que también es importante. (EMB1)*

Lo femenino, la maternidad, se adscribe a la crianza, y al tiempo, se posiciona a las mujeres en él. Eso a pesar de las condiciones estructurales actuales, en las que muchas de estas mujeres llevan a cabo un trabajo extradoméstico remunerado, ocupaciones que, por lo general, exigen unos tiempos de dedicación difícilmente congeniables con las jornadas intensivas que ese modelo de cuidado demanda. A esta cuestión de los trabajos de las mujeres volveremos más tarde.

Se ha aludido anteriormente a un desinterés demostrado, por parte de algunas matronas tradicionales, en lo referente a la asistencia de los hombres a las sesiones grupales. De las que sí le dan valor a la implicación de los hombres en la Educación Maternal, algunas realizan unas sesiones especiales que ellas mismas denominan “clases/sesiones para maridos<sup>36</sup>”. Se tratan éstas de clases programadas, por lo general, en sábado —coincidiendo con la jornada mensual en fin de semana que algunas matronas trabajan— en las que se convoca a las parejas para, según dicen las matronas, “hacerles un resumen de lo que vemos con las mujeres”. Lo que pretende ser una estrategia mitigadora del desacople entre sus horarios y los de los hombres asalariados, no deja de ofrecernos ciertas pistas sobre esta participación.

Para empezar, a esta sesión orientada expresamente a los hombres no acuden los hombres solos, sino que también van las mujeres. Todas y cada una de las profesionales que ponen en práctica esa actividad especial así lo han manifestado. Dada la situación, aquellas mujeres que “cumplen” con su sesión semanal de capacitación reciben, además, un refuerzo mensual. Podríamos pensar que en la base de esta *sobreimplicación* que se les demanda a las mujeres está aquella imagen de éstas como sujetos ignorantes de sus propios procesos, sujetos que necesitarían, por lo tanto, una capacitación antes de

<sup>36</sup> Volveremos más tarde en nuestro análisis a las implicaciones de llamar maridos a quiénes, en términos generales, sólo podríamos reconocer como parejas.

abordar la crianza no sólo pormenorizada, sino también intensiva protagonizada por una profesional. Sin embargo, desde mi punto de vista, la explicación sobre esta cuestión transita también por otros lares.

La construcción simbólica de la Educación Maternal como espacio femenino en un régimen de género que se abate sobre la arena reproductiva, comporta la necesaria presencia de mujeres, lo contrario resultaría una transgresión política, un desafío al sexo y al género. Esto es, supondría alterar la identificación categórica entre sexo y género, correlación ésta que, como estamos viendo, se encuentra en los cimientos del abordaje biomédico de la Educación Maternal. Quien debe estar presente siempre es quien gesta, pare y lacta, es a ella a quien se le dedica la Educación Maternal, es ese el cuerpo comprometido en la atención sanitaria; quien no gesta, pare o lacta, necesita otros saberes menos trascendentes y puede estar o no estar. Si está, necesariamente ha de ser en compañía<sup>37</sup>.

Efectivamente, si lo que se hace en *la sesión de maridos*, es un resumen de lo que se le transmite semanalmente a las mujeres, es porque se entiende que estos sujetos no *necesitan saber* todo lo que se les explica a sus parejas. Por otro lado, tal y como expresa el DRAE (22ª edición), resumir es “reducir a términos breves y precisos, o considerar tan solo y repetir abreviadamente lo esencial de un asunto o materia.” Resumir exige siempre seleccionar, descartar, elegir, una elección mediante la que las profesionales acomodan la sesión “*pensando más en ellos*”.

*Los hombres les decimos que si tenemos que hacer algún sábado por la mañana, tenemos que ir obligatoriamente, pues ese sábado aprovechamos para convocar a las parejas y se les hace un poquito abreviado todo lo que les decimos a las mujeres. Se les hace un sábado para ellos. (GMB1)*

Ya he apuntado que los contenidos seleccionados por estas matronas para ser transmitidos a las mujeres, coinciden con aquellos que, por lo que se refiere a esa división de tareas a la que alude Connell (1995; 2009) con el vértice de producción-consumo, perfilaría los contornos de lo que la atención sanitaria ha definido como labor femenina, esta es, los cuidados en salud. Por su parte, aquello que se elige como cuestión a abordar

---

37 En la comunicación que presentamos al Congreso de Investigación en Salud y Género, de Sevilla en 2012 (Grau y Navas, 2012), analizamos cómo el cuidado de criaturas pequeñas es, para muchos hombres, representado como una labor de acompañamiento a una figura central que asume el cuidado.

con los hombres se abate también, y de la misma manera, sobre lo que la atención sanitaria estipula como labor masculina.

Por lo que hemos visto, la mayoría de las matronas que conformarían este grupo de fines analíticos, tanto las que apuestan por esa sesión mensual como las pocas que involucran a los hombres en las sesiones semanales, les dedicarían explícitamente dos tipos de contenidos a los hombres: unos contenidos de carácter instrumental y otros que responderían más a una dimensión de vigilancia.

A los hombres se les instruye en los masajes en la zona lumbar que, según se entiende, alivian el dolor en el parto, se les enseña a cambiar pañales, a bañar a las y los bebés, e incluso se les insta a que asuman el trabajo de mantenimiento del hogar. Todos estos contenidos de carácter claramente instrumental que se nutren además de una connotación de “ayuda”.

*Les indicamos las clases más importantes para que el padre, si viene, es mucho mejor, como los síntomas del parto o la lactancia, para que luego apoye a la madre... Pues les aviso para que los padres hagan esfuerzo y esos días, suelen venir más y... (GMB2)*

Los contenidos que se les transmiten a los hombres tratan cuestiones que les faciliten “el apoyo”, “la colaboración”, que es el modo en el que las mismas matronas se refieren a la participación de ellos en la crianza temprana. Carmuca Gómez Bueno (2001) explora en su texto la semantización del trabajo laboral femenino como “ayuda”, esto es, como un trabajo secundario que *apoya* al trabajo masculino. Esta representación social subyace, dice la autora, a la valorización distintiva que se hace de los trabajos de unos y los trabajos de otras, éstos últimos siempre susceptibles de ser renunciables, postergables o redefinibles. Si le damos un giro a los términos y usamos la propuesta analítica de Gómez Bueno para escrutar el trabajo de cuidados, deduciremos que considerar la participación de los hombres en la crianza como ayuda, no es un tema baladí. Que los hombres-padres ayuden y sean merecedores, en la interacción con las matronas, de contenidos destinados a urdir “la colaboración”, significa que el trabajo de cuidados recae principalmente en otra persona, estas son las mujeres-madres, y que sean ellas las receptoras de las temáticas fundamentales de la crianza. Mientras que a ellos se les transmiten cuestiones relativas a la asistencia.

Pero además, esta identificación conlleva que el apoyo, la ayuda, contemple cierta diligencia. Se espera que los hombres se comprometan con la crianza según su voluntad, su buen hacer, y no por mandato del compromiso que tienen con el cuidado, como se espera de las mujeres (Wall y Arnold, 2007). Las ausencias, como nos decían Singly y Torns, cuentan con la complicidad social, pero las presencias, incluso aquellas limitadas, son aplaudidas y reciben el reconocimiento y la gratitud del resto.

*A los padres también los pongo a cambiar pañal y eso... pero los ves a los pobres patosillos [ríe] no, no es lo suyo... ellos son más de poner la sillita del coche [ríe], es que los ves que no...sí lo hago, sí, pero tampoco pretendo... (EMB1)*

En otro orden de cosas, podemos advertir que el sistema androcéntrico biomédico perfila un espacio de acción masculino destinado a la reproducción de la vigilancia médica de las mujeres. Los hombres, en ese caso, se convierten en depositarios del control que, en el espacio íntimo y privado, no pueden ejercer las y los “técnicos” de la salud. Es así como un régimen de género androcéntrico reproduce el control de las mujeres, delegando las tareas de vigilancia no a las mujeres, a quien posiciona en un lugar subyugado sino a los hombres, a los que identifica en posiciones dominantes. Entiendo que esto contribuye a afianzar la *masculinidad hegemónica* como forma cultural.

*Pero en la respiración... Porque ellos tienen que ayudarles en la respiración, en el momento de respirar, que se acuerden. Ellos son los que tienen que ayudarles a ellas.(GMB1)*

En relación a esto que acabo de apuntar, parece cuánto menos sospechoso, que estas profesionales se comprometan con la formación de los hombres en las cuestiones que se refieren al parto, y desatiendan las que están relacionadas con la crianza. Como dice Mardorossian (2003) se ha extendido el modelo de pareja acompañante en el parto, cuando la intervención de este acompañante queda reducida, como mucho, al apoyo y a veces ese apoyo no cumple con las necesidades de la mujer que está de parto. Y en cambio, se expulsa a los hombres de los aprendizajes del criar, cuándo estos están —o deberían estar— igual de involucrados que las mujeres en la crianza de sus bebés.

De lo que acabo de exponer se puede deducir un grado de enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) para el indicador “selección genérica de los contenidos”. Un enmarcamiento cuya

base social se fundamentaría en la yuxtaposición entre el trabajo laboral remunerado y el trabajo de cuidados.

Las matronas de enfoque biomédico distinguen en sus aportaciones aquellas materias destinadas a las mujeres de aquello que se les trasmite a los hombres. Lo que nos demuestra que el ejercicio previo de rotulación a propósito del sexo de una persona —ella es mujer, él es hombre— se toma como rasgo diferenciador entre sujetos. Un rasgo que distingue individuos pero que también justifica una selección genéricamente diferenciada de las temáticas a tratar con unas y con otros. Lo problemático de esta situación, es que esta elección diferenciada de contenidos es comprendida bajo una lectura sexualizada de los cuerpos, que obvia que dicha dicotomización entre sexos se embebe de marcos socio-culturales concretos y responde a lo que Connell llama la *arena reproductiva*. Las personas adquirientes no gozan, en este caso, de ningún espacio de creatividad para introducir otras selecciones que respondan a órdenes distintos. Un cuadro ideológico que resultaría así explicación irrefutable de la diferenciación entre sexos, y de la desigual distribución del trabajo de cuidados.

### **Matronas de enfoque fisiológico.**

Algunas de las matronas de corte fisiológico replican las prácticas pedagógicas que hemos identificado en las matronas tradicionales. Esgrimen razones similares sobre la no implicación de los hombres y diseñan aquella “segunda vía” para la participación de éstos en la Educación Maternal. El análisis del material cualitativo con el que contamos nos lleva a pensar que, por lo que se refiere a la selección genérica de las temáticas a abordar, las interacciones pedagógicas de estas matronas con las y los adquirientes se caracterizarían, como hiciéramos con las matronas de corte biomédico, por un grado de enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>), que no permitiría ni a hombres ni a mujeres elegir otras temáticas, a propósito de la asunción de la crianza, que distorsionaran esa segregación dual en la que convierten los contenidos a propósito de los trabajos feminizados y los trabajos masculinizados. Una división que, revestida de un argumento de naturalización, quedaría sujeta a la maternidad como hecho biológico (y no social), a la capacidad de engendrar otorgada tácitamente a las mujeres.

No obstante cabe decir que, son muchas más las profesionales de corte fisiológico que hacen un esfuerzo mayor en concebir a los hombres como sujetos implicados en este

Pograma, que muestran un mayor interés por su asistencia y no dividen los contenidos a transmitir de una forma tan genéricamente desagregada. En lo que sigue explicaré a qué me refiero cuando afirmo que las materias no se seleccionan de una manera *tan* diferenciada.

*Como ellos también están ahí, se les explica más o menos lo mismo que a ellas.  
Al estar allí también, lo mismo, lo mismo. (EMF3)*

La promoción de la asistencia de hombres a las sesiones grupales no es garante de un posicionamiento feminista para con dicha participación, o dicho de modo distinto, la presencia de los hombres en esos contextos, no resulta equivalente a estar asumiendo la transmisión-adquisición desde unos órdenes distintos a los órdenes segregadores.

La transcendencia de incluir a hombres en estas sesiones debe contemplarse desde su dimensión desafiante, puesto que se trata de una presencia que hace tambalear la construcción social de la Educación Maternal como espacio formativo feminizado. Sin descuidar lo relevante de lo que estamos diciendo, debemos esgrimir que la mera concurrencia es necesaria, pero no suficiente. Desde mi punto de vista, lo trascendente reside, precisamente, en revisar críticamente esas presencias concurrentes y aquellas presencias en latencia. En definitiva, lo que resulta fundamental es revisar si aún dándose la presencia física de hombres y mujeres en los espacios de la Educación Maternal, no se siguen (re)produciendo unas reglas discursivas especializadas, en términos bernstenianos, que resultan réplicas de las reglas de la división genérica de los trabajos, inclusive cuando las pretensiones manifiestas sean otras. La resolución de esta cuestión nos la ofrece aquí la herramienta del enmarcamiento, dado que lo que consiguen precisamente la clasificación y el enmarcamiento es crear, como asevera Bernstein (2001:106): “el vínculo entre macroestructuras y prácticas comunicativas microinteractivas”.

El enfoque fisiológico, nos dice Blázquez (2009) en su tesis, surge como un claro cuestionamiento de la medicalización con la que se ha abordado, en nuestras sociedades occidentales y capitalistas, el embarazo, parto y puerperio. La perspectiva de “la naturaleza de las mujeres” propia del enfoque fisiológico, nos dice Blázquez, asume las acciones del proceso reproductivo como funciones propias del cuerpo de las mujeres, unos cuerpos “diseñados” a tal efecto. El enfoque fisiológico podría ser caracterizado,

entonces, como aquél que quiere visitar “la naturaleza”. Esto, llevado a su extremo, subsigue en una aceptación de la maternidad como experiencia tácita de la feminidad y de las mujeres, y no como espacio a compartir con los hombres y como área que incumba a la masculinidad. Se atiende a la maternidad, pero no a la crianza.

En las sesiones de observación en las que nos dedicamos a explorar la práctica pedagógica de una matrona de enfoque fisiológico, advertimos que, aunque en la dimensión explícita de la interacción la transmisión de las cuestiones a propósito del cuidado se destinaban tanto a hombres como a mujeres, lo cierto es que el nivel no verbal ofrecía información contraria. La mirada de la matrona se dirigía, en términos generales, a las mujeres, y su posición, cuando se sentaba en las colchonetas para explicar alguna cuestión, era cercana a alguna de ellas. Reforzando esto tendríamos expresiones espontáneas que se han recogido en el cuaderno de campo y que acompañaban, en ese caso, a la realización del masaje infantil: *“Primero lo hacen las mamás ¿vale? Y después ya, si tenemos tiempo, los papás”*.

En la misma línea se expresaba una de las matronas entrevistadas:

*Yo pongo especial atención en que me escuchen los dos, porque es importante que el papá también... pero lo que me interesa de verdad es que ella se vaya con las cosas claras, por eso yo diría que les pongo más atención a ellas... porque después es ella la que va a estar con el nene, entonces... (EMF2)*

Estos elementos nos dan pistas de quien es el sujeto a quien dirigen principalmente las materias. En estos casos, el control de los contenidos sigue estando en manos de la transmisora y no de las personas adquirientes. Esta correspondencia sobreentendida entre lo que Gayle Rubin (1975) describió como “sexo”, y lo que definió como “género”, se hallaba también en el transfondo de las posturas biomédicas. Tanto en uno como en el otro, somos capaces de distinguir una base dualizadora que concertaría, como entidades pares en oposición, *un* sexo (el que engendra) con *un* género (el que cuida), y *el otro* sexo (el que no engendra) con *el otro* género (el que no cuida). Un diálogo éste que deja escaso espacio para la negociación en el plano de las maternidades y las paternidades y que modula una selección generizada de contenidos que, aunque resulta más sutil, no podemos dejar de considerar como fuerte (E<sup>+</sup>). Lo que se concluye de este análisis, es que la presencia de los hombres no es por sí misma suficiente para que los contenidos transmitidos sean desligados de la construcción genérica de los espacios y,

sobre todo, de la desagregación genérica de los trabajos. Es desde el paraguas de esta perspectiva que coge fuerza aquella definición de Groves y Finch del trabajo de cuidados como trabajo de amor. Un amor que sería reservado a las mujeres y no a los hombres.

Dentro del grupo de matronas que hemos llamado de enfoque fisiológico, hallamos otras profesionales situadas en unas posiciones distintas por lo que se refiere al vértice de “producción-consumo”, que es el que nos atañe aquí. En este caso se trataría de matronas especialmente interesadas en la participación de los hombres en iguales condiciones que las mujeres. Una implicación que secundaría la corresponsabilidad de estos para con las y los recién nacidas/os. Se trata de profesionales situadas en la dimensión social de la crianza, estas sí en la corresponsabilidad del cuidado.

*Desde el primer día les digo que es para los dos, que aquí vienen familias... porque padres van a ser los dos (GMF2)*

Si se deja al margen el proceso biológico en el que está involucrada la reproducción, lo que nos queda es el cuidado. El cuidado, desprovisto de todas las asideras naturalizadas, se convierte en una práctica social relacional cuya distribución sexual resulta deslegitimada. Este posicionamiento político revierte en otro tipo de selección genérica de los contenidos. Esta es, la que intenta *des-generizar* la selección transmitiendo cuestiones relativas a la crianza como práctica familiar y no como parcela adscrita. En este caso, la selección de las temáticas a tratar en las sesiones de crianza recaen más en las personas adquirientes, donde hombres y mujeres pueden formular cuestiones relativas al cuidado, relacionadas éstas con la dimensión biológica o con su aspecto social-relacional.

*Me parece absurdo seguir diciendo que las mujeres deben saber de esto o de aquello... si queremos que los hombres participen también en la crianza, porque esto se trata de crianza, hay que enseñarles lo mismo que a las mujeres, sin hacer distinciones (EMF2).*

*El marido es el primero, porque como ellas tienen más tiempo para venir y el marido tiene los quince días sólo, pues yo les digo: “el masajito...” Y hay algunos que te dicen: “¿Con estas manazas?” Digo... “¿Con estas manazas? ¡Pues claro!”(GMF2)*



Puesto que había quedado con una de las matronas de enfoque fisiológico para hacerle una entrevista, aproveché para observar la dinámica de su taller de crianza. Encontré familias muy diversas con niños y niñas de distintas edades, había algunas mujeres que daban pecho, algún chico que hacía un masaje, una chica que le daba de comer a una niña... Una de las mujeres sugirió: “A mí me gustaría que me explicárais un poco lo de congelar la leche”. La matrona empezó a hablar del tema, y de vez en cuando era interrumpida por hombres y mujeres a quienes contestaba. Una de las cosas que me llamó la atención es que en las situaciones hipotéticas de las que daba información usaba la forma personal del plural: “si descongeláis la bolsita a temperatura ambiente...” “si pensáis que el tiempo que ella va a estar fuera va ser (...) entonces podéis (...)”. Su intención era, seguramente, la de no dedicar expresamente determinados contenidos a las mujeres o a los hombres.

*Hay una cosa, una cosa que funciona también muy bien, por ejemplo en las clases de parejas que ya digo que son todas... pero un día determinado hay cambio de roles. Entonces, se ponen por ejemplo los papás y se ponen con el rol de la mamá y viceversa. Entonces ellos tienen que pensar si en vez de Pepe, es María..., cómo está viviendo María el embarazo, cómo va a ser el parto y incluso cómo va a ser el postparto. Y poner diferentes situaciones. Eso les ayuda mucho también a ponerse en el lugar de la otra persona. ¿Qué necesidades como María..., él piensa que tiene su mujer y qué le gustaría? Entonces ese cambio de roles hace también que, que empaticen más con su pareja y que bueno, la comprendan más. Un tema interesante.(GMF2)*

En estos casos últimos que he analizado aquí, consideraría un enmarcamiento débil (E) para el indicador de “selección genérica de los contenidos” dado que las profesionales aceptan las incursiones de las y los adquirentes y de su diversidad en el control de la transmisión-adquisición de contenidos. Si he distinguido valores distintos entre las prácticas de matronas fisiológicas (E<sup>+</sup>/E<sup>-</sup>), es con la intención de reflejar la cesión de un mayor o menor control que se da por parte de las transmisoras a las personas adquirentes, y que tendría que ver, como vimos en nuestra exploración de la dimensión de relaciones de poder, con la selección previa de los contenidos o ausencia de ésta por parte de las matronas. Esto es, las relaciones de control de la interacción pedagógica son distintas si las profesionales han predefinido, con anterioridad, las temáticas a abordar en una sesión concreta, aunque después permitan la modificación o la relectura de ese contenido, a las que se dan cuando no hay selección previa de las cuestiones a tratar en los encuentros grupales. Si se cede el control —siempre aparentemente, reiteramos— a las personas adquirentes para formular las temáticas a abordar en las sesiones, como es

el caso de este último grupo de matronas de las que he hablado, se suaviza la transmisión de un orden androcéntrico, desigual.

### **3.3.2.2. Cuestión de prioridades. Los espacios reservados a la individualización en la primera crianza.**

Beck y Beck-Gersheim (2003) nos hacen partícipes de una anécdota a propósito de Jean-Claude Kaufmann que me sirve para introducir algunas reflexiones. Kaufmann afirmaba en una ocasión, dicen Beck y Beck-Gersheim (2003), que el nacimiento de una pareja coincide con la compra de una lavadora común, pues es esta adquisición la que abre la puerta al conflicto sobre la ropa sucia: ¿Qué se considera sucio? ¿Quién lava y para quien? ¿Hay que planchar luego lo lavado? ¿Qué ocurre si él dice sí y ella no<sup>38</sup>? Con esta metáfora de referencia podríamos considerar que la negociación en la pareja viene de la mano del programa delicado. Aprovechándonos de esta metáfora tan doméstica, introduciremos aquí algo a lo que ya se hizo referencia en un apartado anterior, esto es, la prueba de fuego para esa pareja que se compró la lavadora es, sin embargo, la llegada y crianza de un hijo/a, puesto que entonces no se trata sólo de quien lava la ropa cotidiana, ni cuándo lo hace, sino a qué deben renunciar las personas responsables de aquella criatura para dedicar ese tiempo al lavado de ropa familiar. El apartado que exponemos a continuación trata de esas renunciaciones.

Situadas todavía en la exploración del vértice de la distribución de tareas, y dado que continuamos en el estudio del régimen de género que se transmite en las sesiones grupales de Educación Maternal del Programa de Seguimiento del embarazo de Valencia, lo que merece ahora nuestra atención es el espacio que estas profesionales, como transmisoras, reservarían en la interacción pedagógica para que las y los adquirentes aportasen experiencias personales a propósito de la crianza. Observar la cesión del control de la transmisión a las personas adquirentes por parte de la matrona no es solamente importante, para nuestro análisis, en cuanto a la información que nos aporta

---

38 Kauffman tiene en mente una pareja heterosexual, pero dado que se refiere a "parejas" en general, cabe pensar que reconocería dicha negociación también en el seno de parejas del mismo sexo.

a propósito del control de la transmisión; sino que esta exploración resulta relevante también para estudiar las posibilidades que se ofrecen a propósito de la desorganización de los contenidos, dicho de otro modo ¿Hay espacio en la dinámica de aula para que las intervenciones que hacen las personas participantes provoquen el “desorden” de la selección de contenidos decidida por la profesional?

Arnot (2002f) alude al confrontamiento *work/home* para explorar cómo en las interacciones de aula se construyen identidades *genéricas* distinguidas y diferenciadas por la esfera del *work* o del *home*. Si siguiésemos la estela de su propuesta, y después de explorar cómo se seleccionan o no los contenidos de cuidado de acuerdo a una distribución de género, pareciera que lo que correspondería en este apartado es la revisión de la selección de los contenidos a propósito de la esfera pública, el *work*. Sin embargo esta sugerencia de Arnot se nos plantea problemática por dos cuestiones fundamentales.

En primer lugar, porque traducir la categoría analítica de “división genérica de trabajos” en ítems de observación desagregados, supondría hacer uso de unas herramientas de visión legitimadoras, de antemano, de una realidad dual que es la que, precisamente, queremos poner en tela de juicio. Dicho de otra manera, estaríamos interrogando a una realidad sobre la (re)producción de una organización de los trabajos, a través de unos ítems que ya los dan por sobrentendidos (Bourdieu, 2000). En segundo lugar, porque esa dualización con la que trabaja la autora resulta demasiado simplista<sup>39</sup> para abordar nuestros objetivos. La exploración de los espacios que reservan los regímenes de género de la Educación Maternal a la reflexividad y la negociación para con la crianza, no pueden agotarse en el abordaje que hagan las matronas sobre los trabajos de mujeres y hombres. Lo que entraña la individualización es mucho más complejo que un diálogo entre cuidado y ocupación laboral.

El desarrollo de los mercados de consumo ofrece en la actualidad pañales desechables, tarritos de comida preparada (elaborados incluso con productos ecológicos para las familias más concienciadas), tejidos fácilmente lavables, lavadoras que ya no empequeñecen la ropa como si fueran destinadas a muñecas, etc., un cúmulo de tecnologías y manufacturas al servicio de hacer más fácil el día a día de la crianza. Sin

---

39 Nada más lejano de nuestras intenciones que poner en cuestionamiento la utilidad que pueda tener este planteamiento para el estudio de los órdenes de género de las escuelas, como hace Arnot.

embargo, la responsabilidad de padres y madres para con sus hijos/as adopta hoy unas valencias acordes con los escenarios propuestos por la Segunda Modernidad. Hasta el momento, una parte importante de la población de las sociedades con Estados de Bienestar tenían cubiertas las necesidades básicas, y en este marco de bonanza “darle lo mejor a nuestras hijas” no se agotaba con proveerlas de alimento y cobijo sino que, como apunta Hays (1998), criar a nuestros hijos implicaba ofrecerles todo lo que estuviera a nuestro alcance, todo *lo mejor*: clases de piano, excursiones a la naturaleza, ordenadores de última generación, montañas de juguetes...: “The success of the child is defined as their private duty and responsibility of the parents/the mother. And the duties reads the same everywhere: the parents must do everything to give the child “the best start in life” (Beck-Gersheim, 1996:143).

Esta concepción de la crianza exige, y este es uno de los puntos clave del modelo descrito por Hays (1998), un capital económico importante. Esto es, la satisfacción de unas necesidades de consumo tan diversas y extensas no resulta viable en las sociedades capitalistas sin que las personas adultas, responsables del cuidado, lleven a cabo actividades remuneradas que les confieran una buena posición en los campos del consumo. Pero no sólo eso. La crianza de los/as niñas reclama, a unos sujetos reconvertidos en padre(s) y madre(s), un esfuerzo importante para hacer confluir sus proyectos vitales con las necesidades del cuidado. En la sociedad del “hágase a usted mismo/a”, pero hágase proyectando sus aspiraciones, progresando, movilizándose para poder construirse como individuo ciudadano, activo y consumidor, los mandatos normativos del cuidado se abaten en sentido contrario: los menores y las menores requieren dedicación, necesitan cariño, exigen atención continuada, en definitiva, la crianza merece unos tiempos y unos esfuerzos de difícil convenio con aquella supuesta ética de realización personal. Paralelamente, la lógica y la ética del cuidado de menores —y la de mayores también— no encuentra su réplica en las nuevas instituciones y agencias, el Estado de Bienestar, o lo que queda de él, se centra en los individuos y no en las familias, por eso ni los tiempos, ni los espacios, ni las necesidades de unos y otras coinciden (Brullet, 2010). Seguramente, tal y como han señalado algunas corrientes teóricas, debamos ver en esa descompensación una de las razones del retraso de la edad de la maternidad (Izquierdo, 1999).

Las pautas del reparto de tareas y tiempos de cuidado entre padres y madres se concierta con los valores de género predominantes en la sociedad, ejes configuradores de modelos

ideales de cuidados y repartos de responsabilidades (González, 2010). Sólo esto puede explicar que el ejercicio de desarticulación de ese amasijo de contradicciones culturales que es la crianza en la sociedad actual, lejos de ser asumido públicamente, sea derivado al compromiso privado. A la familia mediterránea se le da por descontada la función de cuidado. Y no sólo eso, sino que este modelo de “solidaridad familiar y de parentela” que caracteriza, según Naldini (citado en Moreno, 2005) las sociedades del sur como la española, descansa en la hiperactividad de las mujeres, o lo que es lo mismo, la participación de las mujeres en el cuidado también resulta tácita. La batalla sobre quién cuida, quién cría y en detrimento de qué, se sigue librando en el interior de los hogares bajo el escrutinio atento, eso sí, de unas instituciones veladoras del bienestar infantil y unas prescripciones sociales sobre el modo correcto de criar<sup>40</sup>.

Teniendo como telón de fondo todo lo que acabo de exponer, de lo que se trataría aquí entonces es de visibilizar cómo hacen converger, las matronas de Atención Primaria, las relaciones de género con a las contradicciones que Hays (1998) identifica entre las exigencias de la Segunda Modernidad y el modelo de crianza de atención intensiva. O lo que es lo mismo, qué espacio para la individualización se le reserva a hombres y mujeres en sus negociaciones familiares a propósito de la crianza, teniendo en cuenta, a priori, que en nuestra sociedad el “ser mujer” ya no queda más, y solamente, circunscrito a la maternidad.

Para observar cómo se traducen los principios sociales de control en prácticas de comunicación, nos remitiremos otra vez al principio bernsteniano de enmarcamiento, utilizando el indicador de análisis “Aceptación de crianzas diversas”.

---

40 De ahí que Flaquer (1999b) afirme que nuestro sistema de bienestar está sustentado en un modelo de política familiar pasivo e implícito, pasivo porque su razón de ser se basa en la inacción, implícito porque sus principios se dan por descontado. Las innegables bondades que le reconocemos a las redes de parentesco y de solidaridad familiar tienen su contrapartida, que esta organización social presuponga la participación directa de la familia, y sobre todo de las mujeres, en la atención a las personas conlleva una desatención de los poderes públicos a los cuidados, desentromisión que se traduce en la carencia de medidas paliadoras suficientes que descarguen a las familias de esta responsabilidad otorgada. Parece lógico que las familias se ocupen de los suyos, sin embargo lo lógico deja de serlo tanto cuando observamos, como bien analiza Flaquer (1999b), que algunas funciones asumidas en los países mediterráneos por las familias son acometidas como incumbencias públicas en otros lares. Pero todavía más, dicho sustrato implícito convierte el sistema en un silogismo sin conclusión. La no articulación de propuestas de corresponsabilidad familia/Estado-mercado en el cuidado, confluyen en la reproducción de la familia asistencialista como modelo garante e imprescindible de nuestro Estado de bienestar (Flaquer,1999b).

### **Matronas de enfoque biomédico.**

En el seno de este colectivo de matronas de enfoque biomédico, encontramos ciertas divergencias en cuanto a los márgenes con los que se delinear, sobre todo, la vida de las mujeres. Así somos capaces de identificar profesionales que circunscriben el *ser* de las mujeres a la crianza, mientras que otras contemplan también otros escenarios de individualización. Esto que acabamos de afirmar puede parecer contradictorio, si tomamos como referencia las conclusiones del apartado previo de análisis, en el cual destacábamos un principio de enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) para el indicador de selección genérica de los contenidos a propósito del criar. Sin embargo, si revisamos los planteamientos de Hays (1998), nos daremos cuenta que, el hecho de que se dé una selección de formas legítimas de realización generizadas en lo que se refiere a la crianza, no resulta incompatible con la consideración de otros escenarios de individualización, sobre todo el laboral.

Cuando hemos pedido a las matronas que hicieran un perfil de las personas que asisten a la Educación Maternal, nos han hablado de mujeres con puestos laborales remunerados, de cierto capital cultural. Unas mujeres de las que, a priori, se esperaría que volvieran a sus lugares de trabajo tras el permiso de maternidad. Sin embargo, la posición que asume una parte importante de las matronas respecto los trabajos de las mujeres merece nuestra atención. Esta es una posición de relegación. Es decir, el empleo, la profesión, quedaría confinada a un segundo, o incluso tercer lugar, dado que la prioridad sería otorgada exclusivamente a la atención de las necesidades de las criaturas, ello cuando investigaciones como la del equipo de trabajo de Díaz et al (2004) han demostrado que la participación en el mercado de trabajo de padres y madres, o lo que es equivalente, la independencia económica de los miembros de la pareja, resulta eje de análisis fundamental en la exploración de cómo se construyen y negocian las posiciones de género durante la crianza.

Las mujeres son representadas a través de su tarea instrumental de garantizar la vida de ese/esa bebé. De este entramado simbólico nace la valoración de la “buena madre”, aquella que deja de lado sus intereses y necesidades a favor del cumplimiento de las demandas de las criaturas; y de forma contrapuesta, la “mala madre”, aquella que *equivoca* la jerarquía de valores.

*La sociedad les trasmite que deben tener una carrera, tener unos estudios, ser las más... y a veces se confunden... se olvidan de lo que es lo principal, y lo principal son, ni la carrera, ni... sus bebés (EMB1).*

Fijémonos que la aportación anterior recoge tanto el “cómo” (lo principal) como el “quien” (ellas) de la crianza. Algunas de estas matronas nos han explicado que le dedican tiempo a los derechos laborales que atañen al cuidado, sin embargo, ninguna de ellas da cuenta de un abordaje a propósito de la superposición de trabajos, de las estrategias posibles, de los desencuentros o encuentros, de los sentimientos y reorganizaciones que los ritmos desacompañados del mundo laboral y el mundo del cuidado conllevan. Todo parece en orden. Lo que merece aquí mi atención es en qué medida estas profesionales dejan espacios para que las mujeres y los hombres introduzcan, en la relación pedagógica, elementos desestabilizadores de *su* orden.

Para que madres y padres puedan compartir el cuidado de sus hijos/as con equidad son necesarios servicios públicos que compartan los tiempos de cuidado con las familias, así como reestructuraciones en los permisos laborales y en las duraciones de las jornadas (Brullet i Roca 2008). Como estas medidas no se dan actualmente en nuestro país, uno de los recursos privados de los que hacen uso las familias de doble sueldo para asumir el cuidado de menores, es el de recurrir a otras mujeres de la red familiar, concretamente a las madres de las personas progenitoras. Una estrategia que, a pesar de que es entendida como medida que *“les facilita la compatibilización a las madres”*, es criticada por las profesionales que la contemplan como fuente de sobrecarga a las mujeres de generaciones anteriores. Esto es, la responsabilidad de que las mujeres mayores estén realizando trabajos de crianza que ya nos les tocan, se les adjudica a las mujeres, que no están ocupando los lugares *“que deberían ocupar”*.

- *Y tienen las abuelas que van a criar a los nietos. Ahora es una obligación. Ahora ya no tiene la abuela el nieto por simpatía y por gusto. Ahora las tienen por obligación. Gente que te venía a hacer cosas a la gimnasia por ejemplo de climaterio... “Aná<sup>41</sup> que yo no voy a venir porque tinc al meu net”.*

- *Claro.*

- *“¡Uy! Però tindràs un rato” “no, no, no. El tinc perquè la meua filla treballa, perquè el meu gendre també i el tinc”. O... “mira, ja vaig tindre un altre, ara en tindrè dos”. Y las ves que van al parque con los niños... Es un trabajo que las madres se han quitado de ellas para...(GMB1)*

41 Hemos cambiado el nombre real por un nombre ficticio.

Esto es expresado de la siguiente manera por una de las matronas de este grupo:

*Estoy hablando de la lactancia y de la baja de maternidad, y una de las señoras me dice: “Yo cuando empiece a trabajar se lo dejaré a mi madre” Y yo tuve que contestar “Mira de eso no vamos a hablar, porque a mí me parece fatal lo que estáis haciendo con las abuelas, no vamos a hablar de eso ahora, pero...”. (EMB2)*

Este caso nos sirve para observar cómo la matrona no cede el control de la transmisión-adquisición, y cómo se perfilan, mediante un enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>), unas formas inapropiadas de realización dentro del contexto específico. La organización social del cuidado, que lo *despolitiza* privatizándolo y responsabilizando a las mujeres de su gestión, resulta traducido aquí en una práctica interactiva concreta y en unos principios comunicativos determinados. Esto es, el estilo directivo de la profesional no deja resquicio por el que esta adquirente pueda introducir, en la dinámica, aportaciones relativas a su situación real. No hay diálogo ni tampoco espacio para “otras” formas de organización del cuidado que no sea la responsabilización de las mujeres.

Este control de la transmisión-adquisición por parte de la profesional, es expresado también por una de las mujeres asistentes a los grupos de discusión:

*Es que de lo que nos hablaba ella te sirve para los pocos días, todo muy bonito, como si todo fuera a ir rodado’... cuando empiezan los problemas<sup>42</sup> de verdad, no tienes a quien recurrir, todo lo “normalito” que ella te ha conta’ ya no te vale (GMUB1)*

Sin negar los evidentes efectos perniciosos de la asunción privada del cuidado, lo cierto es que lo que aflora aquí es una construcción del trabajo extradoméstico de las mujeres como capricho, una aceptación que retorna a la categorización de la feminidad como una posición que no se construye de forma individualizada sino, contrariamente, de forma simbiótica con el o la bebé. Esto se ve plasmado en la interacción en un fuerte control por parte de la transmisora de los contenidos y de la organización de éstos, de manera que la incursión de las casuísticas personales de las adquirentes se ven obviadas en el

---

42 Esta mujer participante del grupo de discusión había estado explicando con anterioridad cómo su incorporación al puesto de trabajo había sido problemática en cuanto a la compatibilización de los horarios. Esto había supuesto unos conflictos importantes en la pareja que, en el momento de nuestro estudio, estaba en proceso de separación.



proceso de aprendizaje. Veamos unas anotaciones extraídas del cuaderno de campo a propósito de ello.

*Carla ha repartido unas fotocopias con los derechos laborales de maternidad y paternidad. Una de las chicas comenta que ella ya está mirando guardería porque le han dicho que es muy complicado después. Carla comenta que “eso hay que pensarlo bien”. La chica contesta “si es una pena dejarlos tan pequeños... pero no se puede hacer otra cosa.” Carla contesta: “hay quien prioriza tener una casa grande y hay quien prioriza cuidar a sus hijos (CCB).*

Nos parece éste un ejemplo clarificador para observar cómo se traduce el discurso regulador en discurso instructivo, de forma que el regulador siempre adquiere un mayor estatus respecto del instructivo al estar éste insertado en aquél. De nuevo valoramos el enmarcamiento como muy fuerte (E<sup>++</sup>) dado que, aunque la matrona ceda un espacio relativo para que la adquiriente haga su aportación, la respuesta de la profesional va dirigida a “reconducir” lo expresado por la adquiriente para reordenarlo.

Son muchas las matronas que se refieren a los trabajos de las mujeres como parte de sus proyectos de vida. Ahora bien, llama poderosamente la atención que cuando se tienen en cuenta los trabajos remunerados de las mujeres, éstos son siempre leídos bajo la lente de la necesidad y no del deseo. Si las mujeres se incorporan a sus trabajos es porque lo necesitan, porque la economía en la que se sustenta sus familias se basa en dos sueldos, o porque las situaciones estructurales demandan su contribución económica, pero no porque quieran. El escenario que se dibuja es el de unas mujeres a quienes *no les queda más remedio* que incorporarse a sus puestos de trabajo, y no el de unas mujeres que después del permiso de maternidad *lo estén deseando*. Un escenario que parece idealizado cuando escuchamos a las propias mujeres manifestarse:

*Yo quiero a mi hija mucho, y estoy muy contenta de ser madre... pero el primer día que entré por la puerta de mi oficina me salió una sonrisa, porque tenía ganas, tenía ganas, parecerá que soy una mala madre, pero tenía ganas. (GMUB)<sup>43</sup>*

Esta premisa esconde, a nuestro parecer, un alegato moral fundamentado en la articulación de lo femenino a partir de la crianza. Se sobreentiende que una mujer con

43 Extracto de grupo de discusión con mujeres. Concretamente con mujeres que asistieron a los cursos de Educación Maternal de matronas biomédicas.

quien quiere estar es con su niño o niña pequeña, lo “antinatural” es que quiera volver a su puesto de trabajo.

- *Es que las mujeres de hoy trabajan, eh... ¿Qué van a hacer las pobres?*
- *Sí, ya, pero los niños necesitan que estén con ellos.*
- *Pero nosotras tenemos que entenderlas, y apoyarlas para que el trauma de volver al trabajo y dejarse al bebé no sea tan grande. (GMB1)*

Considerar que la reincorporación al mundo laboral después del permiso maternal es, por norma general, un trauma para las mujeres –se habla de *las* mujeres, no de algunas mujeres, ni de determinadas mujeres— es moverse en el modelo de la maternidad intensiva, pero comporta también abordar ese “entendimiento”, ese “apoyo” a la adquirente desde esta premisa incuestionable, y sin dar opción a que las mujeres puedan manifestar el sentirse aliviadas o contentas al retomar su ocupación laboral.

Las odiseas que viven las mujeres para intentar acoplar los tiempos de la vida laboral con los de la vida familiar son puestas encima de la mesa por parte de estas profesionales. Nadie habla de las ocupaciones de los hombres, ni de los desajustes de sus tiempos. Nadie habla tampoco de la parte de responsabilidad del Estado en la asunción del cuidado de menores. Que no se les adjudique protagonismo a los hombres en la organización del cuidado, es debido a que se considera que son las mujeres las responsables de la crianza tanto en “presencia”, como en “ausencia”. Es decir, que es en las espaldas de ellas donde recae la atención de los y las menores, pero que también serán ellas las comprometidas en urdir la trama del cuidado que suplirá *su* ausencia. Como dicen Carrasco (2009) y Teresa Torns (2007), el problema de la conciliación parece ser una cuestión que atañe solamente a las mujeres. Si la compatibilidad de los tiempos es una tarea otorgada a las mujeres es porque, como nos dice Bourdieu (2000), la distribución de los tiempos también responde a repartos genéricos. En la lectura de estas profesionales parece que, tanto el cuidado como las contradicciones que plantean las lógicas de la Segunda Modernidad, son conferidas tácitamente a las mujeres. Lo que conlleva que la reflexividad y la negociación, aquella negociación que exige la crianza corresponsable y negociada, no merezcan atención. No hay espacio para la negociación cuando se presupone que hay quien asume todas las externalidades que se derivan del cuidado (Alberdi y Escario, 2007).

En otro orden de cosas, cabe advertir que las profesionales cuyos discursos analizamos aquí, se muestran preocupadas por esa “*tendencia de las mujeres a olvidarse de sí mismas*”, y le dan valor al hecho de que las mujeres mantengan algunos espacios de esparcimiento. Sin embargo, y sin desmerecer la intención de las sugerencias que se vierten sobre las mujeres, estas preocupaciones son reconvertidas en mandatos lanzados como mensajes imperativos. La identidad reflexiva no tiene aquí lugar.

*Yo lo digo y lo repito, porque es que se olvidan de ellas... y les digo que tienen que ir a la peluquería, que tienen que ir al gimnasio, o dónde sea, que eso de estar ahí preocupadas con el niño, que tampoco... es que después vienen las depresiones ¿eh? Y tenemos cada cuadro.(EMB3)*

Esto es, a pesar que la intención última de la profesional pudiera ser la de traspasar esa división tan estricta entre el cuidado/lo privado y lo público, lo cierto es que por lo que se refiere al principio de enmarcamiento, éste continúa siendo muy fuerte (E<sup>++</sup>). Esto que parecería contrario en los propios términos, no lo es. Recordemos que aquí nos estamos fijando en la relación pedagógica, en el discurso instruccional inserto en un discurso regulador, es de ella de la que da cuenta el principio de enmarcamiento. Aunque la profesional aliente a las mujeres a ocupar otros espacios alternativos a la maternidad, no deja de hacerlo con un control máximo de la transmisión-adquisición, es decir, según lo que extraemos de la expresión de la matrona, no son las mujeres las que han manifestado o han introducido el tema de los “otros” escenarios, sino que es la profesional quien, como si de otra información se tratara, las interpela a asumir esas “otras” exigencias. Si reformulásemos uno de los títulos que usamos en un apartado del marco teórico –aquél en el que me referí a la construcción biomédica del embarazo— podríamos denominar a éste: “Recuerde, debe acordarse de sí misma”. Esta comunicación interactiva dista mucho de ofrecer espacios amplios para la negociación de las relaciones de género, sino que reproduce unas relaciones jerárquicas de género a través del saber-poder.

### **Matronas de enfoque fisiológico**

En los grupos de discusión realizados con matronas de enfoque fisiológico, la referencia que se ha hecho a los trabajos de las mujeres ha estado mediada por una puntualización a propósito de la dificultad, para el mantenimiento de la lactancia materna, que supone la reincorporación al mercado laboral después del permiso de maternidad: “*El principal problema de la incorporación al trabajo, es la lactancia*”. (GMF1)

En la sección del análisis previa ahondé en la deconstrucción del discurso de la lactancia materna, no obstante viene aquí al caso que introduzca el tema que abordaré en este apartado preguntándome si, efectivamente como señala esta profesional, el principal conflicto de las mujeres cuando se incorporan de nuevo a su trabajo remunerado (quienes lo tengan), es el de no poder seguir manteniendo una lactancia a demanda. Esta manifestación nos parece una visión a propósito de las “contradicciones culturales” de las que habla Hays (1998) excesivamente simple, que presuponemos debe incidir, de algún modo, en la articulación de unas interacciones pedagógicas concretas.

Las sociedades mediterráneas, como nos ha demostrado Naldini (Naldini 2003, citado en Moreno 2006), no han resuelto todavía la asunción del cuidado como cuestión pública, lo que deriva en la persistencia de su privatización. En palabras de Amaia Pérez Orozco, lo que todos estos factores están produciendo es una “crisis de los cuidados entendida como el complejo proceso de desestabilización de un modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva una redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de los cuidados y que está cerrándose de forma no sólo insuficiente y precarizadora, sino reaccionaria, en la medida en que se basa en los mismos ejes de desigualdad social e invisibilidad de trabajo... ya que, en gran medida, el reparto histórico de los trabajos de cuidados ha estado asociado a las relaciones de poder de género, por lo que tanto los fenómenos de desequilibrio como de reequilibrio están profundamente marcados por el género” (Pérez Orozco, 2006: 215). Mujeres, pero también hombres, deberían tener la oportunidad de criar a sus hijos e hijas sin tener que recurrir a terceros –más bien terceras— pertenezcan éstos a las redes formales como a las redes informales del cuidado (Brullet, 2010). Pero hombres y mujeres, y especialmente las segundas, deberían gozar también no sólo de posibilidades, sino también del reconocimiento social, cuando no es *ser madre* lo único que quieren ser, ni los tiempos ni espacios de la crianza los únicos que quieren copar.

De acuerdo al análisis que estamos siguiendo aquí, unas relaciones pedagógicas entre una matrona-transmisora y una persona usuaria-adquiriente que promoviese unos espacios dilatados para que hombres y mujeres negociasen sus posiciones de género a propósito de la crianza, se caracterizaría por aceptar, en el proceso de transmisión-adquisición, las experiencias individuales y por tanto las expresiones a propósito de las dudas, las contradicciones, las inseguridades que acompañan a la asunción de la crianza en la sociedad contemporánea actual.

*Eso sale en las estadísticas a partir de los cuatro meses dejan la lactancia... porque si el saca-leches, que si no sé qué... y hay que apoyarlas para que vean que ese sacrificio tiene su recompensa. Un niño sano ¿Qué más quieres?(EMF2).*

En este caso que acabamos de ver, la matrona acepta la incursión de voces alternativas a la suya, sin embargo, no las reconoce como voces de conocimiento; ella es quien continua teniendo el control en la selección del enfoque que se le da a los contenidos, en este caso, por lo que se refiere a la alimentación.

*05/dic (...) Una de las chicas pregunta sobre la “acumulación de la lactancia”, otra de las chicas con un bebé mayor explica en qué consiste esa medida y cómo lo hizo ella. Andrea interviene también en la explicación. Tres de las chicas comentan que están pensando en cogerse una excedencia de un año “para disfrutar de ella” y otra comenta que “ella y su marido” están valorando lo de que ella deje el trabajo porque “con 4 meses será muy pequeña para llevarla a la guardería y mi madre no está ya para cuidarla (...) mi trabajo tampoco es que me apasione.” El resto de mujeres no se manifiesta. Andrea pregunta “¿Y las demás?” Una de ellas dice “Yo cuando acabe la baja seguiré trabajando” Andrea pone cara seria y dice “Ah”, después comenta que en la próxima sesión, si quieren, puede dar información sobre la legislación laboral”. (CCF)*

Posteriormente a la sesión cuando estuve hablando con Andrea me dijo: “*la maternidad está muy poco cuidada en este país, somos un país europeo pero el resto nos gana en eso. Mira Alemania, las mujeres se quedan hasta un año con los niños y lo paga el Estado, y estas pobres...*” El modelo de política familiar pasivo e implícito del que nos habla Flaquer (1999b), coloca a las criaturas y a sus familias en una posición de vulnerabilidad. Sin embargo, el planteamiento de Andrea y de otras matronas con este enfoque, adolece de perspectiva crítica ante dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, parte de que todas las mujeres podrían, pero también, querrían, dedicarse a la crianza en exclusividad, abandonando los trabajos, las proyecciones individuales, etc. Esto incluso cuando sabemos que las lógicas de nuestro mercado laboral no contemplan salidas y entradas de forma sencilla, e incluso cuando las “ausencias” en algunas carreras profesionales (sobre todo en los niveles superiores de las organizaciones), son duramente castigadas. Este discurso se nutre de una concepción de las mujeres como seres responsables del cuidado, una narrativa que aunque confluye en un punto común con los relatos de las matronas tradicionales, introduce un matiz: las mujeres no sólo asumen el trabajo de cuidados, sino se deleitan en hacerlo. La categorización de lo femenino retorna a lo tradicional.

En segundo lugar, la postura que acabamos de perfilar excluye a los hombres como parte corresponsable del cuidado. Ni cuando las mujeres hablan de las excedencias, ni cuando ella misma se refiere a las políticas familiares europeas, Andrea pregunta o comenta a propósito de la posición de los hombres en estas decisiones. Visto desde una lente de curiosidad sociológica, nos interesaría mucho saber cual fue la *valoración* que hicieron aquella participante y su pareja a propósito de sus renunciaciones. ¿Qué representaciones, qué imágenes se dieron cita en aquella negociación? Pero también ¿Qué relaciones de poder entraron en escena? A nuestro entender si la profesional no se plantea estos interrogantes, es porque da por entendido que son las mujeres con quienes mejor están las criaturas. Uno de los vértices que justifica esa categorización es la lactancia materna.

El estilo de dinamización grupal que sigue Andrea, da pie a la participación de las mujeres y los hombres que acuden a las sesiones de Educación Maternal. Sin embargo, cabe destacar que en lo que se refiere a la “aceptación de crianzas diversas” el principio de enmarcamiento resulta en este caso fuerte (E<sup>+</sup>). La consideración de Andrea para con las intervenciones de las primeras mujeres (las que no iban a volver a su puesto de trabajo) con respecto a la intervención de la última (la que se reincorporará), no es equivalente. Las primeras están en la línea de su perspectiva a propósito del tiempo que merece el cuidado, y a propósito de la intensividad de éste, la última no. El reconocimiento que reciben no es parejo, un reconocimiento desigual que aflora en la misma interacción y que consigue (de)mostrar cuales son las formas legítimas de realización para con la crianza.

En esta misma línea se estaría manifestando la siguiente participante en los grupos de discusión:

*Las que no dan teta no vienen... es que claro ¿A qué van a venir? Sólo hablamos de cosas de teta... Yo tengo una amiga que me decía que ella no iba, que como daba biberón y ahí sólo se hablaba de la lactancia que no iba, bueno... (GMUF1)*

Que “sólo se hable de cosas de teta”, o al menos que se tenga esa percepción, quiere decir que no hay espacio para que tenga lugar una lectura distinta sobre la crianza, pero también que se estrechen los marcos de participación a los temas sugeridos y tratados por la profesional.

Empezamos este apartado diciendo que la atención que le dan estas matronas a los trabajos remunerados se explica por los desajustes entre los tiempos laborales y los

tiempos de la lactancia a demanda; ahora me veo en disposición de afirmar que es precisamente la lactancia materna, la que es usada como elemento de legitimación del no trabajo remunerado de las mujeres.

### 3.3.3. La importancia de tener marido. La heteronormatividad de las familias. Exploración de la dimensión “relaciones emocionales”.

El proceso de individualización, como ya he comentado, abandona el lugar común de la familia conyugal de madre, padre e hijo/as, para abrir paso a una pluralización de formas de asumir el cuidado de menores, no necesariamente contractuales, no necesariamente biparentales, no necesariamente en convivencia, no necesariamente biológicas y no necesariamente heterosexuales.

Beck-Gernsheim (2003) denomina al tipo de uniones propias de la familia contemporánea como uniones “mientras la cosa vaya bien”<sup>44</sup>. Un epígrafe irónico que resume a la perfección el carácter “provisional” de estas configuraciones familiares: “La familia se convierte en un malabarismo continuo con las ambiciones contradictorias entre las exigencias del trabajo, los imperativos de la educación, las obligaciones de los niños y la monotonía del trabajo doméstico. Surge el tipo de la “familia negociada a plazo”, en la que las situaciones individuales independizadas entran en una contradictoria alianza con el fin de intercambiar las emociones de una manera reglada y hasta nuevo aviso” (Beck, 1998:97-98). Efectivamente, sería iluso pensar que la institución familiar es capaz de atrincherarse permaneciendo impune al halo individualizador. Cuando la biografía personal está hoy repleta de lecturas y relecturas, de cambios, de decisiones, y de giros de 180º, es de recibo considerar que este bricolaje perenne afecte también al amor, al deseo, a los vínculos y a los afectos.

La individualización entra arrebatadoramente por las ventanas del hogar, convirtiendo nuestra vida en pareja en un trayecto curvilíneo donde se alternan, dirá Beck-Gernsheim (2003), períodos de estabilidad y seguridad con otros en los que hombres y mujeres

---

44 En el próximo apartado retomaremos y matizaremos esta expresión a propósito de las parejas que deciden asumir un proyecto de crianza común.

experimentan, por decisión u obligación, con formas de relación distintas. El proyecto de pareja deja de ser pensado como decurso lineal, con un comienzo, un desarrollo y un posible final, para empezar a reelaborarse como un juego de mecano en el que vamos añadiendo piezas y retirando otras, articulando figuras distintas. A veces desistimos y abandonamos el juego, otras intentamos funcionar inventando una nueva silueta, puesto que lo que nos propone el proceso de individualización es, precisamente, abrir la puerta a la imaginación, a la creación, a la articulación de modos y modalidades de organizarse que sirvan, que se acomoden a los deseos y necesidades de los individuos que los conforman (Beck y Beck-Gersheim, 2001).

Con esto último no nos referimos solamente a la plasticidad de las formas o prácticas amorosas: mujeres que tuvieron o tienen (siempre u ocasionalmente) relaciones con otras mujeres, hombres que deciden un día compartir su casa con otro hombre y con otra mujer, sujetos que se enamoran locamente del dueño del bar de la esquina e inician una doble cohabitación familiar, personas que conviven e incluso mantienen una relación sexual pero buscan afectos en otros lados, individuos que dejaron, o a los que dejó su última pareja y hoy deciden vivir en soledad pero no por ello dormir solos... no hablamos de eso sólo, aunque también. Las dimensiones de la vida, como las relaciones y los afectos, han dejado de ser un “para siempre” sin fecha de caducidad, para pasar a ser un “mientras tanto” con un término indefinido: en la Sociedad del Riesgo nadie está seguro de nadie ni de nada, lo normal dirán Beck y Beck-Gersheim (2001) es que el amor sea caótico, lo lógico apuntará Beck-Gersheim (2003) es que las parejas se divorcien. Lo esperable, añadimos, es que los datos y las encuestas no sean capaces si quiera de imaginar ítems para todas estas y muchas más posibilidades.

### **Análisis crítico de la información.**

En lo que llevamos de análisis, hemos insistido en esa tendencia, por parte algunas de las profesionales que estudiamos, a despojar a la crianza y también a *la* maternidad y *la* paternidad, de su cobertura biográfica y social para construirla con un material de referencias biológicas. En cambio, cuando las matronas aluden en sus temas a las parejas o a las familias de las mujeres que asisten a las sesiones, el criterio de denominación es otro. La dimensión que es ensalzada es la dimensión social. Es entonces cuándo se revisan categorías sexuales para introducir estatus sociodemográficos. Dicho de forma



directa, “los padres” no son considerados como tales por haber demostrado, con un test de paternidad, su *verdadera* consanguinidad con ese bebé o esa bebé, lo son por reconocimiento. De la misma manera, a “los maridos”, tan frecuentes en el discurso de estas profesionales, nadie les pidió el documento que demostrase el vínculo legal con sus parejas, son considerados como tales por convención. Nadie habla de “mujeres” como parejas casadas con otras mujeres, ni de mujeres que deciden criar sin “marido”, en solitario o en pareja. Y nos cuesta pensar que, precisamente, sean esas tipologías de familias las que no acudan, en ningún caso, a las sesiones grupales del Programa de Atención al Embarazo.

De lo que nos habla esa selección de las categorías utilizadas por las profesionales, es de la dimensión de las relaciones emocionales a las que se refiere Connell en su modelo: la *Cathexys*. Las prácticas sociales que conforman y realizan el deseo son otro de los aspectos fundamentales del orden de género. Y aquí, lo relevante está en ver cuáles son los vínculos de la heterosexualidad y la biparentalidad con la posición dominante de lo masculino en la sociedad, y cómo esa heterosexualidad y esa biparentalidad permea también en los contextos instructivos. A lo que remite esta referencia a un tipo de familia concreta es, en términos bernstenianos, a una clasificación entre las categorías de lo masculino y lo femenino muy fuerte, una distinción clara entre maternidad y paternidad que alude a una relación de oposición entre éstas. Sin embargo, como intentaré demostrar en lo que sigue, ello también revierte en las reglas discursivas de la interacción de transmisión-adquisición. Definimos aquí, al igual que lo hemos hecho en los apartados anteriores, la categoría de “Aceptación de crianzas diversas” para analizar cual es el espacio de control que la persona transmisora cede a las y los adquirientes en lo relativo a los contenidos referentes a las relaciones emocionales y sexuales.

La familia postpatriarcal individualizada acepta a priori y teóricamente tantas modalidades como inventiva tengan los sujetos para dar forma a sus proyectos amorosos y de cohabitación. Sin embargo, aunque hoy hay espacio social y legal para las crianzas en plural, eso no quiere decir que aquella cosmología tradicional de antaño se haya disuelto. La prueba de ello es el campo de tensiones que se crea entre la ocurrencia de contornos plurales de crianza en nuestra sociedad (las crianzas), y la definición homogenizadora que hacen las profesionales (la crianza). Este va a ser el eje del análisis que propongo para este apartado en el que no haré distinción entre matronas de enfoque biomédico y matronas de enfoque fisiológico, puesto que no he sido capaz de distinguir prácticas diferentes en cuanto a esta cuestión.

Es cierto que, a pesar de la gran diversidad que se acepta en las modalidades familiares, los hogares más comunes en el Estado Español son, según el IVE aquellos formados por dos adultos y menores a su cargo.

## Encuesta de condiciones de vida 2011

Hogares según régimen de tenencia de la vivienda por tipo de hogar

Unidades: Hogares (miles) y porcentajes

Total	<b>1.906,40</b>
Un adulto con al menos un hijo dependiente a cargo	54,7
Dos adultos con un hijo dependiente a cargo	277,9
Dos adultos con dos hijos dependientes a cargo	282,7
Dos adultos con tres o más hijos dependientes a cargo	15,4
Otros hogares con hijos dependientes a cargo	105,5

Fig.8. Encuesta de Condiciones de Vida. Elaboración propia a partir de datos del IVE

Ahora bien, eso no quita para incidir en que, por una parte, el INE no recoge en sus datos el estado civil de estos adultos/as cuidadores/as, lo que no nos permite distinguir cuales de los hogares con dos adultos son reconocidos legalmente como matrimonios; por otra parte, el INE tampoco incide en las relaciones emocionales que se dan entre éstos, por lo tanto tampoco podemos saber en cuántos de estos hogares viven parejas con algún tipo de vínculo afectivo-sexual. Con todo, el uso de las profesionales de aquellas formas léxicas: “marido”, “padre”, no responde a criterios descriptivos, sino que es el reflejo de cosmovisiones arraigadas a propósito de la familia.

Tanto el documento de “Criterios de Atención” como el de la “Estrategia Nacional”, incluían en su texto la categoría de “pareja”, no hay rastro en ninguno de los dos de la condición de “marido”. Sin embargo, ni mis observaciones, ni los grupos de discusión,

ni las entrevistas, me han dado información de que ninguna de las matronas se haya referido a las parejas de mujeres lesbianas, ni a las crianzas sin pareja por elección. Y eso incluso cuándo, como ya he apuntado en un apartado anterior, a esos sujetos con una responsabilidad asumida ante la ley para con las “esposas”, no se les reconoce una igual asunción de la responsabilidad para con sus hijos/as.

No sería justo decir que no se ha hecho mención de la “pareja”, ni obviar que este uso ha sido más común en las filas de las matronas de enfoque fisiológico y prácticamente nulo en las matronas de enfoque biomédico; no obstante la frecuencia de utilización de dicha aceptación resulta muy reducida a favor de la de “marido”.

*Yo hago una sesión de maridos los sábados. Uno de cada mes. Y me funciona muy bien, me funciona muy bien (EMB1).*

Esto contrasta directamente con los datos que aporta Costanza Tobío (2005) a propósito de la aceptación social de maternidades y paternidades en el seno de las familias homosexuales. Según la información aportada por la autora, España sería, junto con Holanda, uno de los países con mayor índice de aceptación de esas familias. No es una cuestión de nombres, sino más bien una cuestión de producción y reproducción de un orden de género sujeto al escenario reproductivo: “Desde la socialización hasta las tecnologías reproductivas, toda cultura dispone de mecanismos diversos cuyo objetivo es intervenir en la reproducción y que ésta se produzca sólo en los contextos y en las maneras culturalmente establecidas” (Imaz, 2007:422).

Los vértices que Raewyn Connell vincula al orden de género en su teoría no constituyen dimensiones aisladas sino articuladas entre sí, y nos sirven en este apartado de análisis para profundizar en el pliegue entre la dimensión de catexys y de relaciones de producción-consumo. De esta manera, una de las consecuencias falaces de delimitar la *razón de ser* de las mujeres a su capacidad reproductiva y por lo tanto, a la maternidad, es la de equiparar sexualidad y reproducción: si la *finalidad* de las mujeres es la de ser madres, la de sus cuerpos es la de albergar este propósito. Lo que se deriva de este esquema funcionalista es que la experiencia del cuerpo de las mujeres pasa, indudablemente, por su experiencia de la maternidad, lo que implica que la sexualidad se vincule simbólicamente con las prácticas reproductivas. Desde esta premisa y si seguimos a Osborne y Guasch (2003), podemos decir que esta representación social

de la crianza como práctica biparental y heterosexual hunde sus raíces en una ideología integradora: “Como consecuencia del proceso de la sociedad iniciado hace dos siglos, la reproducción ha sido el elemento central para construir discursos sobre sexualidad humana. De este modo, el coicentrismo reproductor se instituye y legitima como fin último de la sexualidad” (Osborne y Guasch, 2003:1). Estas consideraciones de la función que cumple la sexualidad y de la vía necesaria para alcanzar el objetivo último de la reproducción se plasman, advierten Oscar Guasch y Raquel Osborne (2003) en una serie de correlaciones falaces establecidas en nuestras sociedades, presupuestos ideológicos sobre los que descansa el cuadro normativo que el autor y la autora han llamado la heterosexualidad dominante. Estos son:

1. La verdadera sexualidad es aquella que está vinculada con las prácticas reproductivas.
2. Las prácticas reproductivas deben ir ligadas a la pareja heterosexual.
3. La pareja heterosexual es el marco apropiado donde se produce la verdadera sexualidad.
4. La verdadera sexualidad está siempre unida al amor.
5. El amor idealmente se nos presenta como el que dura para toda la vida.

El matiz globalizador de este modelo se convertiría así en estructura significativa de la experiencia, y por lo tanto, en material de reproducción. Desde este punto de vista, considero que la desatención, por parte de las matronas, a las maternidades monomarentales y a las parejas homosexuales no se explica por la escasa presencia de este tipo de familias entre sus filas, sino que responde a la representación social vigente en nuestra sociedad en torno a la sexualidad y la reproducción. Una representación que se abate sobre un orden de género androcéntrico y que queda traducida en una selección por ausencia de contenidos relativos a estos tipos de familias.

En esta línea, y acogiéndonos a la matriz teórica de Guasch y Osborne, parece importante resaltar uno de los contenidos fundamentales que, tanto los textos normativos como las profesionales, reconocen para la etapa del puerperio, este tiene que ver con dar información sobre métodos anticonceptivos.

*Una charla muy importante en el puerperio es la de los métodos anticonceptivos. Yo les quito esas ideas antiguas de que la lactancia evita los embarazos, y de todo eso, y les explico los métodos que pueden utilizar... hay centros que esa charla la hace la enfermera de plani, yo lo hago yo, la tengo ya preparada de hace unos años...(EMB2)*

La lactancia materna se ha utilizado, tradicionalmente, como método anticonceptivo. El efecto fisiológico de amamantar suprime la ovulación, lo que era utilizado por las mujeres como estrategia para espaciar sus embarazos. Esta no es, sin embargo, la razón por la que hoy se dedica una sesión a los métodos anticonceptivos. Lo que legitima esa clase orientada a, según nos han dicho las matronas en los grupos de discusión, “los métodos anticonceptivos”, es una concepción biomédica sobre la idoneidad de distanciar los embarazos en lapsus determinados de tiempo. La cuestión fundamental, y lo que nos interesa destacar aquí, es que la selección de las cuestiones a tratar en esas sesiones no se relaciona con la sexualidad, es decir, no se enfocan las dinámicas en torno a cómo experimentar unos cuerpos resignificados, o de cómo reconfigurar relaciones entre personas resituadas identitariamente como madres y/o padres. De lo que se está hablando, los contenidos seleccionados por las matronas a transmitir tratan, de otro modo, de estrategias para evitar la reproducción.

*El embarazo, el parto, la lactancia, los métodos anticonceptivos... yo en esa charla les doy una hojita con todos los métodos anticonceptivos, y les digo que tienen que pedir hora con la enfermera o con la sexóloga.(EMF1)*

Cuando abordamos la sexualidad desde la reproducción no sólo la despojamos de toda su envoltura cultural y social para reducirla a su aspecto fisiológico sino que, al mismo tiempo, excluimos de nuestra atención todas aquellas experiencias sexuales que no están centradas en el coito: “Los géneros “inteligibles” son aquellos que en algún sentido instituyen y mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual y deseo. En otras palabras, los fantasmas de discontinuidad e incoherencia, concebibles sólo en relación con las normas existentes de continuidad y coherencia, son prohibidos y producidos constantemente por las mismas leyes que intentan establecer líneas de conexión causales o expresivas entre sexo biológico, géneros culturalmente constituidos y la “expresión” o “efecto” de ambos en la manifestación del deseo sexual a través de la práctica sexual. Continuidad y coherencia en este contexto es una relación

política de vinculación instituida por las leyes culturales, las cuales establecen y regulan la forma y el significado de la sexualidad” (Butler 2001: 50).

En lo que se refiere a la categoría de selección de contenidos, estamos aquí ante un enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) que denota el control exclusivo que tiene la profesional sobre la transmisión-adquisición y que da cuenta de una selección que pivota en torno a las cuestiones que atañen a la gestación, y a las parejas heterosexuales, y que resulta excluyente con otras sexualidades distintas a ese modelo de cathexys dominante.

- *¿Y LAS RELACIONES ENTRE HOMBRES Y MUJERES EN LA CRIANZA SE TRATAN?*
- *¿No te digo que sí? Mira de sexo, menos el Kama-Sutra se toca todo [ríe].*  
(GMB1)

Al inicio de este apartado del análisis adelanté que la utilización de las formas de “marido” y “padre” respondían no a un mero uso inadecuado del lenguaje, sino a una clasificación fuerte que se da entre las categorías de feminidad/maternidad y masculinidad/paternidad. Como conclusión de lo que acabo de exponer, podemos decir que las relaciones que se transmiten a propósito de maternidades y paternidades descansan en una concepción de las relaciones sexuales androcéntricas también.

Cuando las profesionales, las prácticas de las cuales estamos poniendo en cuestionamiento, centran sus temáticas en “los maridos”, no es sólo que aboguen por unos vínculos legales que poco o nada influyen, mientras no se demuestre lo contrario, en el trabajo de cuidados a desarrollar por los hombres; sino también le están dando cobertura, están transmitiendo un régimen de género (re)productor de un tipo de familia tradicional, en la que se aceptan las diferencias sexuales y reproductivas como un dato apriorístico y donde se establece una correlación entre estas diferencias y una segregación funcional dentro y fuera de la familia. Un tipo de familia excluyente, por lo tanto, con la variabilidad de familias existentes en nuestra sociedad. Un tipo de familia que nada tiene que ver con esa “familia reinventada” de la que habla Beck-Gernsheim (2003).

Por su parte, en la medida que la selección de los contenidos a propósito de la sexualidad se hace considerando a los “padres” y no a las parejas, las interacciones pedagógicas contribuyen a transmitir la cathexys androcéntrica que gira alrededor del coicentrismo reproductor.

Aunque ese no sea el objetivo de nuestro análisis, y aprovechando que el material cualitativo del que disponemos nos lo permite en este caso, no queremos dar por finalizado este apartado sin hacer referencia a aquella coparticipación en la formulación de género que se da entre aquellas que transmiten y aquellas/os que adquieren. Los sujetos, como nos dice Connell (2009), participan también como agentes en la construcción de los regímenes de género. Los estudiantes, apunta Arnot (2002f), están involucrados en la relación de transmisión-adquisición a través de un rol activo. Puesto que los grupos de discusión con mujeres y hombres que llevamos a cabo fueron captados por las mismas matronas, hemos tenido acceso a situaciones como la que exponemos a continuación: un mismo escenario relatado por la matrona, por un lado, y por una mujer, por otro:

*Yo sí les hablo de los métodos anticonceptivos, sí, sí y les doy mucha información, ¿eh? Pero me doy cuenta que no hacen mucho caso...(GMB2)*

*Sí los métodos... sí, de eso también nos habla, pero... yo la oigo ahí hablando del condón, de la píldora, del DIU... y cuando bajé al bar les digo a las otras: "Chicas, ¿Pero de verdad alguna tiene el cuerpo para pegar un polvo?" Y todas muertas de risa, todas muertas de risa... y nos pusimos a hablar del tema, y yo creo que fue mucho más productiva nuestra...(GMUB2)*

### 3.3.4. Cuidado, salud y género. A propósito de las realización(es) de la(s) crianza(s).

La aproximación al orden de género en la que se ha pretendido posicionar esta tesis, es la de la perspectiva relacional. Mirada ésta con la que he revisado unas prácticas concretas de atención a la salud, interrogándoles por un lado, a propósito de la binomización correlacionada entre sexo y género, y en relación a la categorización dual de lo femenino y lo masculino; por otro lado, haciendo emerger de ellas las modalidades culturales con las que se construye y se retroalimenta socialmente el género. En última instancia, aspiro a perfilar los regímenes de género en los que se embeben los servicios de atención primaria que aquí son foco de interés.

Como se recordará, el análisis se apoya en la confluencia entre la propuesta teórica de Connell, las aportaciones de las críticas feministas a la atención a la salud, las macro teorías de la Sociedad del Riesgo, y la propuesta teórico-metodológica de Basil Bernstein para transcurrir por una vía reflexiva que nos ayuda a reconocer la contribución de instituciones sociales determinadas, entre ellas el sistema sanitario, en el refuerzo o la sanción de determinadas relaciones entre feminidades y masculinidades concretas<sup>45</sup>; ello identificando y describiendo las modalidades pedagógicas que se dan en las relaciones de transmisión-adquisición entre agentes puestos en relación, en este caso, matronas y mujeres y hombres que participan en el programa de Educación Maternal de los servicios públicos de Atención Primaria, de la Agència Valenciana de Salut.

Llegamos ahora al último apartado del análisis habiendo explorado tres de las cuatro dimensiones que identifica Raewyn Connell en los órdenes de género: relaciones de poder, relaciones de producción-consumo y relaciones emocionales (cathexys). Hasta el momento se había atendido, por lo que se refiere a las reglas discursivas de la práctica pedagógica, a las reglas de selección; una vez finalizada esta exploración abordamos aquí las reglas de los criterios de evaluación de la transmisión-adquisición.

Puesto que la investigación que se presenta se embebe del marco que confiere el modelo del discurso pedagógico de Bernstein, entiendo que el análisis de los criterios de evaluación que caracterizan el código pedagógico de estas matronas, nos permite dilucidar las tensiones que suceden entre las opciones distintas de performatividad de las relaciones de género para con el cuidado, y las posibilidades que estas agentes le reservan a dichas performatividades. Esto es, desde mi punto de vista, son los criterios de evaluación los que nos (de)muestran cuales son las realizaciones a propósito de la crianza que, en el contexto de la Educación Maternal, son aceptadas como correctas y cuales no. En definitiva, es la exploración de los criterios de evaluación los que nos ayudarán a entender qué es para estas profesionales “*ser*” un buen padre y que es “*ser*” una buena madre y cual “*es*” la correcta organización familiar de la crianza.

---

45 Recordemos que Connell (1995) advierte de las relaciones de poder que se dan entre las distintas feminidades y entre las distintas masculinidades, unas relaciones de poder que permiten a una de las versiones el erigirse como la expresión dominante, estas son las masculinidad hegemónica y por ende la feminidad hegemónica.



Recordemos que lo que sigue siendo objeto de la mirada analítica son las relaciones pedagógicas que se dan entre matronas y personas usuarias de este programa de promoción de la salud, y concretamente, los principios que regulan aquellas relaciones de comunicación. Dentro del marco que nos confiere la teoría de Bernstein, esto supone seguir situándonos en la exploración del enmarcamiento. El enmarcamiento, según el autor, regula las reglas de relaciones específicas para producir textos (prácticas) específicos del contexto. Por su parte, los criterios de evaluación hacen referencia a la cantidad de información que se ofrece a las personas adquirientes de manera que se les facilite el acceso o no a las reglas de realización. Una afirmación que sirve de recordatorio de cual debe ser nuestro foco de atención, éste es el *cómo* y no el *qué*: “No pretendemos analizar qué evalúan los docentes sino la cantidad de información que proporcionan a los jóvenes para que éstos accedan al texto legitimado por los docentes” (Navas, 2008:287).

A priori pareciera conveniente que una persona que va a ser evaluada sobre la adquisición de un conocimiento concreto, conociera de antemano los criterios que van a usarse para su evaluación. Sin embargo, en un contexto donde el alumnado lo configuran personas adultas y los saberes incumben a una experiencia de tinte biográfico como es la crianza, en un momento histórico-social de Segunda Modernidad con implicaciones a la que ya nos hemos referido, y en el seno de un país con políticas familiares deficientes (Flaquer, 1999b), esta premisa debe ser, a mi entender, matizada. “Los criterios pueden ser explícitos o específicos –dice Navas–, sabiendo el adquiriente exactamente cómo tendrá que ser su producción, o pueden ser difusos, múltiples e implícitos y en este caso el adquiriente aparentemente genera sus propios criterios”(Navas, 2008:269). Si “la producción” fuera el criar en un marco de *reflexividad* al que ya hemos aludido, un criar asumido como responsabilidad privada en la que la participación de los poderes públicos sigue siendo muy limitada –tal y como sucede en nuestro país (Flaquer, 1999b)— debemos considerar si no sería deseable que las personas adultas pudiesen generar sus propios criterios de evaluación al respecto de su práctica de la crianza. Esto que acabo de sugerir parece todavía más relevante, si se me permite, cuando de lo que se trata es de explorar los márgenes que una institución, organizada tradicionalmente por el androcentrismo, le reserva al cambio social. Visto desde la lente de la teoría de Bernstein, si en las relaciones de transmisión-adquisición se (re)producen unas relaciones inequitativas o si se abren espacios para que, mujeres y hombres, les den forma a unas relaciones de género renovadas a propósito del cuidado, si favorecen las

agencias sanitarias en su transmisión de los cuidados crianzas flexibles o democráticas o crianzas embebidas en estructuras tradicionales del cuidado.

El concepto bernsteniano al que me remito para abordar el análisis es, de nuevo, el enmarcamiento, puesto que lo que nos interesa graduar aquí es la relación que se da entre sujetos (transmisora-adquirientes). Los indicadores que darán cuenta de este enmarcamiento serán, para este caso: “criterios de evaluación respecto la visión con la que se aborda la crianza”, “criterios de evaluación desagregados genéricamente respecto a los temas tratados y a las preguntas e intervenciones de las y los participantes” y “criterios de evaluación sobre la aceptabilidad de crianzas diversas”. Tres indicadores que se refieren a los tres vértices sugeridos por Raewyn Connell para abordar los regímenes de género que he priorizado en el análisis –relaciones de poder, relaciones producción-consumo y relaciones emocionales— y cuya exploración se acometerá de manera conjunta. Una decisión metodológica ésta que responde a que considero su vertebración como una vía a través de la cual desmenuzar la dialéctica con la que, en los regímenes de género objeto de nuestro interés, se entrecruzan las prácticas generizantes.

Criterios de evaluación respecto la visión con la que se aborda la crianza: con esta dimensión observaremos cuán explícitos hacen las profesionales los criterios con los que valoran el texto pedagógico. Esto es, si los hombres y las mujeres disponen de la información necesaria para saber qué se espera de ellas y ellos.

Criterios de evaluación desagregados genéricamente respecto a los temas tratados y a las preguntas e intervenciones de las y los participantes: esta dimensión nos ofrecerá información al respecto de si las matronas reservan unos criterios específicos para evaluar el texto legítimo a propósito de lo femenino, y atesoran otros distintos para evaluar el texto legítimo a propósito de lo masculino.

Criterios de evaluación sobre la aceptabilidad de la variabilidad entre las maternidades y las paternidades: este vértice aportará información sobre cuán explícitos hacen las matronas los criterios con los que se valoran las relaciones emocionales que se presuponen en el seno de las familias.

### **Análisis crítico de la información.**

El texto transmitido en las sesiones de Educación Maternal no es evaluado con los parámetros –y menos con las herramientas– con que se valoran otras acciones formativas, sean éstas de carácter formal o de carácter informal. Por decirlo de una forma más clarificadora: nadie se examina de maternidad para obtener un título que le reconozca como “buen padre” o “buena madre”. Más allá de ciertos intentos que llevan a cabo las profesionales para impregnar a esta formación de un carácter formal: haciéndoles un examen a las mujeres y los hombres al finalizar las sesiones; firmándoles como tutoras de su formación la cartilla del embarazo *“para que cuando vayan a parir puedan certificar que han hecho la Educación Maternal”*; recogiendo una hoja de firmas en el dorso de la cartilla; diseñando un “diploma” que se les proporciona, tanto a hombres como mujeres, al término del programa, etc. Lo cierto es que la Educación Maternal debe ser entendida como una formación, la adquisición de la cual se evidencia con el propio proceso del parto (y el embarazo previo), y con la práctica de la crianza.

Lo que acabamos de aseverar, sin embargo, no debe llevarnos a colegir que la transmisión-adquisición del criar no se vea regulada por reglas de criterio de evaluación. Como dice Bernstein (1998:75): “Toda la educación es intrínsecamente una actividad moral que articula la ideología, o ideologías dominantes del grupo o grupos dominantes”. Independientemente de que la formación que aquí nos atañe no concluya en una prueba tipo, no por ello las profesionales dejan de evaluar la competencia de las y los adquirentes en lo relativo al texto dominante.

Con este telón de fondo, lo que concierne a este apartado del análisis es ¿Saben hombres y mujeres lo que se espera de ellos a propósito de la práctica de la crianza? O dicho en términos bernstenianos ¿Se les hace partícipes de los criterios de evaluación, son éstos implícitos o explícitos? Y todavía más, y puesto que nuestro interés radica en la reproducción y la actualización del orden de género, ¿Trabaja la matrona con criterios diferenciados según una distribución genérica de los textos legítimos a transmitir? A la respuesta de estos interrogantes dedicaré el siguiente apartado del análisis.

### **Matronas de enfoque biomédico.**

A lo largo del análisis he usado tanto el material discursivo referido a la Educación Prenatal –la que reciben las familias antes del parto– como aquel con el que las profesionales daban cuenta de su acción formativa dedicada al postparto, denominadas

talleres de postparto de forma global o nombrados taller de lactancia y taller de masaje. La razón de haberme aproximado a estas dos etapas de la Educación Maternal es, en primer lugar, porque tanto en la fase inicial de esta formación como en la posterior, se acometen contenidos relativos a la crianza y al criar; en segundo lugar, debido a que considero que la implicación de una agencia de salud en la transmisión cultural del cuidado durante un periodo intensivo y dilatado de tiempo, tiene implicaciones en la configuración de las maternidades/paternidades en las que se debe incidir.

He insistido anteriormente en que uno de los momentos donde se evidencia la adquisición del discurso dominante de la Educación Maternal es el parto. Ahora me veo obligada, sin embargo, a matizar lo que he expresado de una forma poco rigurosa.

El proceso de parto no es, por sí mismo, un evento de importancia destacable en la vida de las mujeres y los hombres. Si se entiende como tal en nuestra sociedad –occidental, blanca, capitalista– es sólo debido a ese ejercicio de elaboración sociocultural del que ha sido objeto. Dicho de otra manera, si bien cabe prever que no haya cultura en la que el parto resulte un evento insignificante, tal y como apuntan Oakley y Houd (1990), también es cierto que son las representaciones, los mitos y las expectativas diversas las que lo sitúan en un continuum que puede ir desde lo sublime a lo patológico.

Que el parto constituya, en nuestra sociedad occidental, un acontecimiento médico responde, como ya vimos en su momento, a un ejercicio de poder –de biopoder dirá Foucault– que ejerce una agencia concreta, apuntalada sobre un saber específico sobre los cuerpos de los individuos. Pero también es el resultado de la apropiación que dicha ciencia se ha hecho de los cuerpos femeninos –y de los de otra piel que no sea la blanca, y de los que no pueden ser rotulados “a primera vista” como masculinos o femeninos, y de otras mentes que no vean la realidad desde el prisma dominante...– un ejercicio de apoderamiento éste que deriva en el tutelaje de los cuerpos femeninos por el sistema sanitario, donde el llamado “ciclo reproductivo” adquiere un estatus de eje organizador de la asistencia, y el riesgo permea como factor regulador. Esto se hace evidente en el primer contacto asistencial entre la matrona y la mujer embarazada, en el que la profesional, basándose en unos parámetros sanitarios, gradúa el riesgo que considera para dicho embarazo. Tal y como afirman Oakley y Houd (1990), la definición moderna del nacimiento como experiencia peligrosa que debe ser controlada por el sistema sanitario, pivota sobre el estandarte del riesgo: “Many aspects of life are risky, but we make no attempt to prevent people from exercising their democratic right to expose themselves to

such risks if they choose. In the area of childbirth, the development of modern obstetric practice means that women are not allowed to determine for themselves the risk they take in having a baby” (Oakley and Houd, 1990:115).

Desde esta óptica, dicen las autoras, el parto ha sido resignificado socialmente a propósito de una razón perversa: es recordatorio de la muerte, de la mujer y de la criatura. Esta construcción social del parto en nuestra sociedad tiene sus implicaciones para la atención sanitaria, una de ellas es el miedo que, como nos decía Blázquez y como también afirman Oakley y Houd en su estudio, merma la confianza de las mujeres en sus posibilidades de afrontar estas situaciones. Este marco previo nos ayuda a entender por qué, para las profesionales de corte biomédico, el parto tiene un lugar privilegiado en sus agendas de formación, en detrimento del embarazo<sup>46</sup> y de la crianza. Y nos da las claves también para comprender por qué los criterios de evaluación que regulan la transmisión-adquisición son tan explícitos y los contenidos se expresan de manera tan pormenorizada.

*Mucha información les doy mucha información para que las cosas se les queden claras. Y lo repaso todo muy bien, para que ellas sepan con lo que se van a encontrar ¿no?, las señales de parto, la llegada al hospital, que si el enema, el rasurado, bueno eso ahora ya no... pero yo lo explico igual por si acaso, y ya después todo lo que tienen que hacer. Lo que van a poder hacer y lo que no ¿verdad?(...) todo, todo muy explicadito pasito por pasito”(GMB2)*

Ese explicar “pasito por pasito” el parto nos habla, sin lugar a dudas, de que la información se transmite de forma detallada, precisa. Una información oral que se suele acompañar con fotocopias o material de referencia a modo de recordatorio.

*Yo me quedo más tranquila dándoles una fotocopia con todo. ¡Y cuando digo todo es todo! Los signos, que si el tapón, que si las contracciones, que si cómo contarlas, que si la respiración... todo. Y así ellas se llevan su fotocopia y cuándo lo necesiten ahí lo tienen, porque claro yo allí a su lado no voy a estar cuando... (GMB1)*

Esta aportación de la matrona se nutre de un recelo para con la capacidad de las mujeres de decidir cuándo tienen que acudir al hospital, acompañado de una representación de la profesional como sujeto irremplazable en el evento: “yo allí a su lado no voy a

46 Ninguna de las matronas de enfoque biomédico ha comentado llevar a cabo la sesión del primer trimestre que se propone en el protocolo de seguimiento del embarazo.

*estar cuando...*”. La matrona se mimetiza en el texto escrito, en las fotocopias, con la esperanza última de *estar cuando* es necesaria, esto es, cuando hay que controlar el proceso. Esto que acabo de sugerir se percibe con mayor claridad cuando advertimos que una de las cuestiones que merece un mayor detenimiento por parte de estas matronas, son lo que ellas llaman “señales de parto y señales falsas de parto”. Las primeras son las señales que, de acuerdo a una lectura biomédica del parto, son enunciadas como el inicio del trabajo de parto: expulsión del tapón mucoso, rotura del saco amniótico y una frecuencia determinada en las contracciones uterinas. A pesar de que no constituyen señales objetivas —no todas las mujeres rompen aguas desde el inicio del parto, no todas expulsan el tapón mucoso de manera que sea perceptible la señal, no todas tienen la misma percepción del dolor ni todas las contracciones responden a una secuencia creciente— estos signos son resignificados como síntomas clave para decidir ir al hospital. Las señales falsas son las que “*las confunden*” y deben ser desterradas como signos no evidentes. Esto lleva a las profesionales a recordarlos e incluso a someterlos a examen:

*Yo de vez en cuando, cuando me parece le digo a una de ellas, o a un padre ¿eh? Eso me da lo mismo... ¿Cuales son los signos del parto? Y así veo que se los saben (EMB2)*

Con esas prácticas cuesta pensar que las mujeres y los hombres que asistan al curso de la matrona anterior, no aprendan las señales del parto como esta profesional quiere que los aprendan.

En el trasfondo de esta insistencia se identifican los efectos propios de la evaluación, puesto que las mujeres serán interrogadas por estos signos cuando lleguen al hospital y han de saber pasar “el examen”: “*después cuándo llegan a la maternidad las compañeras las reciben muy bien...eso me lo decía a mí Concha, cómo se nota las que van contigo... como se nota*”; lo que está en la base de estos criterios es, desde mi punto de vista, un miedo al descontrol de las mujeres: “*que vaya una y me para en el taxi, que las hay, que las hay, por estar todas ahí pachorras en casa*”, lo que perfila unos criterios tan explícitos es, en definitiva, el riesgo.

Reiteramos que lo que sucede en este contexto es una transmisión de un conocimiento experto biomédico a unas/os adquirentes legos, y aunque este saber sufra distintos procesos de recontextualización, no deja de ser un conocimiento aplicado a una vivencia del cuerpo bajo unos parámetros ajenos al saber común y a la experiencia personal. No se

debe acudir antes de tiempo al hospital, so pena de saturar los servicios de maternidad, pero tampoco demasiado tarde, hay que ir cuando *hay que ir*, es decir, cuando la evidencia científica contextualizada en un momento histórico concreto sugiere que es lo adecuado. Las repercusiones de esto tienen que ver con una posición de descrédito ante los saberes de los hombres y las mujeres a propósito de la gestión de sus propios cuerpos, pero tiene que ver también con el posicionamiento que la biomedicina hace de los sujetos en el campo del riesgo.

Me he detenido en esta cuestión concreta de las señales “verdaderas y falsas” del parto, pero lo cierto es que las matronas dedican unas explicaciones muy rigurosas a todo lo relativo al parto, desde lo que hay que meter en la bolsa que llevarán al hospital, hasta la postura que pueden adoptar durante el expulsivo: *“Y con esta postura facilitáis el trabajo a los profesionales que os asisten”* nos decía la matrona en la clase de educación maternal mientras abríamos las piernas con las rodillas flexionadas.

En otro orden de cosas, recordemos que las matronas de enfoque biomédico eran aquellas que o bien no incluían directamente a los hombres en sus sesiones, o bien diseñaban aquellas jornadas especiales “para maridos”. Si revisamos el segundo apartado de la exploración del trabajo de campo, rememoraremos que entonces identificábamos un enmarcamiento muy fuerte (E<sup>++</sup>) en relación a una selección genérica de los contenidos, que diferenciaba aquellos temas “propriadamente” masculinos de los “propriadamente” femeninos. Una conclusión a la que llegábamos percatándonos que en aquellas sesiones “ad hoc”, lo que les era transmitido a los hombres era una selección de temas acorde al papel que ellos deberían cumplir, según el punto de vista biomédico, en estos procesos. Fijándonos de nuevo en estas acciones puntuales destinadas específicamente a los hombres, nos aventuramos a decir que el tratamiento que se le da a las temáticas es mucho más generalista y mucho menos detallado que las exposiciones dedicadas a las mujeres que, como ya hemos argumentado, resultan muy concretizadas. El tiempo reducido que se dedica a estas sesiones parece indicativo<sup>47</sup> de ello, pero lo es más el trato que se le dan a estas acciones como *“repaso general de lo que hemos visto con ellas”*. Una consideración que deja entrever que la exploración de las cuestiones no

---

47 Las matronas nos decían que esas jornadas especiales las realizaban una vez al mes. Si consideramos que las mujeres suelen iniciar generalmente la Educación Maternal en la semana 28 de gestación, y que según los protocolos actuales si no se ha producido con anterioridad el parto, es inducido como muy tarde la semana 41 + 4 días, esto nos lleva a considerar 2 como mucho 3 sesiones “de maridos”.

parece ser tan pormenorizada, ni tan exhaustiva como lo fueran las temáticas dedicadas a las mujeres. Sin embargo, vuelve a llamar la atención la cuestión de los “signos del parto”, que se convierte, según nos han dicho las matronas, en un contenido primordial de estas sesiones, como lo es también el aprendizaje del masaje en la zona lumbar<sup>48</sup>. Las matronas de enfoque biomédico parecen poner especial atención en que los hombres aprendan —y los aprendan bien— los llamados “signos de parto”:

*Ahí sí que me detengo bien... porque es muy importante que ellos estén pendientes de las contracciones, para salir pitando al hospital, sobre todo porque ellas a veces están en otra cosa, y hay que saber llevar la cuenta, apuntárselo ¿no? Para saber si se van o no se van... eso es muy importante que a ellos les quede claro (EMB1).*

Al trato especial que se da a los signos de parto, se le ha sumado un interés manifiesto porque los hombres aprendan a hacer el masaje lumbar —de hecho es una de las pocas excepciones que hacen estas matronas a que los hombres estén presentes durante las sesiones prácticas de gimnasia—. En este caso, los hombres, siguiendo las indicaciones de la profesional, repiten unos movimientos circulares en la parte inferior de la espalda de las mujeres, que ayudarán a aliviar el dolor de las contracciones, supuestamente, en el momento de la dilatación.

El contenido de los masajes lumbares merece que nos detengamos un instante en su reflexión. Cuando las profesionales hacían referencia en los grupos de discusión a estos masajes lumbares, lo hacían desde la complicidad, desde el entendimiento compartido, nadie explicitó a qué masajes se referían. Esto se debe a que todas proponen el mismo tipo de masajes, ejercicios que los hombres ponen en práctica —cuándo se les permite— y que las mujeres reciben pasivamente. Las matronas, en este caso, plantean unos ejercicios convenidos sin tener en cuenta otras alternativas paliadoras del dolor (otros masajes, otros ejercicios de relajación) y dando por supuesta su efectividad para todo tipo de dolor —como si éste fuese de carácter objetivo— y para todas y cada una de las mujeres de parto, esto es, aplicando la técnica a un cuerpo y a un ser homogenizado al que se le niega su individualización.

---

48 Hace poco una amiga que me relataba su parto, me contaba que la matrona del hospital le decía que para qué le daba masajes su marido si eso no servía para nada. Parece que la evidencia no es tan evidente, entonces.



Después de identificar cómo las matronas ciernen los criterios de evaluación a propósito de la crianza a lo estrictamente biomédico, demostrando un control a propósito del cómo evaluar el criar, y después de observar distinciones en cuánto a los criterios de evaluación que las matronas de enfoque biomédico atribuyen de acuerdo a una construcción particular de lo femenino y lo masculino, entiendo que el grado de enmarcamiento es muy fuerte (E<sup>++</sup>), tanto para la dimensión “criterios de evaluación respecto la visión con la que se aborda la crianza”, como para la de “criterios de evaluación desagregados genéricamente respecto a los temas tratados y a las preguntas e intervenciones de las y los participantes”

Todo lo expresado en nuestro análisis nos conduce a considerar por un lado, que lo masculino también es producto de elaboración simbólica por parte del paradigma biomédico; por otro lado, que la desconfianza que se demuestra para con lo relativo a las mujeres no es equivalente a la que se le reserva a los hombres; por último, que el hecho de que las matronas utilicen unos criterios de evaluación más explícitos para con las cuestiones consideradas femeninas, nos puede estar hablando de un mayor control para con las expectativas sobre la maternidad que el que se tiene para con la paternidad.

Me reitero diciendo que si he querido dedicarle esta atención a los criterios de evaluación que regulan la transmisión-adquisición del texto dominante a propósito del parto, es porque, desde mi punto de vista, este análisis resulta necesario para comprender cómo se articulan los criterios de evaluación en lo relativo al texto dominante de la crianza. La relación de dependencia con el sistema sanitario que se promueve para con el parto, es la antesala de la que se preconiza para con la crianza. Algo que no es equitativamente distribuido entre hombres y mujeres.

El riesgo embebe las narrativas de la crianza. Las narrativas personales, dado que el riesgo es hoy material con el que nutrimos nuestra experiencia; y las narrativas públicas, las que provienen de aquellos expertos y expertas del riesgo y que ponen el acento en las inseguridades a las que se enfrenta la vida de nuestras criaturas.

Vivir en una Sociedad del Riesgo implica experimentar la vida cotidiana proyectada en un telón de fondo incierto, aquel que toma forma bajo una realidad constatable: a pesar de las supuestas mejoras en las condiciones de vida, asistimos a una mayor aprehensión del riesgo que la propia de otros momentos históricos. La exacebada sensibilidad hacia los riesgos, deriva de la comprensión social de que la seguridad total es una quimera

inalcanzable y al mismo tiempo anhelada y deseada. La Modernidad Tardía nos ha puesto a las personas adultas, y especialmente a aquellas que ejercemos la parentalidad, en una nueva tesitura<sup>49</sup>. Por un lado, nos compromete en el bienestar de unos seres especialmente vulnerables en el marco de una sociedad cambiante e insegura; por otro lado, y puesto que nos ofrece conocimiento -o accesibilidad a él- para gestionar esta inseguridad, nos responsabiliza de los peligros que puedan correr nuestro/as hijo/as, y más aún, de las decisiones que tomemos respecto a ellos. Si nos remitimos a Ulrich Beck (1998; 2006) la ansiedad no es otra cosa que el prisma mediante el cual anticipamos consecuencias, predecimos efectos de nuestros actos, con la finalidad de intentar controlar el futuro. Por lo que este desasosiego que produce la crianza en nuestras sociedades no puede ser visto como algo anómalo e insólito, sino como una característica inherente, propia, a la experiencia de criar en el momento actual<sup>50</sup>. La cuestión está en nuestra gestión de esa desazón.

En esta línea nos parece relevante la distinción que hace Callejo (2009) entre los riesgos y las incertidumbres, puesto que ambos suponen proyecciones pragmáticas distintas: el riesgo provoca decisiones (hacer o no hacer), la incertidumbre, preocupaciones.

Un riesgo no es tal hasta que alguien (sea agente o institución) no lo dota de dicha entidad. La teoría del discurso pedagógico de Bernstein nos ofrece los conceptos clave para comprender cómo se produce y reproduce el texto pedagógico privilegiado de la crianza, y cuales son las relaciones que podemos establecer entre las estructuras sociales y las estructuras pedagógicas. Un reparto no equitativo de los saberes legítimos a propósito de la salud y un orden de género androcentrista, nos conducen a pensar,

---

49 Recordemos que aquí hablamos de marcos culturales con los que se construye la parentalidad y no de prácticas. El abordaje de estas demandas sociales por parte de cada familia concreta dependerá de su posición en la estructura social.

50 Cabe hacer hincapié en que las inseguridades asociadas a la salud infantil tratan esquemas de clasificación y valoración adultos. Aclaremos la idea, la falta de competencias que se les atribuye a lo/as menores en la gestión de sus propios riesgos, es la responsable de que sus narrativas no sean escuchadas en los debates públicos sobre menores y riesgos. Esta línea de análisis que ha sido planteada por Harden et al. (2000), nos permite comprender que los marcos simbólicos del riesgo de padres e hijo/as se ven ellos también atrapados en redes de poder, unas estructuras que les reconocen a los primeros y no a los segundos la autoría en la delimitación y gestión de los peligros potenciales. No merece la pena aclarar que esta propuesta no tiene cabida en nuestra investigación, puesto que nos centramos en una población menor de 12 meses, su posible participación en la determinación reflexiva de los riesgos queda por definición entredicha, y dicha potestad queda absolutamente delegada en manos de sus tutores/as.

fácilmente, en un posible texto sobre la crianza que cargue las tintas sobre el riesgo, y con él, sobre el control social. Efectivamente, siguiendo a Green (1994) podemos considerar si la promoción de la salud no opera, ella también, a través del riesgo y su gestión.

*Se hacen una idea equivocada de lo que es un bebé, y un niño te puede salir dormilón o comedor, pero también te puede salir nada comedor y nada dormilón y ahí tienes un problema (GMB2)*

Insiste Kleinman (2010), en que para el sistema médico, el/la paciente ha sido tanto el individuo como el nexo de éste con sus relaciones sociales. Somos responsables de nuestro cuidado y del cuidado del resto: “nuestra responsabilidad cívica habla de “otros genéricos”, nuestros conciudadanos, porque nuestro estilo de vida puede ser oneroso para el sistema de salud y la seguridad social. Se trata entonces de una postura moralizante de doble cara: responsabilidad personal y cívica” (Paris Spink, 2007:580).

Una construcción biomédica de lo femenino como suscrita a la crianza, convierte a las mujeres, resignificadas desde el *escenario reproductivo* como seres para la reproducción y el cuidado, en agentes coadyuvantes de las agencias de salud. Las expectativas que recaen sobre este sector de la población son las de asumir un rol de proveedoras de asistencia y de control y vigilancia de la salud de sus redes sociales de proximidad (menores y mayores) (Esteban, 2003). Esta lógica propia del quehacer biomédico adopta valencias propias en la dimensión de la promoción de la salud. Muchos programas y prácticas de promoción de la salud, dicen Norma Daykin y Jennie Naidoo (1995), parten anticipadamente de ese papel de cuidadoras y cogestionadoras de la salud que se les adscribe a las mujeres. El hecho de aceptar esas inequidades y de trabajar en la línea de estrategias de adaptación al *status quo*, revierte necesariamente, aseveran Daykin y Naidoo, en la reproducción de aquella desigualdad. Las reglas de criterios de evaluación de las interacciones que llevan a cabo las matronas de enfoque biomédico, con las y los asistentes, nos ofrecerán información de cuán explícitos se hacen estos criterios, y con ello, de cuán perfilada es la imagen de maternidad/paternidad que las profesionales transmiten en sus relaciones pedagógicas. La maternidad y la paternidad se convierten así en una doxa cultural, como dice Chisholm (1995), para la que se transmiten “vocaciones” segregadas genéricamente.

*Todos los días empezamos con el masaje, y así día tras día se les va quedando grabado y después ya lo pueden hacer ellas en casa.(GMB2)*

*Sí, sí así al aire digo ¿Cuales son los síntomas de una mastitis? Y ellas van contestando y tú les vas corrigiendo ¿Y cuales son los remedios que podríamos aplicar? Y otra vez ellas contestan... o cuándo alguien te hace una pregunta, la rediriges “A ver, quien sabe...” (EMB3)*

Los criterios de evaluación son aquí muy explícitos, la matrona transmite con claridad cuál es la realización que se espera de las mujeres en su práctica de la maternidad.

*Yo les paso un librito fotocopiado del pediatra XX y ahí tienen todo lo que necesitan saber, de enfermedades, de alimentación, del sueño. Yo ahí me guardo en salud de que después no sepan... y les viene muy bien, les viene muy bien (GMB2).*

A las personas asistentes no se les cedería espacio para que le dieran forma a sus propios criterios de evaluación, esto es, para que realizaran su crianza según sus propios criterios de evaluación, o atendiendo a “otro” tipo de información distinta a la provista por las profesionales de la salud. Lo que se espera de estas asistentes es que adquieran esos saberes transmitidos y los usen, un control para con los criterios que poco o nada tiene que ver con la reflexividad que demanda la Segunda Modernidad para afrontar el riesgo. Unos criterios de evaluación tan explícitos dan cuenta de unas expectativas muy definidas.

*3/Dic Luisa nos sienta en corro en la colchoneta y propone una dinámica. Por turnos cada una de nosotras formula “nuestro problema” y la persona de al lado lo tiene que resolver. Luisa interviene cuando alguien no sabe qué responder, o cuándo alguien “se equivoca”: “No tenéis que hacer caso de esas tonterías de las llavoretas que dicen las abuelas, los bebés no necesitan otra cosa que la leche de su madre”(CCB)*

La referencia a los problemas, a los riesgos, es constante en los discursos de las profesionales. Sin embargo, la gestión de estas dificultades e inseguridades inherentes a la crianza actual, como hemos visto, no pasa por la reflexividad, por la participación en la toma de decisiones a la que aludía la propuesta feminista de atención a la salud, sino que se trata de una perspectiva sobre la crianza que refuerza necesariamente la dependencia a los servicios sanitarios.

*Criar a un niño con salud no es nada fácil, los niños tienen enfermedades, tienen cosas, y hay que actuar con rapidez, ¡Y con cabeza! Porque hay algunas... y no sólo las de menos... las de clases más... que a lo mejor tienen menos cultura, o las inmigrantes, ¡Las universitarias también! Hay cada una por ahí que no se entera, y te hace cada pregunta que dices ¿Y esta es madre? Pues sí que le está tardando en llegar el instinto [ríe] (EMB4)*

*Y ahora están las modernas, las que no quieren ponerles las vacunas... son unas inconscientes. Yo insisto mucho en eso de las vacunas... no se dan cuenta de los riesgos a los que exponen a los niños (EMB3)*

Lo de menos, por lo tanto, es el *qué*, es decir, cuales son esos factores, esas señales de alarma. No es por lo tanto un conocimiento de receta que dé respuesta a la variabilidad de demandas, antes bien, se trata del *cómo*, cómo se gestionan esos riesgos, cómo se reduce la incertidumbre, cual es el protocolo a seguir -por utilizar vocablos afines a el área de conocimiento- y la respuesta es siempre clara: acudiendo al/la profesional de la materia. Lo que se deriva de esta postura es el fomento de la dependencia de la ciudadanía a esas agencias y agentes que gozan del conocimiento legítimo para descodificarlos. Como asevera Paris Spink (2007), cabe reflexionar a propósito de si la resignificación socioconceptual que propone la Carta de Ottawa (1986) a propósito de la promoción de la salud, se ha plasmado verdaderamente en el abandono de los marcos de referencia de la prevención.

Si nos fijamos ahora en los criterios de evaluación que regulan las interacciones con los hombres, advertimos que éstos difieren de aquellos que acabamos de acometer. Los hombres “no están invitados” a las sesiones de postparto de estas matronas, y por lo que se refiere a la Educación Prenatal, como ya hemos visto, su participación es reducida. Aún con eso, la tarea principal que se plantea para los hombres en estas sesiones es la del cuidado, el apoyo a la mujer que acaba de parir:

*Ellos tienen que cuidarla, que apoyarla, y entender que si está triste, si llora que es normal, que las hormonas y eso que la hacen estar más blandita... (GMB1)*

*Ahí es cuándo te das cuenta con quien te has casado, y si te va ayudar y te va a mimar o... si va a lavar los platos (GMB1)*

La ayuda, la colaboración, emergen en el discurso como una entelequia disforme que nada tiene que ver con las pautas pormenorizadas sobre la crianza que se les dedicaban a las mujeres. Los criterios en este caso son más implícitos, la exposición de los temas es muy general. “Ayudar en casa”, mimar a sus compañeras, emergen como demandas que permiten realizaciones muy diversas, unos criterios implícitos que contrastan fuertemente con las pautas marcadas para las mujeres. La preocupación sobre los riesgos a los que son vulnerables las criaturas no es una parcela que se construya como masculina, las expectativas de las profesionales para con la paternidad no se circunscriben a estas demandas. Por el contrario, sobre los hombres se ciernen expectativas mucho más laxas, menos controladas y menos deudoras de vigilancia ¿Cuánta ayuda hay que dedicarle a la casa para ser considerado un “buen” padre? ¿Es suficiente con lavar los platos, como apuntaba la matrona de la última cita?

De la información de la que nos provee esta herramienta de observación podemos colegir que, o bien las profesionales no cuentan con una expectativa preconcebida y definida del papel de los hombres en la crianza, o bien, y es la vía de análisis por la que nos decantamos aquí, la concepción de lo masculino encadenada también a lo reproductivo, redundante en la no intromisión en el cuidado, en la no corresponsabilidad en la crianza, algo a lo que ya me referí en un apartado previo.

El vínculo estrecho que establece el enfoque biomédico entre lo reproductivo y lo social, moldea necesariamente unas categorías de feminidad/maternidad y de masculinidad/paternidad concatenadas a la construcción sexualizada de los cuerpos. Ahora bien, lejos de ser entendida esta relación como culturalmente mediada, es comprendida como evidente. Una de las repercusiones de ello es la construcción de los sexos como complementarios, pero no sólo eso, sino también de los géneros como tales. Por lo que se refiere a la crianza las implicaciones de esto son inequívocas: la organización de la reproducción es trasladada a la organización del cuidado, siempre biparental y siempre heterosexual. Las referencias al modelo de familia nuclear compuesta por personas de distinto sexo son muy frecuentes, tanto que dan forma a una de las actividades desarrolladas por las matronas —la sesión “de maridos”— perfilándose como el escenario sobreentendido para el cuidado. Este modelo de familia es integrado por las matronas como elemento evidente de la crianza, ello se refleja no sólo en que no han hecho ninguna mención a los proyectos de crianza en solitario (como ya expliqué en otro apartado) sino más bien en que cuando se refieren a las tareas, las situaciones, los

tiempos que el cuidado demanda, dibujan una situación de biparentalidad. Ello a pesar de que el papel reservado al padre resulte muy desdibujado. Esto es, si nos fijamos en el indicador de “Criterios de evaluación respecto la aceptación de crianzas diversas”, debemos considerar que el grado de enmarcamiento es también muy fuerte (E<sup>++</sup>)

El análisis que he aportado a propósito de los criterios de evaluación de las temáticas asociadas al cuidado podemos considerar que en este caso, como en las cuestiones relativas al parto, el grado de enmarcamiento es muy fuerte (E<sup>++</sup>) en lo relativo a las dimensiones de “criterios de evaluación respecto la visión con la que se aborda la crianza”, “criterios de evaluación desagregados genéricamente respecto a los temas tratados y a las preguntas e intervenciones de las y los participantes” y “Criterios de evaluación respecto la aceptación de crianzas diversas”

Que las matronas hagan uso de criterios de evaluación genéricamente diferenciados, esto es, que depositen mayores expectativas en lo que debe ser la maternidad/cómo debe realizarse la maternidad que en lo que debe ser la paternidad/cómo debe realizarse la paternidad resulta un hecho revelador de una atención sanitaria desigual, pero también de cómo funcionan unas prácticas generizantes y generizadas. Que sea a las mujeres a quienes se pida que anticipen los riesgos a los que pueden ser vulnerables las y los bebés, que sea a ellas a quien se les interpele a reproducir los conocimientos sanitarios sobre la crianza, que sea en ellas, en última instancia, en quien se refuerce una relación estrecha con los servicios sanitarios, no es obra que se le pueda atribuir a la casualidad, y ello tiene sus implicaciones. El riesgo pasa así a articular la maternidad, no la crianza<sup>51</sup>. Es al ejercicio de la maternidad al que se le suscribe la conciencia del riesgo, la posición de alerta, el miedo. En la línea de lo que manifiesta Hannah-Moffat (2004), podemos decir que todo ello evoca unas miradas androcéntricas de lo femenino y unas relaciones de género desiguales para con las responsabilidades ante el cuidado.

La conclusión que sacamos de todo esto es que en la gestión de la salud, el género<sup>52</sup> y el riesgo son mutuamente constituyentes: “gendered knowledge, norms and hierarchies

51 Estamos acostumbradas a oír hablar de madres histéricas, y madres sobreproteccionistas, pero no de padres histéricos, ni de padres sobreproteccionistas, parece que estas son “cualidades” que le reservamos sólo al ejercicio de la maternidad.

52 Aunque propongamos aquí la necesidad de enfocar aquí el nexo riesgo/género, no podemos dejar de insistir que la categoría género se organiza siempre alrededor de otros ejes axiales como son la clase, la etnia, la cultura...

are linked with understandings of what constitutes a risk; the tolerance level of risk; the extent to which risk consciousness will be accepted or denied in public discourse or self-image; and which risks are to be avoided and feared, regarded as just one of the costs of a certain lifestyle or even valued as an experience and valorised as an opportunity for displays of courage and strength” (Hannal-Moffat and O’Malley, 2007:5).

### **Matronas de enfoque fisiológico**

Los criterios de evaluación, como ya he apuntado, son los criterios que la persona adquiriente usa para evaluar su comportamiento en la relación de transmisión-adquisición. Cuanto más explícitos son estos criterios, más información tendrá la persona adquiriente sobre cómo debe ser su producción, esto es, sobre las expectativas depositadas por parte de la persona transmisora a propósito del texto a adquirir; de forma contraria, cuánto menos explícitos son esos criterios, menos información se le da a las y los adquirientes y más posibilidades para que éstos generen –siempre aparentemente– sus propios criterios. Sin embargo, esto que podría parecer sencillo de observar, ha constituido uno de mis talones de Aquiles del análisis. Las dificultades se han hecho evidentes a la hora de profundizar en estas reglas en general pero, concretamente, me han evocado no pocas dudas e interrogantes a la hora de emprender el análisis de la práctica pedagógica de las matronas de corte fisiológico. Veámoslo.

En la fase de conclusión de uno de los grupos de discusión con matronas de enfoque fisiológico preguntamos: “¿Qué sería para vosotras una buena madre?”. La respuesta no se hizo esperar: “Es que yo creo que eso es innato”.

En la misma línea, en nuestra observación participante escuchamos cosas como “*No penséis en la frecuencia de las contracciones, vosotras sabréis cuando os tenéis que ir...*” “*Las madres sabemos qué es lo mejor para nuestros hijos*”. Todas estas afirmaciones de las profesionales conducen anticipadamente a pensar en unos criterios de evaluación implícitos, difusos, que ofrecerían un espacio considerable a las mujeres para que éstas le dieran forma a una producción propia del texto evaluada con sus propios criterios. Si nosotras sabemos cuando es el momento de irnos al hospital, entonces nuestra decisión no puede ser, en ningún momento, puesta en duda o contestada. Nada más lejos de la realidad.



Si anteriormente decíamos que el hecho de que el parto constituya hoy un evento biomédico es producto de un proceso de construcción social. Ahora nos aventuramos a afirmar aquí que la consideración del parto como suceso “natural” no lo es menos. La naturalización del parto y la lactancia, cuestiones que serán foco de nuestro interés, opera también como ideología. Esto resulta clave para comprender los criterios de evaluación que regulan las prácticas pedagógicas entre matronas fisiológicas y adquirientes.

Decir que el parto y la lactancia son procesos “naturales”, “fisiológicos” como hemos oído en los grupos de discusión y en nuestras sesiones de observación, no es otra cosa que hacer partícipes a las y los adquirientes de una interpretación *sui generis* de la biología. En estas explicaciones se comprenden dichos procesos como tácitos, dados, obviándolos como prácticas producidas y reproducidas culturalmente, y olvidando su carácter contingente que los coloca en el centro de lo social y lo histórico poniendo en tela de juicio su supuesta universalidad.

*Si. Sobre todo porque influye muchísimo que cuando vienen a las veinticuatro semanas ya se han leído ciertos libros y entonces ya han cogido fuerza. Se han dado cuenta de que el parto y el embarazo es algo fisiológico y natural y que se lo tienen que trabajar.(GMF2)*

Eso de “que se lo tiene que trabajar” es lo que, desde mi punto de vista, nos da las claves para atender a las contradicciones que están en la base de estos discursos. O dicho de otro modo, parece paradójico que algo dado, natural, haya que trabajárselo. Y aquí es dónde empezamos a desmarañar aquellas dificultades que nos planteaba el análisis de los criterios de evaluación que regulan la relación didáctica entre matronas y adquirientes. A parir de forma natural se ha de aprender, de igual forma que a lactar se ha de aprender también.

Aquella mención a lo “innato” con la que inicié este apartado, debe ser contextualizada en esa lectura concreta de lo fisiológico, una lectura que adopta forma de contenidos concretos –como ya vimos en el primer apartado de nuestro análisis— y a la que va ligado un modo de realización determinado.

Efectivamente, en las sesiones de observación fui copartícipe de unos ejercicios destinados a rotar la pelvis “para ayudar a los bebés a que se encajen”:

*14/sep Andrea saca unas pelotas grandes que denomina “de Pilates”, ella se sienta en una y nosotras nos sentamos también en otra. Los chicos se sientan en las colchonetas. Nos va marcando unos ejercicios de rotación y nosotras los repetimos. Después unos ejercicios de balanceo que también repetimos. Ella hace los movimientos para que veamos cómo se tiene que hacer mientras explica para qué “puede servir” cada uno. (CCF)*

Y en una de las entrevistas una matrona se expresaba así:

*Las mujeres de antes iban al campo a trabajar, no paraban, todo el día en casa cuidando niños, haciendo... esas señoras parían sin enterarse. Las mujeres de ahora no están tan fuertes... Y un parto natural no es un paseo... ¿Qué te voy a contar a ti ¿eh? ¿verdad? ¿O tu parto fue...? ¿Pero tú crees que hubieses aguantado tu parto sin estar lo fuerte que estabas? Por eso yo les digo que tienen que estar fuertes, y hacemos ejercicio, mucho ejercicio... nada de respirar buf, buf, a correr y a hacer cuclillas, hay que tener las piernas fuertes. (EMF2)*

Lo que parecían unos criterios de evaluación de enmarcamiento muy débil, se ven reformulados cuando nos ponemos las lentes de las herramientas metodológicas de Bernstein, y comprendemos que la transmisión-adquisición de los saberes a propósito del parto natural también exige que las profesionales expliciten cómo tiene que ser la producción. Cabe decir, no obstante, que identificamos cierta diferencia en dicha explicitación. Mientras que las matronas de corte biomédico parecen prestar una especial atención a pormenorizar los contenidos y las informaciones transmitidas a propósito del parto, el desglose que hacen estas profesionales que nos atañen aquí no resulta tan exhaustivo. De estos ejercicios, por otra parte, no se entregan fotocopias ni material complementario, aunque algunas de estas matronas sí sugieren literatura científica o de divulgación a las y los asistentes. Los criterios no son tan explícitos, pero esto no puede llevarnos a afirmar que se trata de un enmarcamiento débil. Sigamos para verlo más claramente.

Tal y como viene siendo la tónica en la puesta en práctica de este enfoque que prioriza “lo natural”, la construcción de lo masculino responde a las claves que ofrece la interpretación biomédica de la división sexualizada de los cuerpos. Puesto que es el cuerpo femenino el que se ve involucrado en el parto, es éste el que merece atención. Lo masculino no tiene lugar y así se ve traducido en la información transmitida. La matriz de recomendaciones que se les dedica a los hombres se plantea también desde los ejes del apoyo, del aliento, o de la no intervención. Que las indicaciones para la paternidad

pivoten en una función de soporte de la crianza se ve traducido en una nebulosa de demandas de perfiles muy poco definidos, la sugerencia de no intervención, por el contrario, es taxativa.

Este posicionamiento que adoptan estas matronas sugiriendo la inactividad de los hombres en el parto, es justificada por la intención de evitar cualquier intromisión que pudiese alterar un acontecimiento “natural”, animal. Una cuestión que pone encima de la mesa un tema interesante de abordar. Este es, el parto concebido en los términos que lo hace este enfoque de abordaje de la asistencia, relega a los hombres a un posicionamiento secundario. El escenario creado por esta perspectiva no gira alrededor de lo masculino sino, por una vez, de lo femenino. Los hombres no podrían ni deberían tener el control de lo que ocurre. Esta situación se me plantea como una ocasión inmejorable para trabajar las relaciones de poder dentro y fuera de la pareja. Sin embargo, lo cierto es que la atención tan focalizada en las mujeres y en el proceso reproductivo deja en la sombra esos aspectos que sería tan conveniente abordar en las clases de Educación Maternal. Esa sería, a mi entender, una oportunidad inestimable para profundizar en relaciones de género más democráticas e igualitarias en las parejas; si no fuera, como las mismas profesionales nos han confirmado, porque no se sienten preparadas, ni consideran tener los conocimientos adecuados para acometer esa demanda. La paternidad vuelve a aparecer bajo una figura traslúcida.

El discurso “natural” de la lactancia va por derroteros similares a los del parto. Con una salvedad, el “parto natural” requiere del compromiso de las y los profesionales de los hospitales como facilitadores, la lactancia materna sólo incumbe a las mujeres, recae en su responsabilidad, y esta distinción resulta capital. Dicho de otro modo, “lo natural” se ve reforzado como relato cuando quien participa en su práctica es considerada *a priori* como un ser directamente vinculado a la naturaleza, un ser posicionado en contraste con la cultura. Como asevera Wall (2001) la concepción social de la naturaleza y lo natural jugarían un rol fundamental en los discursos sobre el amamantamiento:

*Tú las ves ahí a todas con sus bebés en el pecho... es precioso. La naturaleza misma. (EMF3)*

Como ya hemos dicho anteriormente, la mayoría de las sesiones que estas profesionales le dedican al postparto gira en torno a la lactancia. Si bien se tratan otras cuestiones

como el sueño, el transporte del bebé... éstas reciben una atención menor respecto a lo que ellas mismas llaman “el tema estrella”.

*Yo creo que en la promoción de la lactancia hacemos un gran papel, porque ellas muchas veces se sienten desamparadas, que si la madre les dice... que si la suegra... que si el marido. Y después todos los problemas que puedan tener... (GMF1)*

Cuando una escucha a esta profesional, lo de lactar no parece una tarea tan mecánica e instintiva, sino más bien una labor que merece no pocos esfuerzos de dedicación y aprendizaje. Hay que aprender las posturas para que no salgan grietas en los pezones, hay que tener información sobre el tipo de alimentación que necesitan las mujeres que lactan, hay que informarse sobre los métodos de extracción y conservación de la leche... y sobre todo hay que tener presente lo que implica llevar una lactancia a demanda. Una labor de transmisión-adquisición que asumen las matronas, quienes incorporan todos estos contenidos en las sesiones. No deja de erigirse como una cuestión problemática el hecho de que una práctica, supuestamente innata en la feminidad, se promueva y sea vigilada por profesionales de la salud. Una duda radical que le lleva a sugerir a Glenda Wall (2001) el poner en el centro de este debate la colonización científica y médica de la reproducción y la crianza.

Por lo que se refiere a la exploración de los criterios de evaluación, hemos encontrado, en las relaciones pedagógicas que llevan a cabo estas profesionales, tanto criterios implícitos como criterios explícitos. Identificaríamos a priori unos criterios implícitos y, por lo tanto, un enmarcamiento débil en los casos de matronas que se manifiestan así, por ejemplo:

*A veces me preguntan, por poner un ejemplo que recuerdo ahora “¿Ponerles el chupete es bueno o malo?” Pues ni bueno, ni malo. ¿Es bueno o malo? ¡Depende para quien! (EMF1)*

*Yo estoy ahí para ayudarlas, en lo que necesiten, y sólo tienen que llamarme, porque yo tengo horario de recepción telefónica a las madres..., o venir o lo que quieran, y yo les ayudo a lo que necesiten, respondo a sus preguntas, pero no puedo entrar a decirles si al niño tienen que despertarlo si se queda dormido mamando, por ejemplo (GMF2)*

En estos casos —siempre de forma aparente, insistimos— las matronas parecerían ceder mucho espacio de control a las adquirentes, la producción o no del texto legítimo dependería, en este caso, de que las mujeres mismas elaborasen sus criterios de evaluación. Ahora bien, ¿es esto realmente así? Dentro del contexto de la Educación Maternal, y en el marco de un curso con una matrona con la que se ha mantenido un contacto, como ya he explicado, no puntual ¿De verdad la mujer o el hombre que pregunta por el chupete no sabe lo que espera aquella matrona que se haga? ¿Cada una de las mujeres y los hombres que conformaran aquel grupo de participantes podrían tomar una decisión distinta sobre el chupete? Por lo que yo he observado de las dinámicas y las lógicas que se dan cita en las sesiones de la educación Maternal, no. Cabe considerar, entonces, que por lo que se refiere al contexto de la Educación Maternal, criterios implícitos no siempre significan enmarcamientos débiles.

Por su parte, he identificado otro subgrupo de profesionales que operan, en sus interacciones, con una imagen menos difusa de lo que esperan de estas mujeres. Se trataría en este caso de matronas que, tanto en las explicaciones como en las intervenciones o preguntas que hacen las mujeres —y también los hombres— ponen especial atención en transmitir información clara sobre el texto legítimo a desarrollar. Esto es, sobre el tipo de maternidad a poner en práctica, que no es otra que la de una maternidad intensiva “naturalizada”. A lo largo de nuestro análisis ya hemos introducido algunos fragmentos de entrevistas, de los grupos o de nuestro cuaderno de campo que perfilarían esta maternidad “naturalizada”. Aquí incluyo otros donde, a mi parecer, se ve más claro el enmarcamiento que considero de grado muy fuerte (E<sup>++</sup>).

*Ya desde antes ¿eh? Ya desde antes. En la Preparación algunas ya te dicen “A ver si puedo dar de mamar” y yo siempre les digo “Nacerá, te lo pondrán encima y se te enganchará al pecho, y ya no querrás que se te suelte más (GMF2)*

*Yo en la sesión de lactancia que doy en la preparación ya les digo: nada de chupetes, nada de biberón, nada de reloj ni horarios, los bebés en vuestro pecho todo el rato que sea posible, así es como funciona la lactancia seguro (EMF2)*

Apuntábamos en otro momento de nuestro análisis, que la mirada con la que abordan las matronas de enfoque fisiológico la paternidad se ve focalizada en dos direcciones distintas: la posición secundaria de asistencia, y la posición corresponsable del cuidado.

Desde la primera perspectiva, las matronas perfilarían una figura de la paternidad de sostén de la crianza, una figura que le asociaría directamente a los hombres la función de hacerse cargo del mantenimiento del hogar, mientras las mujeres se dedicarían al cuidado intensivo de las y los bebés durante, al menos, los dos primeros años de éstos.

*Ellos... tienen que hacer lo posible para que la mamá pueda cuidar del bebé lo mejor posible... todo lo demás.(EMF1)*

Desde la segunda posición, la paternidad se perfilaría como lugar para la asunción de la responsabilidad ante la crianza de las criaturas en todas sus dimensiones, a excepción de la lactancia materna, obviamente.

*Si el papá cria, menos el pecho está involucrado en todo ¡Claro! (GMF1)*

Salvando las diferencias que estas dos perspectivas suponen para la práctica concreta de la paternidad, lo cierto es que ambas comparten una base común: abordan la paternidad desde lo social y no desde lo biológico. Dicho de otra manera, mientras la maternidad se vería embebida de naturaleza, de corporalización, la paternidad sería moldeada con materiales culturales, una distinción que se fragua en expectativas dispares formuladas a hombres y mujeres. Las matronas de corte fisiológico se atreven con la descripción pautada de lo que son las madres, pero no de lo que son los padres. Ello se ve traducido en una vaguedad en el tratamiento de las cuestiones que dista de aquellas directrices claras con las que se les transmitía el cuidado a las mujeres. Saben lo que esperan de las madres, la idea que tienen de los padres es más plástica.

Aunque el discurso de las matronas de enfoque fisiológico no es tan evidente en cuanto al tipo de familia que se perfila como “normal”, lo cierto es que las “otras” familias son tratadas como la excepción: *“alguna madre soltera te viene, pero la mayoría son...”*. La familia nuclear tradicional sigue estando en la base de la construcción cultural de la crianza y la organización biparental y heterosexual se trata como paradigma del cuidado. Con esto no quiero decir que no acepten en sus sesiones otros tipos de familias, ni que cuando las detectan, esto es, cuando se visibilizan como tales intenten ser incluyentes con ellas, pero cuando estas mujeres prefieren no significarse, el escenario que se perfila y los criterios de evaluación que se transmiten aluden a un tipo concreto de familias: *“The values held by most developed countries are that the father also has a role in the*

eventual development of his children and that “fatherless” children are in some way deprived. Such views lead to the concern that single mothers or couples of the same sex who have children and create a family environment cannot do it as well as the standard heterosexual couple within the nuclear family or, increasingly, the re-formed family” (Marchant, 2004)

Después de nuestra exploración, identificamos dos grados de enmarcamiento distintos para los indicadores “criterios de evaluación respecto la visión con la que se aborda la crianza”, “criterios de evaluación desagregados genéricamente respecto a los temas tratados y a las preguntas e intervenciones de las y los participantes” y “Criterios de evaluación sobre la aceptación de crianzas diversas”: muy fuerte (E<sup>++</sup>) y fuerte (E<sup>+</sup>),





### 3.4. Descripción de las modalidades y de los códigos pedagógicos.

En este último capítulo que le dedico al análisis de la información, pretendo perfilar las modalidades pedagógicas de las matronas de enfoque biomédico y de enfoque fisiológico para definir, a partir de éstas, su código de género.

Siguiendo, una vez más a Morais y Neves (2001), y a Navas (2008) expresaré de forma gráfica las modalidades pedagógicas, lo que me permitirá relacionar los resultados de la observación empírica entre sí, facilitándome la tarea de evidenciar, al mismo tiempo, los grados de clasificación y enmarcamiento que estimamos en su momento que regulaban cada una de las prácticas.

### 3.4.1. Modalidad pedagógica de las matronas de enfoque biomédico.

He denominado a esta modalidad, modalidad pedagógica de *Maternaje Inseguro*.

Se trata de una modalidad que se caracteriza por una orientación elaborada, como el resto de modalidades que veremos, que inserta unas relaciones de poder claramente delimitadas en situaciones de control muy fuertes que identificamos para todos los indicadores.

La perspectiva con la que se aborda la crianza se posiciona en una lectura biomédica del cuidado que tiene en el relato del riesgo uno de sus pilares fundamentales. La percepción esencialista y biologicista del cuerpo humano, sobre todo de aquel diferenciado como femenino, intersectado por el discurso del riesgo, explican que el grado de clasificación entre los discursos expertos/legos de la crianza, así como el grado de clasificación entre los discursos a propósito de lo femenino y lo masculino sean muy fuertes.

Por otro lado, y en cuanto al enmarcamiento de las relaciones entre transmisoras y adquirientes, observamos un grado importante de coherencia entre la clasificación fuerte de los discursos experto/lego y un grado de enmarcamiento en lo relativo a la interacción. Estas matronas se aproximan al cuidado desde su dimensión sanitaria, lo que supone que sean ellas quienes seleccionan los contenidos a transmitir y las prácticas a realizar, y que tiendan a operar a través de una lente que homogeniza las experiencias de hombres y mujeres ante el cuidado, sobre todo las de las segundas.

Identifico también una correlación coherente entre el grado de clasificación entre discursos a propósito de lo femenino y lo masculino, y una grado de enmarcamiento también muy fuerte para los indicadores que se refieren a la selección genérica de los contenidos y a la diversidad de la crianza. Una concepción dualizada que se halla en la base de esta modalidad y que se materializa en un control acotado de las materias en las que mujeres y hombres *necesitan* ser formados. Una visión que se impregna también en los espacios que se le conceden, en la relación pedagógica, a “otras” maternidades y “otras” paternidades no biparentales y no heterosexuales.

Si he nombrado a esta modalidad de *Maternaje Inseguro* es, sobre todo, a cuenta de unos criterios de evaluación muy explícitos que ponen en relación estas profesionales, las cuales tienen unas expectativas muy claras a propósito de lo que *debe ser* la maternidad, y mucho más difusas en lo referente a la paternidad. Con el término de Maternaje recupero el concepto de Chodorow (1978), para denotar la expectativa sobre quién *debe* hacerse cargo de estas criaturas, un maternaje que es sometido a una inseguridad no reflexiva, como cabría esperar en un contexto de Segunda Modernidad, sino que resulta dependiente de las expertas del riesgo infantil (matronas y pediatras).

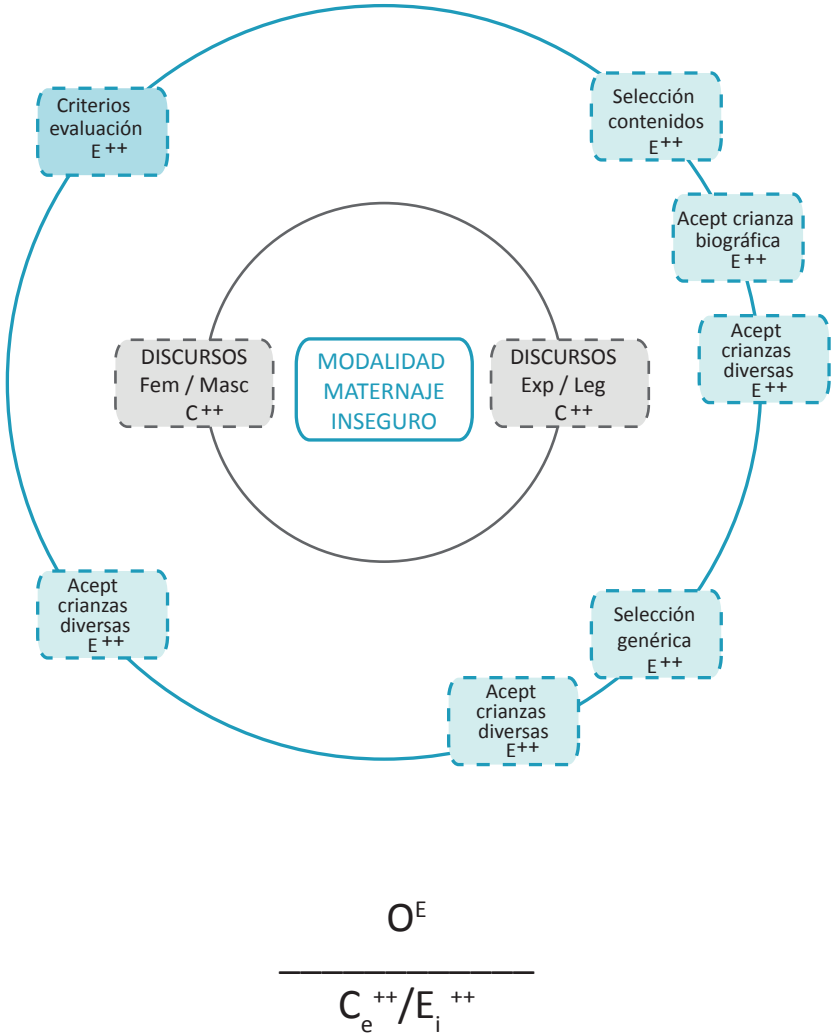


Fig.9. Modalidad pedagógica de *Maternaje Inseguro*

### 3.4.2. Modalidad pedagógica de las matronas de enfoque fisiológico (1).

He denominado a esta modalidad, modalidad pedagógica de *Maternaje Naturalizado*.

Esta modalidad es de orientación elaborada también. Las relaciones de poder entre discursos experto/lego a propósito de la crianza, han debilitado su fuerza en relación a la modalidad anterior, pero se mantiene fuerte, en cambio las relaciones de poder entre los discursos a propósito de lo masculino y lo femenino se debilitan mucho en comparación con la modalidad de Maternaje Inseguro. Por su parte, las situaciones que muestran el control de las matronas sobre la práctica pedagógica se caracterizan también por haberse debilitado con respecto a la anterior, pero sin llegar a ser débiles; podemos decir, en términos bernstenianos, que se ha producido una variación, pero no un cambio.

En esta práctica pedagógica local, la profesional se reserva totalmente el control sobre la perspectiva con la que se aborda la crianza, una visión que se articula también alrededor de la biologización del cuerpo de las mujeres, que suscita, en este caso, la “naturalización” del criar. Esto se ve plasmado también en un espacio reducido para la incursión de otras maternidades y otras paternidades.

Por otra parte, estas profesionales debilitan el control —sin llegar a ser débil del todo— en las temáticas y prácticas a realizar. Si he decidido denominar a estas modalidad pedagógica de Maternaje Naturalizado, es respondiendo a unos criterios de evaluación que dibujan una maternidad vinculada fisiológicamente al cuidado. La lectura biologicista de la crianza, posiciona a los individuos directa o directamente en el cuidado según “su naturaleza”.

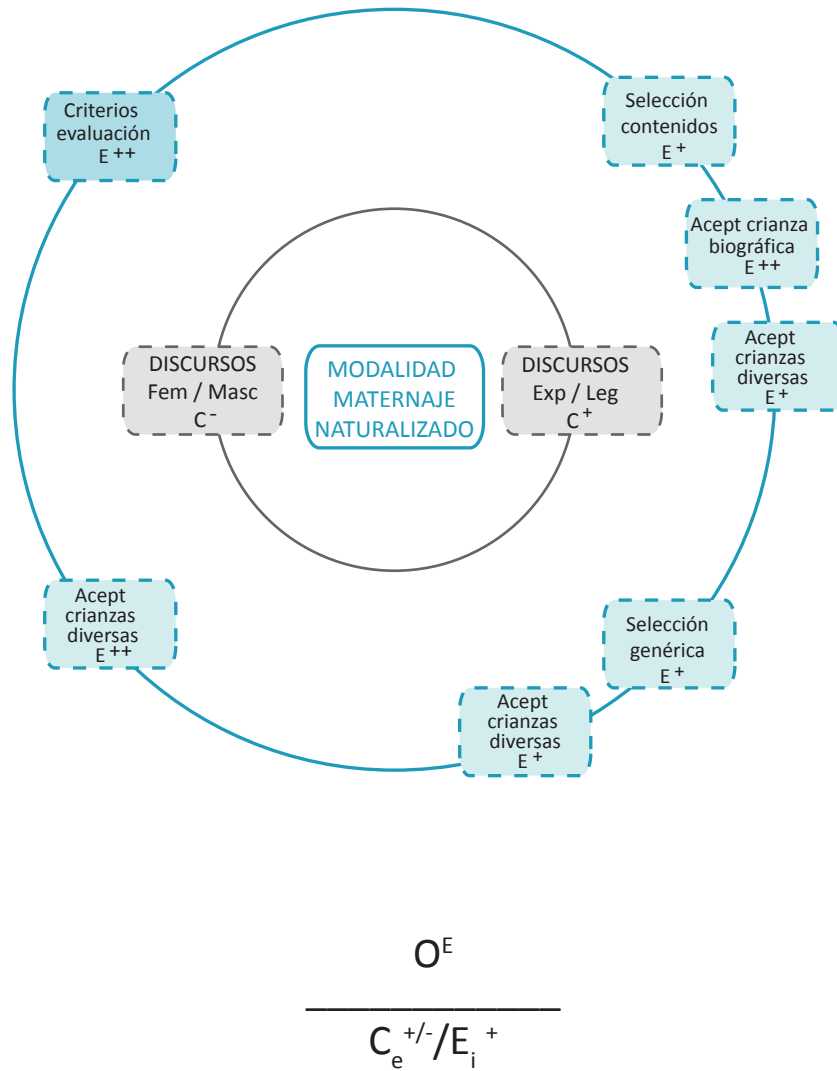


Fig.10. Modalidad pedagógica de *Maternaje Naturalizado*

### 3.4.3. Modalidad pedagógica de las matronas de enfoque fisiológico (2).

He denominado a esta modalidad, modalidad pedagógica de *Crianza Traslúcida*.

Por último, he nombrado modalidad de Crianza Traslúcida a la modalidad que se acercaría, sin serlo del todo, a la práctica feminista (entendida ésta siempre en los términos que se han considerado aquí). Se trata de una modalidad mucho más rígida que las anteriores, donde la dimensión estructural cuenta con unas relaciones de poder fuerte entre los discursos experto/lego a propósito del cuidado, y con una clasificación débil para con la relación entre los discursos a propósito de lo femenino y lo masculino, lo cual indica, como en el caso de la modalidad Maternaje Naturalizado, que la relación entre éstos último se produce para que las y los participantes en las sesiones de Educación Maternal asuman una crianza compartida y negociada.

Por otra parte, la dimensión interaccional se caracteriza por un grado de enmarcamiento débil, tanto en cuánto a la selección de los contenidos como en la aceptación de crianzas diversas, lo cual significa que recae también sobre las personas adquirientes —siempre de forma aparente— las decisiones sobre lo que se transmite y se adquiere a propósito de la crianza, así como se cede espacio para que localicen y personalicen el cuidado. A su vez, sin embargo, identificamos un enmarcamiento fuerte en la aceptación de crianzas diversas en relación a los proyectos de individualización a los que se les concede escasos espacios de posibilidad.

Por último, caracterizo los criterios de evaluación con un enmarcamiento también fuerte, lo que indica que las matronas tienen una idea clara, aunque no nítida, de lo que es una *buen*a madre y de lo que es un *buen* padre.

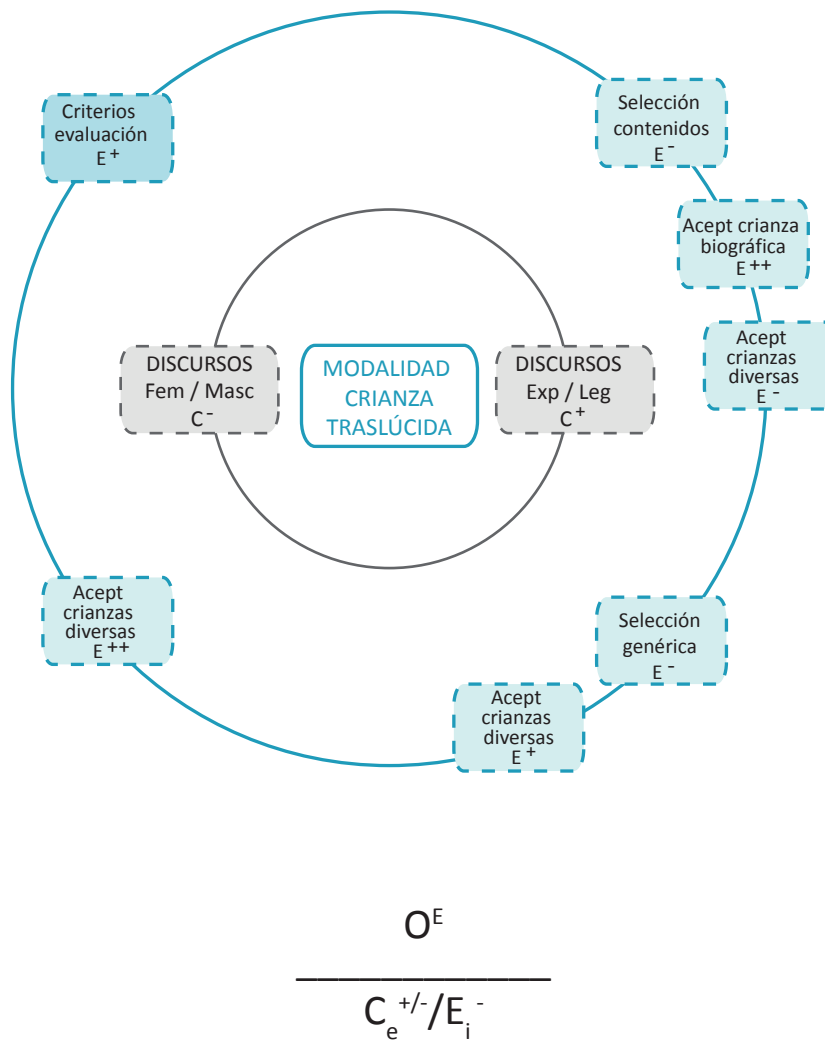


Fig.11. Modalidad pedagógica de *Crianza Translúcida*

Con esta formulación esquemática de las modalidades pedagógicas y de los códigos pedagógicos de las profesionales de Atenció Primària de la Agència Valenciana de Salut, llegamos al final de la exploración de la información. Y llegamos a su término pudiendo concluir algunas cuestiones relevantes a propósito de las prácticas pedagógicas desarrolladas en los servicios sanitarios de atención primaria.

La propuesta teórico-metodológica de Bernstein, me ha facilitado el análisis de los textos normativos que actúan como marco de la organización y desarrollo de la práctica pedagógica, así como el relacionar estos marcos con las prácticas pedagógicas que se dan en el contexto del Programa de Educación Maternal, esto es, en el nivel de (re) producción del discurso pedagógico. Gracias a ello, puedo afirmar, en este momento, que hay diferencias importantes en la forma en la que se dan los procesos de transmisión-adquisición en los distintos servicios de atención primaria, y que estas diferencias en cómo se transmite el texto pedagógico legítimo de la crianza, tienen sus repercusiones en el posicionamiento de género de los individuos. Al mismo tiempo, sin embargo, y habiendo puesto el énfasis en las variaciones que nos permiten discriminar los procesos pedagógicos, es pertinente atender a la invariabilidad de ciertas prácticas que se mantienen fieles a formas concretas de transmisión del texto legítimo.

Considero que es importante discernir que en la modalidad de “Maternaje Inseguro” la relación entre categorías alude a una diferenciación entre categorías mucho más abrupta de lo que se recoge en el texto organizador de la práctica de referencia actual, este es el texto de la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva, o en su versión local, el texto de la Estrategia del Parto Normal de la Comunitat Valenciana. Es interesante destacar también cómo, desde esta práctica pedagógica, se priman formas de relación pedagógica en las que el control queda en manos de las personas transmisoras lo que contribuye a reproducir y actualizar unas relaciones de género con posiciones dominantes (aquellas que simbolizan el conocimiento médico androcéntrico), y posiciones subyugadas.

Por su parte, me parece relevante poner la atención en que en la modalidad de “Maternaje Naturalizado”, una relación de permeabilidad entre categorías de discursos a propósito de la construcción de lo femenino y lo masculino, no se ve traducida en prácticas acordes a esta debilidad. Las prácticas pedagógicas locales se caracterizan, en este caso, por el control de la transmisión por parte de las personas transmisoras, lo que alude de nuevo al mantenimiento y actualización de unas relaciones de género que, aunque



no se manifiestan de una forma tan nítida como las anteriores, siguen produciendo inequidades.

Por último, resulta pertinente identificar unas modalidades pedagógicas que abren un camino a la promoción del cambio de los órdenes de género. Unas prácticas, cuya característica principal es la de una cesión mayor del control de la comunicación por parte de las personas transmisoras a las personas adquirientes. Esta es la modalidad de “Crianza Traslúcida”, que se perfilaría como la vía para la transformación de las prácticas pedagógicas que se dan en el contexto del Programa de Educación Maternal a pesar de que, hoy por hoy, no logren resultar totalmente subversivas con un orden androcéntrico propio del sistema biomédico.

04

# Conclusiones y líneas abiertas de investigación

CONCLUSIONES



## 4.1. Conclusiones y líneas abiertas de investigación.

Como apartado final al trabajo de investigación, procede dedicar un espacio a exponer lo que se concluye del proceso emprendido. A ello dedicaré este capítulo. Abordé esta tesis con la pretensión de indagar a propósito de cómo se traduce el poder y el control en principios de comunicación en el caso de la reproducción cultural de los modos de criar. Y con la voluntad también de dibujar los regímenes de género que son producidos y reproducidos en los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio. Creo haber conseguido cumplir con mis objetivos.

Esta investigación partía de tres hipótesis fundamentales, dos de ellas referidas a cuestiones teórico-analíticas, otra de una dimensión más metodológica.

Consideré como hipótesis previa que el androcentrismo histórico que ha caracterizado al sistema biomédico, seguía (re)produciéndose en los regímenes de género de los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio de la Agència Valenciana de Salut. He podido comprobar esta hipótesis y profundizar en los pilares de sujeción que muestran resistencia a la posible transformación de estos órdenes.

Propuse que la práctica matrona feminista se perfila como la vía mediante la cual transformar las relaciones pedagógicas entre matronas y participantes de la Educación Maternal, lo que podría revertir, entendí, en la transmisión de un orden de género democrático. En cuanto a esta hipótesis, no puedo darla totalmente por validada. La modalidad que he llamado de “Crianza Traslúcida” es aquella que se ha acercado más a una praxis matrona feminista, en comparación con las otras, y aunque estimo que las relaciones de género transmitidas por estas profesionales tienden a la equidad, no me veo en la disposición de afirmarlo rotundamente dado que dicha modalidad no puede ser considerada íntegramente feminista.

Por último, y dado el ejercicio teórico-metodológico que le ha sido constitutivo a esta investigación, formulé una tercera hipótesis con la que pretendía demostrar que la

herramienta metodológica de Bernstein resultaba adecuada también para explorar la transmisión de los regímenes de género a través de las prácticas pedagógicas. Considero que esta hipótesis también ha sido confirmada en mi tesis.

Los apartados que siguen se dedicarán a profundizar en estas conclusiones que, de manera esquemática, he avanzado en el párrafo anterior. En estos epígrafes daré cuenta de los temas principales tratados en la investigación.

### **a) A propósito de la participación de las agencias sociales en la transmisión cultural del cuidado.**

El Estado, las instituciones sociales, las agencias sociales, las organizaciones, contribuyen a la transmisión cultural de órdenes de género, uno de ellos dominante, los otros subyugados.

Esta tesis me ha ayudado a comprender cómo la institución sanitaria opera como vehículo de reproducción de un régimen de género concreto que se organiza en torno a una relaciones de género específicas. Cómo las agencias sanitarias participan en la construcción de configuraciones a propósito de *la* feminidad y de *la* masculinidad, que se abaten sobre el cuidado, sobre la crianza.

Los modos de criar son contingentes a la historia y la cultura, ese quién cuida a quién y en respuesta a qué, se debe a contextos específicos. Que una de las vías principales de transmisión sobre el criar esté en manos del sistema sanitario tiene sus implicaciones, como se ha demostrado en esta investigación.

Arrancado el velo que convertía las supuestas diferencias sexuales entre hombres y mujeres en desigualdades “naturales”, aflora de manera irremediable la construcción política de los sexos. O dicho en términos beckinianos, es el desencrustamiento de las asignaciones genéricas anteriores lo que pone en ojo avizor la propia organización familiar: la individualización de hombres y mujeres no puede llevarse a cabo en una estructura familiar que presupone y practica la desigualdad, ni en un orden social que la promueve. El cuidado en contextos democráticos, como asevera Létablier (2007), debe ser atendido y asumido tanto por la dimensión privada como por la dimensión pública.

La naturaleza deja ya mucho que desear como excusa. Donde antes encontrábamos legitimaciones apoyadas en una construcción naturalizada de la distribución de tareas -las mujeres habían nacido para cuidar, los hombres para no hacerlo- el proyecto individualizador plantea interrogantes que desestabilizan estos presupuestos. El lugar prioritario que le reconoce la individualización a los derechos y aspiraciones individuales de las mujeres las relega de construirse como “ser para otros”, ello supone que la crianza negociada debe ser inclusiva para con las realizaciones personales tanto de los hombres como de las mujeres, se proyecten éstas en las esferas que se proyecten. Contrariamente, y como se ha demostrado en esta investigación, las agencias sociales, en este caso las agencias sanitarias, siguen transmitiendo una formulación de la crianza de carácter intensivo y maternalizado, que se estructura prioritariamente en la maternidad y no en la crianza corresponsable.

No podemos desmerecer, sin embargo, esos intentos de proponer otras organizaciones de género que hemos identificado en las filas de algunas matronas, se trataría de esfuerzos destinados a construir otras relaciones, otras maternidades, otras paternidades. No dejan de ser alentadores, pero todavía no tienen suficiente firmeza como para mostrarse rotundos en sus propuestas. Unas resistencias ante la transformación que no son más que el reflejo de algo que permanece todavía en las entrañas del orden social, esto es, que los cuidados siguen siendo tarea, responsabilidad, de las mujeres.

## **b) A propósito de los regímenes de género “(re)produciéndose”<sup>1</sup> en los servicios de atención primaria al embarazo parto y puerperio.**

La estructuración genérica de la práctica –dice Raewyn Connell (2003:8)— no tiene nada que ver con la reproducción en lo biológico. El nexo con el *escenario reproductivo* es social. El mismo *escenario reproductivo* también lo es.

Sin embargo, la artificiosidad con la que Connell, al igual que otras autoras feministas, recubre este vínculo, no resulta tan evidente para la ciencia médica cuyas prácticas, como hemos visto, siguen instaladas en la biologización de la diferenciación sexual y

---

1 Cometo este atropello a la gramática intencionadamente, con la voluntad de poder dejar constancia del carácter dinámico del proceso de (re)producción del orden de género que se da en los servicios de atención primaria que me han interesado en esta tesis..

en la incardinación entre sexo y género. Un posicionamiento éste que, tal y como he intentado demostrar en esta tesis, sigue operando como eje axial alrededor del cual se organiza el régimen de género de la institución sanitaria, lo cual tiene sus implicaciones para el reforzamiento del androcentrismo que, históricamente, ha caracterizado la medicina alopática, pero también para su transmisión cultural.

En esta tesis he intentado explicar cómo los regímenes de género generan, distribuyen, reproducen y actualizan formas características de comunicación que transmiten códigos; códigos que posicionan de forma diferenciada a los sujetos en el proceso de adquisición de los mismos. En definitiva, que (re)producen género. El ejercicio analítico que he implementado en esta investigación, me ha permitido dibujar los regímenes de género de los servicios de atención primaria al embarazo, parto y puerperio y a hacerlo a través de tres de los cuatro componentes que propone Connell (2009).

He denominado “Modalidad Pedagógica de Maternaje inseguro”, a una modalidad de código pedagógico que, de manera performativa, produce y reproduce unas relaciones de género en las que el cuidado sería construido como parcela feminizada; una crianza, por otro lado, reducida a su dimensión biológica y supeditada a discursos de riesgo que promueve la dependencia respecto a las y los profesionales del riesgo, las/os profesionales sanitarios. Un régimen de género, con todo, que posiciona a las mujeres y a los hombres en lugares de difícil armonización con las lógicas que les son propias a la Segunda Modernidad -la individualización y el riesgo como eje cultural- lo que hace prever no pocas contradicciones y desajustes. Un régimen de género que, por lo mismo que se nutre de la biologización, se abate sobre una catexis heterosexual que reclama una familia biparental y sexualmente diferenciadora. Pero sobre todo, un régimen de género estructurado por relaciones androcéntricas que reproduce inequidades sociales y no logra construir el cuidado como tarea social-familiar y sí como labor genéricamente adscrita.

He denominado “Modalidad Pedagógica de Maternaje Naturalizado”, a una modalidad de código pedagógico que actualiza y mantiene unas relaciones de género en la que la crianza se vería concatenada a una lectura sociocultural de “lo natural” concreta. Donde el cuerpo de las mujeres estaría íntimamente involucrado, pero también sus deseos y anhelos de maternidad. El cuidado se ve de esta manera revestido de intensividad y de feminización, mientras que lo masculino sigue adoptando una forma cultural liminal en la crianza. No obstante, el relato de la complementariedad no es puesto en tela de juicio



y las relaciones emocionales y sexuales posibles quedan circunscritas a lo dual y a lo heterosexual. Ahora bien, contradiciendo todas las premisas a nivel discursivo, el tejido cultural con el que se perfila esa construcción específica de la *natura*, necesita, él también, de una descodificación experta, lo que convierte a las matronas en agentes claves de la transmisión del conocimiento sobre el criar. Esto, lejos de suscitar la autonomía y la reflexividad de hombres y mujeres para con sus crianzas, fortalece unos lazos menos evidentes, pero no por ello menos efectivos con el sistema sanitario.

Por último, he reconocido como “Modalidad de crianza translúcida” una modalidad de código pedagógico que *aspira* a la transformación de las estructuras de género androcéntricas. Que *pretende* transmitir una crianza como proyecto familiar y no adscrito en el que tanto hombres como mujeres asuman su responsabilidad en el cuidado y, como consecuencia de ello, se reserve un espacio importante tanto a los proyectos de individualización de los hombres como a los de las mujeres, donde se estaría fraguando una paulatina disolución de las fronteras tácitas entre la cuidadora principal y el cuidador secundario o incluso auxiliar. Se trata de un régimen de género que, por lo que a la crianza se refiere, se organizaría alrededor de la crianza corresponsable que exige unas relaciones de género renovadas y equitativas. Un régimen de género que contempla el diálogo, la negociación, en definitiva los espacios reservados a la reflexividad que exige la crianza negociada, y que se pone de manifiesto en unas relaciones con las profesionales del cuidado y con las agencias de salud que *pretenden ser* mucho más laxas e igualitarias. Ahora bien, que haya adjetivado esta modalidad pedagógica llamándola de “crianza translúcida” no responde a motivos inintencionados, que me refiera a este régimen como tendencia y no como realidad, tampoco. Se trata de un régimen que aspira a la transformación de las relaciones de género, pero que no llega a cuajar estos cambios en su (re)producción cultural. Considero que se trata de un régimen de género que, como muy bien caracteriza Connell (1987;1995) a estas organizaciones de lo genérico, se adscribe a la agencia en la que está contextualizado, y por lo tanto no consigue desprenderse del todo de la epistemología propia de la medicina alopática que, por lo que a la concepción de los cuerpos humanos se refiere, se abate sobre la diferenciación sexual de hombres y mujeres, una construcción del “sexo” ésta que se nutre de dicotomización, heterosexualidad y naturalidad (como construcción cultural autoevidente).

He profundizado en el conjunto de disposiciones que configuran los regímenes de género de esta agencia social. No quiero dar a entender con ello, tal y como he manifestado en alguna de mis reflexiones, que la implicación de estas organizaciones en la transmisión

cultural de la crianza actúe como proceso de socialización definitivo y resolutivo. El orden de género se pone en práctica en dimensiones distintas y en su (re)producción participan otras instituciones y agencias sociales diferentes a la institución sanitaria, pero también participan los sujetos que, en sus relaciones con otros y con otras y de manera preformativa, hacen género.

Presenté mi tesis refiriéndome a ella como una propuesta de análisis con la que responder al compromiso de indagar cómo se produce y reproduce la desigualdad. Tras haber concluido mi investigación considero que el androcentrismo sigue cimentando el sistema biomédico, lo que revierte en una construcción ahistórica del sexo que se mantiene férrea, pero también del género. Entidades éstas dicotomizadas, absolutas, que son suspendidas en cosmologías y estructuras jerárquicas que apelan a “lo real” (construido a partir de lo evidente). Desde mi punto de vista, unos regímenes sustentados en la diferencia despolitizan la desigualdad, más aún si se trata de regímenes engarzados en supuestas diferencias “tangibles” como son las llamadas diferencias anatómico-fisiológicas de los órganos reproductivos. En el tema que aquí me atañe, me parece necesario llamar la atención en cuanto a la necesidad de construir modelos de atención sanitaria destinados a la ciudadanía, que superen la dicotomización para profundizar en la des-generización del cuidado.

### **c) A propósito de los programas de Educación Maternal.**

El análisis de la práctica pedagógica de las matronas de atención primaria que implementan el Programa de Educación Maternal, me ha permitido arrojar luz sobre una cuestión importante: una mayor parte de estas profesionales transmiten un orden de género apoyado, todavía, en una construcción naturalizada de correspondencia entre sexo y género. Donde lo que se entiende como sexo se ve despojado de toda construcción cultural para ser recubierto por el biologicismo; y lo que se comprende como género, se deduce de aquél desde un posicionamiento acrítico. He identificado, por su parte, un grupo de profesionales situadas en una posición distinta a ésta, a sus prácticas volveré más tarde.

Es cierto que las matronas, que hemos distinguido aquí con fines analíticos como *de enfoque biomédico* y *de enfoque fisiológico*, parten de perspectivas diversas a la hora de aproximarse a su labor de transmisoras del cuidado: unas priorizan una elaboración médica de la crianza que vincula el cuidado directamente a los riesgos y los problemas de salud; otras se apoyan en posturas de retorno a la “naturaleza” —más bien a una elaboración concreta de la naturaleza— que exigen, sobre todo a las mujeres, una dedicación intensiva a la crianza desincrustada de todo proyecto de individualización que no sea el de cuidar. No obstante, lo que he demostrado en mi investigación es, precisamente, que aunque estas posturas sean distintas e incluso la noción de sujeto con la que trabajen sea diferente, lo cierto es que las relaciones de género que son vehiculadas en los procesos de transmisión-adquisición no distan mucho entre sí, y no lo hacen dado que sus prácticas pedagógicas son muy similares. Lo que se concluye de ello es que, en última instancia, los discursos no medicalizados a propósito del criar no necesariamente se ven traducidos en prácticas no androcéntricas.

Efectivamente, el lenguaje de descripción externo que propone Basil Bernstein en su herramienta metodológica, nos ha permitido identificar grados de enmarcamiento fuertes o muy fuertes ( $E^{+/++}$ ) para las reglas de selección y las reglas de criterios de evaluación con las que se regulan las relaciones pedagógicas que se dan, entre transmisoras-adquirientes, en el contexto del Programa de Educación Maternal. Un enmarcamiento fuerte que —dentro de su graduación— remite a un control de la relación pedagógica en manos de la profesional y no de las mujeres y los hombres que participan en el Programa. El autoritarismo del conocimiento médico media para ejercer, de nuevo, control sobre las mujeres y sobre sus cuerpos —y no tanto sobre los hombres, como se ha visto— a través del control del proceso de transmisión-adquisición sobre los saberes a propósito del cuidado. Si la versión profesional de la crianza es constituida —en el contexto del Programa de Educación Maternal— como la única versión con la posibilidad de ser transmitida, entonces no queda lugar para las relaciones democráticas, a las que se refieren Foster (1989) y Andrist (1997), entre proveedoras de cuidados y participantes de los Programas, pero tampoco hay espacio para una actualización del régimen de género que se organice a través de relaciones equitativas.

Dice Tara Kaufmann (2004) que la teoría feminista constituye un marco sugerente y de gran potencialidad para la práctica matrona, puesto que éste nos ayuda a entender las fuerzas que constriñen las vidas de las mujeres. Tal y como he manifestado a lo largo de

este trabajo, mi posición feminista desde la que me aproximo al cuidado es distinta a esta que demuestra Kaufmann, no obstante, estoy de acuerdo con ella en el fondo, esto es, en que la teoría feminista provee a las profesionales sanitarias de herramientas con las que repensar un orden de género dominante que, en nuestras sociedades, privilegia una construcción social concreta de lo masculino por encima de otras masculinidades y en oposición a una elaboración cultural determinada de lo femenino. Sin embargo, el compromiso con el feminismo no parece suficiente como para ratificar una relación directa entre profesionales feministas y una perspectiva de género feminista. Esta es la razón que explica el surgimiento de cursos de formación en salud y género promovidos por entes públicos y destinados a profesionales de la salud.

Me parece fundamental que las matronas de atención primaria de la Agència Valenciana de Salut reciban formación feminista –no sólo de género— y ello porque trabajan con familias y en la medida que están involucradas en procesos de atención que implican situaciones de dimensión biográfica. Ahora bien, mi apuesta aquí es la de plantear formación pedagógica destinada a estas profesionales. Expliqué en el marco teórico lo que podríamos considerar la génesis de la preocupación, por parte del sistema biomédico, en lo relativo al “buen criar”. Una medida, la de la intervención de aquellas instituciones sanitarias en la instrucción de la población, justificada por la supuesta “ignorancia” de las mujeres. Sin embargo, el paradigma de la promoción de la salud pone en entredicho esta concepción de la educación como adoctrinamiento, para pasar a impulsar otros marcos de actuación donde se le da prioridad a la participación efectiva de la población en la gestión de su propia salud. Los resultados aportados por esta tesis nos demuestran que, no sólo lo *que* se transmite en las sesiones grupales del Programa produce género, sino que el *cómo* se vehicula lo que se quiere transmitir posiciona también a unos grupos sociales determinados en la estructura social. Esto me lleva a insistir en la relevancia de aproximar a estas profesionales a una formación pedagógica que las capacite para comprender *qué transmiten* cuando *están transmitiendo*.

En otro orden de cosas quisiera insistir, una vez más, en la necesidad de abordar este Programa desde una perspectiva de género con la que deconstruir *la* feminidad, pero también *la* masculinidad, y que promueva la implicación de los hombres, sobre todo, en el cuidado. Vayamos por partes.

Dice Cristina Brullet (2009) a propósito de esto, que las distribuciones familiares de los tiempos de cuidado parecen engarzarse todavía a los viejos modelos patriarcales a través de dos puntos de sujeción fundamentales, estos son, el mantenimiento de la división sexualizada del trabajo y la carencia de socialización de los hombres en el cuidado. Una socialización que debería iniciarse desde la infancia temprana pero que, a mi modo de entender, tiene en las sesiones grupales del Programa de Educación Maternal una oportunidad inmejorable. No estoy insinuando que la mera presencia de los hombres en estos espacios sea, de por sí, transgresora con el orden androcéntrico, ya he dado muestras de esta falacia; ni tampoco quisiera dar a entender que un acceso igual a estos servicios revierte en una reformulación de las desigualdades genéricas. Ahora bien, si convenimos que en nuestra sociedad las mujeres siguen imbuidas en relatos que las sitúan en la asunción del cuidado, no es entendible que estos Programas pongan su atención en ellas y desatendan a aquellos sujetos a quienes se les reconoce la parentalidad civil, pero tienden a mostrarse ajenos a la asunción de la crianza como responsabilidad propia. Si el Programa de Educación Maternal trata la crianza, y en el momento histórico y social actual no podemos sino comprender el cuidado como labor que incumbe a la familia —y a los poderes públicos— entonces hombres y mujeres deberían ser llamados a aprender sobre él.

Por otra parte, creo haber podido aportar datos en este trabajo como para aseverar que, el sistema biomédico en general y estas prácticas matronas en particular, albergan una noción de lo masculino sujeta, también, a una concepción biologicista del proceso reproductivo. Que la crianza siga abordándose en estos cursos como parcela feminizada, que no se comprenda como algo que incumbe a lo masculino, contribuye a mantener unas relaciones no equitativas de género, pero también apunta la *masculinidad hegemónica* sin reservar espacio, dentro de lo posible, a otras formas de masculinidad que sí se posicionan en el cuidado. No es que las matronas cuyas prácticas he analizado ignoren o infravaloren la falta de asunción por parte de muchos hombres del trabajo de cuidados; lo que sucede, como ya apunté, es que construyen este reparto como un asunto privado y no público, circunscriben estas inequidades como menesteres domésticos que no son de su potestad. En cuanto a esto, considero que los Programas de Educación Maternal constituyen un escenario revelador para interrogar, precisamente, unas relaciones de género que giran en torno a determinadas posiciones dominantes y determinadas posiciones subyugadas en lo relativo a la atención al embarazo y al parto, y en torno a la atención a la crianza, un espacio inigualable para *des-generizar* el cuidado.

La luz en el camino la ponen unas profesionales que, superando las limitaciones de sus prácticas, a las que ya he aludido, se esfuerzan por hacer posibles otro tipo de relaciones con las y los participantes del Programa de Educación Maternal. En este sentido, me parece fundamental destacar que estas matronas intentan situar sus dinámicas en la crianza y no en la maternidad, y en el cuidado como práctica social y no como dimensión de atención sanitaria. Creo, si se me permite la valentía, que este debe ser el camino a seguir si lo que se pretende desde estas agencias es contribuir al cambio social de las relaciones de género. Un camino, por otra parte, indicado por la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva y por materiales tan valiosos, desde mi punto de vista, como el de la guía metodológica *“La aventura de ser padres”* elaborada por el Servei de Salut Infantil i de la Dona.

En otro orden de cosas, considero que estas profesionales procuran poner el énfasis en una dimensión de la práctica feminista que las otras descuidan –mucho más las de enfoque biomédico que las de enfoque fisiológico, en todo caso— ésta es la coproducción compartida de los saberes. A pesar de que, según el análisis realizado, no puedo constatar que estas matronas sigan una praxis feminista podríamos decir, entendida en toda su complejidad, sí considero que quieren acercarse a ella. Esto se refleja en una voluntad de construir relaciones entre transmisoras y adquirientes más igualitarias, donde se ceden espacios para que las mujeres y los hombres contribuyan al saber sobre la crianza con su propio conocimiento lego, donde se establecen unas dinámicas más laxas y menos constreñidas por un guión predefinido, o en las que se atienden las necesidades de las distintas crianzas. En este sentido, aunque considero que hay mucho en lo que trabajar aún, entiendo que es importante destacar las diferencias que estas modalidades pedagógicas suponen en la (re)producción de las conciencias. Creo que aquello que (re)producen estas matronas performativamente en las sesiones grupales del Programa de Educación Maternal, es un régimen de género cualitativamente distinto al que mantienen y actualizan las matronas de enfoque biomédico o el otro grupo de matronas de enfoque fisiológico.

#### **d) A propósito del uso de la propuesta metodológica de Basil Bernstein como metodología de investigación.**

Quiero iniciar este último apartado intencionadamente con una cita de Tomaz Tadeu da Silva (2001:94): “La teorización de Bernstein no tuvo el impacto que tal vez mereciese, en parte a causa de su lenguaje complejo y relativamente oscuro. Su teorización se fue volviendo cada vez más formal a lo largo de los años, y acabó siendo casi matemática. Si conseguimos penetrar en esa aparente impenetrabilidad hay mucho que aprender de ella”. No puedo estar más de acuerdo con el autor.

A lo largo del trabajo que he presentado, he hecho mención de las dificultades que ha supuesto para mí desenmarañar ese *lenguaje relativamente oscuro*. Si he hecho explícitas mis propias limitaciones, ha sido con la intención de mostrar la trastienda de la investigación, o mejor la cocina —metáforas muy domésticas, por otro lado— es decir, con la consciente pretensión de objetivar las dudas, los interrogantes, las inseguridades que me ha suscitado la utilización de una metodología compleja. Bernstein construyó su teoría de forma que contuviera sus propios principios de descripción —“la teoría debe mostrar qué hay que investigar, cómo hay que hacerlo y cómo se investigan y describen los datos” (Bernstein, 1998:119)—, esto le da un carácter categórico a la propuesta, sin duda, pero su abordaje en la práctica empírica, sobre todo por parte de una investigadora lega, no deja de constreñir el proceso de elaboración del modelo de análisis. Tal vez, el hecho de que la investigación tratara de unas relaciones pedagógicas tan características en las que el conocimiento cotidiano tiene un peso específico, como es el caso que yo he estudiado, sea lo que haya dotado de complejidad el proceso. Es algo a lo que alude también Mignon Breier (2004) en su investigación sobre estudios de postgrado de derecho. En este sentido, considero que uno de los resultados fundamentales de esta tesis ha sido la elaboración de una matriz que, teniendo como base el lenguaje de descripción de Basil Bernstein, permite describir las prácticas pedagógicas de las matronas de atención primaria desde una perspectiva feminista.

Sin embargo, si he mencionado lo complejo de esta herramienta metodológica, no puedo dejar de referirme a las potencialidades de su utilización en la investigación empírica.

Raewyn Connell (2003:6) nos alienta a escapar de definiciones normativas para centrarnos en los procesos y relaciones por medio de los cuales los hombres y mujeres llevan vidas imbuidas en el género. Una tarea que parece de mayor compromiso que la

de atender a los estereotipos, las imágenes etc. a través de las cuales los grupos sociales escenifican el género, tal y como se ha venido haciendo desde otras epistemologías distintas a la que se ha asumido aquí. La teoría de Connell habla de relaciones (relaciones de poder, relaciones producción-consumo, relaciones emocionales) desde mi punto de vista, la teoría del discurso de Bernstein, con la adecuación de Arnot, resulta muy adecuada para profundizar en estos vértices, puesto que consigue resolver esa dimensión interactiva que Raewyn Connell identifica en la construcción de los órdenes/regímenes de género y con la que Bernstein recubre su conceptualización de la práctica pedagógica. Considero, por lo tanto, que la elaboración de mi modelo de análisis a partir del lenguaje de descripción externo de Bernstein, me ha conferido la oportunidad de desgranar cómo se producen y reproducen las relaciones de género a través de relaciones también, esto es, a través de relaciones pedagógicas. Lo que me lleva a plantearme esta tesis sólo como el inicio de una futura línea de investigación desde la que profundizar cómo se construye género, no desde los discursos –como había sido mi interés hasta el momento– sino desde las relaciones; esto es, cómo se le da forma a las relaciones de género desde lo performativo, desde las relaciones pedagógicas.

En otro orden de cosas, una de las dimensiones que me parece fundamental de la teoría de Connell a propósito de los órdenes de género, es su aceptación del dinamismo, del *doing*. Por su parte, uno de los rasgos más característicos de la propuesta de Bernstein son esos espacios que reconoce en la dinámica social para “desordenar lo ordenado”. En este trabajo he pretendido demostrar cómo las profesionales de atención primaria objeto de mi atención hacen uso de esas grietas, y no sólo reproducen sino que también producen género. Desde un posicionamiento feminista que aspira al cambio social de un orden de género tradicionalmente organizado por el androcentrismo, entiendo que la metodología que propone el autor con la que aproximarnos a la práctica pedagógica, me ha conferido de una plataforma desde la que identificar distintas modalidades de *hacer* género. Esto tiene implicaciones importantes en una teoría feminista, dado que pone en cuestionamiento supuestos esquemas reproductores y finitos de los posicionamientos de género. Al hilo de esto, si bien anticipo la complejidad que le es propia a este campo de investigación, me parece un terreno muy sugerente sobre el que investigar, no sólo en el área de la Educación para la Salud, sino en cualquier situación en la que se den relaciones pedagógicas y esto, según Bernstein, es como decir en cualquier situación que se de interacción social donde haya comunicación.



He dejado como último punto a tratar una cuestión que, sin embargo, ha constituido una preocupación constante en mi propio proceso analítico. Y ha sido una preocupación porque me he visto obligada a renunciar a ella. Este es ¿Cómo integran esos sujetos participantes en las sesiones grupales de la Educación Maternal esas disposiciones que han adquirido, en sus propias interacciones? Mi tesis es una tesis sobre el proceso de transmisión que desatiende el proceso de adquisición. Habiendo llegado a este punto yo misma me pregunto ¿Habrán calado de alguna manera esa *competencia de género* a la que alude Connell, transmitida en el Programa de Educación Maternal, en la puesta en práctica de género de aquellos hombres y aquellas mujeres? El marco teórico-conceptual de Bernstein permite profundizar en esta dimensión también, facilitándonos la tarea de determinar hasta qué punto aquello (re)producido en la práctica pedagógica se materializa en práctica de género en sí mismo. Inicié este trabajo con la idea de abordar una investigación de estas dimensiones, entre otras cosas animada por un interés de demostrar que los posicionamientos de género son mucho más creativos e incluso desafiantes de lo que procesan algunas teorías de la socialización. Mi realidad ha sido otra y tuve que abandonar este impulso inicial. Ahora bien, a pesar que no he tenido la oportunidad de explorarla sigo reconociendo esta potencialidad de la teoría de Bernstein. Es un terreno en el que me gustaría profundizar en un futuro, puesto que considero que constituye el punto de inflexión que nos sitúa en el epicentro de los interrogantes a propósito de las repercusiones de estos procesos en la construcción de las conciencias; pero también de las cuestiones de posibilidad que se le confieren a las feminidades y las masculinidades, las maternidades y las paternidades.

## Referencias bibliográficas.

Aguilera Izquierdo, Raquel (2007) "Los derechos de conciliación de la vida personal, familiar y laboral en la Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres". *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales*. Num especial sobre igualdad efectiva de mujeres y hombres.

Ajenjo Cosp, Marc; García Román, Joan (2011) El tiempo productivo, reproductivo y de ocio en las parejas de doble ingresos. *Papers* 96 985-1006

Alberdi, Inés y Escario, Pilar (2007) *Los hombres jóvenes y la paternidad*. Bilbao:BBVA.

Aler Gay, Isabel (2006) *La transformación de la maternidad en la sociedad española 1975-2005. Otra visión sociológica*. Fundación Centro de Estudios Andaluces.

Alonso, Luis Enrique (2003) *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid:Fundamentos.

Annandale, Ellen y Clark, Judith. (1996) "What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction" en *Sociology of Health & Illness*, 18 (1), pp. 17-44

Annandale, Ellen y Hunt, Kate (2000) *Gender inequalities in Health*. Philadelphia:Open University Press

Annandale, Ellen (2009) *Women's health and social change*. London and New York:Routledge.

Andrist, L. (1997) "A feminist model for women's health care" en *Nursing Inquiry*, 4, pp. 268-274

Arnot, Madeleine (2002a) "Gender codes and educational theory: an overview" in Arnot, M. *Reproducing Gender? Essays on educational theory and feminist politics*. London:Routledge.

Arnot, Madeleine (2002b) "Socio-cultural reproduction and women's education" in Arnot, M. *Reproducing Gender? Essays on educational theory and feminist politics*. London:Routledge

Arnot, Madeleine (2002c) "Cultural reproduction:the pedagogy of sexuality" in Arnot, M. *Reproducing Gender? Essays on educational theory and feminist politics*. London:Routledge

Arnot, Madeleine (2002d) "Schooling and the reproduction:the pedagogy of sexuality" in Arnot, M. *Reproducing Gender? Essays on educational theory and feminist politics*. London:Routledge

Arnot, Madeleine (2002e) "Basil Bernstein's sociology of pedagogy:female dialogues and feminista elaborations" in Arnot, M. *Reproducing Gender? Essays on educational theory and feminist politics*. London:Routledge

Arnot, Madeleine (2002f) "Male hegemony, social class and women's education" in Arnot, M. *Reproducing Gender? Essays on educational theory and feminist politics*. London:Routledge

Ateah, Ch. A. (2013) "Prenatal Parent Education for First-Time Expectant Parents: 'Making It Through Labor Is Just the Beginning'" en *Journal of pediatric Health Care*, 27, (2), pp. 91-97

Atkinson, Paul (1995) "From structuralism to discourse: Bernstein's structuralism" in Sadovnik, Alan R. Knowledge Pedagogy. *The sociology of Basil Bernstein*. New Jersey Ablex Publishing Corporation

Atkinson, Paul (1995) *Medical talk and medical work*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications

Badinter, Elisabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona:Paidós.

Barona Vilar, Carmen (2006) *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*. Valencia: Publicacions de la Universitat de València.

Baumann, Zigmunt (2003) "Individualmente, pero no juntos" en Beck, Ulrich y Beck-Gersheim, Elizabeth (2003) *La individualización.El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona:Paidós.

Beck, Ulrich (1998) *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona:Paidós.

Beck, Ulrich (2000) "Retorno a la teoría de la Sociedad del Riesgo" en *Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles*, 30, pp. 9-20

Beck, Ulrich y Beck-Gersheim Elizabeth (2001) *El normal caos del amor. Formas de la vida amorosa*. Barcelona:Paidós.

Beck, Ulrich y Beck-Gersheim, Elizabeth (2003) *La individualización.El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona:Paidós.

Beck-Gersheim, Elizabeth (2003) *La reinención de la familia: en busca de nuevas formas de convivencia*. Barcelona:Paidós.

Berger, Peter.L y Luckmann, T (1988) *La construcción social de la realitat. Un tractat de sociologia del coneixement*. Barcelona:Herder.

Bernstein, Basil (1990) *The structuring of Pedagogic Discourse. Volume IV Class, codes and control*. London:Routledge.

Bernstein, Basil (1998) *Pedagogía, control simbólico e identidad*. Madrid: Morata

Bernstein, Basil (2001) (4 ed) *La estructura del discurso pedagógico*. Madrid:Morata

Blázquez Rodríguez, María Isabel (2009) *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la comunidad de Madrid*. (Tesis Doctoral) .Universitat Rovira i Virgili de Tarragona

Blázquez Rodríguez, María Isabel (2010) "Del enfoque de riesgo al enfoque fisiológico en la atención al embarazo, parto y puerperio. Aportaciones desde una etnografía feminista." en Esteban, Mari Luz; Comelles, JM y Díez Mintegui, C. (eds.) *Antropología, género, salud y atención*." Barcelona:Edicions.

Bodoque Puerta, Yolanda (2001) "Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres" *Gazeta de Antropologia*:18 (supl.1)

Bolufer, Mónica (1997) "Ciencia, reforma social y construcción de identidades sexuales: la naturaleza femenina en los textos médicos del siglo XVIII" en *Cuadernos de Ilustración y Romanticismo*, 4-5, pp. 21-39

Bolufer, Mónica (1998) *Mujeres e Ilustración. La construcción de la feminidad en la España del siglo XVIII*. València: Institut Alfons el Magnànim.

Bolufer Peruga, Mónica (2000) Ciencia de la salud y «ciencia de las costumbres»: higienismo y educación en el siglo XVIII *Areas. Revista de Ciencias Sociales*. 20, 2000 págs. 25-50

Bonder, Gloria. (1998, julio): *Género y subjetividad: avatares de una relación no evidente*. Presentado en el Encuentro de universidades de Latinoamérica y el caribe: Género y epistemología: mujeres y disciplinas. Santiago de Chile. Disponible en <http://www.colmex.mx/centros/ces/piem/lectura4.doc>

Borderías-Guereñas, J. (1999): “Niños y niñas en familia” En Borrás Llop, J. (Ed.) *Historia de la Infancia en la España contemporánea (1834-1956)*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Fundación Germán Sánchez Ruiperez.

Bourdieu, Pierre (1994) *Per una sociologia reflexiva*. Barcelona: Herder.

Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación Masculina*. Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, Pierre; Passeron, Jean Claude y Chamboredon, Jean Claude (2002) *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. México: Siglo XXI

Breier, Mignonne (2001) “Horizontal discourse in law and labour law” en J. Muller et al *Reading Bernstein, Researching Bernstein* Londo/NY :RoutledgeFalmer

Breilh, J. (1998) “La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiología” en *Rev. Bras. Epidemiol.*, vol.1, nº 3, pp. 207-233

Brullet , Cristina (1996) “Roles e identidades de género. Una construcción social” en García de León, M<sup>a</sup> Eugenia, García de Cortázar, Marisa, Ortega, Félix (coord.) *Sociología de las Mujeres Españolas*. Madrid. Editorial Complutense

Brullet , Cristina (1997) “Pràctiques de criança i identitats parentals” a *Papers* 51 149-170

Brullet, Cristina (2004) “La maternidad en occidente y sus condiciones de posibilidad en el siglo XXI” en de la Concha, Ángeles y Osborne, Raquel (coords.) *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Barcelona: Icaria

Brullet, Cristina y Torradella, Laura (2004) “La infancia en las dinámicas de transformación familiar” en C. Gómez-Granell et al (coord.) *Infancia y familias:realidades y tendencias*. Barcelona:Ariel.

Brullet, Cristina (2009) “Noves polítiques socials per a una societat en transició” en Brullet, Cristina (coord.) *Temps i cura. La coresponsabilitat social de la cura a la vida quotidiana*. Barcelona:Generalitat de Catalunya

Brullet, Cristina (2010) *Temps, cura i ciutadania. Corresponsabilitats privades i públiques*. Barcelona:Ajuntament de Barcelona

Brullet, Cristina i Roca, Clara (2008) “Tenir cura dels fills. Temps, estratègies, xarxes socials i polítiques de suport a la criança” en Brullet, Cristina i Gómez-Granell, Carme (coord) III Informe *CIIMU 2008 sobre l'estat de la infància i les famílies. Volum I Malestars, infància, adolescència i famílies*.Barcelona:CIIMU

- Burrows, Roger et al (1995) "Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism" En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York:Routledge.
- Butler, Judith (2001) *El género en disputa*. Barcelona:Paidós.
- Butler, Judith (2001) « La cuestión de la transformación social » en E. Beck-Gersheim et al *Mujeres y transformaciones sociales*. Barcelona:El roure.
- Canguilhem, Georges (1979) *Le normal et le pathologique*. Paris:PUF
- Callejo, Javier (2002) "Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación" *Revista Española de Salud Pública*. 76 (5).
- Callejo, Javier. (2001) *El Grupo de Discusión: introducción a una práctica de investigación*. Ariel. Barcelona.
- Callejo, Javier (2009) "Introducción a las técnicas sociológicas de análisis de documentos" en Javier Callejo (coord.) et al *Introducción a las técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Cano-Serral, Gemma; Rodríguez-Sanz, Maica; Borrell, Carme; Pérez, María del Mar; Salvador, Joaquin. (2006) Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria* 20 (1) ene-feb
- Carabí, Àngels y Marmengol, Josep M. (eds) (2008) *La masculinidad a debate*. Barcelona:Icaria
- Carrasco, Cristina (2009) "Dependència i cura: una realitat inevitable" en Brullet, Cristina (coord.) *Temps i cura. La coresponsabilitat social de la cura a la vida quotidiana*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Castel, Robert (1986) "De la peligrosidad al riesgo", En Varela Álvarez-Uría (eds) *Materiales de Sociología crítica*. Madrid: La Piqueta.
- Colomer Revuelta, Concha y Alvarez-Dardet Díaz Carlos (2001) "Promoción de la salud: conceptos, estrategias y métodos" en C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (comp). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona: Masson
- Chisholm, Lynne (1995) "Cultural Semantics: occupations and gender discourses" en Atkinson, Paul; Davies, Brian and Delamont, Sara Discourse and reproduction. *Essays in honor of Basil Bernstein*. Cresskill, New Jersey: Hampton Press
- Clarke, J.N. (1983) "Sexism, feminism and medicalism: a decade review of literature on gender and illness" en *Sociology of Health & Illness*. 5 (1) pp. 62-82
- Cocouault, Marlaine (2000) "Introducción: variaciones en los empleos femeninos y masculinos" en M. Maruani et al (dirs) *Las nuevas fronteras de la desigualdad*. Barcelona:Icaria.
- Conde, Fernando. y Pérez, Cristina. (1995) "La investigación cualitativa en salud pública" en *Rev. Esp. Salud Pública*, 69, pp. 145-149
- Conde,Fernando (2010) *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Madrid: CIS Cuadrenos metodológicos nº43.

- Connell, R.W (1987) *Gender and Power*. Standford: University Press.
- Conell, R.W. (1990) "The State, Gender, and Sexual Politics: Theory and Appraisal" en *Theory and Society*, 19, (5) pp. 507-544
- Connell, Raewyn (1995) *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Connell, Raewyn (2002) Educando a los muchachos: nuevas investigaciones sobre masculinidad y estrategias de género para las escuelas, *Nómadas*. 14. 156-171.
- Connell, R. W. (2003) "La organización social de la masculinidad" en Lomas, Carlos (comp.) *Todos los hombres son iguales? Identidades masculinas y cambios sociales*. Barcelona: Paidós.
- Connell, Raewyn (2009) *Gender. Short introductions*. Cambridge:Polity Press
- Connell, R. (2012) "Gender, health and theory: Conceptualizing the issue, in local and world perspective" en *Social Science & Medicine*, 74, pp. 1675-1683
- Corsario, William, A. *The sociology of childhood*. Thousand Oaks:Sage.
- Cragin, L. (2004) "The Theoretical Basis for Nurse-Midwifery Practice in the United States: A Critical Analysis of Three Theories" en *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49 (5) pp. 381-389
- Daniels, Harry y Creese, Angela (2001) « Gendered Learning in two modalities of pedagogic discourse » en en J. Muller et al *Reading Bernstein, Researching Bernstein* Londo/NY :Routledge-Falmer
- Daykin, Norma y Naidoo Jennie (1995) "Feminist critiques and health promotion" En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York: Routledge.
- Da Silva, Tomaz Tadeu (2002) "Códigos y reproducción cultural: Basil Bernstein" en TT da Silva *Espacios de Identidad. Nuevas visiones sobre el currículum*. Barcelona:Octaedro.
- De Barbieri, Teresita. (1993) "Sobre la categoria genero, una introducción teorico-metodologica" en *Dabates en Sociología*, 18. Pontificia universidad catolica del Peru
- De Lauretis, Teresa (1987) *Technologies of gender: Essays on Theory, Film and Fiction*. Bloomington: Indiana University Press.
- Delamont, Sara (1995) en P. Atkinson et al (eds) *Discourse and Reproduction: Essays in Honor of Basil Bernstein*. Cresskill NY:Hampton Press.
- Domínguez, Marta; González, M<sup>a</sup>José, Jurado, Teresa, Francesca Luppi. (2011) Decisiones de empleo y familia en la transición al primer hijo en Europa. Ponencia presentada al Congreso Iberoamericano de masculinidades y equidad" celebrado en Barcelona el 7 y 8 de octubre de 2011.
- Durán, M.A. (2000) "La nueva división del trabajo en el cuidado de la Salud" en *Política y Sociedad*, 35, pp. 9-30
- Durán, Maria Ángeles (2010) *Tiempo de vida y tiempo de trabajo*. Bilbao:BBVA.

Esteban, Mari Luz (2000) "La maternidad como cultura" en Enrique Perdiguero y Josep M<sup>a</sup> Comelles (comps.) *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz (2001) *Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud*. Donostia: Gakoa Tercera Prensa

Esteban, Mari Luz (2004) *La antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona: ed. Bellaterra.

Esteban, Mari Luz (2010) "Diagnósticos en salud y género; aportaciones antropológicas para una perspectiva integral de análisis" en ML Esteban et al (dir) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra.

Esteban, Mari Luz (2006) "El estudio de la salud y el género. Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista" en *Salud Colectiva*, 2 (1) pp. 9-20

Fenwich, J. et al. (2008) "Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?" en *Midwifery*, 26, (4), pp. 394-400

Finch, Janet and Groves, Dulcie (1983) *A labour of love: women, work and caring*. Routledge/Thoemms Press

Flaquer, Lluís (1999a) *La estrella menguante del padre*. Barcelona: Ariel.

Flaquer, Lluís (1999b) La familia en la sociedad del sXXI. Barcelona: Papers de la Fundació Rafael Campalans n<sup>o</sup>117

Flaquer, Lluís (2001) "El futur de les polítiques familiars en el marc de l'Estat del Benestar" en *Revista Econòmica de Catalunya*. N<sup>o</sup>43 pp 103-108

Flaquer, Lluís (2004) "La articulación entre familia y el Estado de bienestar en los países de la Europa del sur". *Revista Papers*, 73, pp 27-58

Fletcher, R. (2004) "New Fathers' Postbirth Views of Antenatal Classes: Satisfaction, Benefits, and Knowledge of Family Services" en *The Journal of Perinatal Education*, 13, ( 3) pp. 18-26

Foley, L. y Faircloth, Ch. A. (2003) "Medicine as discursive resource: legitimation in the work narratives of midwives" en *Sociology of Health & Illness*, 25, (2), pp. 165-184

Foucault, Michel (1963) *Naissance de la clinique*. Paris: PUF

Foucault, Michel (1975) *Surveiller et punir*. Paris: Gallimard.

Foucault, Michel (1976) "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina" en *Educación médica y salud*, 10, (2), pp. 152-170

Foucault, Michel (1977) "Historia de la medicalización" en *Educación médica y salud*, 11 (1) pp. 3-25

Fox, Nick (1999) "Postmodern reflections of "risk", "hazards" and life choices" en Lupton, D (ed.) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge: University Press

Francis, A. (2012) "Stigma in an era of medicalisation and anxious parenting: how proximity and culpability shape middle-class parents' experiences of disgrace" en *Sociology of Health & Illness*, 34 (6) pp. 927-942

- Fredriksson, G. E. et al. (2003) "Postpartum care should provide alternatives to meet parents' need for safety, active participation, and 'bonding'" en *Midwifery*, 19, pp. 267-276
- Gaitán Muñoz, Lourdes (2006) "La nueva sociología de la infancia. Aportaciones de una mirada distinta". *Política y Sociedad* 2006, 43 (1) 9-26
- Gatrell, C. (2005) "Hard labour : the sociology of parenthood" en *Gender and Society*, 21 (2) pp. 298-300
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat (2004) "La aventura de ser padres. Guía para la educación grupal en el embarazo, parte y puerperio", Valencia: Generalitat Valenciana
- Giddens, Anthony (1991) *Modernity and Self-Identity: Self and society in the Late Modernity Age*. Cambridge:Polity Press.
- Giddens, Anthony (1992) *Las consecuencias de la Modernidad*. Madrid:Alianza Editorial.
- Giddens, Anthony (1997) "Vivir en una sociedad postradicional" en U. Beck et al. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza Universidad,.
- Giddens, Anthony (1998) *La transformación de la intimidad, sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.
- Gómez Bueno, Carmuca (2001) "Mujeres y trabajo: principales ejes de análisis" en *Papers* 63/64 123-140
- Gómez López, Luis Ignacio y Rabanaque Hernández, M<sup>a</sup> José (2001). Concepto de salud en C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (comp). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona: Massonen
- González Pérez, Teresa (2008) "El aprendizaje de la maternidad: discurso para la educación de las mujeres en España (Siglo XX)" *Convergencia* 15 (46) pp 91-117
- González, María José, Domínguez, Marta y Baizán, Pau (2010) *Cuidado parental en la infancia y desigualdad social: un estudio sobre la Encuesta de Empleo del Tiempo en España*. (documento de trabajo). Fundación Alternativas.
- Good, Byron J (2003) *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra
- Gore, Jennifer M. (1992) *The Struggle for Pedagogies. Critical and Feminist Discourses as Regimen of Truth*. New York:Routledge.
- Grau, Arantxa y Navas, Almudena (2012) "Ladrones de tiempo, maternidades ubícuas y cocrianzas en proyecto. Imágenes alrededor de los tiempos de crianza y su reparto familiar" en Actas Congreso Investigación y Género Sevilla 2012.
- Guevara Ruiseñor, Elsa S (2008) "La masculinidad desde una perspectiva de género. Una dimensión del orden de género." *Sociológica*, 23 (66) pp71-92
- Guasch Andreu, Óscar (1997) *Observación participante*. Cuadernos Metodológicos. Madrid:CIS:
- Guash Andreu, Óscar (2008) "Los varones en perspectiva de género. Teorías y experiencias de discriminación". *Asparkía*, 19, pp29-38



- Gutiérrez Brito, Jesús (2009) "La observación participante y visual" en Javier Callejo (coord.) et al *Introducción a las técnicas de investigación social*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Haraway, Donna (1991) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra. Colección Feminismos.
- Hays, Sharon (1998) *Las contradicciones culturales de la maternidad* Cambridge:University Press
- Harden, J. et al. (2000) "Scary faces, scary places: children's perceptions of risk and safety" en *Health Education Journal*, 59, pp. 12-22
- Harding, Sandra (1988) "Is There a Feminist Method?" en Harding, Sandra *Feminism and Methodology*, Indianapolis: Indiana University Press
- Harding, Sandra (1996) *Ciencia y Feminismo* Madrid: Morata.
- Hannah-Moffat, Kelly and O'Malley, Pat (2007) "Gendered risks. An introduction." in Hannah-Moffat, K and O'Malley, P (ed) *Gendered Risks*. New York: Routledge-Cavendish
- Herzlich, C et Adam, P. (1994) *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris: Nathan Université
- Holmes, D. y Gastaldo, D. (2002) "Nursing as means of governmentality" en *Journal of Advanced Nursing*, 38, (6) pp. 557-565
- Hydén, L-Ch. (1997) "Illness and narrative" en *Sociology of Health & Illness*, 19 (1), pp. 48-69
- Ibáñez, Jesús (1992) Más allá de la sociología. El grupo de discusión:Técnica y crítica. Madrid: Siglo XXI
- Ibáñez Pascual, Marta (2008) "La bolsa común" en las parejas: algunos significados y algunas trampas" *Papers* 87, 2008 161-185
- Imaz, Elixabete (2001) "Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas del cuerpo fronterizo" en *Políticas y sociedad*, 36, pp. 97-111
- Imaz, Elixabete (2007) Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito en el tránsito de la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas. (tesis doctoral) Universidad del País Vasco.
- Imaz, Elixabete (2010) "Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada" en Esteban, Mari Luz; Comelles, JM y Díez Mintegui, C. (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- Izquierdo, María Jesús (dir.) (1998) *Aguantando el tipo. Desigualdad social y discriminación salarial. Las luchas de mujeres trabajadoras*. Barcelona: Edició Diputació de Barcelona.
- Izquierdo, María Jesús (1999) "Democracia familiar y cuidado de las criaturas" en VVAA *El món laboral, la vida domèstica i la criança dels fills*. Lleida: Edicions de la Universitat de Lleida
- Jackson, Stevi y Scott, Sue (1999) "Risk anxiety and the social construction of childhood" en Lupton, D (ed.) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge: University Press

- Jungmarker, E. B. et al. (2010) "Playing Second Fiddle Is Okay—Swedish Fathers' Experiences of Prenatal Care" en *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55 (5) pp. 421-429
- Kaufmann, Tara (2004) "Introducing feminism" en Stewart, M *Pregnancy Birth and Maternity Care. Feminist Perspectives* London:Book for midwives
- Kelly, Michael, P y Charlton, Bruce (1995) "The modern and the potmodern in health promotion." En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, life-style and risk*. London and New York:Routledge.
- Ketler, S. K. (2000) "Preparing for Motherhood: Authoritative Knowledge and the Undercurrents of Shared Experience in Two Childbirth Education Courses in Cagliari, Italy" en *Medical Anthropology Quarterly*, 14 (2) pp. 138-158
- Kimmel, Michael (2008) "Los estudios de la masculinidad: una introducción" en Carabí, Ángels y M armengol, Josep M. (eds) *La masculinidad a debate*. Barcelona: Icaria
- Kleinman, Arthur M. (2010) "Medicine's Symbolic Reality. On a Central Problem in the Philosophy of Medicine" en Good, B.J; Fischer, MMJ; Willen, SS and DelVecchio Good, MJ (ed) *A reader in medical anthropology. Theoretical trajectories, emergent realities*. Chichester:Wiley-Blackwell
- Klima, C.S. (2001) "Women's health care: a new paradigm for the 21<sup>st</sup> century" en *Journal of Midwifery & Women's Health*, 46 (5) pp. 285-291
- Lamas, Marta (1986) "La antropología feminista y la categoría 'género'" en *Nueva Antropología*, 8 (30), pp. 173-198
- LaRossa, R. (1997) *The Modernization of Fatherhood: A Social and Political History*. London: University of Chicago Press
- Letablier, Marie-Therese (2007) "El trabajo de cuidados y su conceptualización en Europa" en Prieto, Carlos (ed.) *Trabajo, género y tiempo social* Madrid/Barcelona: Editorial Complutense Editorial Hacer
- Lozano Estivalis, María (2001) La construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Manifestaciones sobre el imaginario sobre la maternidad en los discursos sobre las Nuevas Tecnologías de la Reproducción (Tesis Doctoral). Universitat de València.
- Lozares, Carlos y Miguélez, Fausto (2007) "De la flexibilidad del tiempo productivo a la rigidez del tiempo reproductivo" en Prieto, Carlos (ed.) *Trabajo, género y tiempo social* Madrid/Barcelona: Editorial Complutense Editorial Hacer
- Lupton, Deborah (1995) *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications
- Lupton, Deborah (1994) *Medicine as Culture. Illness, disease and the body in western societies*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications
- Lupton, Deborah and Barclay, Lesley (1997) *Constructing fatherhood: discourses and experiences*. London: Sage
- Lupton, D. (1999) "Risk and the ontology of pregnant embodiment" en Lupton, D (ed.) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge:University Press

Lupton, D. y Schmied, V. (2001) "Blurring the boundaries: breastfeeding and maternal subjectivity" en *Sociology of Health and Illness*, 23 (2) pp. 234-250

Lurbe i Puerto Katia (2005) *La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y Paris*. (Tesis Doctoral) Universitat Autònoma de Barcelona.

MacDonald, Madeleine (1981) "Socio-cultural reproduction and women's education" in Deem, R (ed) *Schooling for women's work*. London/Boston/Henley: Routledge & Kegan Paul.

MacDonald, R. (2004) "Individual identity and organisational control: Empowerment and Modernisation in a Primary Care Trust" en *Sociology of Health & Illness*, 26 (7) pp. 925-950.

MacDowell, L. (2000) *Género, identidad y lugar. Un estudio de las geografías feministas*. Madrid:Cátedra.

Macintyre, S. (2008) "The Sociology of Reproduction" en *Sociology of Health & Illness*, 2 (2), pp. 215-222

Maquieira, Virginia (2005) "Género, diferencias y desigualdad" en Elena Beltran et al *Feminismos: debates teóricos contemporáneos*. Madrid:Alianza.

Marchant, Sally (2004) "Transition to motherhood: from the woman's perspective" en Stewart, M *Pregnancy Birth and Maternity Care. Feminist Perspectives*. London:Book for midwives. .

Mardorossian, C. M. (2003) "Laboring Women, Coaching Men: Masculinity and Childbirth Education in the Contemporary United States" en *Hypatia*. 18(3), 113-134

Maruani, Margaret (2000) "Introducción" en Maruani, M et al (dir.) *Las nuevas fronteras de la desigualdad: hombres y mujeres en el Mercado de trabajo*. Barcelona: Icaria Antrazyt.

Maseide, P. (1991) "Possibly abusive, often benign and always necessary. On power and domination in medical practice" en *Sociology of Health & Illness*, 13 (4) 545-561

Meil, Gerardo. (1995) "Presente y futuro de la política familiar en España" en *REIS*. 70. 67-90.

Meil, Gerardo. (2006) *Padres e hijos en la España actual*, Barcelona:Fundación "la Caixa" Colección Estudios Sociales nº19

Meil. Gerardo (2011) *Individualización y solidaridad familiar*. Barcelona. Colección Estudios Sociales num.32 Obra Social La Caixa

Mercer, R. T. (2004) "Becoming a Mother Versus Maternal Role Attainment" en *Journal of Nursing Scholarship*, 36 (3), pp. 226-232

Ministerio de Sanidad y Consumo (1992) "Criterios mínimos en prevención y promoción de la salud materno-infantil", Madrid, ed. Ministerio de Sanidad y Consumo <http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/mujeres/embarazo/embarazo.htm>

Montes Muñoz, María Jesús (2007) *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. (Tesis doctoral) Universitat Rovira Virgili.

Montes, María Jesús (2010) "Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y parto" en Esteban, Mari Luz; Comelles, JM y Díez Mintegui, C. (eds.) *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Morais, Ana M.y Neves, Isabel (2001) "Pedagogic social contexts: studies for a sociology of learning" en A.M Morais et al (eds.) *Towards a sociology of pedagogy: the contribution of Basil Bernstein to research*. New York:Peter Lang.

Morais, Ana M.y Neves, Isabel (2004) "A teoria de Basil Bernstein" en <http://essa.fc.ul.pt>.

Morais, Ana M. Y Neves, Isabel (2005) "Processos de recontextualizaçao num contexto de flexibilidade curricular. Análise da actual reforma das ciencias para o ensino básico" en *Revista de Educaçao, XIV (2)*.

Moreno, A. (2005) "Empleo de la mujer y familia en los regímenes de bienestar del sur de Europa en perspectiva comparada. Permanencia del modelo de varón sustentador" en Reis: *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*,112, pp. 131-163

Murphy, E. (1999) "Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance" en *Sociology of Health & Illness*, 21 ( 2), pp. 187-208

Murphy, E. (2000) "Risk, Responsibility, and Rhetoric in Infant Feeding" en *Journal of Contemporary Ethnography*, vol. 29

Murillo, Soledad y Mena, Luis (2007) *Detectives y camaleones: el grupo de discusión: Una propuesta para la investigación cualitativa* .Madrid:Thalasa

Navas, Almudena (2008) Estudio de la práctica pedagógica en Garantía Social. (Tesis doctoral). Universitat de València.

Neves, Isabel, Morais, Ana y Afonso, Margarida (2001) « Teacher training contexts : study of specific sociological characteristics » en J. Muller et al *Reading Bernstein, Researching Bernstein* Londo/NY :RoutledgeFalmer

Nettleton, Sarah y Bunton, Robin (1995) "Sociological critiques of health promotion"En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York:Routledge.

Oakley,Ann (1979) *Becoming a Mother*. Oxford:Martin Robertson & Company.

Oakley,Ann (1984) *The captured Womb: a history of the medical Care of Pregnant Women*. Oxford: Basil Bernstein.

Oakley, Ann y Hould, Susanne (1990) *Midwifery Today. Helpers in childbirth*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Oakley, Ann (1993) *Essays on women, medicine and health*. Oxford: Edinburgh University Press. .

Obach, Alexandra y Michelle Sadler (2009). "Cuerpo femenino, medicina y poder: reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva". En, *Nación Golpeadora; Manifestaciones y Latencias de la Violencia Machista*. Santiago: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual, pp. 80-90.

Ortiz, Teresa .y Sánchez, D. (1995) "La experiencia escrita de las matronas, siglos XVII-XVIII" disponible en <http://hdl.handle.net/10481/14695>.

Ortiz, Teresa (2002) "El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer" en Elvira Ramos (ed.). *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de la Mujer, pp. 29-42

Ortiz, Teresa. et al. (2004) "Género, profesiones sanitarias y salud pública" en *Gaceta Sanitaria*, 18, pp. 189-194

Ortiz, Teresa (2006) *Medicina, historia y género, 130 años de investigación feminista*. Oviedo: KKK.

Osborne, Raquel (1993) *La construcción sexual de la realidad*. Madrid: Cátedra.

Osborne, Raquel y Guasch Oscar (comp.) (2003) *Sociología de la sexualidad*. Madrid: CIS.

Osborne, Raquel (2004) "Del padre simbólico al padre real: la función paterna desde la modernidad" en De la Concha, Ángeles y Osborne, Raquel (coords.) *Las mujeres y los niños primero. Discursos de la maternidad*. Barcelona: Icaria

Osborne, T. (1994) "Power and persons: on ethical stylisation and person-centred medicine" in *Sociology of Health & Illness*, 16 (4) pp. 515-535

Palacios Lis, Irene (2007) "Mujeres aleccionando a mujeres. Discursos sobre la maternidad en el sXIX". *Historia de la Educación*, 26 pp111-142

Palmer, Gabrielle (2004) "Feminism and breastfeeding" en Stewart, M. *Pregnancy Birth and Maternity Care. Feminist Perspectives*. London: Book for midwives

Paris Spink Mary Jane (2007) "Posicionando a las personas por medio del lenguaje de los riesgos: reflexiones acerca del desarrollo de "Habilidades personales" como estrategia de promoción de la salud" en *Fermentum Revista Venezolana de Sociología y Antropología*. Sep-Dic vol 17/num 50.

Pazos Morín, María (2008) "Desigualdad en el mercado de trabajo y en la economía: situación y políticas públicas" *Lan Harremanak. Revista de Relaciones Laborales* Num 18

Parish Richard (1995) "Health promotion: rhetoric and reality" En Bunton et al. *The sociology of health promotion. Critical Analyses of consumption, lifestyle and risk*. London and New York: Routledge.

Pérez-Fuentes Hernández, Pilar (1991) "El discurso higienista y la moralización de la clase obrera en la primera industrialización Vasca" en *Historia Contemporánea*, 5, pp 127-158.

Perelló Fátima (2012) *Asimetrías de género en la Universitat de València. Informe Definitivo*. València: Universitat de València.

Petersen, Alan y Lupton, Deborah (1996) *The New Public Health: Health and Self in the Age of Risk*. London: Sage

Premberg, A. y Lundgren, I. (2006) "Fathers' Experiences of Childbirth Education" en *Journal of Perinatal Education*, 15 (2) pp. 21-28

Quivy, Raymond y Campenhoudt, Luc Van (1992) *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa.

Rodríguez Pascual, Iván (2007) *Para una sociología de la infancia, aspectos teóricos y metodológicos*. Madrid: CIS Colección monografías.

Rodríguez Artalejo, Fernando y Abecia Inchaurregui, F (2001) Determinantes de salud en C. Colomer y C. Álvarez-Dardet (comp). *Promoción de la Salud y Cambio Social*. Barcelona: Masson

- Romaní, Oriol y González, Isaac (2004) "Infancia y salud: vulnerabilidad, dependencia y estilos de vida" en M. Garcia-Milà y C. Gómez-Granell *Infancia y familias: realidades y tendencias*. Barcelona:Ariel.
- Rubin, Gayle [1975] (1986) "El tráfico de las mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo" en *Nueva Antropología* vol III N° 30.
- Ruiz Olabuénaga, J.I. e Ispizua, M. A. (1989) *La decodificación de la vida cotidiana: metodos de la investigación cualitativa*. Bilbao:Universidad de Deusto.
- Salinas Meza, René (2001) "La historia de la infancia, una historia por hacer". *Revista de Historia social y de las mentalidades* nº5 pp 11-30
- Sales, T. (2006), "Democracia y tecnología en la sociedad del riesgo", en *XLIII Congreso de Filósofos Jovenes. Filosofía y tecnologia( s)*, Palma de Mallorca.
- Saletti, Lorena (2008) "Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad" en *Clepsydra* 7 pp 169-183
- Singly, François (1999) «Le care familial. Une construction sociologique des temps maternel et paternel» en *Gender and the use of time*. La Haya: Kluwer Law International.
- Singly, François (2000) *Le soi, le couple et la famille*. Paris: Nathan
- Spradley, JP (1980) *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart and Winston
- Springer, K.W et al. (2012) "Gender and health: Relational, intersectional, and biosocial approaches" en *Social Science & Medicine*, 74, pp. 1661-1666
- Stephens, Liz (2004) "Pregnancy" en Stewart, M *Pregnancy Birth and Maternity Care. Feminist Perspectives*. London:Book for midwives. .
- Susser, M and Susser, E (1996) "Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology" en *Am J Public Health*. 1996 May; 86(5): 674-677.
- Tobio, Costanza (2005) *Madres que trabajan dilemas y estrategias*. Madrid: Cátedra.
- Tones, K. (2002) "Reveille for Radicals! The Paramount purpose of health education?" en *Health Educ. Res.* 17 (1) pp. 1-5
- Torns, Teresa (2001) "Entre l'atur i el temps parcial: noves maneres per a una vella desigualtat?" en *Revista Catalana de Sociologia*: 15:27-40.
- Torns, Teresa (2007) "El tiempo de trabajo y las relaciones de género: las dificultades de un cambio ineludible"" en Prieto, Carlos (ed.) *Trabajo, género y tiempo social* Madrid/Barcelona: Editorial Complutense Editorial Hacer
- Torns, Teresa (2008) "El trabajo y el cuidado cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género" *EMPIRIA Revista de metodología de ciencias sociales* nº15 enero-junio pp53-73
- Trego, Lori (2005) "The integration of feminism and midwifery" en *Journal of Midwifery and women's health* Vol 50 nº3 may/june

Varela, Julia. (1986). Aproximación genealógica a la moderna percepción social de los niños. *Revista de Educación*, 281, 155-175.

Velasco, Sara (2009) *Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid:Minerva.

Wilkinson, Iain (2001) *Anxiety in a risk society*. London/New York: Routledge.

Williams, Stephen (2008) "What is fatherhood? Searching for the reflexive father" *Sociology* 42:487

Wall, G. y Arnold, S. (2007) "How Involved Is Involved Fathering?: An Exploration of the Contemporary Culture of Fatherhood" en *Gender & Society*, 21 (4) pp. 508-527.

Watzlawick, Paul (1994) *¿Es real la realidad? Confusión, desinformación, comunicación*. Barcelona: Herder.

Webb, Ch. (1981) "Classification and framing: a sociological analysis of task-centred nursing and the nursing process" en *Journal of Advanced Nursing*, 6 (5) pp. 369-376

West, C y Zimmerman, D.H. (1987) "Doing Gender" en *Gender & Society*, 1 (2) pp. 125-151

Whitlock, M. et al. (2002) "'The tender trap': gender, part-time nursing and the effects of 'family-friendly' policies on career advancement" en *Sociology of Health & Illness*, 24 (3) pp. 305-326

WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*. Copenhagen:WHO.

