

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**



**“REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE
PATERNIDAD(ES) EN TÉCNICOS Y PROFESIONALES
SANITARIOS PERTENECIENTES A CENTROS DE SALUD
FAMILIAR DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO”**

CAMILO GUERRERO NANCUANTE

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN SALUD PÚBLICA

PROFESORA GUIA DE TESIS: DRA. PAMELA EGUIGUREN BRAVO.

Santiago, marzo 2021



Agradecimientos

Los agradecimientos son múltiples para este importante proceso de aprendizaje y reflexión. Fueron momentos de arduo trabajo y, muchas veces, con sensaciones de agobio propio de combinar el ámbito laboral con estudios de postgrado. Fueron momentos de introspección, fundamentalmente debido a que mientras avanzaba en esta investigación ocurrían violaciones sistemáticas a derechos humanos y se desarrolló una pandemia gestionada desde los intereses empresariales por sobre la salud del pueblo. No puedo abstraerme, en estas breves palabras, de todo lo que nos ha ocurrido y en las reflexiones que dimos con muchas/os académicos/as de la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G de la Universidad de Chile y compañeros/as del Magíster. A cada uno de ellos/as, agradecerles el coraje, la valentía y las ganas de seguir construyendo un país distinto.

En el contexto del desarrollo de mi tesis, quisiera agradecer muy especialmente a los/as trabajadores/as de la Atención primaria de salud que participaron del estudio, particularmente a las Directoras de los Cesfam Rodelillo y Padre Damián ya que sentí, en cada conversación sostenida, un aliento genuino a continuar desarrollando el proyecto de investigación.

Mis agradecimientos a mi guía de tesis, Dra. Pamela Eguiguren Bravo, en quien logré apreciar el valor de la investigación militante, la perseverancia y la importancia de ligar los esfuerzos académicos en potenciar la salud pública de nuestro país. Agradecido, Pamela, por tus reflexiones, cariño y confianza.

Quisiera continuar con mis agradecimientos a dos colegas, a quienes considero amigas y maestras: Lucy Armstrong y Josephine Bratz. Agradecido infinitamente por la confianza y las ganas de co-construir un espacio académico horizontal, reflexivo y en pos de la salud infantil en la atención primaria. Gracias por mostrarme el oficio de la investigación, la responsabilidad de enseñar y de formar nuevos profesionales al servicio de la salud de las comunidades.



De manera especial, agradezco a mi colega Nicolás Fuster. Tus consejos y reflexiones, amigo querido, resultan ser imprescindibles. Gracias por tu amistad, por las palabras de ánimo, por tus apoyos constantes y, por sobre todo, “*el placer de realizar juntos el mismo recorrido, o de fracasar juntos y caer*” (Franco “Bifo” Berardi).

Continuo mis agradecimientos al apoyo obtenido del Programa de Beca Magíster Nacional de la Comisión Nacional de Investigación y Tecnología (CONICYT) y a la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso. Ambas instituciones me brindaron las condiciones necesarias para desarrollar mis estudios de Magíster.

A mi familia de origen, mi padre y madre, Francisco y María Eugenia, quienes con amor me brindaron la oportunidad de estudiar a pesar de todas las adversidades y escasos privilegios que como familia vivimos. Papá, mamá, gracias por el apoyo permanente y demostrar que existen amores incondicionales como el de ustedes. A mis hermanas y, particularmente, mi hermano, por acompañarme de manera silenciosa en los momentos complejos. A veces un simple abrazo resuelve más que muchas palabras.

Finalmente, quisiera agradecer a mi clan/familia, Illari y Ariella, quienes incondicionalmente me acompañaron en este proceso. Illari, por enseñarme día a día el valor de la prudencia, la cercanía, el juego y la risa cómplice de las simplicidades de la vida. A mi compañera Ariella, en quien he encontrado el refugio perfecto de sus brazos, en compartir nuestras penas y alegrías, en acompañarnos desde la admiración recíproca, en las conversaciones largas en el patio, en tu escucha y consejos permanentes, en comprender el amor de una manera distinta, en el calor de nuestro hogar, en seguir una vida sin soltarnos las manos...

Tabla de contenido

I. Introducción	8
II. Marco Teórico	11
1. Paternidades	12
1.1 Conceptos de paternidades	12
1.2 Masculinidades y Paternidades	13
1.3 Cambios históricos, familia y paternidades	15
1.4 Si el padre no cuida ¿Quién cuida?	17
1.5 Trabajo y paternidades	19
1.6 Políticas de fomento de la paternidad.	20
2. Representaciones sociales	21
2.1 Teoría de representaciones sociales	21
2.2 Representaciones sociales y salud pública.	24
2.3 Representaciones sociales y paternidades	25
3. Contexto del estudio: Atención primaria de Salud	27
3.1 Atención primaria de salud en Chile	27
3.2 Atención primaria de Salud y Paternidades	29
3.3 Atención primaria de Salud en la comuna de Valparaíso	32
III. Objetivos	37
IV. Marco Metodológico	38
1. Fundamentos del enfoque cualitativo.	38
2. Tipo de estudio.	39
3. Universo y muestra.	39
4. Selección de participantes.	41
5. Técnicas de recogida y producción de datos.	42
6. Procesamiento de la información y análisis de datos.	43
7. Limitaciones del estudio	44
V. Aspectos éticos	46
VI. Resultados	48
Antecedentes generales de las/os participantes del estudio.	49
1. Imágenes de paternidades: el padre como proveedor	49
2. Factores que influyen en el ejercicio de paternidades	52
3. Prácticas y acciones vinculadas a paternidades.	59
4. Proyecciones, idealidades e impactos de nuevas paternidades.	61

5.	Roles sociales de paternidades y maternidades	62
6.	Tipos de paternidades y participación en el campo de representación: Cesfam	64
7.	Equipos de salud para la transformación de paternidades.	66
8.	Acciones desde el ámbito de salud para el fomento de paternidades	68
VII. Discusión		72
1.	Imágenes de paternidades	72
2.	Actividades y prácticas relacionadas a paternidades.	73
3.	Trabajo, salario y familia como elementos que influyen en las paternidades.	74
4.	La participación de los padres en los Centros de Salud Familiar	76
5.	Atención primaria y fomento de paternidades responsables	78
VIII. Conclusiones y recomendaciones		81
IX. Referencias bibliográficas		84
X. Anexos		95
	Anexo 1: Consentimiento informado.	95
	Anexo 2: Guión de Entrevista Semi-estructurada.	98
	Anexo 3: Acta de aprobación Comité de ética de investigación en seres humanos, Facultad de Medicina-Universidad de Chile.	101
	Anexo 4: Características de participantes del estudio.	103

Resumen

Introducción: Las paternidades, definidas como las distintas formas en que un padre ejerce su rol como padre, se encuentra en tensión al interior de la sociedad en relación a las desigualdades de género y la importancia de la crianza responsable por parte de los padres. En esa dirección, los/as trabajadores de la salud fomentan o transforman prácticas sociales a través de la atención sanitaria, cuya dirección puede profundizar inequidades de género. Esto se debe a las imágenes o representaciones co-construidas y que tiene un efecto relevante en las percepciones y efectos en los grupos sociales.

Objetivo: analizar las representaciones sociales sobre paternidad(es) que tienen técnicos y profesionales sanitarios que acompañan, desde sus distintos roles, el cuidado de la salud infantil en Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Valparaíso

Métodos: estudio cualitativo interpretativo, bajo el enfoque de la teoría de Representaciones sociales. El universo fue constituido por los/as técnicos y profesionales sanitarios que acompañan el cuidado de la salud infantil de los Cesfam de la comuna de Valparaíso. Se seleccionaron dos Cesfam de la comuna de Valparaíso por criterios de factibilidad y homogeneidad socio-económica. La selección de la muestra se efectuó mediante un mapa de atención infantil co-construido con los/as encargados del Programa de Salud Infantil de cada establecimiento. Se realizaron 12 entrevistas semi-estructuradas, las cuales fueron analizadas de manera procesual a través del Software ATLAS Ti

Resultados: Las representaciones sociales de paternidades son similares en técnicos y profesionales sanitarios. El rol de proveedor ocupa un lugar central en la representación de paternidad, pero se encuentra en transformación en las nuevas generaciones, a partir de las proyecciones e idealidades del ser padre. En el repertorio de acciones atribuidas a los padres destaca el juego y se visualizan el trabajo remunerado y la cultura machista como aspectos que limitan el ejercicio de paternidades. La participación del padre en los Cesfam es percibida como escasa, al igual que las intervenciones en APS que buscan incidir en la construcción de paternidades responsables.



Conclusión: Los Cefam son espacios donde se vislumbra la tensión entre paternidades tradicionales y emergentes. Se aprecia una gestión que no contempla diseños en pos de fortalecer nuevas paternidades co-responsables. Las representaciones de los/as trabajadores/as de la salud sobre paternidades deben ser problematizadas y su abordaje incorporado en programas como “Chile Crece Contigo”. Finalmente, Chile presenta desafíos relevantes en cuanto a establecer una real agenda de fortalecimiento de paternidades a partir de modificaciones sustanciales en el ámbito laboral, en la atención de salud y el reconocimiento al trabajo doméstico y de cuidado en la crianza.

I. Introducción

La paternidad, a través del tiempo, ha sido objeto de estudio y cuestionamiento debido a los cambios experimentados en la sociedad. Se define como la circunstancia donde un hombre se convierte en padre, existiendo, por tanto, una relación con su hijo/a. Sin embargo, dicho concepto comprende múltiples dimensiones. Según Alatorre y Luna, la paternidad es un constructo que involucra aspectos socio-culturales que dan paso a prácticas y significados en el vínculo filial (1). En ese sentido, se espera que los padres se vinculen a través de una paternidad responsable, la cual incluye cuidados en las dimensiones Psico-emocional, físico-material, educativo, espiritual, entre otras (2). Este tipo de paternidad reporta beneficios para el bienestar de niño/a durante los primeros años de vida, la adolescencia y adultez (3). Por otra parte “ser padre” está directamente relacionado con el “ser hombre”, por consiguiente con el tipo de masculinidad hegemónica que existe en las sociedades y que se relaciona a la posición de poder del varón, apoyada en la subordinación de mujeres, diversidad sexual, niños/as, entre otros (4)

Actualmente existe un amplio debate respecto a la incorporación del hombre en la crianza, cuya polémica no solo se dirige hacia la paternidad responsable, sino -también- a cuestionar los aspectos que sostienen las desigualdades de género, como son la división social del trabajo y la masculinidad hegemónica (5). De acuerdo a lo anterior, la evidencia sostiene que las mujeres se ocupan en mayor medida de las actividades de trabajo reproductivo, no remunerado y de cuidado al interior de la sociedad en comparación a los hombres, lo que produce problemas sociales, económicos y de salud importantes para la población. A modo de ejemplo, estudios señalan que el 68% de las mujeres perciben que la acción de cuidar perjudica su salud, mientras que existe una alta relación de problemas de salud mental asociados al cansancio por cuidar (6). Asimismo, las mujeres presentan dos veces mayor sobrecarga en comparación a los hombres, en desmedro de la satisfacción de necesidades básicas personales tales como, el descanso, la alimentación y la actividad física (7).

Ante este escenario, desde el año 2012, el programa Chile Crece Contigo ha realizado esfuerzos para el fomento de la paternidad activa, tanto en espacios educativos y de salud

(3). Particularmente en salud, el fomento de la paternidad responsable debe ocurrir a través de acciones de los profesionales y técnicos sanitarios en la atención primaria de salud (APS). Estas interacciones funcionario/usuario están condicionadas y basadas en las representaciones sociales vigentes acerca de lo que es ser padre en el actual contexto. Estas representaciones de paternidades son la imagen construida colectivamente mediante la praxis social y la comunicación entre individuos. El resultado es entonces, un sentido común respecto a lo que es ser padre, que es validado y apoyado por la sociedad. Por lo anterior, las representaciones en torno a las paternidades se encuentran involucradas en las actividades que realizan los profesionales y técnicos sanitarios en el cuidado de la salud infantil.

Existen escasos estudios que indaguen las representaciones sociales de paternidades en personal de salud. Investigaciones de esta temática son de alta relevancia en salud pública pues develan la acción cotidiana y sostenida de elementos que pueden incidir en la transformación o en la perpetuidad de modelos culturales que se establecen en la comprensión social de la paternidad. El actual escenario de cuidado y participación por parte de los padres habla de un escaso involucramiento en la crianza y de desigualdades de género fuertemente instaladas en nuestra sociedad (8).

En consecuencia, el presente estudio se sostiene en la necesidad de interpretar el sentido común-colectivo en lo que respecta a paternidades y las prácticas involucradas en el actual contexto, especialmente en los grupos de trabajadores que otorgan cuidados de salud en la niñez. Para ello, se realizó un estudio cualitativo de tipo interpretativo con el objetivo de analizar las representaciones sociales de paternidades presentes en los/as técnicos y profesionales sanitarios que se involucran, desde diferentes roles, en el cuidado de la salud infantil en la atención primaria de salud e indagar en relaciones con las prácticas ejercidas en la atención de salud a niños/as. Los/as participantes de la investigación pertenecen a dos Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Valparaíso. Ambos establecimientos de salud se escogieron por criterios de accesibilidad y de homogeneidad socioeconómica de la población atendida.



Bajo esa perspectiva, la pregunta de investigación que guía el presente estudio es: ¿Cuáles son las representaciones de paternidades de profesionales y técnicos sanitarios que acompañan, desde sus distintos roles, el cuidado a la salud infantil en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso?

II. Marco Teórico

Con el propósito de comprender los objetivos de la investigación y favorecer el posterior análisis, se presenta el marco conceptual en tres ejes temáticos, a saber:

1. Paternidades.
2. Representaciones sociales de paternidades.
3. Contexto del estudio: Atención primaria de salud (APS).

En primera instancia, se explicitan los conceptos involucrados a las paternidades, sus dimensiones, los cambios históricos que ha vivenciado este constructo, secundario a teorías de género/cuidado que explican su actual estado. Luego, se profundizan conceptos de la teoría de representaciones sociales -perspectiva elegida para efectuar la investigación- su aplicación en estudios en el campo de la salud pública y en investigaciones en paternidades. El marco conceptual finaliza con el contexto del estudio, capítulo donde se aborda la historia de la atención primaria, la APS y su vínculo con la paternidad, como también una breve descripción de los Cesfam que participarán en la investigación.

Para la construcción del marco conceptual se utilizaron las bases de datos Pubmed, Web of Science y Scopus en la búsqueda de evidencia actualizada en torno a la temática con un rango de tiempo de 10 años mediante las siguientes palabras claves halladas en los descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS): masculinidad; Género; paternidad. Asimismo, se efectuó búsqueda en la literatura de autoras/es con vasta trayectoria en temáticas de género, paternidades y metodología de investigación cualitativa.

Cabe destacar que el proceso dialógico entre el marco teórico y los hallazgos de la investigación genera la necesidad de volver constantemente a la búsqueda de evidencia que aporte a la comprensión del fenómeno, en este caso las representaciones sociales de paternidades.

1. Paternidades

1.1 Conceptos de paternidades

La paternidad es un concepto en permanente tensión debido a las transformaciones sociales, políticos, económicas y culturales a nivel global, particularmente en los países occidentales. Esto produce que su explicación o definición deba circunscribirse al contexto donde tiene lugar. Primeramente, es importante señalar que la comprensión de la paternidad no es única, por lo que existen varias “paternidades”. Esto quiere decir que en un mismo contexto social pueden existir múltiples significados y experiencias de ser padre.

Existe una diversidad de perspectivas para las definiciones de paternidad. De acuerdo a la “Real academia Española” (RAE), paternidad es *“la cualidad de padre”* (9). Padre, siguiendo a la RAE, es el *“Varón o animal macho que ha engendrado a otro ser de su misma especie”* o *“Varón que ejerce las funciones de padre”* (9). La definición mencionada anteriormente presenta limitaciones y ha sido criticada por autoras/es respecto a la indefinición de las “cualidades” involucradas en las paternidades. Ya desde la sociología, Figueroa define paternidad como *“el conjunto de relaciones posibles que pueden darse entre un progenitor y sus hijos”* (10). Lupica, por su parte, extiende su definición incluyendo elementos en cuanto a la capacidad de cuidar a un niño/a desde una perspectiva integral (física, psico-emocional, social), favoreciendo el crecimiento sano del cuidando (11), mientras que Torres enfatiza en que la paternidad se consolida mediante las relaciones de afecto y cuidado (12). Bajo estas definiciones, se desprende que las paternidades comprenden una identidad y práctica sujetas a los patrones socio-culturales y económicos como son la familia y la división sexual del trabajo. El ethos de padre ha ido transmutando a través del tiempo, desplazando a la figura autoritaria de paternidad (rol proveedor, restrictivo de la autonomía, controlador, inflexible) por una activa, integral, afectiva, no dominante de los cuerpos de niños/as y mujeres (13).

1.2 Masculinidades y Paternidades

Las masculinidades son una imagen construida y su relación con las paternidades es dialéctica. La subjetividad de lo masculino ha profundizado una serie de elementos que regulan la masculinidad. En esa dirección, el contexto actual de masculinidades ha sido un pivote para el mantenimiento de privilegios variados por partes de los hombres y la opresión a mujeres. La masculinidad hegemónica es definida por Connell, 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*” (4). La masculinidad hegemónica en América Latina se estableció desde las comunidades indígenas bajo organizaciones verticales donde los hombres tenían el poder político y territorial, mientras las mujeres el cuidado (14). Posteriormente, con el proceso de colonización existió un cruce entre la masculinidad hegemónica de los pueblos originarios y el europeo, definido como entronque patriarcal (14), cuya materialización se observó en la configuración de las relaciones entre el terrateniente y sus subordinados. Según Sonia Montecino, el proceso de mestizaje estableció un sujeto nacido en la ilegitimidad, perpetuando elementos simbólicos del espacio público y la relación con otras instituciones legítimas para ese entonces, como fue la Iglesia católica y la elite social (15).

En ese sentido, la hacienda -territorio del terrateniente- fue por una buena parte de la historia de Chile como una institución legitimada y donde el Estado no podía involucrarse. Es allí, en lo privado, donde se estableció de forma autoritaria un sistema de trabajo, educación y de intercambio de mercancías. Solo hasta la tercera década del siglo XX, el Estado logró articular de forma progresiva un sistema de protección social (16). Por otra parte, y fuera de los límites de la “hacienda”, existió hasta mediados de siglo XX, un trabajador denominado “peón”. En el manuscrito titulado Ser niño “Huacho” en la historia de Chile (siglo XIX), Gabriel Salazar explica el tránsito que efectuaba el “peón-gañán” al momento de trabajar, caracterizándose por ser un trabajador del campo y la ciudad, con alto consumo de alcohol, con relaciones afectivas-sexuales con mujeres que -debido a la inexistencia de métodos efectivos de control de natalidad- quedaban embarazadas. Pues bien, el autor hace referencia a la nula capacidad del hombre (padre) de hacerse cargo de

los niños/as que engendraba. Dicha situación produjo que varias generaciones fueran, finalmente, criadas únicamente por sus madres (17).

En la actualidad, las paternidades han ido transmutando a propósito del emplazamiento social en el cuidado de niñas/os por parte de sus padres. Según Olavarría existe una coexistencia de una paternidad de cuidado afectivo y fortalecimiento de la autonomía en contraposición a identidades históricas de las masculinidades: autoridad, orden y verticalidad. De la misma forma, el autor enfatiza en que la paternidad no ofrece una “recompensa” por ejercer un rol de cuidado, sino más bien produce contradicciones y dificultades (18). Las complicaciones de cuidar por parte de los padres radican en la brecha de experiencia de paternidad real versus el ideal o simbolismo que envuelve el constructo. Dicha brecha genera frustración y cuestionamiento (19). A pesar de las complicaciones devenidas de una nueva asunción de responsabilidad en el cuidado de niños/as, una incipiente masculinidad se encuentra en proceso de maduración en tanto el involucramiento de padres ha generado cuestionamientos en los tipos de familia y en las políticas públicas (20). En ese sentido, Armijo evidencia a través de un estudio cualitativo, que los hombres *“asumen la paternidad en construcción y aprendizaje (...). Las equivocaciones son permitidas y se vuelven sensibles tras la llegada de un hijo”* (21) Otro elemento interesante pesquisado por Armijo es la posibilidad de trascendencia del hombre con sus hijos/as mediante el legado genético a las generaciones venideras (21). En síntesis, los significados y experiencias de paternidad van directamente relacionados al tipo de masculinidad que presentan las colectividades de varones. Por esta razón, ser padre resulta un elemento constitutivo en su esencia de ser hombre.

Otro concepto que resulta interesante es la paternidad activa, idea que involucra a los padres a partir del cuidado de hijos/as y en las tareas domésticas (22). Aborda, por tanto, responsabilizarse de la crianza de niño/as mediante acciones en lo cotidiano y no desde un rol de género en particular. En definitiva, este término se ha utilizado para realzar el quiebre de una nueva paternidad en contraposición a una tradicional y hegemónica.

1.3 Cambios históricos, familia y paternidades

Durante la segunda parte de la década del 90` los estudios de género se abocaron a indagar respecto a las identidades masculinas y las paternidades en sectores urbanos. Las conclusiones de dichas investigaciones tuvieron similitudes en cuanto a los significados de paternidades y su relación con la construcción social de masculinidades.

En ese sentido, Tubert menciona que la paternidad está representada por una dimensión simbólica que se encuentra determinada por aspectos sociales, culturales, ideológicos e históricos (23). En cuanto a los aspectos culturales, la autora enfatiza que la construcción social de paternidad debe ser comprendida desde la pertinencia cultural, por lo que no es lo mismo ser padre en África, Asia o Latinoamérica. En esa línea, los atributos propios de las paternidades van variando, se construyen desde la posibilidad de asumir las capacidades para ser padre. En consecuencia, las paternidades no solo se encuentran ligadas al parentesco o al sexo del progenitor (masculino) sino más bien a las aptitudes y valores que la sostienen (23). Estos elementos, según la investigadora, modulan el imaginario colectivo y personal de la paternidad (23). Por lo tanto, la paternidad es un vínculo social compenetrado en la convivencia entre padres e hijos/as (23).

Bonino, por su parte, define a los padres tradicionales (patriarcales) como aquellos que ejercen su paternidad en base a la división sexual del poder, en el rol proveedor, autoritario y transmisor de los valores de las masculinidades (24). De ello se desprenden dos tipos de padres: el amo, quien es el dueño del hogar (autoritario), el patrón-educador, el cual enseña a su descendencia a perpetuar posiciones masculinas y el periférico-ausente, que, a pesar de desmarcarse de los anteriores en cuanto a los patrones clásicos de paternidad hegemónica, se desligan del cuidado de sus hijos/as (24).

Por otra parte, se ha determinado que las paternidades son influidas por condiciones estructurales y sociales. En ese sentido, la familia cobra un valor importante en la perpetuidad del ser padre (18,25). Olavarría, menciona que la familia es un espacio social delimitado desde la primera revolución industrial y que reproduce las funciones sociales

según género. Se ha caracterizado por ser nuclear (biparental) (26), heterosexual y, el varón, con una función patriarca, a saber: ocupa el espacio público del trabajo, provee materialmente y es la autoridad familiar (18). No obstante, han aumentado las familias uniparentales, la convivencia de hecho y el proveedor único (padre) ha disminuido (27). De acuerdo con Aguayo, Correa y Kimelman, este escenario es potencialmente propicio para el ejercicio de distintas paternidades (27)

La estructura familiar cumple un rol amplificador de conductas humanas, particularmente la de roles al interior de una sociedad. Según Torres et al, la familia es *“un sistema de interrelación biopsicosocial que media entre el individuo y la sociedad, se encuentra integrada por un número variable de individuos, unidos por vínculos de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción”* (28), por lo que se constituye como un lugar social asumido como natural donde la distribución de los roles están delimitados. En cuanto a paternidades, la imagen de ella se observa en los patrones, actitudes y valores que observan niños de sus propios padres/madres. Una investigación realizada en España por Laura Torres evidenció elementos constitutivos de la paternidad en una mirada retrospectiva y concluye que la paternidad es tan significativa para las personas que se transmite generacionalmente (29). Otro significado de paternidad, desde una perspectiva hegemónica-tradicional, es la proveniente del parentesco o filiación que tiene el padre con su hijo/a. Autores mencionan que esta forma histórica de entender las paternidades está basada, nuevamente, en el poder que ejerce el cuerpo del hombre adulto (padre) a los demás miembros de la familia (29).

La importancia de la familia como una estructura de amplificación social se sostiene, además, cuando los padres se enfrentan al trabajo reproductivo sin tener una contraparte femenina que lo asuma. En un trabajo investigativo realizado con padres de hogares monoparentales en Colombia, se evidenció que la paternidad no solo incluye la acción de proveer económicamente, sino -también- acciones de interacción y vínculos emocionales (28). El mismo estudio reconocen que la paternidad abarca la transmisión intergeneracional en tanto padres analizan las experiencias negativas cuando eran niños y desean no repetirlas con sus hijos e hijas (28).

Otro elemento estructural de las paternidades es el salto de etapa de vida (de adolescencia a la adultez) que significa ser padre, siendo un aspecto central de determinación de un hombre maduro. Este cambio o proceso de “madurez” es una función de poder que actúa como pivote para estructuras sociales patriarcales (19).

A medida en que los derechos fundamentales de las mujeres fueron incluidos en las políticas de las sociedades occidentales, la masculinidad hegemónica generó una serie de cuestionamientos a las relaciones de cuidado por parte de los hombres. El voto femenino como hito político relevante para vislumbrar las desigualdades de género y, posteriormente, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado generó que el rol de proveedor se redistribuyera a pesar de la existencia de brechas salariales según género (30). En Latinoamérica, la tasa de participación femenina en el trabajo remunerado en zonas urbanas alcanza el 54% para el año 2013 y en Chile llega al 43%, siendo una de las más bajas en la región (31). Ligado a lo anterior, la inclusión de las mujeres no ha llevado una incorporación de los hombres a las actividades domésticas y de cuidado a hijos e hijas.

1.4 Si el padre no cuida ¿Quién cuida?

Históricamente el rol de cuidado ha recaído en las mujeres, actividad que se realiza en el ámbito privado y subvalorado social y económicamente. La perpetuidad de esta subjetividad se entiende desde la perspectiva patriarcal definida como *“un sistema de relaciones sociales sexo–políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia”* (32).

En consecuencia, el acto de cuidar se transforma en una apropiación del “cuerpo” y de la fuerza productiva de una mujer en relación a los cuidados que deben realizar a sus hijos/as. Asociado a lo anterior, se presenta el “habitus” de cuidar, que recrea formas de subordinación dirigidas por el binarismo sexual y normas socialmente impuestas (25). Bajo

ese concepto, las paternidades presentan características de resistencia al cambio y se entienden bajo “*sentido común, una doxa dada por sentada*” (21)

Durante el siglo XX y lo que va del XXI, a pesar de los cambios socio-políticos y culturales, la crianza continuó siendo ejercida por parte de las mujeres. Según la encuesta CASEN del año 2015, los hogares monoparentales liderados por mujeres son diez veces más que los llevados por hombres (33). Otro ejemplo de esta situación es el establecimiento del rol productivo al interior de la sociedad. Según el estudio realizado por el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), “*el 65% del trabajo remunerado es realizado por los hombres y el 35% por las mujeres. En cambio, los hombres realizan un 29% y las mujeres un 71% del trabajo no remunerado*” (34).

Asimismo, según la encuesta IMAGES, un 87,5% de los hombres estuvo de acuerdo con la frase “en general tengo la mayor responsabilidad de proveer para mi familia” y un 54,4% mencionó que “el rol más importante de la mujer es cuidar de su hogar y cocinar para su familia”. En la misma encuesta se determinó que las actividades que normalmente hacen los padres con sus hijos/as son juegos y cambio de pañales o ropa, mientras que las tareas domésticas efectuadas se ligan a reparaciones del hogar y pago de cuentas (35).

En la misma dirección, en América Latina, el 86,8% de los hogares monoparentales tiene una jefatura femenina. (28), mientras la evidencia demuestra que, en algunos países de Latinoamérica y el Caribe, las mujeres se ocupan cinco veces más en tareas de cuidado en comparación a los hombres y destinan 33 horas semanales para estas labores (36). Los hogares monoparentales liderados por varones, por su parte, tienden a utilizar redes de apoyo más amplias y ligadas a mujeres (abuelas o hijas) para cubrir el trabajo doméstico (28). Por lo anteriormente señalado, es que el actual estado de paternidades sigue siendo de “acompañante” o “apoyo” a lo que efectúa la madre en relación al trabajo reproductivo (labores domésticas y de cuidado) (13,37). Este fenómeno ocurre debido a la proyección de heroicidad que produce compatibilizar el trabajo con el cuidado y el nulo acercamiento simbólico con mujeres que efectúan con mayor intensidad actividades de trabajo reproductivo (21). Por otra parte, y siguiendo el estudio efectuado por Armijo, en los

discursos de varones en la ciudad de Santiago-Chile diferencian la maternidad y paternidad a pesar de efectuar mismas tareas, por lo que ser padre trasciende el propio cuidado y emergen argumentos basados en la biología de la mujer (embarazo y lactancia) (21). En síntesis, las paternidades son una representación difusa en comparación a la percepción de la maternidad (38).

1.5 Trabajo y paternidades

Múltiples autores señalan que el trabajo es una dimensión humana que afecta y moldea la capacidad de cuidado por parte de un padre. Entre las causas que afectan el rol paterno - además de las detalladas anteriormente- se encuentran las brechas salariales entre hombres y mujeres, como también los escasos permisos para dedicar al cuidado de un niño/a (36). En cuanto a las brechas salariales entre hombres y mujeres, en promedio alcanza un 19% en América Latina y el Caribe (36). Otro elemento importante es el desarrollo intelectual posterior a la llegada de un niño o niña a una familia. Se estima que por motivos salariales y escasas políticas públicas de acompañamiento en la crianza, las mujeres disminuyen su participación en educación formal en contraposición a las mismas posibilidades desarrolladas por hombres (36). Esta condición hace que el cuidado por parte de las mujeres sea un círculo interminable.

Otro aspecto relevante relacionado al escaso involucramiento de los padres en el cuidado de sus hijos e hijas son las condiciones del trabajo. A diferencia de otros países con políticas de compatibilización de trabajo/familia, Chile presenta largas jornadas de trabajo (39) que, sumado a deficiencias en el desarrollo urbano y al rol hegemónico de proveedor/autoridad, producen que hombres trabajadores pasen menos tiempo con sus hijos/as. En consecuencia, existe una contradicción importante en el desarrollo de las paternidades: una nueva masculinidad que empuja ser responsables del cuidado de niños/as y una estructura o manto socio-económico (ser proveedor, buscar más de un trabajo para solventar el costo de la vida, etc) que genera dificultades prácticas en el ejercicio de la paternidad (13). Según un estudio cualitativo realizado en Chile respecto a las responsabilidades parentales y laborales, concluyó que existe tensión entre las expectativas de mayor tiempo de contacto

con su hijos/as y las condiciones laborales en trabajadores dependientes (postnatal de cinco días, extensas jornadas laborales y tiempo de movilización al trabajo). Asimismo, el estudio señala que las estrategias para mitigar el déficit patriarcal son moderadas, de comportamiento compensatorio y responden a los tiempos libres que tienen los padres en torno a la crianza, por lo que no son protagónicos en el cuidado (39).

Por otra parte, Sánchez-Basilio investigó la percepción de paternidad en varones adolescentes y concluyó que un elemento central en la paternidad es ser proveedor económico (40).

1.6 Políticas de fomento de la paternidad.

Las políticas de fomento a la paternidad responsable son parte importante en la transformación del rol proveedor hegemónico por parte de los padres (41). Esto, además, se ha visto demandado debido a la discusión de grupos de poder en torno a los aspectos positivos del involucramiento paterno y la posibilidad de “democratizar” el cuidado. A nivel mundial, los países nórdicos asumieron dichas políticas como parte de la seguridad social desde la década del 70`. De ellas se han reportado impactos positivos relacionados a la disminución del consumo de alcohol por parte de los padres, disminución del riesgo de mortalidad en el mismo grupo, rentabilidad social elevada y disminución de lesiones infantiles (42-44).

En Latinoamérica las políticas de participación de padres en la crianza son insuficientes para los desafíos y tensiones actuales. En la gran mayoría de los países existen solo entre 2 a 8 días de postnatal intransferible a los padres y en otros aún no existe legislación que posibilite esta situación (41).

Particularmente en Chile y Brasil, existen estrategias políticas y territoriales que instan a los padres a estar presentes activamente en la crianza de sus hijos e hijas. Sin embargo, no existen estudios que evalúen el impacto de las estrategias y la transformación social que experimenta la población en cada país (8).

En Chile, se reconocen al menos cuatros estrategias que fomentan la paternidad, a saber:

- Permiso por nacimiento de hijo/a: 5 días hábiles posterior al nacimiento.
- Permiso postnatal al padre transferible entre padre y madre.
- Guía “Paternidad activa” del Programa Chile Crece Contigo: incluye una mirada crítica al actual escenario de cuidado y trabajo doméstico que efectúan mujeres, entregando recomendaciones para subvertir dicho panorama.
- Ley 20.680 de Tuición compartida: regula la tuición de niños/as de manera compartida entre madres y padres que viven separados.

No obstante, las políticas de fomento de paternidad responsable siguen siendo insuficientes para una adecuada interacción de padres con sus hijos/as. A modo de explicación, el posnatal no es irrenunciable para el padre y, considerando las brechas salariales entre hombres y mujeres, quien continúa efectuando actividades remuneradas es el hombre, mientras la mujer con los cuidados en el hogar. Ejemplo de ello es el uso marginal de la licencia post-natal por parte de los varones, llegando a 20 casos por mes (11). Asimismo, estudios señalan barreras en cuanto a contextos de baja protección social y que no contemplan estructuras para acompañar el cuidado de niños/as, como es la falta de jardines infantiles, políticas laborales pro-familias y las diferencias salariales entre hombres y mujeres (8).

2. Representaciones sociales

2.1 Teoría de representaciones sociales

La teoría de representaciones sociales tiene su origen en el trabajo realizado por Serge Moscovici. En su tesis titulada *El psicoanálisis, su imagen y su público*, el psicólogo social rumano planteó como eje fundamental de su investigación el comprender cuál es el sentido común que existe detrás de un objeto de investigación (45). En palabras de Moscovici, la teoría de representaciones sociales surge de las aproximaciones de Durkheim en relación a las representaciones colectivas, que proponía un análisis del individuo a través de un

pensamiento colectivo organizado, basado en valores, normas y creencias. Sin embargo, Moscovici planteó que es necesario comprender el imaginario o sentido común a través de la diferencia de pensamiento colectivo en sociedades modernas, esto quiere decir que no existe un *“único sentido común o pensamiento colectivo”* sino que existen varios coaccionando o tensionando la vida humana a propósito de la fragmentación social (46). Por lo tanto, las representaciones sociales van en dirección a comprender el sentido común que se construye en función de la interacción social y la vida cotidiana de grupos sociales determinados (47), por lo que un mismo objeto de investigación puede tener múltiples representaciones, involucrando aspectos cognitivos, simbólicos, afectivos, valóricos, culturales, ideológicos y de posición social (48). En consecuencia, la representación social es un conocimiento de sentido común, socialmente compartido y práctico cuyo propósito es dominar el entorno (48).

Es importante destacar que las representaciones sociales son un binomio compuesto por un objeto y un sujeto, es decir se requiere de algo para que “alguien” lo represente. Autores señalan que, desde una perspectiva práctica, resulta difícil de dilucidar cuales son las relaciones entre las dimensiones que afectan una representación social (48).

De acuerdo a Moscovici, las representaciones sociales tienen las siguientes funciones: identitaria, de conocimiento, de orientación y justificatoria. En particular, la función de orientación permite comprender los comportamientos y prácticas sociales con el fin de interpretar la realidad (48) Las representaciones sociales, en consecuencia, se componen por las dimensiones de actitud, información y campo de representación.

La actitud se encuentra en la dimensión conductual ya que, en general, se plantea como positiva o negativa al objeto de representación (49). A su vez, se imprime un componente afectivo por el cual se visualiza el comportamiento hacia el objeto. Dada la relevancia de la actitud es que resulta, para los estudios de representaciones sociales, la dimensión más investigada. En ella, además, se observa la práctica existente en la representación social que involucra el campo colectivo, histórico y cultural por sobre las acciones individuales (47).

La información es el conocimiento del objeto de representación, sin distinción si estos son difusos o claros, divergentes o convergentes. Uno de los elementos relevantes en la dimensión información es dar cuenta de las características del conocimiento acumulado por un grupo que, en general, modera o influye en la construcción del conocimiento en torno al fenómeno a representar. Por lo tanto, la información está supeditada a la cercanía o lejanía que tienen los sujetos al objeto de representación. El campo de representación es el contenido jerarquizado cuyo propósito es comprender los elementos de la imagen, basado en aspectos cualitativos provenientes de las dimensiones actitud e información (49).

Por otra parte, con el fin de realizar una representación social, Moscovici plantea dos procesos: Objetivación y Anclaje (49).

La objetivación es el momento donde los aspectos abstractos, imaginativos y conceptuales se tornan en un objeto concreto. Se efectúa mediante 1) La construcción selectiva: Referida a la descontextualización de los elementos relevantes para el sujeto respecto al objeto de estudio; 2) Esquematización: proceso por el cual se visualiza la imagen del objeto, por tanto, definida como la visión que tienen los sujetos del objeto a representar: 3) Naturalización: los elementos del objeto de representación forman una existencia propia mediante una imagen (49).

El “anclaje” es un proceso de integración de información recolectada en el paso de objetivación, permitiendo explicar la representación a través de declaraciones previas al fenómeno o, a su vez, transformando la representación social. En esa dirección, el anclaje favorece el contacto con la novedad, produciendo la dualidad entre lo rígido y dinámico en la representación social (49). En síntesis, la representación social se dirige a comprender también la posición social de grupos y que grado de influencia tienen en el sentido común (47).

2.2 Representaciones sociales y salud pública.

A partir de las investigaciones realizadas por Jodelet, la autora plantea una perspectiva cultural en el campo de la salud (50). Particularmente, la Psicología y sociología han comprendido que la salud, además del componente “cuerpo”, incluye aspectos relacionados al contexto histórico, cultural y posición social (51). Desde esa mirada, se pueden comprender las prácticas individuales, colectivas y las acciones institucionales en el plano sanitario.

Viveros plantea que la salud debe ser analizada en una estrecha relación con el entorno, cuyo propósito es integrar los elementos contextuales a los individuos (52), mientras Banchs menciona la importancia de integrar la perspectiva que tienen las personas respecto a salud y que ésta mirada se encuentra imbricada a los programas de salud pública (53). De acuerdo con Flick, las representaciones sociales contribuyen a mejorar los servicios sanitarios. Recomienda la incorporación del ámbito social en la práctica y formación de profesionales de la salud como cuestionamiento al modelo biomédico, reconociendo el conocimiento acumulado por parte de grupos sociales que, generalmente, son invisibilizados en la atención de salud (54).

En un estudio sobre el estado del arte de representaciones sociales y salud se concluyó que la mayoría de las investigaciones se encuentran relacionadas a las áreas de Psicología, Medicina, Enfermería y Sociología. Asimismo, se establecen orientaciones para comprender el proceso de salud-enfermedad desde dimensiones que van más allá de la biológica (55).

Los estudios de representaciones sociales en el ámbito sanitario se orientan fundamentalmente a comprender el proceso de salud-enfermedad. La mayoría concluyen en la salud como un elemento central de la vida humana, caracterizada por el bienestar de la población (56-59)

2.3 Representaciones sociales y paternidades

La paternidad ha sido un objeto de estudio en las últimas décadas a propósito del cuestionamiento social del escaso involucramiento en el cuidado de hijos/as y al trabajo doméstico. Las investigaciones en el ámbito de las representaciones sociales y paternidad se han ido desarrollando en Latinoamérica en grupos homogéneos y definidos (60).

Un estudio realizado en Chile, durante el año 2014 respecto a representaciones sociales femeninas en torno paternidad, identificó dos grandes dimensiones “A) Representaciones de un buen padre: del ser y del hacer, y B) Factores facilitadores y obstaculizadores de la buena paternidad” (61). En esa dirección, se representó la “buena paternidad” desde la afectividad, la realización de labores de cuidado y en el ejercicio de autoridad con los hijos/as. Respecto a los factores facilitadores y obstaculizadores, se identificó la cultura (machista), el contexto familiar, la comunicación de pareja y las expectativas de la madre en relación al cuidado del hijo/a como los aspectos más relevantes en la consolidación de una buena paternidad (61). En esa misma dirección, Castilla, en una investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires a padres de barrios pobres, concluye que el “buen padre” presenta tres atributos: ser afectivo, proveedor y autoridad. Este resultado es concordante con las investigaciones de Schutz en el año 2003 (62). Valdés y Godoy, por su parte, coinciden en que la paternidad se encuentra en una situación de ruptura con las formas antiguas de ser padre, evidenciado en la cercanía emocional con hijos/as (63). Particularmente en barrios pobres, las condiciones de trabajo, salario, políticas, y otras desigualdades estructurales hacen que “paternar” (vínculo entre padre-hijos/as) sea visibilizado desde una perspectiva de masculinidad hegemónica (62). Similar es el estudio realizado en el marco de una tesis de pregrado en el Municipio de Ciénaga-Colombia (64).

Otro abordaje interesante es el realizado por Barreto, quien menciona que las políticas públicas de paternidad deben considerar las representaciones sociales dada la importancia de comprender el sentido común, la imagen social y las relaciones en torno a las paternidades (65). Es así como la paternidad -como objeto de representación social- ha tenido impacto en otros espacios de política institucional como refiere una investigación

efectuada en el análisis de los discursos respecto a la discusión sobre la Ley de matrimonio igualitario en el parlamento de Uruguay (66).

Por otra parte, investigaciones locales han reportado categorías ligadas a las paternidades como es la integralidad del hombre y la calidad de la relación de pareja, esta última comprendida en la percepción que tienen los varones en cuanto a relaciones armónicas con sus parejas y cómo ellos pueden realizar acciones de cuidado de forma innata. Asimismo, se asevera que la afectividad y la presión social son condicionantes para dicha transformación (67).

Los estudios de representaciones sociales y paternidad en medios de comunicación han sido construidos a través de técnicas de análisis documental. Es el caso de una tesis de postgrado en la Ciudad de Bogotá que analizó un periódico colombiano. Se concluyó que la palabra “Paternidad” es poco utilizada en comparación a papá y que, en general, los registros de prensa tienen como propósito reconocer o exaltar la figura del padre. Además, se evidenció que las principales funciones en torno a las paternidades son: cuidar, proveer económicamente, aconsejar y educar (68).

Otra investigación efectuada por Ladino y López han explorado en la importancia de las familias como efecto de transferencia intergeneracional y las influencias del contexto en relación a las paternidades (69).

Existen, a su vez, otros matices de representaciones sociales de paternidad. Es el caso de los estudios realizados por Montenegro et al relacionados a las representaciones sociales de paternidad en padres con hijos gays. A través de un abordaje cualitativo, los/as investigadores concluyen que, a pesar de observar una masculinidad hegemónica en la mayoría de los padres entrevistados, existe una transición a una paternidad moderna que involucran aspectos como crianza democrática, afectividad y entendimiento de las orientaciones sexuales de sus hijos (70).

Por otra parte, las investigaciones de representaciones sociales de paternidad que involucran ámbitos de salud es escasa. En un estudio cualitativo realizado con padres de sectores populares de la comuna de Peñalolén-Santiago de Chile, se identificó a las instituciones de salud como obstaculizadoras del ejercicio de paternidad. (24). En particular, los padres que participaron en la investigación sentían que eran maltratados en los Cesfam, principalmente invalidando su presencia en los cuidados de salud de sus hijos e hijas (24).

En lo que respecta a investigaciones en torno a representaciones sociales de paternidad por parte de profesionales y técnicos sanitarios, no se encontró evidencia en las bases de datos consultadas. En consecuencia, resulta imperante comprender la paternidad, sus prácticas e imagen desde la perspectiva de quienes atienden a niños/as en los Centros de Salud Familiar, fundamentalmente por la importancia que sus acciones e interacción con progenitores puede tener sobre el cuidado de la niñez.

3. Contexto del estudio: Atención primaria de Salud

3.1 Atención primaria de salud en Chile

La atención primaria de salud (APS) es el primer nivel de atención en los sistemas sanitarios. Desde su conceptualización, creación y puesta en marcha, ha tenido como propósito la superación de las desigualdades en salud, conminando a las naciones del mundo a efectuar un cambio paradigmático ligado a la justicia social, la participación y la solidaridad, en contraposición a la atención biomédica hegemónica (71).

En Chile, la APS se ha constituido como un pilar fundamental para la atención de salud a la población, en consecuencia, a la experiencia sostenida en las primeras décadas del siglo XX. Según el historiador Marcelo López Campillay, la práctica de la APS se desarrolló con el apoyo de organizaciones obreras, esto debido a la escasa intervención del Estado (72). Fuster y Moscoso profundizan en la relevancia de dichas organizaciones en el cuidado de la Salud en su libro titulado “La Hoja Sanitaria de la IWW y la medicalización de la organización obrera en Chile (1924-1927)”. El texto explica, a través de un análisis documental, las distintas estrategias utilizadas por las organizaciones de trabajadores/as

para mejorar su nivel de bienestar (73). A juicio de los autores, la práctica de APS ya se encontraba en escena a través de la hoja sanitaria, visitas domiciliarias, cuidados preventivos, entre otras.

Posteriormente, durante el periodo de Estado de Bienestar (1924-1973), los gobiernos comenzaron a fortalecer el aparato estatal en función a derechos sociales básicos. En esa dirección, la estructura sanitaria se organizó en torno al primer código sanitario (1918), la creación del seguro obrero (1924) y al Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1956. El SNS permitió incluir una perspectiva preventiva a las acciones de salud efectuadas hasta ese momento. Por lo anterior, la infraestructura estatal sanitaria fijó como objetivo la ampliación de los centros de atención ambulatorias (Consultorios periféricos) con el fin de disminuir, mediante acciones preventivas, la mortalidad de la población (74). Durante las décadas del 1960 y 1970, el desarrollo de la APS en Chile tuvo un matiz social debido a la creación de los Consejos locales de salud, permitiendo, en palabras de López-Campillay, un camino al protagonismo comunitario (72). Fue en ese contexto que la APS logró vincular la práctica sanitaria y social en un espacio político-transformador de la realidad, una verdadera medicina social construida en la acumulación de fuerza popular de varias décadas.

Sin embargo, la dictadura cívico-militar produjo una serie de transformaciones en el ámbito de salud. Los valores de solidaridad y justicia social del Estado de Bienestar fueron reemplazados por uno subsidiario y neoliberal. La APS no quedó ajena a esos cambios y, a partir de 1979, pasó a ser administrada por los municipios (72). En palabras del académico Oscar Arteaga, el traspaso de la APS a las municipalidades fue un paso intermedio para llevarla a una privatización total (72).

Posterior a la dictadura, la APS se reformó respecto a sus mecanismos de financiamiento y estructura. En relación al financiamiento, se instauraron dos modalidades en el marco de la ley 19.378: 1) Per cápita dinero asignado mensualmente por cada persona inscrita en un Centro de salud) y 2) Programas de salud: pago prospectivo por prestación (75). Para el año 2018, el 71% del presupuesto global de la APS fue por modalidad per cápita (75).

Respecto a la estructura, los Consultorios periféricos fueron reemplazados por los Centros de Salud Familiar (Cesfam) desde el año 1997. El cambio fue argumentado en la necesidad de construir un modelo de salud de atención integral con enfoque familiar y comunitario, posibilitado toda vez que la incorporación de acciones de promoción/prevención, la participación de las personas y la atención de calidad fuese pilares concretos en la acción sanitaria (76). Actualmente, en Chile, existen 458 Centros de Salud Familiar (77) y trabajan 58.948 funcionarios/as según datos del año 2017 (78).

Es importante mencionar que gran parte de la atención de salud otorgada por la APS durante el siglo XX fue dirigida al binomio Madre-Hijo/a debido a las altas tasas de mortalidad materno-infantil. En palabras de la historiadora María Soledad Zárate, la necesidad de atención a los recién nacidos y sus madres se documentó desde la segunda parte del siglo XIX (79). Posterior a ello, la atención sanitaria a este grupo fue asumida por el Estado mediante la atención de parto y la supervisión del crecimiento de niños/as hasta los 2 años (80), cuestión que se mantuvo como prioridad hasta 1990. La aparición del padre como sujeto en la atención de salud de niños/as ocurrió en las deliberaciones efectuadas en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo organizada por la ONU en 1994 en la Ciudad de El Cairo-Egipto. En esa instancia se discutió ampliamente respecto a las responsabilidades de los hombres en torno a la salud sexual y reproductiva, como también en los mecanismos de fortalecimiento de una paternidad responsable (81). Posterior a ello, en Chile, pasaron varios años para llevar a cabo una política pública que permitiera visibilizar y promover la paternidad responsable, como es el caso del Programa de Protección a la infancia: Chile Crece Contigo en el año 2009.

3.2 Atención primaria de Salud y Paternidades

La atención primaria de Salud es un espacio, como bien se explicó anteriormente, de transformación. En esa dirección, las acciones que se efectúan al interior de los Centros de atención primaria, particularmente en los Cesfam, pueden contribuir a perpetuar o transformar aspectos de la realidad social. Según Aguayo, Correa y Kimelman, las acciones

de salud entregadas por parte de los funcionarios del sistema público sanitario permitirían generar cambios culturales y potenciar el rol paterno en la crianza (27).

Durante el año 2012 se efectuó una investigación cuyo propósito fue conocer la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile. La investigación, liderada por Francisco Aguayo, incluyó análisis de la Encuesta IMAGES de Masculinidades y equidad de género, encuesta de paternidad a los profesionales de la salud, a los propios padres y un abordaje cualitativo a los distintos sujetos de estudio (27).

En lo que respecta a la encuesta IMAGES, se concluyó que cerca del 30% de los padres asistieron a todos los controles prenatales de sus hijos/a y la mayor participación se llevó a cabo por padres con un mayor nivel educativo. En cuanto a cuidados de salud, siete de cada diez hombres mencionaron que sus parejas se ocupaban de la enfermedad de un hijos/as (27).

En cuanto a la encuesta aplicada a los profesionales de la salud, tres de cada diez creen que las madres tienen más capacidad que los padres para cuidar a hijos/as y el 98,2% se encuentra en desacuerdo con la aseveración “el hombre debe ser quien tiene la última palabra en las decisiones importantes del hogar”. Las indicaciones que entregan los profesionales sanitarios para fomentar la co-responsabilidad en el cuidado de hijos/as se relacionan con su participación en la estimulación de niños/as, compartir con la madre el cuidado y jugar. Respecto a capacitaciones en temas de género, el 62,2% de los/as encuestados/as mencionó haber recibido este tipo de instancias, no obstante, solo en el 45% de ellas señalan que se profundizó en aspectos de paternidad. Asimismo, existe una alta autopercepción de los/as profesionales de que se dirigen por igual al hombre y a la mujer en el contexto de las consultas de salud (27).

La misma encuesta arrojó que el 24,7% de los padres asiste a los controles de salud con sus hijos/as. Los motivos de inasistencia a controles de salud infantil percibidos por los/as encuestados/as son los horarios inadecuados, el tiempo en el trabajo y la falta de facilidades en los empleos. Cuando el padre no asiste al control de salud, el 30,1% de los profesionales

a veces o nunca pregunta por el padre y el 32,7% no motiva a la madre a que venga el padre al siguiente control sanitario. Por otra parte, sólo el 37,8% de los/as encuestados/as mencionan que sus Centros de salud han efectuado talleres para promover la paternidad y el 24,4% afirma que ha recibido recomendaciones desde nivel central en los últimos cinco años respecto a la manera de incluir a los padres en la atención de salud (27).

En relación a la percepción por parte de los padres respecto a la atención de salud (n=197), el 67,5% menciona haber pedido permiso en el trabajo para algún tema de salud de su hijo/a y el 46,5% percibe, en el control de salud infantil, que los profesionales solo se dirigen a las madres. Asimismo, solo el 32,5% de los padres encuestados menciona haber visto una campaña que promueve la paternidad dentro del sistema de salud, el 49,2% cree que los Centros de Salud no son acogedores con los padres y un 50% está de acuerdo con que los servicios de salud están diseñados para atender a las madres y no a los padres hombres (27).

Las investigaciones relacionadas a la atención de salud y promoción de paternidades se centraron en estudios relacionados al sesgo de género en la atención sanitaria.

Los estudios de género y salud han permitido vislumbrar los sesgos que existen al momento de atender a un hombre o mujer, cuestión que aplica también al enfrentamiento diferenciado desde la atención de salud de sus procesos, necesidades y participación en los cuidados de los hijos/as. De acuerdo con Braidotti, el género es un elemento de acceso a los recursos de salud (82). Esto, en palabras de María Teresa Ruiz, requiere interpretación de los procesos sociales que involucran las desventajas en la atención sanitaria (83). Asimismo, existen estudios que vinculan la atención de salud con los posibles sesgos de género. Resulta interesante la dimensión relacionada al proceso de “prevención y seguimiento”, en el cual se ve afectada la cantidad de procedimientos y la autonomía de las personas según la necesidad de atención en salud (84).

En el ámbito de las paternidades, existen estudios que corroboran el sesgo de género a través de experiencias en la atención de salud, particularmente en el proceso de parto y

puerperio. Los relatos de varones mencionan la invisibilización por parte de los/as profesionales de la salud, anulando aspectos emocionales y vivenciales al momento de conocer a sus hijos/as. (85-86)

El Ministerio de Salud de Chile incorporó, en las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red del año 2015, la presencia y participación de los padres en el contexto del control de Salud Infantil, sin embargo, la presencia en dicha instancia no asegura una paternidad responsable pues no se evalúan elementos cualitativos en la interacción del padre en el control de salud infantil, su participación al momento de sostener la entrevista, entre otros aspectos.

En consecuencia, se desconoce las representaciones que existen por parte de los/as trabajadores de la salud respecto a cuáles son las imágenes de paternidades y su relación con las prácticas en la atención de salud. Finalmente, resulta relevante lo mencionado por Joffe respecto a la importancia de entender la influencia social por sobre las acciones individuales ya que no se encuentran separadas (47). En ese sentido los aspectos culturales y sociales ejercen una presión sobre el actuar de los individuos y que son desconocidas para el ámbito de las paternidades.

3.3 Atención primaria de Salud en la comuna de Valparaíso

La ciudad de Valparaíso se encuentra ubicada en la región costera de la zona central de Chile y tiene una extensión de 401,6 km² (87). Limita al norte con la Ciudad de Viña del Mar, al oeste con el océano Pacífico y al Sur-Este con la ciudad de Casablanca. En la comuna habitan 296.555 personas, distribuidas en un 48,9% de hombres y 51,1% de mujeres (26). La población infantil representa el 17,76%, la adolescente-adulto temprano un 23,13%, los adultos medios y tardíos un 44,2% y adultos mayores en un 13,61% (26).

Tabla 1. Características socio-demográficas y económicas de la comuna de Valparaíso (88)

Población Total (Hab)	Tasa de natalidad (c/ 1000 nacidos habitantes)	Tasa de mortalidad (c/ 1000 habitantes)	Pobreza Multidimensional (%)	Pobreza por ingreso (%)
296.655	13,39	7,2	17,05	15,42

En relación a indicadores sociales, el porcentaje de personas carentes de servicios básicos es de un 11,2%, mientras que los hogares con hacinamiento corresponden al 15,7% (88).

Desde el punto de vista geográfico, Valparaíso es una ciudad construida fundamentalmente en accidentes topográficos. En esa dirección, alrededor del 97% de la población vive en los 46 cerros de la comuna. El otro 3% de la población habita en lo que se denomina “Centro” o “Plan”, caracterizado por concentrar el comercio y los servicios de la ciudad (89). En consecuencia, gran parte de la vida del ciudadano/a de Valparaíso se efectúa entre el “Centro” y el cerro.

Los cerros son extensiones elevadas de la ciudad que limitan unos con otros mediante “quebradas”. Los cerros, a su vez, envuelven a la ciudad y se distribuyen en paralelo a la posición del mar formando un anfiteatro natural con la bahía (90). El proceso de ocupación habitacional de la ciudad ha avanzado desde el Centro hacia el cerro, esto quiere decir que las partes más altas de Valparaíso son sectores de difícil acceso y que -en general- son lugares con escasez de servicios básicos como es electricidad, agua, recolección de basura, entre otros.

La comuna de Valparaíso presenta una red de atención primaria administrada fundamentalmente por la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), incluyendo postas rurales, Sapu, Cefam y Cecosf. En lo que respecta a Cefam, Valparaíso cuenta con 14 Centros de Salud Familiar, de los cuales 12 son administrados por la CORMUVAL y 2 por el Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio (87).

Actualmente, los Cesfam administrados por la CORMUVAL, están distribuidos en los cerros de la comuna y su población válidamente inscrita asciende a 217.239 para el año 2018, lo que corresponde al 73,3% de la población total de la ciudad (87).



Fuente: Corporación Municipal de Valparaíso

De acuerdo al Plan comunal de Salud 2018-2022 (87), la Corporación Municipal de Valparaíso ha propuesto los siguientes objetivos estratégicos:

- Disminuir factores de riesgo a nivel familiar según prioridades epidemiológicas.
- Aumentar niveles de resolutivez en APS en la gestión de la demanda.
- Aumentar el nivel de calidad y seguridad de la atención a los usuarios.
- Reducir el riesgo de emergencias y desastres en salud en base a la capacidad de respuesta de los CESFAM, SAPU y comunidad organizada.
- Reducir la morbilidad de los problemas de salud prioritarios por ciclo vital, con énfasis en la población adolescente y adulto mayor

Para dar respuesta a las necesidades de atención de salud, la CORMUVAL cuenta con 984 jornadas completas equivalentes.

En esa dirección, los Cesfam cumplen un rol importante en las coberturas de prestaciones de salud, para lo cual se establecen prestaciones en el marco del "Modelo de Salud Familiar

y Comunitario”. En la siguiente tabla se puede observar las principales prestaciones realizadas en los Cesfam de la comuna de Valparaíso.

Tabla 2. Cartera de principales servicios APS-Cormuval Valparaíso.

Actividades
Control de salud infantil
Consultas de morbilidad
Inmunizaciones
Atenciones domiciliarias
Control de enfermedades crónicas
Control de salud adolescente
Control prenatal-puerperio
Control y consejería en salud sexual-reproductiva
Control a personas mayores
Intervenciones psico-sociales
Consultas Odontológicas
Tratamiento de curaciones

Fuente: Corporación Municipal de Valparaíso

Cesfam Rodelillo

El Cesfam Rodelillo se ubica en Calle La Merced 4350 en el Cerro Rodelillo, en la zona noreste de la Ciudad. El Cerro Rodelillo es un territorio en la periferia de la ciudad, por lo que se denomina zona de expansión urbana. Se caracteriza por presentar al menos 5 tomas de terrenos que se han regularizado a través del Ministerio de Vivienda y la Municipalidad de Valparaíso. La conectividad vial es escasa al ser delimitada por dos vías de alto flujo como es la Avenida Agua Santa y Santos Ossa (91).

La población atendida, según datos del Fondo Nacional de Salud (FONASA), es de 15.873 habitantes distribuidas en forma representativa de la realidad nacional. Su población es mayoritariamente vulnerable, con asentamiento urbano-marginal. En esa dirección, se

distinguen tomas de terrenos de difícil acceso en los sectores más altos del cerro en cuestión, con falta de acceso a servicios básicos. De la misma forma, el sector cuenta con colegios, iglesias, almacenes, bomberos y cuartel de Carabineros.

Respecto a los funcionarios del Centro de Salud, se encuentra constituido por 6 enfermeras/os, 4 médicos/as, 4 matronas/es, 14 profesionales de otras disciplinas, 36 técnicos sanitarios y 15 administrativos.

Cesfam Padre Damián

El Cesfam Padre Damián se ubica en calle Cabritería Norte 2055, Cerro Placeres, en la zona alta de la ciudad de Valparaíso. Sus instalaciones datan de 1995, a propósito de la necesidad de construir, con aporte del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), un Centro de Salud para la población del sector. Desde el punto de vista geográfico, se encuentra ubicado en la periferia de la ciudad, por lo que se caracteriza tener altos niveles de vulnerabilidad socio-económica y una regular conectividad vial.

La población atendida es de 16.545 personas según información de FONASA. El sector cuenta con jardines infantiles, escuelas, comercio local, entre otras.

El Cesfam Padre Damián cuenta con un total de 5 enfermeras/os, 3 médicos/as, 4 matronas/es, 17 profesionales de otras disciplinas, 29 técnicos sanitarios y 16 administrativos. (92).

III. Objetivos

4.1 Objetivo general

Analizar las representaciones sociales sobre paternidades que tienen técnicos y profesionales sanitarios que acompañan, desde sus distintos roles, el cuidado de la salud infantil en Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Valparaíso.

4.2 Objetivos específicos

- Conocer el contenido de las representaciones sociales de los técnicos y profesionales sanitarios sobre paternidades y su relación con el cuidado infantil en el contexto de las acciones de seguimiento de salud infantil desde los Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Valparaíso.
- Analizar las diferencias de representaciones sociales de paternidades entre técnicos y profesionales sanitarios que acompañan, desde sus distintos roles, el cuidado de la salud infantil en Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Valparaíso en cuanto a las representaciones sobre paternidad.
- Analizar las prácticas vinculadas a las representaciones sociales de paternidades reportadas por técnicos y profesionales sanitarios que acompañan, desde sus distintos roles, el seguimiento de salud infantil en Centros de Salud Familiar (Cesfam) de la comuna de Valparaíso.

IV. Marco Metodológico

1. Fundamentos del enfoque cualitativo.

Para analizar las representaciones sociales de paternidad por parte de un determinado grupo humano, es necesario abordarlas desde una perspectiva que permita explorar los discursos y prácticas detrás de este constructo, incluyendo al investigador en la comprensión analítica y holística del problema. Para ello, la metodología adecuada es la proveniente de la investigación cualitativa, la cual faculta comprender fenómenos a partir de las percepciones, significados e interpretaciones de los propios individuos (93).

Para dar respuesta a los objetivos de la investigación, se utilizó la teoría de “representaciones sociales”, cuyo propósito es comprender el sentido común de un fenómeno mediante los valores, prácticas y comunicación entre individuos o grupos sociales.

La teoría de representaciones sociales comienza con las investigaciones efectuadas por el psicólogo Rumano Serge Moscovici. Moscovici, influenciado por el concepto de representación colectiva de Émile Durkheim, propone una forma distinta de analizar fenómenos cotidianos de la vida social que involucra el entendimiento de la praxis colectiva y del sentido común. En esa dirección, Moscovici plantea que la representación social es la *“modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos”* (45).

Por otra parte, la psicóloga francesa Denise Jodelet enfatiza que las representaciones sociales es la relación entre sujetos y objeto de estudio, por lo que no se pueden separar uno de otro (94). Incluyen, según Jodelet, una serie de perspectivas relacionadas al discurso de grupos sociales, al estímulo/interés social por debatir un objeto en particular, la posición social de los sujetos y las interrelaciones entre grupos que pueden modificar la representación social de un fenómeno. En síntesis, la representación social se caracteriza por ser simbólica, significativa, constructiva, creativa y autónoma (95).

2. Tipo de estudio.

La presente investigación es de tipo interpretativo. La elección metodológica tiene como fundamento la relevancia en las percepciones y significados de las narrativas de las personas involucradas en la investigación para acceder a las representaciones sociales en paternidad. Se pretende analizar las paternidades desde grupos sociales que, incluso siendo cercanos en la convivencia laboral como es caso de técnicos y profesionales de la salud, pueden presentar diferencias importantes en el sentido común relacionado a dicho constructo.

3. Universo y muestra.

El universo lo constituyeron los/as técnicos y profesionales sanitarios de los Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso que acompañan, desde sus distintos roles, el cuidado de la salud infantil. Se seleccionaron dos Cesfam pertenecientes a la Corporación Municipal de Valparaíso en áreas periféricas, a saber: Rodelillo y Padre Damián. La selección se debió a criterios de factibilidad, homogeneidad socio-económica y cultural de interés de la población atendida, como también la accesibilidad a cada Centro de Salud Familiar.

Se trató de una muestra teórica, cuya composición obedeció a los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Ser parte del equipo de salud del Cesfam Rodelillo o Padre Damián.
- Tener al menos un mes de experiencia efectuando actividades de acompañamiento de salud infantil en el Cesfam Rodelillo o Padre Damián.

Respecto a esto último, se describen las principales actividades/tareas que realizan técnicos y profesionales sanitarios de la APS en el cuidado de la niñez. Es importante señalar que las actividades ejercidas por los/as profesionales sanitarios se caracterizan por contar con mayor tiempo y profundidad de interacción en comparación a los/as técnicos.

No obstante, la relación que tienen técnicos sanitarios es frecuente y se establece vínculos junto a las familias de niños/as toda vez que son el enlace entre padres/madre y profesionales.

Tabla 3. Principales actividades que realizan técnicos y profesionales sanitarios en el cuidado de la niñez.

Técnicos sanitarios	Profesionales sanitarios
<ul style="list-style-type: none"> - Entrega de alimentación complementaria láctea - Visitas domiciliarias - Inmunizaciones - Recepción en Atenciones odontológicas - Recepción en controles de salud infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Talleres de crianza: Nadie es perfecto - Control de salud infantil - Atención en sala de estimulación - Consultas de morbilidad - Visitas domiciliarias - Consultas nutricionales - Inmunizaciones - Atenciones odontológicas

Fuente: Programa Nacional de Salud de la Infancia, Ministerio de Salud.

Criterios de conformación o segmentación de la muestra: corresponden a características que definen distinciones discursivas importantes, en este caso relevantes para diferencias en las representaciones sociales:

- Sexo del técnico o profesional: respondió al interés de captar diferencias de género en la proyección de la construcción social de la paternidad y de las experiencias personales de cada técnico o profesional sanitario involucrado en el cuidado de la salud infantil.
- Estamento: se esperaban diferencias entre el estamento técnico y profesional respecto a la construcción de las representaciones de paternidad asociada al nivel de formación.

Para asegurar la heterogeneidad de la muestra, se consideraron los siguientes criterios:

- Edad: se incluyeron dentro de la muestra personas de diferentes edades a propósito de las influencias socio-culturales y diferencias en perspectivas de paternidades vinculadas a la etapa de vida de cada participante del estudio.
- Paternidad/maternidad: la muestra incorporó tanto a quienes son padres/madres como a lo que no lo son, dada la relación esperada de representaciones sociales y la experiencia personal.
- Profesión: se incluyeron en la muestra distintas disciplinas que tienen mayor contacto en las atenciones en salud infantil: matrones/as, enfermeras/os, médicos/as, educadoras de párvulos, nutricionistas.
- Adscripción religiosa, étnica y/o nacionalidad: se incorporó a sujetos de estudio con alguna de estas condiciones debido a su influencia en las representaciones de paternidades en comparación a otros grupos sociales.

El muestreo, en investigaciones cualitativas, se caracteriza por ser flexible en cuanto a la cantidad y tipo de unidades de análisis, toda vez que el estudio se va desarrollando, alcanzando su definición por saturación, es decir, nuevas unidades de análisis no aportan nueva información para la comprensión del fenómeno (93).

La muestra fue de 12 participantes, siendo equitativa tanto en la categoría de funcionario/a (Profesionales o técnicos sanitarios) como Cesfam (Rodelillo y Padre Damián).

4. Selección de participantes.

La captación de los participantes se realizó mediante un mapa de atención de salud infantil co-construido con las/os encargadas/os del Programa Nacional de Salud de la Infancia y Chile Crece Contigo de cada Cesfam. El mapa de atención permitió crear el marco muestral de los técnicos y profesionales involucrados en el cuidado de la salud infantil. En esta etapa

se pueden resguardar la mayoría de los criterios de heterogeneidad y conformación de la muestra, a excepción del sexo de los/as participantes debido a la escasa presencia de varones como funcionarios en ambos Cefam.

La invitación a los/as sujetos de estudio se efectuó de manera formal y mediante correo electrónico explicando los alcances de la investigación. La totalidad de los/as profesionales y técnicos sanitarios invitados/as accedieron a participar del estudio.

5. Técnicas de recogida y producción de datos.

Para el desarrollo de la presente investigación, se seleccionó la entrevista semi-estructurada como técnica de recogida de datos. Las entrevistas semi-estructuradas se caracterizan por ser un espacio personal e íntimo, cuyo propósito es conocer las experiencias, razones, perspectivas de un sujeto frente a un fenómeno determinado. Son flexibles, abiertas y permiten un relato fluido por parte de los/as participantes (93). Las entrevistas semi-estructuradas se realizan con un guion temático para orientar la conversación y su flexibilidad permite añadir nuevas preguntas con el propósito de recabar más información.

Para efectos del estudio, se escogió las entrevistas semi-estructuradas dada la complejidad en cuanto a conocer los contenidos, la estructura y las prácticas en torno a las representaciones sociales de paternidades. Asimismo, la elección de esta técnica favorecerá la comprensión de la paternidad en un espacio íntimo por parte de técnicos y profesionales sanitarios. En ese sentido, las entrevistas semi-estructuradas permiten capturar la expresión de elementos estructurales de la representación social de paternidad y se podrán comparar razonamientos entre los distintos participantes.

Se confeccionó un guion temático con preguntas abiertas y campos de datos generales de la entrevista: información personal del entrevistado/a, tiempo de la entrevista, lugar e identificación del entrevistador.

Cuadro 1. Perfiles de la muestra y número de entrevistas.

Técnica	Sujetos de estudio	Número total de participantes	Sexo
Entrevista Semi-estructurada	Técnicos y profesionales de la salud	Técnicos sanitarios: 6	Femenino: 6
			Masculino: 0
		Profesionales de la salud: 6	Femenino: 5
			Masculino: 1

6. Procesamiento de la información y análisis de datos.

En investigaciones cualitativas, el levantamiento, procesamiento y análisis de datos ocurre de forma simultánea. Por lo tanto, se caracteriza por ser eclético, dialógico, sistemático y reflexivo (93). En cuanto a los estudios de representaciones sociales, autores señalan que existen dos perspectivas analíticas: Estructural y procesual.

Con motivo del estudio, se utilizó **el análisis procesual** descrito por Jodelet, el cual se orienta al contenido de la representación y permite la comprensión de códigos, normas, valores y prácticas involucradas en estudios de representaciones sociales (48, 96). Se justifica, además, por la importancia del contenido de la construcción social de paternidad en contraposición a un análisis estructural que busca establecer una jerarquía del conocimiento, actitud e imagen de la representación. El análisis procesual presenta cinco pasos: 1) identificación de temas frecuentes; 2) Relectura, codificación de temas y transcripción de entrevistas personales o grupales; 3) Construcción de categorías provisionales; 4) Consolidación de categorías provisionales a definitivas y 5) Análisis de las categorías definitivas con marco teórico y experiencias del investigador (96).

Para el procesamiento de la información, las entrevistas semi-estructuradas fueron grabadas y las notas fueron registradas en una bitácora. Toda la información se transcribió en formato Word, asignando identificación a cada documento con códigos según orden de entrevista, sexo y primera letra de apellido paterno y materno, función al interior y letra del nombre del Cesfam.

De la misma forma se incluyó una bitácora de análisis para registrar el procedimiento del análisis, los pasos efectuados, las ideas o categorías emergentes, ajustes de codificación y otros elementos relevantes en el proceso. La presencia de la bitácora de análisis permite que otros investigadores/as puedan observar y verificar el estudio, dotándolo de credibilidad (96).

El análisis de los datos comenzó desde la realización de la primera entrevista y avanzó en la medida de la ejecución de las entrevistas semi-estructuradas. Dicho proceso dialéctico permite identificar los aspectos relevantes de los discursos y acciones de los/as participantes, como también las reflexiones propias del investigador (93). Para efectos del estudio, se realizó una codificación abierta de las unidades de análisis, se categorizó y, a cada una de ellas, se asignó un código. Posteriormente, en una segunda oportunidad, se efectuó un análisis comparativo de las categorías codificadas (categorías provisionarias) con el fin de agruparlas (si fuese necesario) y observar relaciones o diferencias para interpretar el significado de cada una de ellas (categorías definitivas). Para la optimización de la codificación, se utilizó el programa de análisis de texto ATLAS.ti. El proceso culminó con 12 entrevistas y la saturación de las categorías.

7. Limitaciones del estudio

Dentro de las responsabilidades de los/as investigadores se encuentra el reconocimiento de las limitaciones de sus estudios, permitiendo circunscribirlas y situarlas en la medida que avanzan. Para efectos de la presente investigación, se detectaron las siguientes limitaciones:

- Del propio investigador: en este caso, a propósito de la formación en una disciplina eminentemente de salud, existió una limitación en cuanto a la escasa experiencia del responsable del estudio en investigaciones con perspectivas metodológicas proveniente de las Ciencias Sociales. Para subsanar esta situación, además de contar con la asesoría de la Doctora Pamela Eguiguren Bravo, se contó con el apoyo disciplinar por parte de Nicolás Fuster Sánchez, Doctor en Ciencias Sociales de la Universidad de Deusto-País Vasco y académico de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

- De la evidencia en representaciones sociales: existe escasa evidencia científica que permitiera comparar y discutir los resultados de la investigación. Particularmente, no existen datos que involucren representaciones sociales de paternidad en trabajadores de la salud. Para ello, se utilizó constructos teóricos provenientes de estudios de género y masculinidades. Sin embargo, esta limitación fue una oportunidad en cuanto generar aproximaciones en el campo de las paternidades y su representación en personas que realizan atenciones de salud.

- De la imposibilidad de triangulación con otras técnicas de recolección de datos: debido al contexto de pandemia de COVID-19, fue una limitación la triangulación con otras técnicas de recolección de datos como grupos focales u observación de campo. Esta limitación se asoció a las restricciones por parte de los Centros de Salud para acceder a espacios de observación, la suspensión de controles de salud infantil y a los cambios de jornadas (presencial y distancia) de las/os profesionales y técnicos de los Centros de Salud Familiar. En ese sentido, no se logró observar en las prácticas en la atención de salud asociadas a las representaciones sociales de paternidad, generando un logro parcial del objetivo específico 3.

- De la limitación para el análisis de género: a causa del predominio de mujeres trabajadoras en la atención primaria de salud, situación que fue corroborada en los Cesfam Rodelillo y Padre Damián. Por ello, el estudio tuvo participación de solo un varón, impidiendo un análisis de género en relación a diferencias en las representaciones sociales de paternidades entre hombres y mujeres.

V. Aspectos éticos

Los aspectos éticos son fundamentales para el adecuado desarrollo de una investigación. El propósito primario de estas consideraciones es resguardar el bienestar físico y psicológico, como también la dignidad del sujeto de investigación. Particularmente, la investigación cualitativa cuenta con una serie de valores involucrados en su episteme y esencia de generación de conocimiento. Según González, estos son: Valor social/científico, validez científica, selección equitativa de los sujetos, una proporción favorable del riesgo-beneficio y condiciones de diálogo auténtico (97). En cuanto a este último valor, es relevante la disposición de las/os investigadores en reconocer al otro como un sujeto/a eminentemente comunicativo.

Para asegurar estas condiciones y evitar la instrumentalización de las personas, resulta imperativo que las investigaciones cualitativas sean revisadas por comités de expertos/as con el fin de evitar distorsiones, prejuicios o conflictos de intereses. Para este estudio, las consideraciones éticas se relacionan a los relatos de los/as técnicos y profesionales sanitarios respecto a paternidades. La tensión de los discursos y valores deben ser minimizados por parte del investigador a modo de no producir contradicciones en los/as participantes del estudio.

De acuerdo a lo anterior, se solicitó la aprobación del comité de ética de Investigación en Seres humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile mediante protocolo de autorización, el cual detalló el guión de entrevistas semi-estructuradas, el consentimiento informado y carta de declaración de ausencia de conflicto de interés, incluyendo la autorización de las Directoras de los Cesfam Rodelillo y Padre Damián. La aprobación fue con fecha 28 de julio 2020 con N° de Proyecto: 061-2020 y archivo de acta N°: 043.

Posterior a la aprobación del comité de ética, comenzó el trabajo de investigación en cada Cesfam. La participación del estudio fue voluntaria previa a la entrega de información verbal/escrita (hoja informativa) y a la firma del consentimiento informado.



Es importante mencionar que el consentimiento informado no representa un mero instrumento de llenado. Por el contrario, es relevante considerar la adecuada comprensión de cada uno de los puntos a través de un proceso informativo, claro y dialógico, enfatizando en la confidencialidad de la información, el derecho a retirarse en cualquier momento y resguardo de la identidad de cada participante.

Por último, se dispondrá de dos instancias de difusión: 1) resumen de la investigación a cada participante y 2) exposiciones de los resultados en los dos Cesfam colaboradores.

VI. Resultados

En el presente capítulo se exponen los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos que dan respuesta a los objetivos del estudio. A nivel general, se observa una transformación progresiva de representaciones acerca de las paternidades, principalmente en las nuevas generaciones de padres. Sin embargo, aún existen contenidos relativos a una figura paterna hegemónica, relacionada a estructuras patriarcales donde predomina el rol proveedor y de disciplina al interior de las familias. De la misma forma, los contenidos de las representaciones sociales de paternidades están condicionadas a elementos culturales y de las experiencias de los/as participantes del estudio, lo que genera un escaso rol transformador en la atención primaria de salud.

Los resultados se presentan a partir de los elementos que construyen la imagen de las paternidades en cuanto a la información y actitud de dicho constructo, a saber: dimensiones conceptuales de paternidades, atributos de los padres, factores que influyen en las paternidades y proyecciones, idealidades e impactos de nuevas paternidades.

El capítulo continúa con las representaciones sobre paternidades en relación con los roles paternos y maternos en la crianza, como también a las prácticas y acciones relativas a las paternidades.

Finalmente, el capítulo de resultados finaliza con cómo son representados los padres que son usuarios, en el contexto de atención de salud en los Cesfam, particularmente en los tipos de paternidades observadas y/o proyectadas desde la experiencia de los profesionales y técnicos sanitarios, como también el significado de la atención a padres junto a sus hijos/as, las acciones que se realizan en los Cesfam para el fomento de la paternidad y las reflexiones presentes en los equipos de salud de cara a la transformación de las paternidades.

Antecedentes generales de las/os participantes del estudio.

Los/as sujetos de estudio participaron de manera equitativa según lugar de trabajo (Cesfam Padre Damián y Rodelillo) y roles al interior de cada Centro de Salud (profesionales y técnicos sanitarios). El 91,6% de las/os participantes fueron mujeres, cuestión que se debe a que gran parte de las carreras profesionales y técnicas en salud, a excepción de medicina, son eminentemente femeninas. La media de edad fue de 43 años, y el 50% de participantes declaró alguna adscripción religiosa, el 83% tiene hijos/as y 91,6% es de nacionalidad chilena. El tiempo promedio de contrato de los Centros de salud familiar fue de 9,8 años. Las acciones realizadas al interior de los centros de salud fueron similares para ambos estamentos al momento de la realización del estudio. Cabe mencionar que una funcionaria técnico sanitario vive en el sector aledaño a uno de los Cesfam.

1. Imágenes de paternidades: el padre como proveedor

El rol de proveedor dentro de las representaciones sociales de paternidades estuvo muy presente en los discursos de las y los entrevistados/as de manera transversal. Se trata de la responsabilidad de suministrar condiciones básicas para la vida familiar como es la compra de alimentos, pago de servicios relacionados al cuidado de hijos/as. Este rol, a juicio de los/as participantes del estudio, sería sustancial respecto de la responsabilidad paternal cuando es asumida, pero a la vez sería un rol incompleto sin otras responsabilidades por la integralidad de los cuidados de los/as hijos/as.

“sienten poca responsabilidad. Yo creo que el padre se siente proveedor y no responsable del hijo (...) hay algunos que simplemente no están, hay algunos que simplemente evaden las responsabilidades desde el embarazo (...) hay otros que simplemente se van, no existen, entonces yo creo que ahí hay un cuento cultural que hay que cambiar en este país. El hombre tiene que sentirse responsable del hijo que tiene” (E10, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

“no digo que sean malos, pero... no tienen esa cercanía. Ellos son de proveedor, no es que no suplan tampoco cuando... con los hijos, sino que lo hacen lejano, logran como mantenerse como lejano” (E11, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

“más económico, porque nuestra población infantil en Rodelillo los papás son más lo que salen a trabajar todavía, entonces aportan más económicamente entonces le dedican muy poco tiempo a la familia o al cuidado del niño (...) muy poco tiempo al cuidado de la familia” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

Dentro del conjunto de representaciones sociales, se reconoce una brecha entre la imagen hegemónica del padre proveedor y otras relacionadas al ser padre afectivo. En ese sentido, el relato de las/os entrevistadas/os reconocen representaciones en torno al vínculo del padre con sus hijos/as, es decir un acompañamiento en el crecimiento en función a cubrir todas las necesidades básicas para el óptimo desarrollo, incluyendo la dimensión afectiva. Por lo tanto, las representaciones del ser padre también incluyen la relación estrecha con sus hijos/as a través de un proceso continuo y permanente en todas las etapas de vida. El proceso de crianza, entonces, idealmente debe ser compartido junto a la madre tanto en las acciones de cuidado y de tareas domésticas que involucran la crianza de niños/as.

“el proceso de acompañamiento de cuidado desde, de una persona hacia un niño, niña, adolescente, o hombre, durante el ciclo vital, o sea no necesariamente biológico, sino que como figura que entregue seguridad o conocimiento o formación, eso. Bueno también el tema económico, seguridad económica, junto con otras cosas” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

“un padre ideal es que hace el acompañamiento a la madre desde el inicio, desde el embarazo, acompañarla por lo menos a un control, porque si bien muchos padres trabajan es un poco difícil que puedan acudir a todos los controles del embarazo, después del niño pero que ellos participen también en el tema de salud, porque un niño no es solo darle la pensión alimenticia, o bien, sustentar un hogar económicamente...” (E6, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

Las representaciones de paternidades de los/as entrevistados/as recoge el reconocimiento de un proceso continuo de aprendizaje, es decir, las paternidades se construyen a partir de las experiencias cotidianas, la imitación y comparación con otras figuras paternas presentes en los espacios sociales cercanos de los varones. En esa misma dirección, según los/as participantes, las paternidades serían influidas por múltiples dimensiones: políticas, sociales y de los medios de comunicación, fundamentalmente en los ajustes que los padres tienen en función a modelos paternos aceptados por las colectividades.

“creo que todos aprendemos por imitación, por historias de vida, por comparativa con nuestros demás pares que han pasado por ese camino, y creo que (...) la mayoría lo aprendemos de experiencias previas, experiencias comparativas con otras personas, con lo que nos entrega la información, por diferentes lados, la televisión, o lo que hablan cualquiera lugar de información que nos llegue por nuestros sentidos” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

“nadie le va a decir a él “oye no se po’, tu hija está enferma” (...) y después ya cachay que está enferma o que tiene algo. Lo mismo toda la vida, o sea los días te van enseñando a ser papá” (E4, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

Otro elemento relevante fue la percepción de paternidades negativas, las cuales cumplen un rol proveedor pero generan malestar en el cuidados de niños/as, incluyendo a la figura materna. Se reconoce la estructura familiar como potenciador de este tipo de paternidades tóxicas debido a la imagen que proyectan los padres en relación al poder simbólico y económico en nuestro contexto. En otras palabras, el padre es habilitado toda vez que cumple con el rol de provisión, mientras que otras dimensiones en el cuidado de la niñez no son determinantes y se encuentran difusas en el ejercicio de paternidades. En consecuencia, los padres ejercen su rol incluso quienes ejercen violencia a sus familias.

“El rol del hombre en la familia todavía sigue siendo fundamental a pesar de que muchas veces, las mujeres sabemos, las abuelas saben, los mismos padres saben que es una figura negativa” (E5, femenino, médica, sin adscripción religiosa).

“mujeres que siguen con sus maltratadores por mantener la figura paterna, que en este caso cuando tu ves eso, no le ves mucho sentido porque la figura paterna en el fondo está siendo una figura negativa, pero todavía tenemos, que aguantan y ven maltrato por aparentar la familia perfecta que nunca va a ser perfecta y eso también incide en los niños porque el fondo, en Chile, yo todavía siento que está normalizada la violencia” (E5, femenino, médica, sin adscripción religiosa).

Las representaciones sociales de las paternidades de los/as participantes del estudio dio cuenta de los atributos y características actitudinales que deben tener los padres para una adecuada crianza de sus hijos e hijas. En un primer nivel de análisis, se enfatiza en la capacidad de los padres en ser comprensivos, respetuosos, tranquilos y reflexivos frente a las acciones de cuidados que ejercen sobre sus hijos/as en particular en la esfera socio-

afectiva. La base de estos atributos son la responsabilidad y amor de los padres hacia sus hijos/as

“una figura que represente cariño, responsabilidad... a ver... que... ¿Qué más podría ser?, que tenga iniciativa, que sea empático” (E12, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

“responsabilidad en lo emocional, económico, de estar ahí, que no sé po, no dejar de lado por otras cosas, es como responsabilidad en un ámbito de todo, de todo” (E4, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

No obstante, se evidencia una ausencia de guiones de paternidad claros, por lo que el marco del ser padre es difuso y se relaciona con un rol secundario en los cuidados por parte de los padres, a saber: ser cooperadores y empáticos con sus parejas. En consecuencia, estos atributos recaen en el ámbito de la voluntariedad y se supedita a las actividades ejercidas por la madre, reconociendo una mayor cantidad e intensidad de acciones de cuidado por parte de la madre.

“así lo he visto, del que quiere cooperar, del que quiere ser presente, del que quiere participar, del que quiere ayudar. No hablo de ese joven, de ese espermio que logro formar esa guagüita” (E9, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

2. Factores que influyen en el ejercicio de paternidades

Los factores que influyen en el ejercicio de las paternidades son variados. En un primer plano, se reconoce la influencia de elementos socio-estructurales como es el trabajo y sueldos dignos para la adecuada crianza. Las largas jornadas laborales y el traslado desde los hogares al lugar de trabajo disminuyen el tiempo de los padres juntos a hijos/as. Los bajos sueldos y escasos derechos sociales básicos generan una subvaloración del rol de padre proveedor, por lo que, indirectamente, genera un impacto negativo en el ámbito psicoemocional de los varones. En respuesta, los padres al intentar cumplir con el rol de provisión aumentan la cantidad de trabajo, pero eleva el nivel de estrés, la falta de tiempo de autocuidado, cansancio y escaso tiempo para ejercer cuidados a sus hijos/as.

“si hay un papá que está sin trabajo, yo creo que igual puede afectar su estado emocional porque también él está considerado como proveedor. Si ambos papás están sin trabajo, a eso me refiero, entonces también puede influir en la crianza del pequeño” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa)).

“hay papás que tienen que estar trabajando y trabajan mucho (...) viven trabajando pa' poder tener una mediana vida o... si... una mediana vida, ¿ya? porque tú sabes que nosotros trabajamos en un sector que es bastante vulnerable, entonces claro, eso es un punto básico, de que el papá le cuesta estar en su casa” (E10, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa)).

Se reconoce que la figura y responsabilidades del padre en el trabajo es tratada en el ámbito laboral de manera diferenciada por los empleadores en comparación a las madres. Según los/as entrevistados/as, no existe la misma flexibilidad para los hombres para acompañar a sus hijos/as por ejemplo cuando se enferman o deben asistir a controles de salud.

“si es importante porque muchas veces los papás como trabajan, o sea yo igual trabajo pero los papás siempre tienen un trabajo más estricto, más horario (...) así está hecho esto” (E4, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

“o sea es mal visto, según yo, de que si yo estoy trabajando que yo le diga a mi empleador: sabe que yo me tengo que retirar antes porque tengo que ir a ver a mi hijo” (E9, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

En esa misma dirección, las políticas públicas influyen en relación al escaso protagonismo que tienen los padres en el cuidado durante los primeros días de vida de sus hijos/as. A juicio de los/as técnicos y profesionales sanitarios, los cinco días de permiso paternal post nacimiento de un niño/a son escasos para el ejercicio pleno de paternidades. Eso se relaciona, en palabras de los/as participantes del estudio, a que las autoridades perpetúan los roles sociales de maternidad y paternidad a propósito de la imagen del hombre como parte importante de fuerza de trabajo remunerado en Chile.

“Derechos sociales podría ser, por ejemplo, si tenemos este tema de (...) de la cancha equiparada, de no tener que estresarme por esto, podríamos resumir en disminuir el estrés del trabajador o del padre” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

“yo creo que las leyes asociadas a la paternidad son muy débiles, son muy pocas. En el fondo esto tiene que ver con una cuestión económica, no estamos pensando en el mejor bienestar de la guagua, estamos pensando en cuestiones económicas, que tiene que seguir, tiene que seguir generando” (E5, femenino, médica, sin adscripción religiosa).

La educación del padre también es vislumbrada como un factor importante en el ejercicio de paternidades. Un mayor nivel educación permitiría mayor acceso a información respecto a cuidados y mayores recursos o herramientas para ejercer las paternidades.

“Yo creo que, de acuerdo al nivel de educación va a tener como más herramientas, para ser (...) más herramientas para hacer (...) vas a tener más herramientas para poder sacar adelante este hijo” (E3, femenino, Enfermera, con adscripción religiosa).

El entorno es un aspecto destacado por una entrevistada que vive en las cercanías de uno de los Cefsam respecto al acceso a áreas verdes y la seguridad en los barrios para la ocupación social de los territorios. Esto se relaciona con las actividades de juego que realizan los padres juntos a sus hijos. En relación a la seguridad, se enfatiza la posibilidad de contar con espacios donde no existan excesivo consumo de drogas y alcohol, cuestión que limita el ejercicio de paternidad. Por lo tanto, la menor disponibilidad de espacios públicos como plazas y parques tiene un efecto negativo en el ejercicio de paternidades.

“de partida, no hay áreas verdes, no hay áreas de juego, hay muy pocas, vas a jugar a la pelota y te sale un perro porque está lleno de perros. Hay hombres fumando marihuana en las esquinas, tomando, no se po, si cualquier persona llamara y en esa población a carabineros, carabineros si es que llega en 3 horas, o si es que llega. Entonces no hay seguridad, también para salir, balaceras, estamos hablando de la miseria de Valparaíso” (E6, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

Un factor relevante para los/as participantes de la investigación es la influencia de los medios de comunicación en torno a los modelos del ser padre. Plantean que ha ido cambiando en relación a evitar reproducir, a través de la publicidad, los roles binarios de madre y padre. El uso de nuevas tecnologías podría favorecer la transformación de nuevas paternidades a propósito del acceso a información de manera rápida y al cambio generacional que observan los/as participantes en cuanto al rol de los padres en la crianza.

“ (...) desde siempre nos han inculcado el tema de los MAS media que impactan en nuestro pensamiento, sea con intención o sin intención, con más intención yo creo, desde no se po, por ejemplo los reclames que te muestran de la ropa rosada para la niña, ropa azul para niño, el color del auto, no se po (...) muñeca, puede influenciar en tus decisiones de que, como va a criar y cómo vas a generar cuidado” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

“yo creo que coincide con todo, con todo el tema. Un tema que está más en la palestra, un tema que se habla, se conversa, está las redes sociales, donde hay mayor información, entonces yo creo que está muy en boga, todo este tema entonces en el fondo los papás igual, están como más conscientes” (E8, femenino, Educadora de párvulos, con adscripción religiosa).

La influencia de la religión tuvo una expresión divergente en las representaciones sociales de paternidades, particularmente en el estamento profesional. Por una parte, se estableció que la religión permite entregar cuidados y disciplina a niños/as de mejor forma en comparación a quienes no adscriben a algún culto religioso.

“bueno, la parte religiosa. Creo que viene de familias con valores, creencias. Yo creo que podemos ser personas, o padres respetuosos, amoroso y tenemos, digamos, la enseñanza de nuestros padres por sus valores sobre todo. Si hay valores, yo creo que seremos unos padres, con la enseñanza de nuestros padres con sus valores, sobre todo, seremos unos padres, que podemos, digamos, tener esa responsabilidad de sacar adelante unos chicos con los mismos valores de nuestros padres” (E3, femenino, Enfermera, con adscripción religiosa).

Sin embargo, se observó otra interpretación de la influencia de la religión en este ámbito. A juicio de una entrevistada, la religión produce una perpetuidad de roles respecto a la idea de familia binaria que pregonan gran parte de las instituciones religiosas. Esto conlleva roles determinados y que afectan en la transformación de nuevas paternidades.

“yo creo que también la paternidad tiene un peso religioso en Chile bastante fuerte, yo creo que en eso las iglesias y las religiosas nos juegan muy, muy, muy en contra. Yo no creo que tengan un rol positivo en la paternidad, nunca lo he visto así la verdad (...) Hay una cuestión religiosa bastante importante en el sentido de que el hombre tiene que ser función de hombre y la mujer tiene que ser función de mujer” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Por otra parte, en las representaciones sociales de paternidades de las/os participantes del estudio, se observó la importancia del cambio de paradigma en la atención de salud en el parto y, posteriormente, en los controles de salud infantil. La incorporación del padre a las acciones de salud permitiría fortalecer la experiencia paterna al ser parte activa en todo el proceso de embarazo y parto.

“si el varón tuviera la posibilidad de comenzar el trabajo de parto, estar involucrado al 100%, yo creo que muchas cosas serían distintas, porque es distinto estar participando que ya ver a la guagua afuera” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Por otro lado, la familia es un elemento influyente para el ejercicio de paternidades. Se constató que las familias son relevantes para los padres y pueden ser espacios potenciadores u obstaculizadores del rol paterno en la crianza. En un primer nivel de análisis, la figura paterna está influida por las experiencias familiares previas que tuvo el mismo en su niñez, tanto con su padre como con otras figuras de cuidado. Esta experiencia resulta importante para la vida, toda vez que los padres con buenas experiencias tienden a repetirlas con sus propios hijos/as, mientras que las situaciones deficitarias son eliminadas y transformadas para evitarlas en las generaciones venideras. Asimismo, la experiencia en la niñez resulta reveladora en cuanto a perpetuar conductas sexistas binarias y roles sociales tradicionales entre hombres y mujeres. A nivel externo, los comentarios positivos y negativos que realizan familiares cercanos pueden influir en los cuidados que otorgan los padres a sus hijos/as

“no se po, si en su familia fue criado que la mamá era la única responsable del cuidado y no el papá, quizás se puede transmitir, repetir esa conducta (...) creencias porque hay muchas, abuelas o abuelos que se meten en la crianza y tratan de su propia experiencia” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

“yo creo que dé como te criaron a ti antes, o sea, viene desde tus abuelos, bisabuelos. Yo creo que es como un árbol genealógico que te va guiando, o a veces te tocaron malos padres y tú no quieres cometer los mismos errores, o tus padres fueron muy buenos que quieres ser como ellos” (E7, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

La conformación de la familia es un aspecto que contribuye al ejercicio de paternidades. A juicio de los/as participantes del estudio, el padre realiza sus funciones cuando tiene una familia conformada y al lado de su pareja o esposa. La familia nuclear ha sido el espacio social de amplificación de roles de género como es el caso de madres y padres, por lo que no se vislumbra una paternidad fuera del núcleo familiar. En consecuencia, la separación de pareja resulta ser un hito que afecta la paternidad en cuanto a la proximidad del padre con sus hijos/as y la discontinuidad del rol hegemónico paterno.

“el tema de las parejas que se divorcias o viven juntos por los hijos, cuando, en el hombre no hay un interés importante de la mujer, yo siento, no sé si será así, pero yo siento y percibo que disminuye mucho le interés por el hijo” (E6, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

El ingreso de las mujeres al trabajo remunerado ha generado un quiebre en la forma de crianza al interior de las familias nucleares en relación con la distribución del quehacer domestico. Este fenómeno conlleva una serie de modificaciones al interior de las familias y, por ende, del rol de los padres al interior de ellas. Se traduce en una reorientación del rol proveedor de los padres hacia uno corresponsable del trabajo doméstico y de cuidado con sus hijos/as. La ausencia de la madre al interior del hogar, tanto por separación o por trabajo remunerado, produce una reconfiguración en la manera de entender el rol paterno en la crianza.

“entonces eso ya marca un cambio, la incorporación de la mujer al trabajo porque si ambos cumplen los mismos roles, le tenemos que sumar a la mujer el tema del cuidado, no por el hecho de que no sea pertinente hacerlo, sino que es súper injusto cargarle tanto la mano” (E8, femenino, Educadora de párvulos, con adscripción religiosa).

La sociedad machista es reconocida como un factor que influye en las paternidades. Se manifiesta en tensiones y cuestionamientos sociales cuando la tradicional imagen de padre se compara con nuevas formas de paternar. Asimismo, la sociedad en su conjunto normaliza los roles de paternidades proveedoras o incluso evadir la responsabilidad de ser padre.

“porque el padre se puede quedar criando sus hijos, llevarlo al colegio y todas esas cosas, pero ¿cómo lo juzgan? ¿Cómo lo estigmatiza la sociedad? ¿La familia, los amigos?, que es un flojo, que es un vago. O sea, no es un padre que está cuidando, que está criando, que está asumiendo” (E9, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

“otra es la social po, la sociedad, la sociedad te ... juega un rol bastante negativo en cuanto al, al rol del padre, paternal. En el fondo se cuestiona la mujer que abandone hijos, pero no somos capaces de cuestionar al hombre que abandona hijos, al hombre que maltrata hijos, al hombre que, o sea, una cuestión bien, bien básica, o sea, no se percibe de manera, de manera equitativa al hombre que no paga la pensión alimenticia, se asume que eso lo tiene que hacer la mujer” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

“La sociedad machista que aún vivimos, aunque digan que esto está cambiando, si efectivamente está cambiando con respecto a 10 años atrás, 20 años atrás, pero aún estamos en una sociedad machista, donde la mujer es la que se preocupa del hijo y el hombre de sustentar el hogar” (E6, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

Esta influencia social, a juicio de las/os entrevistadas/os, resulta ser responsabilidad también de las propias mujeres, quienes fortalecen crianzas de tipo machistas y evitan la incorporación del padre al ejercicio de cuidados. Sin embargo, se desprende que esta responsabilidad femenina de cuidados al interior de una familia se encuentra en estrecha relación con los roles socialmente otorgados a madres y padres, cuestión que lleva a las mujeres a culparse por no permitir la participación de los varones. En consecuencia, estas situaciones se tornan un círculo no virtuoso para el fortalecimiento de paternidades corresponsables ya que existe una representación del padre no apto para cuidar y mujeres responsables/competentes para ello. Toda esta situación lleva al padre a seguir alejado de los cuidados y la madre perpetua actividades en el ámbito doméstico.

“nosotros como mujeres, como mamás, somos muy culpables de que los maridos o las parejas no se empoderen más en su rol de padre con el hijo, porque nosotros como mujeres somos enfermas de fregadas, entonces empezamos a corregir, entonces el papá va a hacer algo y empezamos a corregir, "no, así no" "no, es que le va a doler" "no..." entonces en vez de nosotros estimularlo, "qué bueno que me esta' ayudando" (E8, femenino, Educadora de párvulos, con adscripción religiosa).

“nosotros, las mujeres, somos muy machistas, entonces siempre le estamos quitando responsabilidades a los papás, a nuestros hijos, sobre todo si son hombres, "usted no lo haga", "a usted no le corresponde" (E11, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

3. Prácticas y acciones vinculadas a paternidades.

Las prácticas y acciones vinculadas a paternidades fueron relevantes en los relatos de los/as entrevistados/as. Las acciones son analizadas desde el plano de la actitud - componente evaluativo de las representaciones sociales- cuya imagen vislumbra a los padres como agentes cambiantes en el cuidado en la niñez, es decir no es la misma forma de criar a un niño/a recién nacido en comparación a quien se encuentran en una fase escolar. Esto se puede deber al rol hegemónico y secundario que tienen los padres en el proceso de crianza de modo que sus prácticas pueden transformarse con mayor flexibilidad.

Se reconoce mayor intensidad de prácticas y acciones de cuidado por parte de los padres en las primeras etapas de la vida. Asimismo, en el relato obtenido de los/as participantes, las prácticas vinculadas a paternidad establecen una relación directa con la imagen de ser padre. Se observan, por tanto, tres tipos de padre: 1) padre activo todo aquel que realiza acciones de cuidado de manera integral; 2) padre secundario que establece como marco de acción el “apoyo” a las funciones de cuidado que la madre efectúa a sus hijos/as como por ejemplo cocinar o preparar colaciones para el colegio; 3) padre proveedor, el cual no se involucra en los cuidados de niños/as de manera activa o secundaria.

“Es que por eso hay que dividirlo, yo creo que hay que dividirlo en edades del niño, porque cuando son más pequeños tienden hacer esta actividad de cuidado primario o secundario o son sostenedores económicos nomás. En esa actividad de cuidado desde el, como decía el tema alimentación, de alimentación, de dar, de comer o etcétera. De higiene confort, de dormir, de jugar, también de como estimular también el desarrollo psicomotor de los niños cuando son pequeños. O de cuidador secundario, como el tema de la casa, de poder proveer de alimentos, de artículos de aseo, de mantener ordenado aspirar, etcétera, etcétera. Todas esas actividades de como de dueña de... De mantenimiento de la casa. Mal llamado como dueña casa a la que es de mantenimiento del hogar. Pero (...) esa sería como el cuidador secundario esa es como, como la actividad. Y después más grande, principalmente es sostenedor o sostenedor y jugar y como esa actividad, con más trabajo, soporte

económico (...) Ahí caen la mayoría” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

A pesar de reconocer a padres cada vez más activos, la mayoría realizan escasas actividades junto a sus hijos/as. Estas acciones se ejecutan fundamentalmente durante los fines de semanas y se relacionan principalmente al juego, paseos en espacios públicos, ver videos o películas y, en menor medida, acompañar en tareas escolares, llevar a sus hijos/as a los establecimientos educacionales o enseñar las adversidades de la vida. En relación con el juego, las narrativas dan cuenta de diferencias del entretenimiento según sexo del cuidando, a saber: con niños los padres son bruscos o violentos en las actividades lúdicas, situación distinta cuando juegan con niñas. Estos juegos tienen un efecto multiplicador de las diferencias de género a partir de la primera infancia.

“si yo veo papás jugando con sus hijos aunque, en su rol, no veo mucho rol jugando con muñecas. Si veo muchas mamás jugando futbol, pero todavía no veo papás jugando con muñecas, jugando con cocina, aunque a mí me carga esa cuestión” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

“es que los niñitos, yo creo que los tratan así como más juega a la pelota, las niñas con las muñecas. Yo creo que más con los niñitos que con las niñas” (E7, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

“la verdad es que el juego, como que es la parte entretenición. Cuando yo los veo sí, es como ver dos niños a veces jugando, tienen esa capacidad” (E11, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

La calidad de los cuidados ejercidos por los padres es percibida como divergente en los relatos de las/os entrevistadas/os. En general, es difícil determinar la calidad al ser una dimensión subjetiva de evaluación de los cuidados. No obstante, algunos/as mencionan que la calidad de los cuidados de los padres es adecuada, mientras que otros/as piensan que es inferior o menos cuidadoso en comparación a las madres. Se observa en las narrativas una mayor responsabilidad de los cuidados por parte de las mujeres respecto a los hombres, percibiendo una menor calidad en las acciones de crianza que realizan los varones con sus hijos/as. Este fenómeno también se reconoce como un aspecto que influye en el ejercicio de las paternidades.

“mira yo siento que la calidad es buena, el rato que se puede dar ese cuidado, hablando, de por ejemplo, poco tiempo de horarios del trabajo y todo eso. El tiempo que se da, yo creo que es bueno, es de calidad o es, bueno el mismo tema de cuando van a vacunarse y va solo el papá y no la mamá, y el rato que uno está ahí, te preguntan muchas cosas y entonces es un cuidado de calidad bueno” (E4, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

“yo creo que les cuesta un poco más que a las mujeres. Yo creo que es más innato en las mujeres que... o sea él dice, ya voy a bañar a la niña y son menos cuidadosos, yo creo tienen la intención pero no” (E7, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

“no sé, yo veo que son más descuidados, no sé si será porque le dan más independencia al niño, o le dan más espacio a que se desarrolle de forma más independiente” (E12, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

4. Proyecciones, idealidades e impactos de nuevas paternidades.

Las representaciones sociales presentes en los relatos de algunos profesionales incluyeron la dimensión de nuevas paternidades. Las proyecciones de nuevas formas de ser padre se manifiestan en las expectativas globales a propósito de las discusiones sociales por contextos más equitativos para las mujeres y varones. Esto se traduce en los cuestionamientos a las paternidades tradicionales y valoración a padres corresponsables en el cuidado de niños/as. Esto también se observa con algunos hombres que asisten a los Centros de Salud Familiar junto a sus hijos/as a controles de salud infantil u otras atenciones, particularmente en las nuevas generaciones de padres.

“yo creo que este despertar o este demostrar, va finalmente a colaborar con todos estos cambios que nosotros buscamos, el padre protector, el padre que está al lado del hijo, preocupado, eso (...) no es solo que llegue y entregue plata a la mujer y se preocupe de nada” (E10, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

Las nuevas paternidades deben caracterizarse por la división de las tareas de cuidado y labores domésticas de manera equitativa, como también el ejercicio paterno desde el cuidado global y en todas las áreas de desarrollo de los/as niños/as. Esta relación de cuidado debería contemplar tiempo y estímulo por parte del padre con el fin de impactar

positivamente en el crecimiento y desarrollo de sus hijos/as en cuanto a crianzas libres y menos estrictas, de lazos afectivos seguros con sus cuidadores. Todo esto favorece construir una imagen distinta de ser padre, generando un círculo virtuoso y replicable en otros padres.

“ir construyendo esa relación día a día, día a día estar con sus hijos, en todos los cuidados, todo lo que tiene que hacer en el día a día, estimularlo, bañarlo, cantarle, hablarle, estar con el tema de su ambiente que lo rodea y todas las prestaciones que él pueda, o sea no prestaciones, todo lo que pueda él compartir, y estar con ése hijo, en su educación y es como una guía, una guía para ese bebe, una guía, para sacar adelante a este hijo, comprometerse, y apoyar en todo lo que ése hijo necesite” (E3, femenino, Enfermera, con adscripción religiosa).

5. Roles sociales de paternidades y maternidades

Los roles de paternidades y maternidades son parte importante en las representaciones sociales presente en los/as entrevistados. Los roles de paternidades se caracterizan por contar con una contraparte, en este caso parejas o esposas, quienes ejercen las actividades de cuidado. Por tanto, los roles de maternidades se vinculan al trabajo doméstico y asumen la responsabilidad mayoritaria en el proceso de crianza. Esto se materializa en una imagen de madre comprometida con el cuidado en cuanto a contención, aprendizaje, satisfacción de necesidades básicas de sus hijos/as, como también en la sensibilidad que tienen las mujeres al momento de acompañar el crecimiento y desarrollo en la niñez.

“el rol de la paternidad está bien dejado de lado, o sea todavía somos las mujeres que asumimos el rol de cuidado de los hijos, de trabajar, de llevarlos al colegio, de hacer la comida, de todo, y lamentablemente también muchos padres abandonan incluso desde la procreación en el fondo, estamos viviendo en una sociedad bastante machista en ese sentido” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

“la verdad es que como que él legaba toda la responsabilidad hacia mi sobre todo cuando los hijos están enfermos o están pasando por una situación, toda la responsabilidad es de la mamá, nosotros somos las que sacamos la cara ahí” (E11, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

Este rol se construye desde la niñez y está mediado por las diferencias de crianza que reciben las niñas en comparación con los niños. Asimismo, el juego es una dimensión que

explica estas diferencias en los roles de paternidades y maternidades, fundamentalmente a que gran parte de las acciones lúdicas de las niñas se relacionan a partir del juego simbólico como es entretenerse con muñecas o accesorios de cocina.

“porque igual bueno las mujeres tenemos un poco más de posibilidad, porque jugamos a las muñecas, nos están constantemente educando de que tenemos que agarrar ese rol desde muy chicas” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Por su parte, el rol paterno en la crianza se sigue vislumbrando desde un plano de proveer recursos económicos y de escaso contacto con hijos/as debido a la falta de tiempo. Además, los padres representan una imagen menos sensible en comparación con la madre y -generalmente- no perciben cambios en la medida que sus hijos/as crecen.

“más económico, porque nuestra población infantil en Rodelillo los papás son más lo que salen a trabajar todavía, entonces aportan más económicamente entonces le dedican muy poco tiempo a la familia o al cuidado del niño (...) muy poco tiempo al cuidado de la familia” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

La lejanía y ausencia del padre en el cuidado se evidencia de manera transversal, incluso cuando uno/a de sus hijos/as cursan con alguna enfermedad. En dichas situaciones emergen figuras femeninas como las madres o abuelas para brindar los cuidados necesarios en dicho periodo.

“cuando tú vas a la teletón, tú ves mamás y abuelitas, a veces abuelos varones, papás son muy pocos, muy pocos, y ahí es donde tú puedes decir: bueno no estarán porque estarán trabajando, no estarán porque no están, no estarán porque les cuesta ir, porque si es verdad po, mi hermana me decía, pucha a mí me cuesta ir a la teletón porque veo muchos niños sufriendo y claro puede ser que el papá no quiera ir allá porque claro, ve niños sufriendo, pero es ahí donde tú te cuestionas, y de repente conversas con algunas mamás y te dicen, no es que el papá no está, el papá desapareció o pasa plata nomás” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

“si, si hay diferencia, de hecho, la mamá está tan acostumbrada a llevar a los controles a su bebé, que muchas veces hay cosas que ya no pregunta, porque para ella es una rutina, entonces siempre la enfermera o el enfermero siempre les están

dando las indicaciones y ella asiente nomás” (E12, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

Los roles de paternidades y maternidades están arraigados fuertemente que incluso son observados en parejas homosexuales en cuanto a las acciones de cuidados con sus hijos/as.

“mira generalmente si (parejas homosexuales), como lo visualiza de momento, como que, como ellos se desenvuelven en el box (...) uno como que se identifica a una como la mamá y quien es quien lleva el alimento a la casa, como el papá , digamos con el rol que hace, con el trabajo que hace, quien lleva el trabajo y quien lleva el hogar, y se ve claramente el rol cuando estamos en el box atendiendo, quien se preocupa de tomar a éste bebé y quien ve como todas las indicaciones, no indicaciones, sino quien resuelve todas las consultas con respecto a la crianza del niño. Ahí digamos la mamá, la mamá claramente es la que aparte que es la que está lactando a este bebé, y el otro, lo que cumpliría la otra persona, es como que es femenina pero cumpliría como ese rol de padre. No sé, yo como, que lo veo como así, como que claramente lo puedo identificar respecto a los roles de acuerdo como se comporten en el box, al momento de estar atendiendo y haciendo éste control” (E3, femenino, Enfermera, con adscripción religiosa).

6. Tipos de paternidades y participación del padre en el campo de representación: Cesfam

Las paternidades, en el campo de representación (Cesfam), son evidenciadas de manera transversal, a juicio de los/as participantes del estudio, como distantes, poco participativas y caracterizadas por la asistencia parcial a los establecimientos de salud en los primeros meses de vida de sus hijos/as. En la medida que los niños/as crecen, los padres se alejan y no participan en los controles de salud infantil u otras prestaciones. Los motivos de esta baja participación se deben a los mismos factores analizados anteriormente: Sociedad machista, trabajo y, en consecuencia, el rol pasivo del hombre en la crianza.

Sin embargo, se reconocen otros tipos de paternidades que se relacionan, con mayor o menor intensidad, a los cuidados de salud de niños/as. En algunos relatos se hace mención que la participación del padre en los Cesfam va en aumento, particularmente en las nuevas generaciones de varones. Estas nuevas paternidades se traducen en hombres que pueden

asistir a controles de salud junto a sus hijos/as sin la compañía de la madre y en la constante preocupación del estado de salud de los/as niños/as. En esa misma dirección, se observa con mayor frecuencia padres que participan de los cuidados de salud de sus hijos/as a pesar de estar separados de sus ex parejas. No obstante, son pocos los padres que realizan este tipo de acciones.

“Pienso que es escasa. Y con tendencia al alta, escasa tendencia a la alta y generalmente con marcada por la edad del niño y con ver la fragilidad de ese bebé, me dan ganas de cuidarlo” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

“o sea, hay pocos pero generalmente cuando, o sea, por lo general tu ves más papás y mamás en el control del mes juntos y cuando los ves, claro, el papá tiene el rol pasivo y la mamá activo, a no ser, muchas veces cuando la mamá le hacen cesárea, los veo un poco más activos por el tema del dolor que tienen la mamá, y cuando más grandes igual es bien, es bien raro ver papás con hijos ya después del año, los veo bastante poco” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Otro tipo de participación paterna en los Cesfam son aquellos padres que asisten por “obligación” debido a la imposibilidad de la madre en acompañar a sus hijos/as a controles de salud infantil, vacunatorio, sala de estimulación, entre otros. Por otra parte, solo se reconoce una participación mayoritaria del padre, en palabras de las/os entrevistadas/os, cuando sus hijos/as asisten a vacunatorios debido a la posibilidad de contener los efectos negativos (llanto y dolor) de la inmunización.

“las mamás nos dicen: no mire, que mejor el papá entre con el porque le tiene más conmigo va a llorar y conmigo va a estar más consolado, a veces también nos pasa” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

“muchas veces hay papás que acompañan a la mujer a los controles y el papá se queda afuera, como que acompaña en el trayecto, si tiene auto la lleva” (E8, femenino, Educadora de párvulos, con adscripción religiosa).

Los padres son percibidos como lentos en comparación a las madres cuando ejecutan acciones en el contexto de atención de salud de hijos/as. Los varones requieren de mayor tiempo para vestir y desvestir a sus hijos/as, pasar a balanzas o efectuar otras prácticas en el control de salud infantil. Esta percepción, además, sirve a los/as profesionales y técnicos

sanitarios en determinar cómo los padres se involucran en el cuidado de sus hijos/as al interior de los hogares.

“se demoran más en desvestirla, le temen más cuando la suben a a la pesa. Si, es distinto” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

“son papás que cuando tu le dices “ya, desvístame al niño para yo poder verlo” se hacen mil quinientos problemas para hacer una cuestión que es tan fácil como sacarle la ropa a la guagua” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Finalmente, a pesar de algunas excepciones, la mayoría de los padres no se involucran en temas complejos de salud de sus hijos/as. Los/as participantes del estudio perciben desconocimiento de la rutina cotidiana de niños/as, por lo que hace suponer un escaso contacto e involucramiento del padre con sus hijos/as en alimentación, higiene o tratamientos farmacológicos cuando corresponde. De la misma forma, no existe participación relevante en temáticas como lactancia materna y, a juicio de los/as participantes, las mujeres desean que otra figura femenina las acompañe en este tipo de instancias.

“La otra vez hicimos un taller de lactancia materna, extracción, eran puras mujeres, no había ningún (...) y si la usuaria no se podía conectar, se conectaba la amiga para después entregarle la información a ella” (E2, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

En consecuencia, las imágenes de paternidades en el contexto de atención de salud son similares a las observadas a nivel general por los/as participantes del estudio, a saber: padres proveedores, distantes y desafectados de los cuidados a niños/as.

7. Equipos de salud para la transformación de paternidades.

Los significados en la atención de salud a padres hallados en los relatos de profesionales y técnicos de manera transversal se vincularon a afectos positivos de felicidad y alegría debido a que es un evento inusual pero necesario para la transformación de las paternidades. Además de resultar novedoso, es relevante como indicador de la relación padre-hijo/a. A juicio de los/as participantes del estudio, atender a padres resulta

entretenido y no representa un desafío distinto en comparación a cuando asiste solo la madre a las atenciones de salud.

“(…) a mí me alegra mucho. Me alegra mucho porque viendo en estos tiempos y cómo está la situación, que ellos se empoderen de su hijo, de este tema de su paternidad, digamos, que estén interesados, bien sea por que quiere o porque les tocó o porque quieren” (E3, femenino, Enfermera, con adscripción religiosa).

“(…) es enriquecedor, sabes que me da gusto, me da mucho gusto, se nota al tiro como saben mudarlo, como saben vestirlo, como saben calmarlo, se nota al tiro cuando un padre está involucrado en la crianza, porque saben manejar hasta como llevar el bolso, la mamadera, todo lo que hace la mujer, que se supone que es artista en eso, pero hay hombres que lo hacen muy bien. A mí me gusta, me gusta ver, lo hacen con compromiso, con cariño” (E9, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

Para la transformación de paternidades, a juicio de los/as participantes del estudio, los equipos de salud deben tener habilidades en cuanto acoger y hacer partícipe a los padres en la atención de salud. Asimismo, resulta relevante que los equipos de salud se encuentren cohesionados y logren una representación común respecto a la democratización de los cuidados en la niñez.

“Creo que, o sea, con el entorno que tenemos allá en el centro, creo y espero que por la conversación que tenemos en el pasillo y por la visión de mundo que compartimos y por las mismas conversaciones (...) Tenemos colegas que son padres y son padres que son activos, son cuidadores primarios. No son mal vistos en (...) allá. Es como se encuentra, se ve bien. Ahora es bien visto, mejor dicho, es bien visto cómo. Como que sea así, como que. Qué bacán, eh? Por lo tanto, creo que todos van para el mismo lado” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

En los relatos obtenido para la presente investigación, destaca la relevancia del propio concepto que tienen los/as profesionales y técnicos sanitarios respecto a paternidades, es decir si un trabajador/a de la salud comprende el ser padre desde la corresponsabilidad en la crianza, es altamente probable que dicho funcionario/a intente generar cambios en los roles paternos tradicionales.

“Yo creo que igual, varía también del desarrollo personal de cada uno y de cómo tu vez la paternidad. Tú concepto de paternidad también influye mucho en lo que tú, en lo que vas a hablar en el control. Si bien la norma, la guía, te dicen como esto es paternidad o estimule como la paternidad activa, de que estén presentes, de que hagan de todo, de que generen cuidados también, incorporarlo más en ese tema. También hay una approach personal al tema” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

Por otra parte, se percibe que el tiempo para la realización de actividades de salud infantil y el exceso de trabajo en los equipos sanitarios son una barrera para el fortalecimiento de paternidades co-responsables.

“en ese sentido nosotros salud tenemos mucha culpa porque nosotros queremos hacer las cuestiones rápido. Yo entiendo el cansancio, yo entiendo que un trabajo de parto es largo, pero en el fondo uno piensa que el paciente no tiene la culpa, no tiene la culpa de mi cansancio. Debería yo hacerlo partícipe del principio y yo creo que si eso fuera posible, tendríamos papás mucho más activos” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Finalmente, el relato de una técnico sanitario, reconoció, como limitación para el fomento de paternidades responsables, cuestiones ligadas a la violencia de género. El rol que ejercen los padres como “patriarcas” llegan incluso a posibilidades de hallar relatos de violencia de género hacia mujeres al momento de conocer las dinámicas al interior de una familia.

“yo creo que son lo que están, yo creo que es lo que está al alcance de nosotros porque igual en la población que nosotros tratamos, de repente interiorizarse mucho o indagar mucho en la vida familiar como para hacer que vaya el padre le puede causar molestias a las mamás, por algún problema que pueda tener, o uno no sabe lo que está viviendo” (E6, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

8. Acciones desde el ámbito de salud para el fomento de paternidades

Las acciones de fomento de paternidades desde la atención de salud reportadas por los/as participantes del estudio son representadas en dos planos: las prácticas del sistema de salud a nivel general y las acciones efectuadas por el personal de salud. En relación a las

prácticas del sistema de salud, se constató que la inclusión del padre en diferentes instancias sanitarias, como es la etapa prenatal y parto, resulta provechosa para fortalecer la sensibilidad paterna.

“bueno, el Cesfam, la verdad que, cuando están embarazadas las chicas, la matrona normalmente les pide que vaya por lo menos un par de sesiones los papás, hacen un trabajo en conjunto y creo que eso es súper bueno” (E11, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

Se evidenció, además, que la atención primaria de salud (APS) fortalece las paternidades a través del programa Chile Crece Contigo (ChCC), fundamentalmente con la estrategia del Taller “Nadie es perfecto” (NEP) y la guía de “Paternidad activa”. Ambas incluyen las habilidades parentales mediante la observación del crecimiento y desarrollo de niños/as, como también en pautas anticipatorias de crianza. Resulta relevante para los/as profesionales la información de cartillas educativas desde la etapa prenatal relacionada directamente a paternidad responsable, las cuales sirven para generar reflexión en las nuevas generaciones de padres.

“Chile crece te entrega esa paternidad activa donde salen como consejos de paternidad, donde, de alguna forma, busca normalizar o entregar tareas al padre, de hecho, como súper guiado... las tareas como y quizás es un poco paternalista y machista también, porque hay muchas cosas que hablan sobre como el tema de ayudar más que como rol, como que está visto. Si bien no se quiere intentar ver de esta visión, siento que todavía, que aún es así” (E1, masculino, Enfermero, sin adscripción religiosa).

“en el Cesfam igual hacen cursos cuando están embarazadas desde que están embarazadas, entonces también pueden participar los papás. Es como de esos cursos que te enseñan la paternidad y le explican cómo deben tomar el bebé, después viene lo de la lactancia materna que también pueden acompañarlo, entonces yo creo que se fomenta desde antes de que llegue el bebé, cosas que antes no se hacían, entonces por eso yo creo que igual las generaciones de ahora se hacen más participes” (E7, femenino, TENS, sin adscripción religiosa).

No obstante, la mayoría de las/os entrevistadas/os reconocen que las acciones que se realizan en la APS para potenciar paternidades co-responsables son insuficientes y que no logran establecer un nivel de discusión real al interior de las familias.

“la verdad es que no mucho, invitarlo a través de las señoras, ¿cierto? a participar de los controles y decirle “oye la próxima vez ven con tu pareja, con el papá de la guagua”, pero más allá, no, no hay mucho, no hay mucho” (E10, femenino, Enfermera, sin adscripción religiosa).

“sí, siento que ese lado ese tema está un poco dejado de lado porque siempre es como más tema de la mamá, cachay, entonces yo, yo... no veo muchas actividades de parte del Cesfam hacia los papás, siempre es todo muy ligado a la madre” (E4, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

Esto se condice con lo mencionado por algunas entrevistadas respecto a que las políticas/programas de salud no contemplan a los padres, observándose, por ejemplo, la no incorporación de los varones en las pruebas de detección de VIH y Sífilis en la etapa de gestación. Es interesante, además, que la APS tiene un indicador de presencia del padre en el control de salud, pero no da cuenta de las características de los padres, el rol que cumple en la crianza o el grado de compromiso en los cuidados de sus hijos/as. Este fenómeno produce contradicciones en los equipos de salud pues establece solo una manera de comprender la participación del padre en los Cesfam.

“debo ser bien crítica en el sentido de que hacemos bien pocas acciones porque el tema, por ejemplo, de la lactancia materna. Bueno, partimos de la base de que muchos países, cuando una mujer se embaraza, los exámenes de sangre se le hacen a los dos. Aquí en Chile, solamente la obligación es para la mujer, entonces yo asumo que el papá no tiene VIH, o que el papá no tiene sífilis” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

“nuestra estadística solamente dice presencia del padre y tengo que marcar uno, pero en cuanto a qué significa presencia de ese padre, no queda plasmado en ninguna parte, más que yo poner ahí, en la ficha, asiste madre y padre, ¿me entiendes? O sea no hay ninguna cosa, ninguna cosa objetiva que me diga cuál es el rol de ese padre en ese momento. Porque en Chile nos gusta mucho codificar todo: hombre 1, mujer 2; dolor de guata 88; artrosis 83 pero no tenemos ningún tipo de... no tenemos ningún tipo de estadística que hable de cuál es la participación activa del padre” (E5, femenino, Médica, sin adscripción religiosa).

Las acciones para el fortalecimiento de paternidades reportadas por los/as profesionales y técnicos sanitarios participantes del estudio se caracterizan por invitarlos a pasar al box de atención y refuerzo positivo en pos de animarlos a continuar participando en los cuidados

de salud de sus hijos/as. Del mismo modo, las atenciones de salud infantil permiten, para algunos/as entrevistados/as, generar intervenciones dirigidas en cuanto a la observación de la relación vincular entre niños/as y padres, como también en la invitación de conocer las rutinas de crianza de sus hijos/as para el empoderamiento paterno. A los padres que no asisten, se realizan intervenciones a través de las madres para animarlos a comprometerse con los cuidados de sus hijos/as.

“y lo felicito, de hecho, yo les digo, “oiga sabe que” (...) porque uno en eso tiene que felicitarlo, porque no todo es malo. También de repente es importante eso de decirle eso de “oiga, sabe que me encanta verlo, eso que está haciendo, es importante” (E9, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

“porque muchas veces las mamás, ellas mismas, justifican la ausencia de la presencia de los padres en los controles porque está trabajando, porque no tiene tiempo, trabajó de noche y está durmiendo. Entonces eso a ellas las hace pensar un poco, conversar con el padre y que él también se dé el tiempo, entonces también yo creo que ellas en la sala de espera ven papás y mamás, y eso, no se po, ellas deben llegar a la casa y “oye van los papás, también, puedes ir” y ahí como que se va empujando un poco la cosa para que vayan los dos” (E6, femenino, TENS, con adscripción religiosa).

VII. Discusión

1. Imágenes de paternidades

El presente estudio reafirma que las representaciones sociales en paternidades son homogéneas en cuanto al rol proveedor del padre y a bajas expectativas de involucramiento en el cuidado de niños/as. Se desprende de ello que las imágenes de paternidades son similares en profesionales y técnicos sanitarios participantes de la investigación respecto al constructo de acciones e informaciones propias de las representaciones sociales, mientras que la actitud se evidencia neutral toda vez que existen paternidades corresponsables y negativas conviviendo en el entorno social. Asimismo, se confirma que la construcción de las representaciones sociales de paternidades está construida a partir de las experiencias personales de los/as participantes del estudio, observándose un difuso guion o marco de acción de cómo debe ser un padre en la crianza.

Respecto a la imagen preponderante, el estudio evidenció una imagen de paternidad hegemónica caracterizada por el rol proveedor y el escaso contacto de los padres junto a sus hijos/as. Las investigaciones de Olavarría mencionan este fenómeno, en particular debido a que los hombres aún mantienen identidades históricas del ser padre, a saber: tratos verticales/autoritarios con sus hijos/as y parejas (18). Es importante mencionar que el presente estudio no vislumbró la masculinidad como elemento constitutivo de la paternidad. A juicio de varios/as autores/as, la masculinidad -entendida como la posición dominante de los varones por sobre las mujeres- es parte del ser padre, por tanto, el ejercicio paterno está modelado por el ser varón (4,14-15).

Sin embargo, los resultados de la investigación sostienen la existencia de un periodo de transición hacia nuevas paternidades, observada principalmente en las nuevas generaciones. Las imágenes de nuevas paternidades se expresan en las expectativas e idealidades de los/as participantes profesionales por crianzas más democráticas. Las expectativas se relacionan a cambios en el quehacer del hombre en el cuidado integral a niños/as, sin dejar de cumplir el rol de proveedor. En esa línea, Fernández, en su investigación de representaciones sociales de paternidades, menciona que el buen padre

es percibido como quien brinda cuidado afectivo, ejecuta labores domésticas y continua con su rol proveedor (61). Asimismo, Olavarría y colaboradores han planteado que este cambio de paternidades es paradójico a causa de la convivencia de paternidades ligadas a los constructos históricos del ser padre y el cuidado afectivo que ha caracterizado las nuevas formas de paternar (18).

A pesar de las tensiones y transformaciones hacia nuevas paternidades, el rol del padre sigue siendo secundario. Esto se condice con otras investigaciones que concluyen que el rol “acompañante” de los varones sigue presente en las actividades domésticas (13-61). En consecuencia, se observan procesos de transformación orientados a la co-responsabilidad, pero siguen existiendo vestigios importantes de paternidades autoritarias y proveedoras (62-64).

A nivel general -exceptuando la dimensión de expectativas e idealidades del ser padre- las imágenes de paternidades fueron similares en técnicos y profesionales, no existiendo diferencias sustanciales. Estos resultados concuerdan con otras investigaciones en población general, las cuales concluyen que existe una homogeneidad en las idealidades en torno a las paternidades (67-69). El factor socioeconómico no perfiló distinciones importantes en las representaciones sociales de las/os funcionarios, siendo consistente con la investigación de Vizcarra y Poo en cuanto a que gran parte de las diferencias de percepciones de paternidades se vinculan a cuestiones generacionales (98).

2. Actividades y prácticas relacionadas a paternidades.

En cuanto a las percepciones que tenían los/as participantes del estudio sobre prácticas relacionadas a las imágenes de paternidades, proyectan que los padres tienen contacto limitado con sus hijos/as y que las prácticas se asocian fundamentalmente al juego. Sobre la limitada interacción, estudios dan cuenta de que una explicación relevante sería la alta carga de trabajo (27-99). En esa línea, la encuesta IMAGES reafirma que la actividad que declaran los varones con mayor frecuencia durante la semana junto a sus hijos/as es el juego con un 70,2% (35). Otro estudio liderado por Castillo, en sectores populares de la

comuna de Peñalolen-Chile, menciona que las prácticas de cuidado llevadas a cabo por padres son distintas según el sexo de su hijo/a. En ese sentido, la investigación afirma que los padres tienen dificultades en efectuar acciones de aseo e higiene a sus hijas en comparación a sus hijos (24), situación que es corroborada en algunos relatos de la presente investigación. La misma situación es abordada en cuanto a los juegos, particularmente debido a que los padres ejecutan juegos dependiendo del género del menor (100).

La desafección de los padres en las tareas domésticas y de cuidado se vinculan a la normalización de roles maternos y paternos, cuestión que es aseverada por la encuesta IMAGES que menciona que los hombres piensan que las mujeres son las que deben efectuar acciones de cuidado en el hogar (35).

3. Trabajo, salario y familia como elementos que influyen en las paternidades.

El trabajo, salario y familia son factores que influyen en el ejercicio de paternidades. En relación al trabajo, en este estudio aparece se estableció como factor relevante, debido a la gran cantidad de tiempo que pasan los varones en sus puestos laborales, como también a la escasa flexibilidad de las jefaturas para que ellos ejecuten acciones de cuidado. Estos hallazgos se condicen con los resultados de un estudio desarrollado por Silva y colaboradores/as respecto a las paternidades en el contexto minero del norte de Chile. La investigación señala que el trabajo afecta de igual manera a trabajadores mineros y no mineros en el ejercicio de paternidades (101). En cuanto al tiempo, un estudio de paternidades en la ciudad de Buenos Aires-Argentina, enfatiza que los padres presentan tensiones entre el tiempo del trabajo y crianza a pesar de ejecutar acciones de cuidado compartida con sus parejas, fundamentalmente cuando aún perciben una exigencia social de ejercer el rol de proveedor y sostén económico de la familia (102).

El salario fue un elemento percibido como influyente en las paternidades. En sociedades donde los derechos básicos no son garantizados, los padres -en su función proveedora-

deben trabajar doble jornada o recibir salarios bajos en comparación al costo de vida. Estas deficiencias estructurales afectan directamente el proceso de transformación de paternidades, obligando a los padres a trabajar en vez de estar mayormente involucrados en la crianza de sus hijos/as. Un reporte de permisos de maternidad y paternidad en Europa señala que los permisos postnatales son menos utilizados cuando los salarios de los padres son bajos o tienen extensas jornadas de trabajo (103). En contraposición, quienes toman con mayor frecuencia estos permisos son las familias que tienen ingresos altos (103).

Por otra parte, la familia cumple un rol modelador a las paternidades. El estudio reveló que las paternidades son ejercidas en relación a la estructura de familia nuclear (padre, madre, hijos/as) e influenciadas por las historias de vida de los propios padres. Respecto a las historias de vida, el estudio realizado por Armijo evidencia que el significado que le otorgan los padres a sus paternidades se encuentra relacionada a evitar situaciones de maltrato o negligencia de sus propias experiencias de niñez y cuya expresión simbólica es el evitar estos contextos adversos con sus hijos/as (21). Otra investigación nacional enfatiza que la estructura familiar presenta un ordenamiento de roles que están previamente establecidos a partir del conocimiento simbólico que otorgan las expectativas de género (104).

Asimismo, la familia (abuelas, tías, hermanas) logra ser una red de cuidados, supliendo este tipo de acciones cuando los padres siguen ejerciendo un rol proveedor. Un estudio elaborado en el Estado de Rio Grande do Sul-Brasil, da cuenta que las familias son la principal de red de apoyo para las paternidades adolescentes (105), situación similar ocurre cuando los padres se separan de sus parejas.

Otro aspecto relevante es el rol que juegan las mujeres en el cuidado de la niñez. En el presente estudio, gran parte de las/os entrevistadas/os señaló que un factor influyente en las paternidades es el rol que ejerce la mujer al momento de establecer límites respecto a su ejercicio de cuidados. En consecuencia, según la investigación desarrollada, las mujeres al presentar mayores exigencias en el desarrollo de las labores domésticas y de cuidado, no logran transferir de manera ecuánime las labores que históricamente han efectuado, incluso culpándose de perpetuar el rol de los padres distantes y proveedores. Esto es

aseverado por Armijo, quien menciona que los padres ejercen sus paternidades en complemento con una buena madre y no ocupando el lugar de cuidado esencial que efectúan mujeres. En síntesis, las mujeres sienten culpa cuando no ejercen cuidados acordes a lo esperado socialmente y, en la actualidad, emergen este mismo afecto cuando no pueden ser agentes activas de la transformación de paternidades co-responsables. Esta culpa está asociada, además, a las representaciones de maternidades cuyo eje es la aceptación y auto-afirmación que desarrollan las mujeres respecto al ser madre. Una consecuencia de esta figura materna es la sobre exigencia de roles y actividades, como también la subestimación de la calidad de cuidados ejercidos por los varones. Montes, a propósito de este fenómeno, afirma que las sociedades patriarcales ejercen influencia en lo que denomina “machismo femenino”, esto quiere decir que la maternidad tiene como objetivo desarrollar un estatus social de plenitud femenina (106). Esto puede observarse con mayor frecuencia en algunos ambientes donde el desarrollo del ser mujer esté ligada al trabajo reproductivo.

Resulta paradójico debido a que, a propósito de la entrada de las mujeres al campo laboral remunerado, los hombres han adquirido por obligación nuevas responsabilidades en torno al cuidado como es la preparación de alimentos, acompañamiento al desarrollo académico y otros menesteres. No obstante, este ejercicio es parte de las rutinas paternas, no afectando el desarrollo laboral y de libertades por parte de los varones. En consecuencia, las madres – a pesar de criar cada vez más junto a los padres- siguen desarrollando las principales actividades de organización del cuidado y trabajo doméstico. Un estudio desarrollado por Prieto, en España y País Vasco, menciona que la carga de trabajo remunerado y no remunerado por parte de las mujeres es superior al de los varones (107), cuestión que afirma que los padres, a pesar de construir nuevas paternidades, siguen estando en un plano secundario y no co-responsable de los cuidados a sus hijos/as.

4. La participación de los padres en los Centros de Salud Familiar

Las imágenes de los padres participando en los Centros de Salud Familiar fueron percibidas como escasas y no hubo diferencias en el análisis por parte de profesionales y técnicos

sanitarios. En ese sentido, se reconocen tipos de paternidades: en menor frecuencia aquellos padres que asisten regularmente a las actividades de salud de sus hijos/as; otros que asisten solo acompañando a las madres sin mayor involucramiento; mientras algunos que no asisten a los controles de salud infantil.

A propósito de estos dos últimos tipos de paternidades, el estudio realizado por Valdés coincide en el rol preponderante de los padres, quienes ejercen cuidados de manera periférica (104). Asimismo, la encuesta IMAGES menciona que la participación de los padres en los cuidados de salud es baja en comparación a las actividades que realizan las madres (35). Cerca del 90% de los varones/mujeres encuestados/as mencionan que las madres se quedan en casa cuando los hijos/as se enferman (35).

La presencia del padre en los Cesfam se ve con mayor frecuencia en los primeros meses de vida debido a la fragilidad de los/as niños/as a esa edad. Posteriormente, mientras hijos/as crecen, la participación del padre es casi nula. De acuerdo a los datos del Departamento de Estadísticas e Información de salud (DEIS) del Ministerio de Salud de Chile, la presencia de padres en controles de salud infantil de la región de Valparaíso fue de un 23,05% en niños/as menores de 12 meses, mientras que el mismo indicador disminuyó a 15,36% entre el 12 a 47 meses de vida (108). En esa dirección, el Estudio sobre participación de los padres en el sistema público de salud de Chile año 2012, tanto en el abordaje metodológico cualitativo y cuantitativo, concuerda que la participación de varones es baja en cuanto a las prestaciones de salud de sus hijos/as y que el mayor involucramiento ocurre en el parto, los controles prenatales y, en menor medida, los controles en el primer año de vida (27).

Las razones de la baja participación de los padres a las actividades de cuidado en salud se justifican por el trabajo, cuestión similar a los resultados del Estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile año 2012, en el cual los/as profesionales mencionan la misma situación como barrera (27). El mismo informe hace mención la existencia de una barrera cultural por parte de los Centros de Salud acerca de

una manera hegemónica de trabajar solo con las madres, cuestión que también está presente en los relatos del presente estudio.

Sin embargo, la participación de padres jóvenes se observa con mayor frecuencia en los Cefam. Este hallazgo es similar a lo mencionado por Aguayo y colaboradores en un estudio cualitativo en relación a que los padres jóvenes están interactuando cada vez más con los servicios de salud, tanto en la presencia en los establecimientos sanitarios como en el interés por los cuidados de salud de sus hijos/as (27).

5. Atención primaria y fomento de paternidades responsables

El presente estudio evidenció que la APS no logra desarrollar intervenciones adecuadas para el fomento de paternidades responsables. En ese sentido, los Cefam no se consolidan como espacios de transformación debido a las limitaciones asociadas a inequidades y desigualdades socio-estructurales como es la división sexual del trabajo, las condiciones de vida, el sistema de protección social, entre otros. En particular, las dificultades se vinculan a la baja información respecto a paternidades corresponsables durante la atención de salud de niños/as, aún cuando el Programa Chile Crece Contigo declara ir en dirección a transformaciones sustantivas. En ese sentido, el Informe sobre participación de los padres en el sistema público de salud de Chile concluye que el 34,5% de los/as profesionales sanitarios encuestados están de acuerdo con que los establecimientos de salud no consideran la presencia de los padres como un aspecto relevante, el 35,1% mencionó falta de campañas o talleres que promuevan la paternidad y un 29,1% señala falta de capacitaciones para incluir a los padres en las atenciones de salud (27).

A nivel individual, los/as profesionales y técnicos sanitarios efectúan acciones para el fomento de la paternidad responsable circunscrita a favorecer la interacción con el padre y hacerlo pasar a los boxes cuando sus hijos/as reciben atención de salud. No obstante, estas actividades son superficiales y no logran tensionar la masculinidad hegemónica, problematizar respecto a las labores de crianza que los padres realizan o proyectar

paternidades corresponsables. En ese sentido, solo el 45% de los profesionales de salud encuestados para el Estudio sobre la participación de los padres en el sistema público de salud de Chile año 2012 mencionan que las capacitaciones del Programa Chile Crece Contigo aborda temas sobre paternidades (27). El mismo estudio refiere que solo 14,8% de los/as profesionales sanitarios afirman que existen protocolos para el fomento del involucramiento paternos en establecimientos de salud; el 24,4% haber recibido recomendaciones del Ministerio de Salud para incluir a los padres en el contexto de atención sanitaria. Asimismo, solo el 19,1% de los/as funcionarios/as de salud afirma haber contado con material educativo dirigido a los padres (27).

Las intervenciones de los/as profesionales sanitarios se orientan en el fortalecimiento de la sensibilidad paterna en el ámbito de salud. En ello destaca la incorporación a las entrevistas en los controles de salud infantil o animar a los padres a ejecutar acciones de cuidado, cuestión corroborada por Aguayo y colaboradores quienes afirman que la mayoría de los profesionales sanitarios dan recomendaciones a los padres para tareas de corresponsabilidad (27). Sin embargo, estas actividades son percibidas como débiles por parte de los/as profesionales y técnicos sanitarios participantes del presente estudio para el cambio hacia formas de crianzas democráticas.

De acuerdo con lo anterior, las intervenciones para el fortalecimiento de paternidades responsables depende -al no tener directrices generales- de los propios funcionarios/as de la APS. En efecto, existe una alta probabilidad de perpetuar paternidades proveedoras debido a que los/as funcionarios/as de APS normalizan este estilo de ser padre. Esto se condice nuevamente con el Informe elaborado por Aguayo y colaboradores, el cual menciona que tres de cada diez profesionales de salud encuestados están de acuerdo con la aseveración que la madre tiene mayor capacidad para cuidar en comparación a los padres, el 24,6% afirman que si padre y madre están separados, es mejor que hijo/a asista al control junto a la madre, mientras que el 31,8% asegura que es preferible entregar las indicaciones de salud a la madre debido a que ellas son las que se hacen cargo del cuidado de niños/as (27). Sin perjuicio de lo anterior, esta investigación da cuenta de la necesidad de capacitación y fortalecimiento de paternidades a través de acciones como talleres



dirigidos exclusivamente a varones. Esto evidencia, por tanto, un interés en la transformación de paternidades proveedoras por otras co-responsables en el cuidado de niños/as.

VIII. Conclusiones y recomendaciones

Las paternidades, como constructo social, son analizadas por gran parte de las comunidades. Es, por tanto, una representación que no deja ajenos/as de los significados y percepciones de las propias colectividades sobre el ser padre. Esta investigación concluye que las representaciones sobre paternidades se construyen, en mayor medida al rol proveedor y, en menor intensidad, a padres co-responsables de los cuidados. Los factores que potencian estos roles son las sociedades, las familias, los medios de comunicación, el juego, las experiencias previas de los padres, entre otros.

Uno de los elementos más relevantes del presente estudio fue la influencia del trabajo como aspecto importante en el ejercicio de paternidades, expresado en la falta de tiempo para ejercer cuidados democráticos debido a la mantención del rol hegemónico de proveedor. Asimismo, otro aspecto relevante en los hallazgos de la investigación fue la conformación de familias nucleares para el ejercicio de paternidades tradicionales. En consecuencia, el padre no logra ejercer paternidades sin una pareja, toda vez que el padre -en la mayoría de las oportunidades- no logra suplir los cuidados que ejercen normalmente las mujeres.

Sin embargo, el rol proveedor del ser padre está en tensión y transformación. Se observa una tendencia de cambio paradigmático en las nuevas generaciones de padres en comparación a quienes siguen ejerciendo roles histórico-tradicionales. Este cambio es alentado por la cultura contra hegemónica que aboga por sociedades más equitativas y han permitido transformar de manera, aún lenta, el marco jurídico de paternidades, los medios de comunicación y las relaciones sociales familiares.

En el ámbito de la atención de salud infantil, los padres participan de manera escasa y poco activa en cuanto a los cuidados sanitarios. Esta investigación da cuenta de este fenómeno, no obstante, también se evidencia la presencia de padres jóvenes en los centros de salud. En consecuencia, los Centros de salud familiar se tornan espacios donde se observa el quiebre generacional entre los nuevos padres y aquellos tradicionales.

A pesar de ser un espacio donde se vislumbran este tipo de paternidades y sus tensiones, los Centros de salud familiar no logran consolidarse como lugares de transformación del ser padre, cuestión que se observa en el escaso diseño de políticas sanitarias dirigidas a los varones y padres, como también en indicadores de paternidad que no logran captar el grado de involucramiento de los padres en el proceso de crianza. Todo esto produce la defahección de los Centro de salud hacia paternidades co-responsables e inmoviliza a los/as funcionarios/as de la APS al no reconocer el importante espacio que ocupan en pos de cambios sociales, situación que es potenciada por el diseño de los programas de salud infantil, los cuales se encargan fundamentalmente del bienestar del niño/a y no de la alta carga de inequidades que conlleva esta situación.

En la misma dirección, esta investigación vislumbró que es relevante conocer cuáles son las representaciones de paternidades por parte de los/as trabajadores/as de la salud, ya que estas percepciones pueden influir en la transmisión de prácticas o acciones transformadoras o perpetuadoras de paternidades. Asimismo, otro elemento importante de los hallazgos fueron las nulas diferencias entre las representaciones sociales de paternidades de técnicos sanitarios y profesionales de la salud, por tanto, se puede establecer que las imágenes del ser padre son compartidas en los Cesfam participantes del estudio, fundamentalmente en las acciones, percepción de participación y elementos conceptuales. No obstante, se observó diferencias en los factores que influyen en paternidades (religión y políticas públicas), como también en las proyecciones e idealidades de nuevas formas de paternar. Esto puede tener una explicación debido a elementos de acceso a información y mayor tiempo de reflexión en la atención de salud infantil por parte de los profesionales de la salud.

Por todo lo anterior, las recomendaciones para favorecer las transformaciones a nuevas paternidades se pueden orientar en:

- A nivel de la atención de salud: Fortalecer, al interior del programa Chile Crece Contigo, las temáticas de paternidades co-responsables al interior de los equipos de salud. Esto favorecerá las percepciones de los/as trabajadores/as de la salud

respecto las limitantes y potencialidades de los actuales padres en el territorio. Posterior a ello, establecer estrategias de tensión hacia nuevas paternidades y sensibilizar en el cuidado democrático de hijos/as.

- A nivel de políticas públicas: Establecer una agenda por la paternidad co-responsable que incorpore un sueldo mínimo digno y acorde para cubrir todas las necesidades familiares. Asimismo, esta agenda debe incluir la disminución de las jornadas laborales con el propósito de aumentar el tiempo de los padres junto a sus hijos/as, tanto en actividades de trabajo no remunerado, ocioso y cuidado paterno.
- A nivel social: Mantener un proceso de deliberación colectiva respecto a las proyecciones de paternidades responsables, fundamentalmente en el ámbito del cuidado y trabajo doméstico. Esta discusión social produce interpelaciones en los distintos niveles de la sociedad y, en salud, permite profundizar las experiencias, expectativas e imágenes que trabajadores/as de la atención primaria de salud están llevando a cabo en sus espacios laborales.

IX. Referencias bibliográficas

1. Anabalón C, Cares F, Cortés R, Zamora M. Construcción de la propia paternidad en adolescentes varones pertenecientes a liceos. Rev Psicol [Internet]. 2011;20:53–72. Available from: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/13724>
2. Montesinos R. La nueva paternidad: expresión de la transformación masculina. Polis. 2004;2(4):197–220.
3. Aguayo F, Kimelman E. Guía para promover la paternidad activa y la corresponsabilidad en el cuidado y crianza de niños y niñas. Santiago de Chile; 2012.
4. De Martino-Bermúdez M. Connel y el concepto de masculinidades hegemónicas: notas críticas desde la obra de Pierre Bourdieu. Rev Estudios Feministas. 2013; 21(1):283-300. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2013000100015&script=sci_abstract&lng=es
5. Herrera RE. Una mirada al involucramiento paterno: participación de los hombres jefes de hogar de la Gran Área Metropolitana de Costa Rica en actividades de cuidado directo. 2016;31(92):301–29.
6. Torres Egea P, Ballesteros Pérez E, Sánchez Castillo PD, Gejo Bartolomé A. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Nursing. 2008; 26 (6): 56-61.
7. García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y en la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004; 18 (supl 2):83-92.
8. Aguayo F, Barker G, Kimelman E. Editorial: Paternidad y Cuidado en América Latina - Ausencias, Presencias y Transformaciones. Masculinities Soc Chang. 2016;5(2):98. doi:10.17583/mcs.2016.2140
9. Real académica Española de la lengua (RAE). Diccionario de la lengua española: paternidad; 2019. Disponible en https://dle.rae.es/paternidad?m=30_2
10. Noriega I, Ponce G. Significados de paternidad en los “nuevos padres separados de la V región a dos años de la promulgación de la Ley 20.680. [Tesis de pre-grado] Valparaíso: Pontificia Universidad Católica de Valparaíso; 2015.

11. Lupica C. Corresponsabilidad de los cuidados y autonomía económica de las mujeres. Lecciones aprendidas del Permiso Posnatal Parental en Chile. CEPAL; 2015. 48 p.
12. Torres L, Ortega P, Reyes A, Garrido A. Paternity and family breakdown. Enseñanza e Investig en Psicol [Internet]. 2011;163(2):277–93. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/292/29222521005.pdf>
13. Olavarría, J. ¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo. Santiago (CH): Serie Libros FLACSO; 2001. 140 p.
14. Paredes J. El feminismocomunitario: la creación de un pensamiento propio Community feminism: the creation of one's own thinking. Corpus [Internet]. 2017;7(1):1–9. Available from: <https://journals.openedition.org/corpusarchivos/1835>
15. Montecino S. Sangres cruzadas : mujeres chilenas y mestizaje. Santiago (CH): Colección mujeres en la Cultura; 1993. 67 p.
16. Valdés X, Rebolledo L, Willson A. Masculino y femenino en la hacienda chilena del siglo XX. Santiago (CH): Centro de estudios para el desarrollo de la mujer; 1995. 87 p.
17. Salazar G. Ser niño “huacho” en la historia de Chile. Santiago (CH): LOM Ediciones; 2007. 136 p.
18. Olavarría J. Y todos querían ser (buenos) padres: varones de Santiago de Chile en conflicto. Santiago (CH): Serie Libros FLACSO; 2001. 158 p.
19. Olavarría J, Parrini R. Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Santiago (CH): LOM Ediciones; 2000. 155 p.
20. Lupica C. Avances estratégicos y desafíos pendientes para la autonomía económica de las mujeres; 2015. 49 p.
21. Armijo Garrido L. Los discursos de legitimación de los padres trabajadores chilenos sobre la reproducción del cuidado. P [Internet]. 2018 Aug;17(50):23–45. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n50/0718-6568-polis-17-50-00023.pdf>
22. Red de Masculinidad por la igualdad de Género, Promundo, EME/CulturaSalud. Programa P: Un Manual para la Paternidad activa. Nicaragua; 2013.
23. Tubert, S. Figuras del Padre. Madrid (ESP): Ediciones Cátedra; 1997. 315 p.

24. Castillo C. Paternidad activa en sectores populares de la comuna de Peñalolén: Representaciones sociales sobre paternidad y experiencias de vida vinculadas al género en padres varones de sectores urbano populares de Peñalolén Alto y Nuevo Peñalolén, activos en la crianza de sus hijos y/o hijas preescolares. [Tesis de pregrado] Santiago: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2015.
25. Badinter E. XY la identidad masculina. Madrid (ESP): Ed. Alianza; 1993. 256 p.
26. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Censo abreviado. Santiago (CH);2017.
27. Aguayo F, Correa P, Kimelman E. Estudio sobre la Participación de los Padres en el Sistema Público de Salud de Chile . Informe final. Santiago de Chile; 2012.
28. Cano Rodas AM, Motta Ariza ME, Valderrama Tibocho LE, Gil Vargas CA. Jefatura masculina en hogares monoparentales: adaptaciones de los hombres a las necesidades de sus hijos. Rev Colomb Sociol [Internet]. 2016 May 26;39(1):123–45. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcs/v39n1/v39n1a07.pdf>
29. Torres L. La Paternidad: Una mirada retrospectiva. Rev Ciencias Soc Univ Costa Rica [Internet]. 204AD;3(January 2004):47–58. Available from: <https://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/images/revistas/RCS105/03Torres.pdf>
30. Vega-Robles I. Relaciones de equidad entre hombres y mujeres. Análisis crítico del entorno familiar. Actual en Psicol [Internet]. 2007;21:59–78. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/apsi/v21n108/v21n108a03.pdf>
31. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Mujeres en Chile y mercado del trabajo: Participación laboral femenina y brechas salariales. Santiago (CH); 2015.
32. Carmelo D. Sobre el concepto de patriarcado [Internet]. Universidad de Zaragoza; 2013. Available from: <https://zaguan.unizar.es/record/10957/files/TAZ-TFM-2013-169.pdf>
33. Ministerio de Desarrollo Social (CH). Encuesta Caracterización socio-económica nacional (CASEN). Santiago (CH); 2015.
34. Servicio Nacional de la Mujer (CH). Valorización del trabajo doméstico no remunerado. Santiago (CH); 2009.
35. Aguayo F, Correa P, Cristi P. Encuesta Internacional de Masculinidades y equidad de género (IMAGES) Chile. Santiago (CH); 2011

36. Aguayo F, Levtoy R, Barker G, Brown V, Barindelli F. Estado de la Paternidad América Latina y el Caribe. Nueva York (USA); 2017.
37. Saldaña L. Relaciones de género y arreglos domésticos: masculinidades cambiantes en Concepción. P [Internet]. 2018;50:183–204. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v17n50/0718-6568-polis-17-50-00183.pdf>
38. Silva C. Los significados de la paternidad desde la construcción de lo masculino: el caso de la Pincoya. Rev Perspect [Internet]. 2017;30:23–50. Available from: https://www.researchgate.net/publication/328923181_Los_significados_de_la_paternidad_desde_la_construccion_de_lo_masculino_el_caso_de_la_Pincoya
39. Pavicevic Y, Herrera F. Involucrados dentro de lo posible: Conciliación trabajo-paternidad de padres primerizos chilenos. Rev Austral Ciencias Soc [Internet]. 2019;5:97–113. Available from: https://www.academia.edu/39971017/Involucrados_dentro_de_lo_posible_Conciliación_trabajo-paternidad_de_padres_primerizos_chilenos
40. Sánchez-Basilio CI. Percepciones de la paternidad en los varones adolescentes de la Comunidad Autónoma de Madrid. Nure Investig [Internet]. 2016;13:1–17. Available from: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/772/691>
41. Aguayo F, Sadler M. Masculinidades y Políticas Públicas. Involucrando hombres en la equidad de género. Santiago (CH): FACSU-Universidad de Chile-LOM Ediciones; 2011. 189 p.
42. Månsdotter A, Backhans M, Hallqvist J. The relationship between a less gender-stereotypical parenthood and alcohol-related care and death: A registry study of Swedish mothers and fathers. Biomed Cent [Internet]. 2008;13:1–13. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-312>
43. Månsdotter A, Lindholm L, Winkvist A. Paternity leave in Sweden — Costs, savings and health gains. Health Policy (New York) [Internet]. 2007;82:102–15. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0168851006002065>
44. Laflamme L, Månsdotter A, Lundberg M, Magnusson C. Dangerous dads? Ecological and longitudinal analyses of paternity leave and risk for child injury. Epidemiol Community Heal [Internet]. 2012;66:1001–4. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22245721>

45. Moscovici S. El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Ed Huemul; 1979. 363 p.
46. Piña-Osorio JM, Cuevas-Cajiga Y. La teoría de las representaciones sociales: Su uso en la investigación educativa en México. Perfiles educativos, México , v. 26, n. 105-106, p. 102-124, enero 2004 . Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-26982004000100005&lng=es&nrm=iso
47. Moreno X. Género y representaciones sociales de la salud en personas mayores usuarias de centros de atención primaria de Santiago. [Tesis de doctorado] Santiago (CH): Universidad de Chile; 2016
48. Perera-Pérez M. A propósito de las representaciones sociales. Apuntes teóricos, trayectoria y actualidad. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO);2003. 35 p.
49. Mora M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digit [Internet]. 2002;2:1–25. Available from: <https://atheneadigital.net/article/view/55>
50. Jodelet D. Culture et pratiques de santé. Nouvelle Revue de Psychosociologie. 2006;(1):219–39.
51. Ayús R, Eroza E. El Cuerpo y las ciencias sociales. Rev. Pueblos front. Digit; 2007: 2(4): 1-57.
52. Viveros, M. La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad. Revista Colombiana de Antropología; 2006:30, pp. 237-260.
53. Banchs MA. Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En Rodríguez Salazar T., García Curiel ML. Representaciones Sociales. Teoría de Investigación. Guadalajara: CUCSH-UDG; 2007. p. 219-253.
54. Flick U. The social construction of individual and public health: contributions of social representations theory to a social science of health. Soc. Sci. Inf. 1998;37(4):639–62.
55. Eslava Albarracín D, Puntel de Almeida M. Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado del arte. Cienc. enferm. [Internet]. 2002 Dic [citado 2019 Dic 08] ; 8(2): 59-72. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-

95532002000200007&lng=es.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200007>

56. Vergara M. Representaciones sociales sobre salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. Rev.latinoam.cienc soc niñez juv [Internet]. 2009 Jan [cited 2019 Dec 08] ; 7 (1): 105-133. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2009000100005&lng=en.
57. Rangel Esquivel J. Representaciones sociales del proceso salud/Enfermedad/atención de participantes en programas sociales de salud pública. Iberóforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana, vol. VI, núm. 11, enero-junio, 2011, pp. 28-56
58. Conde Fernando G. La evolución de las representaciones sociales sobre la salud de las mujeres madreñas, 1993-2000. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 2002 Oct [citado 2019 Dic 08] ; 76 (5): 493-507. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500011&lng=es
59. Moreno JA. Representaciones sociales de la salud de una comunidad rural de Colombia. Rev Psicol Univ Antioquia. 2015;7 (2):47–62.
60. Puyana-Villamizar Y, Mosquera-Rosero C. Traer “hijos o hijas al mundo”: significados culturales de la paternidad y la maternidad. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv [Internet]. 2011;3:1–21. Available from: <http://158.69.118.180/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/302/171>
61. Fernández O, Oyarzún M, San Pelayo E. ¿Quién es un buen padre?: representaciones femeninas acerca de la paternidad. Integr académica en Psicol. 2014;2:54–70.
62. Castilla MV. La construcción de la “buena paternidad” en hombres jóvenes residentes en barrios pobres de Buenos Aires. Rev Punto Género. 2018;10:110–32.
63. Valdés X, Godoy C. El lugar del padre: rupturas y herencias. Representaciones de la paternidad en grupos altos, medios y populares chilenos. Estud Av. 2008;6(9):79–112.

64. Realpe G. Representaciones sociales de paternidad en un grupo de padres de familia de la vereda La Aguja, del Municipio de Ciénaga, Magdalena [Tesis de pre-grado] Ciénaga-Colombia: Universidad del Valle; 2019.
65. Barreto J. La relevancia del conocimiento de las representaciones sociales de los adolescentes varones acerca de la paternidad en la adolescencia para el desarrollo de políticas públicas. *Subj y procesos Cogn.* 2013;17:17–36.
66. Buguëño D. Representaciones sociales de maternidad y paternidad en el parlamento uruguayo. [Tesis de pre-grado] Montevideo-Uruguay: Universidad de la República;2018.
67. Gallardo G, Gómez E. Paternidad: representaciones sociales en jóvenes varones heterosexuales universitarios sin hijos. *Psykhé.* 2006;15:105–16.
68. Tobos A. Representaciones sociales de padre y paternidad. Un estudio en el diario colombiano *El tiempo*, del año 2010. [Tesis de pre-grado] Bogotá-Colombia: Universidad Nacional de Colombia;2013
69. Ladino N, López P. Así hemos sido padres ... Un aporte a la construcción de las representaciones sociales sobre paternidad. *Pensam Am.* 2018;11(20):190–212.
70. Montenegro JL, Orcasita L, Guayara L, Zapata L. Representaciones sociales sobre masculinidad y paternidad en padres con hijos gays. *Investig en Enfermería.* 2019;21(September 2016):1–10.
71. Organización Mundial de la Salud (OMS). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. Ginebra-Suiza; 2008. Available from: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
72. López-Campillay M. ¿Salud para todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Santiago (CH): Ministerio de Salud, Chile; 2018. 134 p.
73. Fuster N, Moscoso P. La Hoja Sanitaria de la IWW y la medicalización de la organización obrera en Chile (1924-1927). Santiago (CH): Ed. Ceibos; 2015. 504 p.
74. Goic A. El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Rev Med Chile* [Internet]. 2015;143:774–86. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v143n6/art11.pdf>

75. Goldstein E. El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal [Internet]. 2018. Available from: https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/26811/2/BCN_Gobernanza_salud_y_demunicipip_para_reposit_final.pdf
76. Ministerio de Salud (CH) De consultorio a Centro de Salud. Marco Conceptual. Santiago (CH): 2ª edición; 1997.
77. Departamento de Estadísticas e información de salud (DEIS). Lista de Establecimientos de salud. Santiago (CH);2018
78. Ministerio de Salud (CH). Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Santiago (CH); 2017. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Abril2017.pdf
79. Zárate MS. Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920. In: Universidad de Chile, Facultad de Filosofía y Humanidades, editor. Programa Género y Cultura en América Latina. Cuarto Propio. Santiago de Chile; 1999. p. 163–83.
80. Zárate MS. Parto, crianza y pobreza en Chile. In: Sagredo R, Gazmuri C, editors. Historia de la vida en privada Chile. Taurus. Santiago de Chile; 2010. p. 13–47.
81. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo-Egipto; 1994.
82. Griffin G. Braidotti R. Thinking Differently. A reader in European Women's Studies. London (UK): Zed Book; 2002. 393 p.
83. Ruiz MT. Sesgos de género en la atención sanitaria. Nueva Salud Pública. Alicante (ESP): Escuela Andaluza de Salud Pública; 2009. 78 p.
84. Tasa-Vinyals E, Mora-Giral M, Raich-Escursell M. Sesgo de género en medicina: concepto y estado de la cuestión. Rev Iberoam Psicosomática [Internet]. 2015;113:14–25. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5207966>
85. Maroto G, Castaño E, García M, Hidalgo N, Matero I. Paternidad y servicios de salud. estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas. Rev Esp Salud

- Pública [Internet]. 2009;4:267–78. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/original5.pdf>
86. Premberg Å, Taft C, Hellström A, Berg M. Father for the first time - development and validation of a questionnaire to assess fathers' experiences of first childbirth (FTFQ). BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2012;12:1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523014/pdf/1471-2393-12-35.pdf>
 87. Ilustre Municipalidad de Valparaíso (CH). Plan comunal de salud 2018-2022. Valparaíso (CH); 2018.
 88. Biblioteca del Congreso Nacional (CH). Reportes estadísticos comunales: Valparaíso. Santiago (CH); 2018. Disponible en: <https://reportescomunales.bcn.cl/2017/index.php/Valpara%C3%ADso>
 89. ATISBA Monitor. El despoblamiento de Valparaíso. Valparaíso (CH): El Mercurio; 2018. 24 p.
 90. Emilio de la Cerda. «Valparaíso: Línea del tiempo.» En Proyecto Ciudad: Valparaíso, de Francisco Quintana y Francisco Díaz, 23-42. Valparaíso: Arq, 2015.
 91. Guerrero C. Entrevista a encargado Programa de Salud Infantil. Cesfam Rodelillo; 2019.
 92. Guerrero C. Entrevista a encargada Programa de Salud Infantil. Cesfam Padre Damián; 2019.
 93. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6ta ed. México D.F: Editorial Mc Graw Hill; 2014. 600 p.
 94. Weisz C. La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. Rev. CES Psicol., 10(1), 99-108.
 95. Jodelet D. La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En Moscovici S. Psicología Social II: Pensamiento y vida social. 1º ed. Barcelona: Paidós; .p 469-494.
 96. Cuevas Y. Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. Represent Soc e Investig [Internet]. 2016;21:109–40. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v11n21/2007-8110-crs-11-21-00109.pdf>

97. González M. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. Rev Iberoam Educ [Internet]. 2002;29:85–103. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/800/80002905.pdf>
98. Vizcarra B, Poo A-M. Changes in the Meanings Associated to Paternity in Men From Temuco, Chile. Rev Psicol [Internet]. 2017;26(1):1–14. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/revpsicol/v26n1/0719-0581-revpsicol-26-01-00094.pdf>
99. Chinchilla N, Jiménez E, Grau M. Análisis de las barreras e impulsores para la maternidad de las mujeres españolas. Navarra; 2017.
100. Galet C. El juego como aprendizaje social de género en la infancia. Textura - Ulbra. 2014;16(32):64–87.
101. Silva J, Campos C, García P, Portilla D. Masculinity and Paternities in the Mining Context of Northern Chile. Salud y Soc [Internet]. 2016;7(1):78–96. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439746001005.pdf>
102. Sabatino J. Trabajo y paternidad: significados en torno a la vida laboral y cuidado de los hijos en padres jóvenes de estratos medios en la Ciudad de Buenos Aires. 2012.
103. Castro-García C, Pazos-Morán M. Permisos de maternidad, paternidad y parentales en Europa: algunos elementos para el análisis de la situación actual. Instituto de Estudios Fiscales; 2001. 56 pp. Available from: https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2007_26.pdf
104. Valdés X. El lugar que habita el padre en Chile contemporáneo: Estudio de las representaciones sobre la paternidad en distintos grupos sociales. P [Internet]. 2009;8(23):385–410. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v8n23/art17.pdf>
105. Bueno MEN, Meincke SMK, Schwartz E, Soares MC, Corrêa ACL. Fatherhood in adolescence: The family as a social support network. Texto e Context Enferm. 2012;21(2):313–9.
106. Montes S. Familia y paternidad responsable [Internet]. El Salvador; 1973. Available from: http://repositorio.uca.edu.sv/jspui/bitstream/11674/2258/1/ECA1974-29-303_304E.pdf



107. Prieto C, De Guzmán SP. Desigualdades laborales de género, disponibilidad temporal y normatividad social. Rev Esp Investig Sociol [Internet]. 2013;(141):113–32. Available from: http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_141_051358270007219.pdf
108. Departamento de Estadísticas e información de salud (DEIS). Reporte de controles de salud según servicio de salud. Santiago (CH);2016

X. Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado.

Representaciones sociales sobre paternidad(es) en técnicos y profesionales sanitarios pertenecientes a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso

Nombre del investigador: Camilo Guerrero Nancuante

Rut: 16.813.801-6

Institución: Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende G. Universidad de Chile

Teléfono: +56 9 88941939

Correo electrónico: camilo.guerrero@uv.cl

Usted ha sido invitado/a a participar en el proyecto de investigación “**Representaciones sociales sobre paternidad(es) en técnicos y profesionales sanitarios pertenecientes a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso**”. El estudio pretende comprender el fenómeno de la paternidad desde las representaciones sociales de trabajadores/as de la salud. Su justificación se debe a la importancia de entender las paternidades para incluir a los padres en la atención de salud de sus hijos/as en los Centros de Salud Familiar, disminuir las inequidades de género y fortalecer el rol paterno en la crianza como elemento en la democratización del cuidado. Antes de que usted decida participar en el estudio, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Realice todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse entender los procedimientos del estudio.

Objetivos: Esta investigación tiene como propósito analizar las representaciones sociales de paternidades en técnicos y profesionales sanitarios pertenecientes a los Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso.

El estudio incluirá la participación de aproximadamente 12 técnicos y profesionales de la salud de tres Centros de Salud Familiar de la comuna de Valparaíso

Procedimientos: Si Ud. acepta participar en el estudio, será entrevistado personalmente por un período aproximado de 30 a 60 minutos donde se le realizarán preguntas relacionadas con el tema de investigación.

Costos: La aplicación de esta actividad es sin costo alguno para Ud.



Beneficios: Gracias a su participación, usted estará contribuyendo al progreso del conocimiento acerca de este tema y favoreciendo su masificación.

Compensación: Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación en el estudio.

Confidencialidad: Toda la información derivada de su participación en este estudio será conservada en forma estricta confidencial, lo que incluye el acceso de los investigadores o supervisores de la investigación. Cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

Voluntariedad: Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria y se puede retirar en cualquier momento comunicándolo al investigador, sin que ello signifique modificaciones en el estudio.

Derechos del participante: Usted recibirá una copia íntegra y escrita de este documento firmado. Además, será informado de los resultados del estudio, una vez obtenidos. Asimismo, le será entregada una copia del trabajo final si así lo desea. Si usted requiere cualquier otra información sobre su participación en este estudio puede comunicarse con: Camilo Guerrero Nancuante al teléfono +56 9 88941939 o al correo electrónico: camilo.guerrero@uv.cl

Otros Derechos del participante: En caso de duda sobre sus derechos debe comunicarse con el Presidente del “Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos”, Dr. Manuel Oyarzún G., Teléfono: 2-978.9536, Email: comiteceish@med.uchile.cl, cuya oficina se encuentra ubicada a un costado de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile en Av. Independencia 1027, Comuna de Independencia.

Conclusión:

Después de haber recibido y comprendido la información de este documento y de haber podido aclarar todas mis dudas, otorgo mi consentimiento para participar en la investigación:

“.....
.....
.....”



Nombre del participante.
RUT

Firma.

Fecha

_____.

Nombre del Director de
Institución o Delegado
RUT

Firma

Fecha

_____.

Nombre del investigador
RUT

Firma

Fecha

Anexo 2: Guion de Entrevista Semi-estructurada.

1. Datos generales de la entrevista

Fecha	
Lugar de la entrevista:	
Hora de inicio y término:	
Nombre del entrevistador:	
Código de entrevista (Nº de entrevista; sexo; primera letra de apellido paterno y materno, primera letra de función y Cefam)	

2. Datos del o la entrevistado/a

Edad	
Sexo	
Nacionalidad	
Número de hijos/as (si procede)	
Adscripción religiosa o étnica	
Cargo al interior del Cefam	
Tiempo de contrato en Cefam	
Actividades realizadas en el marco de los programas de salud infantil	

Categorías	Sub-categorías	Pregunta	Preguntas de sondeo
Paternidad	Ser padre	¿Qué percepción tiene de la paternidad?	<p>¿Qué es lo primero que se viene a la mente cuando escuchas la palabra paternidad?</p> <p>¿Cómo es la figura paterna?</p> <p>¿Qué significado tiene para usted el concepto de paternidad?</p> <p>¿Cómo define la paternidad?</p> <p>¿Qué características tienen los padres?</p> <p>¿Cómo cree usted que un padre aprende a ser padre?</p>
	Prácticas asociadas a la paternidad	¿Qué prácticas son parte de la paternidad?	<p>¿Cuáles son las actividades que hacen los padres junto a sus hijos/as?</p> <p>¿De qué modo se involucran los padres en el cuidado de sus hijos/as?.</p> <p>¿Cuáles son las acciones de cuidado que realizan los padres?</p> <p>¿Qué piensa respecto a la calidad de los cuidados efectuados por los padres?</p>
	Factores fortalecedores y obstaculizadores para el ejercicio de paternidad	¿Qué factores influyen en la paternidad?	<p>¿Qué factores o situaciones influyen en la paternidad?</p> <p>¿Cuáles son los factores/situaciones obstaculizadoras para la paternidad?</p> <p>¿Cuáles son los factores/situaciones facilitadoras para la paternidad?</p>
Profesionales/técnicos sanitarios y paternidad	Percepción del Involucramiento de los padres en el	¿Cómo percibe el involucramiento de los padres en el contexto de	<p>¿Qué piensa usted sobre la participación de los padres en el Cesfam?</p> <p>¿Qué significa para usted atender a un padre junto a su hijo/a?</p> <p>¿Cómo percibe el control de salud infantil cuando solo va el padre?</p>

	cuidado de sus hijos	atención de salud?	¿Qué diferencias observa en comparación a la asistencia solo de la madre?
	Acciones sanitarias para el fomento de una paternidad responsable	¿Qué acciones se realizan, en el contexto de atención de salud, para fortalecer la paternidad?	<p>¿Qué acciones se realizan en salud para fomentar la paternidad?</p> <p>¿Qué piensa sobre estas estrategias?</p> <p>¿Qué acciones realiza usted en la atención de salud para fortalecer la paternidad?</p>

Anexo 3: Acta de aprobación Comité de ética de investigación en seres humanos, Facultad de Medicina-Universidad de Chile.



UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO

(Documento en versión 2 corregida 28.05.2018)

Con fecha 28 de Julio 2020, el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile, integrado por los siguientes miembros:

Dr. Manuel Oyarzún G., Médico Neumólogo, Presidente
Dra. Lucia Cifuentes O., Médico Genetista, Vicepresidente Subrogante
Sra. Claudia Marshall F., Educadora, Representante de la comunidad.
Dra. Grisel Orellana, Médico Neuropsiquiatra
Prof. Julieta González B., Bióloga Celular
Dra. Maria Angela Delucchi Biccocchi, Médico Pediatra Nefrólogo.
Dr. Miguel O'Ryan, Médico Infectólogo
Dra. María Luz Bascuñán Psicóloga PhD, Prof. Asociado
Sra. Karima Yarmuch G., Abogada
Srta. Javiera Cobo R., Nutricionista, Secretaria Ejecutiva

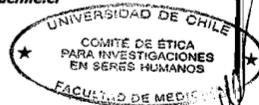
Ha revisado el Proyecto de Investigación titulado: **REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE PATERNIDAD(ES) EN TÉCNICOS Y PROFESIONALES SANITARIOS PERTENECIENTES A CENTROS DE SALUD FAMILIAR DE LA COMUNA DE VALPARAÍSO** Cuyo investigador responsable es el Sr. Camilo Guerrero Nancuante, quien corresponde al departamento de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile (como alumno)

El Comité revisó los siguientes documentos del estudio:

- Proyecto de Tesis de Magister para optar al grado de Salud Pública
- Curriculum vitae del Investigador responsable
- Consentimiento Informado
- Carta Compromiso del investigador para comunicar los resultados del estudio una vez finalizado este

El proyecto y los documentos señalados en el párrafo precedente han sido analizados a la luz de los postulados de la Declaración de Helsinki, de las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



28 JUL 2020

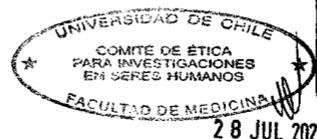


**UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS**

Sobre la base de esta información el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los aspectos del proyecto que a continuación se señalan:

- a) **Carácter de la población a estudiar (cautivo/no cautiva; investigación terapéutico/no terapéutica):** El estudio propuesto se corresponde con un diseño de investigación cualitativo cautivo y con fines no terapéuticos, cuya población objetivo corresponde a técnicos y profesionales sanitarios de los Centros de salud familiar de la comuna de Valparaíso (Cesfam Rodelillo y Padre Damián). La composición de la muestra se basa en criterios definidos según muestreo teórico de perfiles, cuyos criterios (Ser parte del equipo de salud y experiencia en acompañamiento de la salud infantil) o aquellos que se adicionen en cuanto a edad, roles, identidades, profesiones, adscripción religiosa, étnica y/o nacionalidad, permiten a la vez que incrementar la validez del estudio, asegurar la participación y no discriminación de grupos sociales.
- b) **Utilidad del proyecto:** El proyecto explorará en el constructo de paternidad en profesionales de salud vinculados a programas de salud infantil lo cual genera insumos reflexivos a la práctica en salud de la atención primaria, útil también para otros contextos sanitarios y comunitarios. Existen a su vez escasos estudios en el campo de la salud, planteados desde la perspectiva de las Ciencias Sociales que aborden esta dimensión, cuyos resultados serán beneficiosos para nutrir ambos campos disciplinares.
- c) **Riesgos y beneficios:** No se visualizan riesgos directos individuales o colectivos en los grupos de estudio que deriven de su voluntad de participar o por el uso de los procedimientos de estudio. Si bien no existen beneficios individuales directos, se explicita en el consentimiento que la contribución es un aporte al campo del conocimiento que apoya la práctica clínica en tanto que provee mayor comprensión a un fenómeno poco conocido. A los/as participantes se les proporcionará los resultados del estudio aspecto que resulta en un beneficio indirecto en la medida que este conocimiento retroalimenta la reflexividad sobre la práctica. Se contemplan a su vez instancias de difusión colectiva a los Cesfam lo cual también representa un beneficio más sistémico para el ejercicio de la profesionalidad.
- d) **Protección de los participantes (asegurada por el Consentimiento Informado):** Se asegura que la participación sea voluntaria, proporcionando información verbal y escrita previo a la firma del consentimiento informado, permitiendo el retiro voluntario de los/as participantes. Se asegura la confidencialidad, restringiendo el acceso a la información sólo al equipo de investigación, manteniendo el anonimato del/la informante en productos comunicacionales. La captación de los/as participantes tiene

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

el respaldo de las/os encargadas/os de cada Cesfam (cartas adjuntas) lo cual asegura que las instituciones conocen y respaldan la participación de los/as profesionales de salud. Asimismo, el consentimiento contiene la información de contacto necesaria para canalizar dudas de los/as participantes.

- e) Notificación oportuna de reacciones adversas: No se visualiza reacciones adversas en tanto que no se practicará intervención o tratamiento alguno en los/las participantes.
- f) Compromiso del investigador responsable en la notificación de los resultados del estudio al finalizar el proyecto: Si.

Requiere seguimiento Visita en terreno: Si No

Nº de vistas: 0

Por lo tanto, el comité estima que el estudio propuesto está bien justificado y que no significa para los sujetos involucrados riesgos físicos, psíquicos o sociales mayores que mínimos.

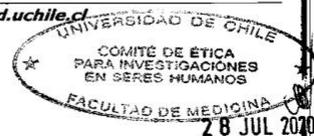
Este comité también analizó y aprobó los correspondientes documentos de Consentimiento Informado en su versión original recibida el 07 de Mayo 2020, que se adjunta firmado, fechado y timbrado por este CEISH.

Sin perjuicio de lo anterior, según lo establecido en el artículo 10 bis del D.S Nº 114 de 2011, del Ministerio de Salud que aprueba el reglamento de la ley Nº 20.120; es preciso recordar que toda investigación científica en seres humanos deberá contar con la autorización expresa del o de los directores de los establecimientos dentro de los cuales se efectúe, la que deberá ser evacuada dentro del plazo de 20 días hábiles contados desde la evaluación conforme del CEISH, siendo de responsabilidad del investigador enviar a este Comité una copia de la misma dentro del plazo señalado.

En virtud de las consideraciones anteriores el Comité otorga la aprobación ética para la realización del estudio propuesto, dentro de las especificaciones del protocolo.

Se extiende este documento por el periodo de **3 años** a contar desde la fecha de aprobación prorrogable según informe de avance y seguimiento bioético.

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl





UNIVERSIDAD DE CHILE - FACULTAD DE MEDICINA
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

Lugar de realización del estudio:

- Centro de Salud Familiar (Cesfam) Padre Damián de la comuna de Valparaíso.
Centro de Salud Familiar (Cesfam) Rodelillo de la comuna de Valparaíso

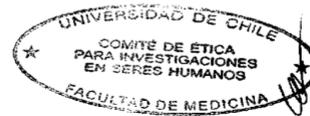


Srta. Javiera Cobo-Riveros
Secretaria Ejecutiva CEISH

Santiago, 28 de Julio de 2020.

Proyecto: N° 061-2020
Archivo acta: N° 043

Teléfono: 29789536 - Email: comiteceish@med.uchile.cl



28 JUL 2020

Anexo 4: Características de participantes del estudio.

	E01	E02	E03	E04	E05	E06
Cesfam	Rodelillo	Rodelillo	Padre Damián	Rodelillo	Rodelillo	Padre Damián
Edad (años)	31	31	55	28	39	36
Sexo	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Nacionalidad	Chileno	Chilena	Colombiana	Chilena	Chilena	Chilena
Número de hijos/as (si procede)	0	2	0	2	2	2
Adscripción religiosa o étnica	No	No	Católica	Católica	No	Católica
Cargo al interior del Cesfam	Enfermero	Enfermera	Enfermera	TENS	Médica	TENS
Tiempo de contrato en Cesfam (años)	7	3	13	4	12	11
Actividades realizadas en salud infantil	Control salud infantil	Control salud infantil	Control salud infantil	Vacunación niños/as	Control salud infantil	Vacunación niños/as.

	E07	E08	E09	E10	E11	E12
Cesfam	Rodelillo	Padre Damián	Rodelillo	Padre Damián	Padre Damián	Padre Damián
Edad	25	57	56	63	42	55
Sexo	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino	Femenino
Nacionalidad	Chilena	Chilena	Chilena	Chilena	Chilena	Chilena
Número de hijos/as (si procede)	1	2	1	2	1	1
Adscripción religiosa o étnica	No	Católica	Cristiana-Evangélica	No	No	Católica
Cargo al interior del Cesfam	TENS	Educadora de párvulos	TENS	Enfermera	TENS	TENS
Tiempo de contrato en Cesfam	3	9	13	13	6	24
Actividades realizadas en salud infantil	Vacunación niños/as	Sala de estimulación	Programa nacional de alimentación (PNAC)	Control salud infantil	Vacunación niños/as	Tarjetero Programa Infantil