

**TRABAJO FINAL**

**COMUNICACIÓN, PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO:  
TRES NOCIONES CLAVES PARA LA CONSTRUCCIÓN  
DE UNA CULTURA ORGANIZACIONAL FUNDAMENTADA  
EN LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS**

El caso de la Maternidad de Moreno  
Estela de Carlotto en su etapa fundacional



**Tesista: Lic. Mariela Alejandra Zanazzi**

**Dirección: Dra. Cecilia Ceraso**

**La Plata, 2021**

Agradezco y dedico este trabajo a mis compañeras y compañeros de la Maternidad Estela de Carlotto, con quienes -durante este tiempo y casi sin darnos cuenta- fuimos construyendo una comunidad de práctica, descubrimientos y aprendizajes que aún hoy sigue creciendo.

A Cecilia Zerbo y Patricia Rosemberg, por generar las condiciones para que pudiéramos implicarnos en la planificación y gestión de esta organización desde el primer momento.

A Cecilia Ceraso, por sus valiosos aportes. Por cada minuto, hora y jornada que dedicó a acompañarme en este camino.

A mi familia, amigas y amigos. A mis padres y hermanos, José Luis, Graciela, José, Fabián y Ariel, por estar siempre.

A mis amores: Seba, Facu y Mayni que llenan mis días de sonrisas y con quienes disfruto tanto compartir la vida.

# ÍNDICE

<b>Punto de partida .....</b>	<b>6</b>
Introducción .....	6
Contención y cercanía .....	7
Tema .....	9
Problema.....	11
Objetivos .....	13
Metodología .....	14
<b>1. Historia y contextualización .....</b>	<b>16</b>
Construcción.....	20
Apertura.....	23
Consolidación.....	26
Resultados obtenidos.....	30
<b>2. Sistema de salud de Moreno y cultura organizacional de la MEC .....</b>	<b>33</b>
Moreno .....	33
Redes que integran .....	34
Las huellas de “la Clínica de Rolo” .....	37
Pilares institucionales.....	39
Modelo de gestión .....	42
Entre círculos y pirámides.....	43
Patricia y Cecilia .....	46
<b>3. Distancias conceptuales.....</b>	<b>50</b>
De rupturas y nuevas prácticas.....	52
Salud sexual hegemónica .....	54
Distancias estructurales y funcionales.....	57
<b>4. Primera lupa: Las miradas del desarrollo .....</b>	<b>62</b>
Impacto territorial.....	62
Del potencial individual al crecimiento colectivo.....	64
Conjunción de miradas.....	68
Nacer mejor es vivir mejor.....	69
Barrer bajo la alfombra .....	72
<b>5. Segunda lupa: las diversas formas de participación .....</b>	<b>74</b>
Desafíos de la integración .....	77
Integración de los equipos de trabajo .....	79
Consolidación del proyecto político institucional.....	82
Participación y acceso a la información.....	84
<b>6. Tercera lupa: Teorías y prácticas de comunicación .....</b>	<b>86</b>
Claves y herramientas (o herramientas claves) de la comunicación organizacional .....	88
A. El proyecto original .....	88

B. Rasgos distintivos de las prácticas comunicacionales de la MEC.....	90
C. Fronteras identitarias .....	91
D. Melodías encadenadas.....	92
E. Sonrisa mariposa.....	93
F. Dicen que dicen (Enunciados vs. Enunciación) .....	95
G. Habilitar la palabra .....	96
H. Medios (si median).....	97
I. La construcción fática .....	98
J. Técnica como medida .....	99
<b>7. La transformación llegó para quedarse (a modo de conclusión).....</b>	<b>102</b>
<b>8. Bibliografía .....</b>	<b>107</b>
<b>9. Anexos.....</b>	<b>111</b>
Glosario .....	111
Plan Integral de Comunicación para la nueva Maternidad de Moreno .....	120



# **PUNTO DE PARTIDA**

## **Introducción**

La Maternidad Estela de Carlotto (M.E.C.) es un hospital provincial, situado en el distrito de Moreno, que procura consolidarse como Maternidad Segura Centrada en la Familia y Hospital de Calidad. Su oferta de servicios está pensada sobre la base establecida por los derechos reglamentados en la Ley Nacional de parto humanizado N° 25.929; la Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485; la Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes N° 26.061; la Ley de Salud Pública N° 26.529; la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673; y -desde fines del 2020- la Ley Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo N° 27.610.

Se trata de un hospital materno-neonatal que ofrece atención perinatal (acompaña a las mujeres y los niños en el momento inmediatamente anterior y posterior al nacimiento). Se encuentra catalogada en el sistema público de salud como un hospital de nivel II (segundo nivel de complejidad). Esto significa que está preparada y cuenta con el equipamiento necesario para brindar atención a situaciones de salud de bajo riesgo.

Su modo de funcionamiento está pensado en articulación con el Hospital Provincial Mariano y Luciano de la Vega, el nacional Alejandro Posadas y las 40 unidades sanitarias del distrito de Moreno. Lo que se conoce como Corredor sanitario o la red perinatal de la Región VII.

La apertura de este nosocomio se llevó a cabo en tres etapas. Comenzó a funcionar en enero de 2013 y durante los primeros cuatro meses, se trabajó puertas adentro, sin atención al público: con el personal abocado, por un lado, a la gestión de los recursos y el equipamiento que faltaba adquirir y, por el otro, a la formación y planificación colectiva de los procesos que posteriormente se pondrían en marcha.

Desde abril hasta octubre de ese año, se sostuvo la atención en consultorios externos; la realización de estudios como prácticas de ecografías, laboratorios, electrocardiogramas y mamografías; el vacunatorio; talleres de Preparación Integral para la Maternidad y actividades comunitarias. En noviembre se empezó a ofrecer atención las 24 horas, incluyendo así las guardias de obstetricia y de neonatología.

El tercer momento de apertura se dio en mayo de 2014, cuando la Maternidad comenzó con la atención de nacimientos, dejando inauguradas las Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), el quirófano y las salas de internación.

En ese contexto, la Maternidad Estela de Carlotto fue creciendo a partir de la planificación colectiva y participativa de todos sus procesos de trabajo, implementando acciones como: el armado y seguimiento semestral de la planificación estratégica de cada servicio; instancias de formación y capacitación continua; ateneos generales para la discusión y el debate de temas o casos particulares; reuniones de Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA); la creación de Comités; el incentivo a los equipos para la presentación de proyectos que luego eran financiados a través del Programa nacional Sumar.

En el año 2015, dando un paso más hacia la consolidación de ese camino, la organización consiguió la **certificación de servicio** y su acreditación como **Hospital de Calidad**, otorgada por el Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud (CENAS).

Todo ese esfuerzo y tiempo invertido apuntaban sobre todo a construir y fortalecer una cultura organizacional distinta, planificada y centrada en los derechos de las personas. Así como también, a sentar las bases de una modalidad de trabajo que se pudiera socializar y replicar en otras maternidades del país.

### **Contención y cercanía**

La Maternidad Estela de Carlotto se propuso entablar y alimentar un vínculo de cercanía con la comunidad. Ser un hospital de puertas abiertas. En un principio, organizando actividades para las familias y adolescentes de la zona. Luego, emprendiendo acciones e iniciativas con organizaciones locales, como el Grupo de Crianza En Trama; Las Casildas; Las Kolectivas del Oeste; la Fundación Franciscana; escuelas y universidades. En octubre de 2014, se celebraron los primeros 150 nacimientos. Un evento al que fueron invitadas cada una de las familias de esos niños y niñas nacidos/as en la M.E.C. Y en el que estuvo presente la presidenta de Abuelas de Plaza de Mayo Estela de Carlotto, escuchando sus relatos. La celebración de los mil nacimientos fue realizada junto a la comunidad, en agosto de 2015. Y desde entonces las puertas de la Maternidad se abrieron al encuentro en distintos momentos del año: para la Semana Mundial del Parto Respetado; en la Semana de la Lactancia Materna; el Día internacional del Donante Voluntario de Sangre; y la Semana del Prematuro, por citar algunos ejemplos.

También se buscó que las personas pudieran contar con diferentes canales para expresar sus opiniones y sensaciones respecto al trato recibido. Cauces de comunicación (Ceraso, C. et.al.

2011) como el cuaderno y la cartelera de los nacimientos; mensajes privados a la página de facebook; libro de propuestas y sugerencias (periódicamente revisado por el equipo de conducción) y la posibilidad de conversar personalmente con las y los responsables de cada servicio o con el equipo directivo.

Hacia fines del año 2016, la Maternidad Estela de Carlotto ya se había convertido en una organización de referencia nacional vinculada a los derechos de salud sexual y reproductiva. Avalada por sus resultados estadísticos alentadores, así como también por el reconocimiento de organizaciones de derechos humanos, organismos internacionales como la OMS, la OPS, Unicef, medios de comunicación nacionales, profesionales e instituciones académicas de larga trayectoria. Pero sobre todo, contando con opiniones, mensajes de agradecimiento y relatos de experiencias muy conmovedores, por parte de sus usuarios/as.

El vínculo construido con la comunidad se puso en evidencia en distintas oportunidades. Una de las más impactantes fue a comienzos del 2017, cuando la entonces ministra de Salud provincial decidió remover de sus cargos a las Dras. Patricia Rosemberg y Cecilia Zerbo, quienes habían ejercido hasta ese momento los roles de directora ejecutiva y directora asociada médica, respectivamente.

Ni bien se dio a conocer esta noticia, se organizó en la puerta de la Maternidad un abrazo comunitario impulsado por referentes del movimiento de mujeres y el Observatorio de Violencia Obstétrica Argentino (OVO), quienes reunieron más de 500 firmas de adhesión y recibieron cartas del Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús; Junta Interna de Delegadas y Delegados del Ministerio de Salud de la Nación de ATE; Colectiva de Antropólogas Feministas; Asociación Civil Mamakilla, embarazo y crianza; Asociación Civil Argentina de Puericultura y la Asociación Civil Develar.





Se sumaron con su presencia más de treinta organizaciones sociales como la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento (RELACAHUPAN), sindicatos, asociaciones civiles, agrupaciones estudiantiles, escuelas, universidades y grupos de crianza, entre otras. También, desde el ámbito de los medios de comunicación, se acercaron: “La mañana de Víctor Hugo”, de AM 750; La Garganta Poderosa; FM Tinkunako; Radio Universidad General Sarmiento; Moreno Noticias; y la FM 100.9 de la Escuela "Madres y Abuelas de Plaza de Mayo".

## **Tema**

El trabajo final que propuse desarrollar para la Maestría en Planificación y Gestión de Procesos de Comunicación recupera el trayecto recorrido por la Maternidad Estela de Carlotto en sus primeros cuatro años de funcionamiento, con la premisa de demostrar que la trascendencia de su proyecto se debió al trabajo realizado en materia de gestión, planificación y organización de sus acciones y servicios, en vistas a la garantía de derechos.

Se trata de una sistematización de experiencia que puede ser enmarcada en dos grandes temas de investigación:

Por un lado, incursionaremos en lo que se conoce como **gestión de las organizaciones**. Siguiendo el planteo de Leonardo Schvarstein (1991), diremos que las *instituciones* son “aquellos cuerpos normativos jurídico-culturales compuestos de ideas, valores, creencias, leyes que determinan las formas de intercambio social”. Y que las *organizaciones* son “unidades compuestas” construidas socialmente, atravesadas por una o varias de esas instituciones.

Dando un paso más, diremos también que las organizaciones son “redes de conversaciones” y que trabajar en una organización implica, necesariamente, “atarse a un futuro con otros”. Es decir, a una serie de compromisos que se actualizan y se renuevan una y otra vez, en cada conversación (Flores, F. 1994).

A partir de este posicionamiento conceptual, buscaremos reconstruir el camino recorrido por la Maternidad Estela de Carlotto, con el objetivo de construir una forma de trabajo y un modo particular de pensarse como organización, donde la prioridad estuvo puesta en favorecer el bienestar y la calidad de atención de las personas y familias que requirieran sus servicios.

Desde una mirada más amplia, el presente trabajo podría ser contemplado en el universo

analítico vinculado a **comunicación y políticas públicas**. Si bien tomaremos como caso lo ocurrido en un hospital particular del conurbano bonaerense, la atención estará puesta en la posibilidad de transformar ciertas prácticas intervencionistas y laborales que se encuentran naturalizadas en la implementación de políticas públicas sanitarias y que se manifiestan, día a día, en la atención hospitalaria. Buscaremos dar cuenta del modo en que se intentaron modificar las huellas de un determinado paradigma de atención en el ámbito de la salud pública, con la intención de aportar a procesos de transformación similares en otras organizaciones sanitarias del territorio provincial, nacional y latinoamericano.

### **¿Por qué tomaremos los primeros cuatro años de funcionamiento?**

Consideraremos como período fundacional de la Maternidad Estela de Carlotto al tiempo transcurrido entre su puesta en funcionamiento (enero de 2013) y el último año completo en el que se mantuvo el mismo equipo de gestión inicial (esto es, hasta diciembre de 2016). Se trata del período en el que se lograron completar las distintas etapas de apertura de esta organización; donde se llegaron a definir las características principales de su identidad organizacional, su estructura de funcionamiento, la modalidad de gestión; y donde se pusieron en marcha la mayoría de los procesos y servicios que la Maternidad continúa sosteniendo y ofreciendo aún en la actualidad.

La mirada estará puesta en las acciones desplegadas por su equipo de conducción (que incluye al cuerpo directivo y a los jefes y coordinadores de servicios), en el cual tuve la oportunidad de participar. En el transcurso de la investigación, incluiremos citas y relatos de integrantes de los equipos correspondientes a cada área o servicio. Pero no llegaremos a reunir evidencia suficiente para comprobar si la cultura organizacional propuesta en estos primeros años, efectivamente, se logró implementar y sostener en el tiempo.

Sí intentaremos dar respuesta a las preguntas sobre: ¿Qué cuestiones ideológico-conceptuales se trabajaron en la Maternidad Estela de Carlotto, para avanzar hacia la construcción de un hospital garante de derechos? ¿Qué prácticas laborales y profesionales fueron revisadas y modificadas para que ese proyecto institucional se pudiera llevar adelante? ¿Qué tipo de gestión y estructura organizacional se pusieron en marcha durante ese período? ¿Cuáles fueron las herramientas metodológicas implementadas con estos fines, en el transcurso de sus primeros cuatro años de funcionamiento?

Me propongo buscar las respuestas a estas preguntas, tomando como ejes de observación tres

nociones que se presentaron como conceptos claves en el transcurso de la Maestría en Planificación y Gestión de Procesos Comunicacionales (PLANGESCO). Me refiero a las ideas abordadas sobre DESARROLLO, PLANIFICACIÓN y COMUNICACIÓN. Asumiendo como punto de partida que la integración de estos conceptos (y de sus respectivas y diversas representaciones) se presentaron como ejes transversales para la implementación de la forma particular de trabajo y de funcionamiento que mantuvo la Maternidad Estela de Carlotto, en sus primeros tiempos.

## **Problema**

Me propongo elaborar una sistematización del recorrido realizado por la Maternidad Estela de Carlotto para construir y sostener una cultura organizacional fundamentada en los derechos de las personas. Esto es, un hospital que, en lugar de pensarse a sí mismo como prestador de servicios de salud, asumió un rol de facilitador del acceso y la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, para todas las familias del distrito de Moreno y sus alrededores.

Siguiendo el aporte de Gilberto Giménez, diremos que “no es posible conferir suficiente homogeneidad al concepto de *cultura*, si no se lo implanta directa y sólidamente en el terreno de los significados sociales, de la construcción social de sentido, de la semiosis social” (Gimenez, G. Mimeo). Por lo tanto, tomaremos en este trabajo esa esencia sémica de la noción de cultura, como “conjunto de significados constitutivos de identidades y de alteridades sociales”. Es decir, como aquellos modos distintivos de verse y comprenderse colectivamente en el mundo y al mundo en oposición a otros.

Buscaremos acercar y describir aquellos rasgos distintivos que, explicitados y puestos en circulación por parte del equipo de conducción, procuraron construir un *Nosotros Maternidad Estela de Carlotto*. Una forma particular de hacer y de pensar en relación con la organización que, al ser fruto de conversaciones periódicas y cotidianas, se crea y recrea continuamente. Asumiendo también a la comunicación como la parte dinámica de la cultura y a la vez su elemento reproductor (Díaz Larrañaga, N. 2004).

### **¿Qué implicó la implementación de esta mirada?**

A lo largo de estas páginas, desarrollaremos un conjunto de hipótesis que surgieron a partir de esta primera pregunta de investigación.

En primer lugar, el punto de partida fue un distanciamiento ideológico conceptual respecto al rol de las instituciones sanitarias y de sus equipos de salud en la sociedad. El cuestionamiento a lo que actualmente se conoce como el modelo médico hegemónico, junto a la transformación de prácticas laborales y profesionales naturalizadas en el quehacer cotidiano de los distintos servicios ofrecidos por la institución.

Paralelamente, considero que fue clave la integración de las diversas acepciones existentes sobre desarrollo: tanto para la definición del lugar que la Maternidad Estela de Carlotto debía ocupar en el sistema de salud local y provincial; como para la construcción del vínculo a sostener con la población de Moreno y sus alrededores; y el lugar que la organización se propuso ocupar en la vida laboral de sus trabajadores y trabajadoras.

Respecto a la organización y distribución del trabajo, se llevó adelante una integración de las diversas acepciones existentes sobre planificación. Desde su versión normativa, preponderante en los protocolos y programas provinciales o nacionales que la institución debía implementar; pasando por la estratégica situacional, observada en el Plan Estratégico Anual y en las planificaciones semestrales de cada servicio; hasta la planificación comunicativa, que se puso en práctica en numerosas iniciativas internas, como la creación colectiva del logo y la imagen institucional (entre otras).

La comunicación social ocupó un lugar transversal en esta construcción. No como un conjunto de acciones complementarias, sino como una dimensión inescindible de las acciones y procesos desplegados por la institución. Estuvo presente en todas sus posibles manifestaciones: creación y sostenimiento de la imagen institucional; capacitaciones para el personal; campañas con herramientas gráficas, audiovisuales, radiales y multimediales; convocatorias; sostenimiento de redes sociales; organización de eventos con fines integradores; elaboración de materiales pedagógicos; asesoramiento comunicacional a responsables de los distintos servicios; sistematización y divulgación de resultados y estadísticas institucionales.

Dicho esto, la pregunta guía de esta investigación es:

**Desde la mirada de la planificación, el desarrollo y la comunicación: ¿qué implica pensar e implementar una cultura organizacional fundamentada en los derechos de las personas?**

## Objetivos

### Objetivo general

Sistematizar el proceso de construcción de una cultura organizacional fundamentada en los derechos de las personas, implementado en la Maternidad de Moreno Estela de Carlotto durante sus primeros cuatro años de funcionamiento (2013 – 2016).

### Objetivos específicos

- Describir el proyecto político-institucional de esta maternidad ubicada en la zona Oeste del Gran Buenos Aires y las distintas etapas de apertura que permitieron su puesta en funcionamiento.
- Identificar las rupturas ideológicas propuestas por dicha institución, con relación a dos grandes paradigmas desarrollados y sostenidos históricamente en el sistema público de salud: el modelo médico hegemónico y los modelos productivos taylorista y fordista.
- Caracterizar los rasgos particulares de su cultura organizacional, desde la mirada de la *planificación*, el *desarrollo* y la *comunicación social*, reconocidas como ejes claves y transversales del funcionamiento de esta organización.
- Releva las diversas nociones de planificación y gestión que se pusieron en práctica en este período, para describir un nuevo modo de trabajo organizacional en el ámbito del sistema público de salud.
- Analizar las diferentes nociones de desarrollo que se implementaron, para sentar las bases de una cultura hospitalaria innovadora.
- Recuperar las prácticas comunicativas implementadas y vincularlas con nociones teóricas trabajadas en la Maestría PLANGESCO, para fundamentar los modos participativos de comunicación.
- Aportar al desarrollo científico académico vinculado a la gestión en salud y la comunicación organizacional, así como también a la transformación de las instituciones sanitarias que procuran avanzar hacia la garantía de derechos.

## Metodología

Para alcanzar los objetivos propuestos, realizaremos una *sistematización de experiencia* teniendo en cuenta la definición que aporta Oscar Jara sobre este término:

“La sistematización es aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo” (JARA, O. 2015).

En nuestro caso, la interpretación crítica se hará a partir de los ejes ya explicitados en líneas anteriores. Reconstruiremos y ordenaremos el relato a través de tres grandes lupas de observación: las ideas vinculadas al DESARROLLO que se pusieron en juego; las perspectivas implementadas con relación a la gestión y la PLANIFICACIÓN; y la diversidad de teorías aplicadas respecto a la noción de COMUNICACIÓN.

Continúa Oscar Jara al respecto: “La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora” (JARA, O. 2015).

Esa perspectiva transformadora tendrá la intención de dar respuestas a la pregunta guía de este trabajo: Qué acciones, qué decisiones, qué criterios, qué definiciones, qué preguntas, qué contradicciones, qué conflictos, qué certezas, qué transformaciones. En definitiva, **¿qué implicó la creación de la cultura organizacional de la Maternidad Estela de Carlotto, en sus primeros cuatro años de funcionamiento?**

Para ello, hemos contado con el acceso a fuentes de información e insumos muy diversos generados durante ese recorrido. Por un lado, registros audiovisuales (fotografías, filmaciones) y artículos periodísticos producidos por el equipo de Comunicación institucional de la MEC y por otros medios de comunicación locales, provinciales y nacionales.

Recuperamos los materiales gráficos y documentos donde se llegó a plasmar el modo de funcionamiento y el proyecto político-organizacional (protocolos de atención, folletería, presentaciones de power point, pósters elaborados para congresos, planificaciones estratégicas; informes de gestión anuales y semestrales, Manual de Orientación para el personal). Así como también las opiniones vertidas por sus usuarios y usuarias en el libro de los nacimientos; el libro de la Residencia de Madres y en la página de facebook oficial de la Maternidad.

Contamos también con entrevistas realizadas a usuarios/as; relatos de experiencias sobre los servicios ofrecidos; entrevistas a referentes sociales e integrantes de otras organizaciones que estuvieron en su sede; y entrevistas o conversaciones mantenidas con personal de sus distintos equipos de trabajo.

Finalmente, completamos este listado con herramientas de diagnóstico elaboradas en distintas oportunidades para revisar y reformular las prácticas y modalidades de trabajo, a medida que se iban implementando.

Respecto al procedimiento, nos propusimos avanzar en la sistematización, estableciendo tres grandes momentos de reflexión y redacción.

A) Descripción de la experiencia:

1. Historización y contextualización de la creación de la Maternidad Estela de Carlotto y sus primeros cuatro años de funcionamiento.
2. Caracterización de su cultura organizacional, teniendo en cuenta el tipo de hospital que se buscó poner en marcha, sus objetivos, pilares institucionales y modalidad de gestión.
3. Identificación de las distancias establecidas por la organización con relación a dos grandes paradigmas naturalizados en el sistema de salud: el paradigma médico-hegemónico y las modalidades de trabajo fordistas y tayloristas.

B) Observación de las acciones y decisiones implementadas a través de los ejes definidos:

4. Primera lupa: Las miradas del desarrollo.
5. Segunda lupa: Modelo de gestión y variantes de planificación.
6. Tercera lupa: Nociones de comunicación y teorías articuladas.

C) Presentación de los aportes conceptuales y vivenciales que se desprenden de este recorrido:

7. Elaboración de conclusiones, puntos de llegada e interrogantes abiertos.

# 1. HISTORIA Y CONTEXTUALIZACIÓN

La creación de la Maternidad Estela de Carlotto con el perfil organizacional descrito en páginas anteriores no fue una semilla que brotó sobre suelo de arcilla. Sus raíces se afianzaron en un terreno fértil, que hacía tiempo se encontraba en pleno movimiento.

Para dar cuenta de ello, podemos recordar los grandes momentos acontecidos en (por lo menos) dos líneas de tiempo paralelas y entrelazadas entre sí. Por uno lado, los logros ocurridos en los últimos años en materia de derechos sexuales y reproductivos, que fueron de la mano con la evolución del Movimiento de Mujeres a nivel nacional. Y por el otro, los hitos que marcaron la creación y el crecimiento de esta nueva organización hospitalaria en el conurbano bonaerense (Ver líneas de tiempo en páginas 13 y 14).

La idea de construir un nuevo hospital maternal en el distrito surgió como iniciativa del Municipio de Moreno y fue plasmada en un proyecto preliminar hacia junio de 2006. Hasta ese momento, se podía observar que el único hospital provincial existente en la zona no alcanzaba a contener la demanda de atención de nacimientos que requería su población. Estando ya en su máximo nivel de rendimiento, el Hospital Mariano y Luciano De la Vega tenía la capacidad de recibir hasta 3.500 niños y niñas en el transcurso de un año. Pero las cifras mostraban que en el año 2004 habían nacido 8.799 nuevos morenenses y que la tasa de mortalidad infantil era del 15,9 por mil.

Teniendo en cuenta que el 66,2% de los hogares presentaba sus Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y que sólo el 32% de la población contaba con cobertura de alguna obra social; esto significaba que entre 2500 y 3000 familias morenenses -de acuerdo con la proyección de incremento demográfico que se contaba en ese momento- debían acudir a los hospitales públicos de distritos vecinos para recibir a sus bebés, transitando largas distancias por sus propios medios mientras avanzaba su trabajo de parto<sup>1</sup>.

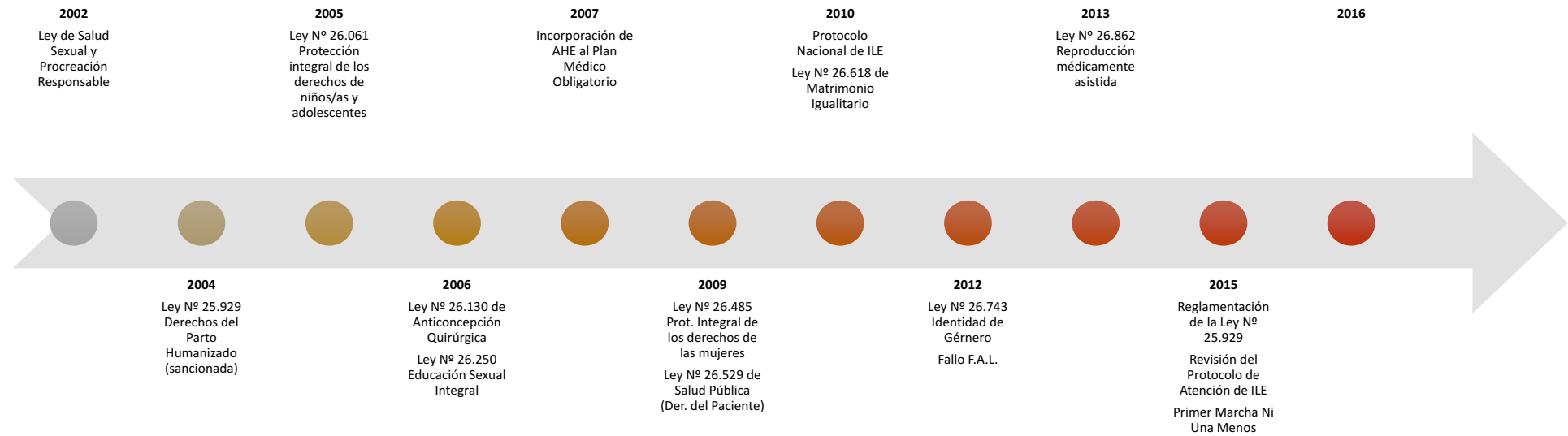
Fue poniendo estas cifras sobre la mesa que, en el año 2007, el municipio de Moreno firmó un convenio tripartito con el gobierno nacional y el provincial, donde los tres niveles del estado se comprometieron para avanzar hacia la concreción de este proyecto. El gobierno local aportó el terreno de la localidad de Trujui, adquirido para este fin, donde se emplazaría el establecimiento. Con presupuesto nacional, se realizaría la puesta en valor de ese predio,

---

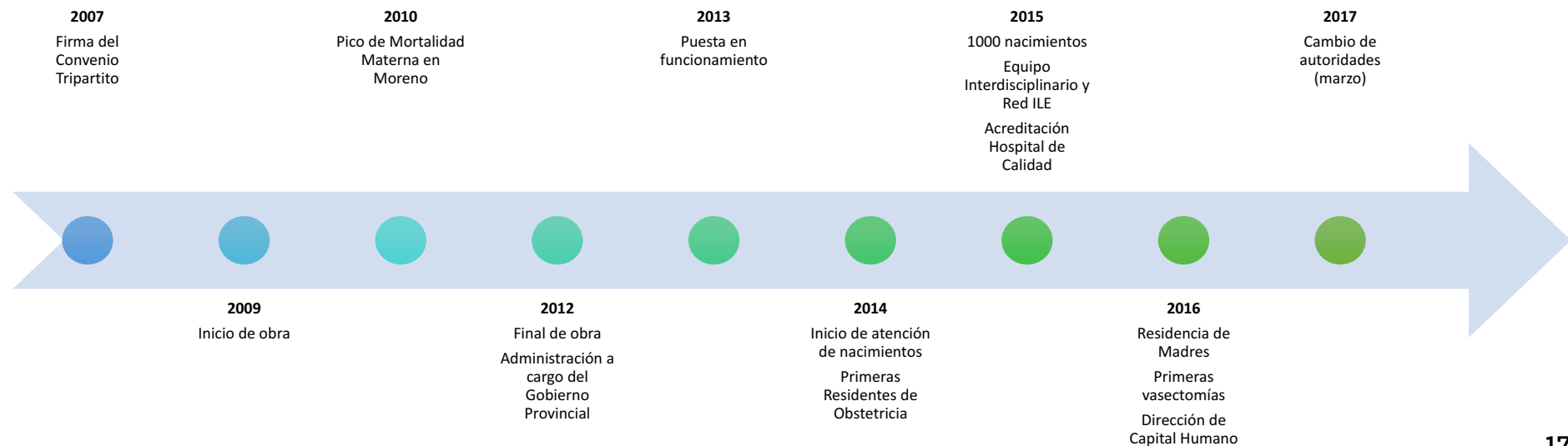
1 Fuente: Proyecto preliminar del Hospital Materno Infantil, elaborado por la Secretaría de Desarrollo Social y Humano y la Dirección General de Atención Primaria de la Salud del Municipio de Moreno, en junio de 2006.



## Legislación vinculada a derechos sexuales y reproductivos



## Principales hitos en la construcción de la Maternidad Estela de Carlotto



la refacción de las construcciones ya existentes y la ampliación edilicia que se considerara necesaria. Por su parte, el gobierno provincial asumiría la provisión del equipamiento y, posteriormente, la administración general de la nueva Maternidad.

Ya en la letra y en los planos de su Plan Médico Arquitectónico se buscó plasmar un perfil garante de derechos para este nuevo nosocomio. Dice el proyecto preliminar en su introducción:

“El municipio de Moreno considera prioritario la creación de un hospital materno infantil para lo cual ha adquirido con recursos propios un predio ubicado en la zona de Trujui y ha sido designado un conjunto de profesionales con una larga experiencia laboral en el partido para diagramar estrategias y políticas que permitan la concreción de este proyecto.

Se han analizado aspectos geográficos, demográficos, topográficos, accesibilidad de la población, cantidad de insumos, personal médico asistencial, administrativo, paramédico y todo lo concerniente a lograr una institución que a través de claros objetivos alcance a constituirse en una MATERNIDAD CENTRADA EN LA FAMILIA” (Proyecto preliminar del Hospital Materno Infantil de Moreno, junio 2006. *Las mayúsculas son del texto original*).

De esta manera, se hacía referencia a un modelo de atención hospitalaria que tuvo su primer antecedente en la Maternidad Ramón Sardá de la ciudad de Buenos Aires<sup>2</sup> y que se encontraba en línea con la iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN) creada en 1991 por Unicef y la Organización Mundial de la Salud (OMS) e implementada en nuestro país a partir de 1994.

En los años previos a la concreción de este proyecto, se habían obtenido también importantes avances en el ámbito legislativo: La promulgación en 2002 de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25.673, que regula la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, incluyendo en él las situaciones contempladas como Interrupciones Legales del Embarazo. En el año 2004, se logró la sanción de la Ley de Parto

---

2 El programa Maternidad Centrada en la Familia tuvo su origen en la Maternidad Ramón Sardá, ubicada en el barrio Parque Patricios de la ciudad de Buenos Aires. Su implementación aquí se pudo desarrollar en el área de Neonatología de forma paulatina y tuvo su hito inaugural en 1970, con la puesta en marcha de la primera Residencia de Madres de Argentina.

Humanizado N° 25.929, cuyos artículos reconocen los derechos de las mujeres embarazadas y de los/as recién nacidos/as durante el embarazo, el parto y el momento posterior al nacimiento. Garantizando, sobre todo, el respeto a los tiempos de cada mamá y cada bebé; a la intimidad y privacidad; a la información sobre las prácticas que se realicen sobre sus cuerpos; a sus costumbres y prácticas culturales; y a ser identificados correctamente.

**Derechos del PARTO RESPETADO**  
Ley Nacional N° 25.929

**TENÉS DERECHO A:**

- ser informada* durante el trabajo de parto, parto y posparto.
- ser tratada con respeto*, garantizando tu intimidad.
- que tengan en cuenta tus *pautas culturales*.
- ser protagonista* de tu propio parto.
- al parto natural*, respetando los tiempos biológicos y psicológicos, *evitando prácticas invasivas innecesarias*.
- ser informada sobre la evolución del parto, el estado de tu hijo/a y a *que te informen las prácticas que realicen en tu cuerpo*.
- estar acompañada por quien vos elijas* durante el trabajo de parto, el parto y el posparto.
- tener a tu lado a tu hijo/a durante toda la estadía en la institución de salud*, siempre que el recién nacido no requiera cuidados especiales.
- ser informada sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir *apoyo para amamantar*.
- tu bebé y vos tienen derecho a *ser identificados correctamente*.

**MATERNIDAD DE MORENO ESTELA DE CARLOTTO**  
Albatros 7225 (esq. Maza)  
Trujui, Moreno  
Tel. (0237) 461-0236 / 461-0322  
maternidad-moreno@ms.gba.gov.ar  
maternidaddemoreno

**Buenos Aires Provincia**

En esa misma línea, se obtuvo la sanción de la Ley de Protección Integral de los Derechos del Niño, la Niña y el Adolescente (2005); la Ley de Anticoncepción Quirúrgica N° 26.130 (2006); la Ley N° 26.150 que creó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (2006) y la incorporación de Anticoncepción Hormonal de Emergencia al Programa Médico

Obligatorio en el año 2007.

Aunque las leyes, por sí solas, no generan transformación, logran asignarle institucionalidad y legitimidad jurídica a una determinada “cuestión social”. Nos referimos con este término a aquellas necesidades o demandas “problematizadas” socialmente por “ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos e incluso individuos estratégicamente situados que creen que puede y debe hacerse algo al respecto y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes” (Oszlack, O y O’Donnell, 1976, p18).

Pero la institucionalización legislativa de estas cuestiones tampoco alcanza. En palabras de Rita Segato, podríamos decir que: “Una ley se torna vigente si tiene la capacidad de cambiar la sensibilidad ética de una sociedad, es decir, si consigue eficacia retórica, discursiva, simbólica, performativa, que persuade y disuade a la gente y moviliza a la sociedad, transformándola” (Segato, R. 2018, p 209).

Es decir que las leyes se crean con el impulso de la comunidad y necesitan ser defendidas, difundidas, explicadas e incorporadas por esa misma comunidad para que no queden plasmadas en el papel únicamente.

Esto fue lo que ocurrió, precisamente, con las leyes mencionadas en líneas anteriores. En particular, nos referiremos a la Ley de Parto Humanizado, cuya reglamentación se logró recién en el año 2015 y su implementación continúa siendo un enorme y provocador desafío para la mayoría de las organizaciones sanitarias del país. Fue, principalmente, por las reivindicaciones desplegadas desde el movimiento de mujeres -junto a políticas públicas afines y acciones impulsadas por organizaciones de alcance internacional- que la temática del parto respetado se mantuvo y se sostiene en la agenda mediática y social, problematizándose cada vez más, visibilizando la violencia obstétrica en todas sus dimensiones y replanteando el rol de los equipos de salud frente a este tipo de situaciones.

## **Construcción**

La obra de construcción y refacción del predio de la Maternidad comenzó a fines de 2009 y su finalización se concretó en los últimos meses de 2012.

El 2010 fue un año movilizante para la población de Moreno y para quienes se desempeñaban en el sistema de salud público local. Durante ese período se registró un pico muy abrupto en

la Razón de Muerte Materna (RMM), alcanzando el 12,9 por mil. Mientras que en los años anteriores esta cifra no había sido superior a 8 por mil.

Ante esta situación, fueron desplegadas una serie de acciones desde el gobierno municipal, que apuntaban a la revisión y transformación de prácticas de los equipos de salud locales; a mejorar los registros estadísticos que se venían realizando, facilitando el acceso generalizado a esa información; y a reforzar la integración entre las organizaciones sanitarias y centros de salud existentes en la zona. Algo que enseguida rindió sus frutos, dado que en el año 2011 la RMM registrada fue de 5,7 por mil y en el año siguiente de 2,9.

Con este antecedente de *trabajo en red*, se fue perfilando lo que luego se consolidaría como el *Corredor sanitario de atención perinatal*, uno de los bastiones principales que le permitirían a la Maternidad Estela de Carlotto proyectar y sostener su estrategia de atención.

En el transcurso de esos años, los logros en materia legislativa se multiplicaron. En 2009 se sancionó y promulgó la Ley de Protección Integral a las Mujeres N° 26.485. Que incluye la violencia obstétrica como una de las manifestaciones de maltrato, definiéndola de la siguiente manera:

“Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929” (Ley Nacional N° 26.485, art. 6, inc. e).

También la Ley de Salud Pública N° 26.529 se aprobó ese mismo año, precisando los derechos y responsabilidades de las personas cuando acuden a los establecimientos de salud para recibir atención médica.

En el 2010, hubo dos grandes hitos vinculados a la salud sexual y reproductiva. Por un lado, la sanción de la Ley de Matrimonio Igualitario N° 26.618, que habilita la posibilidad de contraer matrimonio a todo tipo de parejas sin diferenciar aquellas que se dan entre personas del mismo género. La letra de esta legislación tuvo sus repercusiones, no sólo en las distintas dependencias del Registro Civil, sino también en todo tipo de oficinas y establecimientos públicos y privados, incluyendo los hospitales y centros sanitarios. Algo que fue reforzado, posteriormente, con la Ley de Identidad de Género N° 26.743/2012. Todavía queda un largo camino por recorrer al respecto -rompiendo, sobre todo, limitaciones culturales fuertemente arraigadas en esta sociedad de tradición patriarcal y concepciones binarias- pero la letra de las

leyes vigentes otorgan reconocimiento institucional a estos derechos y permiten instalar en el debate y la agenda social el concepto de *respeto a la diversidad sexual*.

Por otro lado, sucedió en el mismo año la creación del Protocolo Nacional para la Atención Integral de las personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (ILE). Una iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación, pensada para facilitar la atención rápida, accesible y segura de las situaciones contempladas en el artículo N° 86 del Código Civil. Dice el protocolo:

“(…) toda mujer, niña, adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar, tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando: • el embarazo representa un peligro para la vida de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios; • el embarazo representa un peligro para la salud de la mujer y este peligro no pueda ser evitado por otros medios; • el embarazo proviene de una violación; • el embarazo proviene de una violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental” (Protocolo de Atención Integral de las Personas con derecho a ILE, pg 12)<sup>3</sup>.

Dos años después de su elaboración, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJN) se pronunció en línea con este documento en lo que hoy se conoce como Fallo F.A.L.<sup>4</sup> Explicitando que es el Estado, como garante del derecho a la salud de toda la población, quien tiene la obligación de garantizar la realización de esta práctica en las situaciones mencionadas anteriormente. Subrayando que: “La decisión de la mujer es incuestionable y no debe ser sometida por parte de las/los profesionales de la salud a juicios de valor derivados de sus consideraciones personales o religiosas” (Protocolo de Atención Integral de las Personas con derecho a ILE, pg 13).

---

<sup>3</sup> Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cent-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cent-protocolo_ile_octubre%202016.pdf) (consultado el 5 de abril de 2019).

<sup>4</sup> El Fallo F.A.L. se refiere a un caso judicial surgido en Chubut, donde una adolescente de 15 años fue violada por su padrastro y quedó embarazada como producto de esa violación. Su madre solicitó la Interrupción Legal del Embarazo (ILE), pero su reclamo fue rechazado en primera y segunda instancia por la Justicia de Chubut. Cuando la chica cursaba la semana de gestación N° 20, intervino el Tribunal Superior de Justicia provincial y encuadró el caso como una de las situaciones consideradas dentro de la categoría de aborto no punible, facilitando la realización de la interrupción. Esta sentencia quedó como referencia posterior para considerar no punible el aborto de cualquier embarazo producto de una violación, sin importar la salud mental de la mujer.

## Apertura

Luego de un proceso de selección de personal iniciado el año anterior, la Maternidad Estela de Carlotto comenzó a funcionar el 2 de enero de 2013. Como ya detallamos al comienzo de este trabajo, los primeros cuatro meses se avanzó en la construcción de la identidad organizacional.

“En esta etapa se realizó la selección del nombre de la organización junto a los trabajadores, buscando un sentido de lucha por los derechos humanos relacionados con el maternaje aun en situaciones de adversidad”, relatan las Dras. Patricia Rosemberg y Cecilia Zerbo en un artículo publicado en Revista Mora. Explicando que: “Con el nombre se puso en evidencia la necesidad de continuar en la búsqueda de la justicia social en aspectos vinculados a nuestra organización en el ámbito de la salud. La figura ejemplificadora de Estela de Carlotto permite una fuerte identidad colectiva y también nos da el honor de honrar su historia” (Rosemberg, P. y Zerbo, C. 2017).

Con una intensa capacitación sobre el modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia; junto al conjunto de legislaciones vigentes y una amplia base bibliográfica, fueron diseñados en esta etapa los primeros procesos de atención. Para ello, se conformaron equipos interdisciplinarios integrados por uno o dos representantes de cada servicio, con la propuesta de pensar paso a paso el rol y las acciones a implementar por el equipo de salud desde que entra una persona al establecimiento hasta que se retira con la práctica o consulta ya realizada. Se definieron tres escenarios posibles y se distribuyeron planillas para completar con cada proceso.

Cuando todos los equipos concluyeron su tarea, se realizaron simulacros de atención que permitieron poner en práctica, revisar y debatir cada uno de los documentos redactados, junto a todo el personal.

“El concepto de trabajador de la salud se construyó en un sentido amplio y horizontal -señalan las ex directoras en su artículo- priorizando gestos concretos para que todos tuviesen protagonismo colectivo, siempre poniendo a la mujer, el niño y la familia en el centro de la escena” (Rosemberg, P. y Zerbo, C. 2017).

Observamos en estas primeras acciones de planificación la puesta en práctica del modelo de *comunicación que pone énfasis en los procesos*. Es decir, en propiciar el diálogo y el acceso a la información al servicio de una construcción colectiva de sentidos compartidos, donde el poder de la palabra se encuentra repartido y las ideas fluyen en el circuito acción-reflexión-

acción. Se trata, en palabras de Mario Kaplún (1985), de lograr “que el sujeto piense y que ese pensar lo lleve a transformar su realidad”.

Con altas expectativas por parte de todo el plantel, en mayo de 2013 la Maternidad Estela de Carlotto puso en marcha los primeros consultorios. Entre ellos, se encontraban: Salud sexual y reproductiva para adultos/as y adolescentes; Patología cervical (para la realización de PAP y Colposcopia); Patología mamaria (realización de mamografías); Niño sano (para el primer control de salud de los niños/as recién nacidos/as); Puerperio (para el seguimiento de las mujeres en el período posterior al parto); Salud bucal; Lactancia; Nutrición; Trabajo social; Salud mental y el Vacunatorio.

También desde el inicio se comenzaron a ofrecer los talleres de Preparación Integral para la Maternidad (PIM). Un espacio de cuatro encuentros con frecuencia semanal, pensado para las mujeres embarazadas y sus parejas, donde se procura explicar el funcionamiento de la organización, la modalidad de atención de nacimientos y brindar información sobre embarazo, lactancia, trabajo de parto, parto y puerperio.

Una de las principales innovaciones de la Maternidad Estela de Carlotto, en lo que respecta a la atención de mujeres embarazadas, fue el consultorio de Tamizaje. Pensado en el marco de un sistema de referencia y contra-referencia con las organizaciones sanitarias de la zona, el consultorio de Tamizaje se ofrece en la semana 36 de gestación con el objetivo de evaluar el estado de salud de la mamá y del/la bebé, para identificar el nivel de complejidad hospitalaria que requerirán cuando llegue el momento del nacimiento.

Durante toda la gestación, las mujeres se atienden en las unidades sanitarias del distrito, para que puedan realizar los controles periódicos en su zona de residencia. Cuando se acercan a la semana N° 36, la o el obstetra de ese centro de salud les solicita un turno en la Maternidad para acceder a este consultorio. Si se trata de un embarazo considerado *de bajo riesgo*, mamá y bebé estarán en condiciones de parir y nacer en la MEC. Si en la consulta de tamizaje se detecta algún tipo de complicación gestacional (diabetes, hipertensión, placenta previa) o si el tipo de gestación no se encuentra acorde con los criterios de internación<sup>5</sup>, se realizará la

---

5 **Criterios de internación obstétrica sostenidos en la MEC (hasta febrero 2020):** gesta única; presentación cefálica; bolsa íntegra o rotura reciente en trabajo de parto; edad gestacional > o igual a 37 semanas y menor o igual a 40 semanas; edad materna: 18 años cumplidos o más; primigestas, secundigestas o tercigestas con antecedentes de partos previos vaginales (se permite la internación de pacientes con una cesárea anterior, siempre y cuando presenten un espacio inter-genésico mínimo de 2 años); control prenatal suficiente (5 o más controles prenatales durante el embarazo); embarazada sin derivación a institución de mayor complejidad durante el embarazo actual; intervalo inter-genésico adecuado (2 o más años de la gesta anterior); peso fetal



derivación a alguno de los hospitales de mayor complejidad.

A fines de 2013, se inauguró la guardia que comenzó a ofrecer atención obstétrica y neonatal las 24 horas.

Este primer año de funcionamiento de la Maternidad permitió al plantel de trabajadores y trabajadoras aportar al proyecto institucional, poner en práctica lo que habían pensado colectivamente, conocerse y reconocerse como personas, profesionales y como equipos trabajando juntos/as. Salir de la zona de confort, de lo ya conocido o incorporado en experiencias laborales anteriores, animarse a innovar, a opinar, escuchar las ideas de otros y otras con conocimientos, aprendizajes y trayectos diferentes a los propios. Muchos y muchas se sintieron fuertemente interpelados/as en esta etapa de planificación y construcción identitaria. “¡A nadie se le niega una vía!”, expresó enojada una de las enfermeras que, con el pasar de los meses, comprendió la importancia de esperar y respetar los tiempos de la mamá y el bebé durante el trabajo de parto. Se refería a la colocación de oxitocina intravenosa que se suele realizar de rutina en los hospitales y sanatorios, ni bien ingresa una mujer parturienta al establecimiento.

Uno de los hitos más esperados se dio en mayo de 2014 con el nacimiento de “Malena”, la primera beba recibida en la MEC. Este evento daría por inauguradas las Unidades de Trabajo de Parto y Recuperación (UTPR), el Quirófano y el sector de internación. Completando así las distintas etapas de apertura previstas en el proyecto inicial<sup>6</sup>.

“Hay mamás que no pueden acceder a esta calidad de atención en el barrio donde vivo yo. Entonces, te das cuenta que ahí se necesitan más maternidades como esta”<sup>7</sup>, compartió Yanina, la mamá de Malena, invitada por el equipo de conducción el día en que su hijita cumplía el primer año de vida.

También durante ese año la Maternidad Estela de Carlotto se fue gestando como espacio de formación, recibiendo estudiantes de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires

adecuado para la edad gestacional (> o igual a 2500 gr y menor a 4000 grs). **Exámenes complementarios:**  
*Ecografías:* Presentar 2 ecografías durante el embarazo actual, siendo la primera antes de las 14 semanas para confirmar edad gestacional y la segunda, en el último mes de embarazo para evaluar peso fetal estimado  
*// Laboratorio:* Poseer 2 determinaciones normales que incluyan screening para DBT gestacional normal y la toma para estreptococo Beta hemolítico.

<sup>6</sup> “COMENZÓ LA ATENCIÓN DE PARTOS EN LA MATERNIDAD DE MORENO”, artículo publicado el 28 de mayo de 2014 en [www.facebook.com/maternidaddemoreno](http://www.facebook.com/maternidaddemoreno)

<sup>7</sup> Ver video publicado por la Maternidad Estela de Carlotto en: [https://vimeo.com/144220973?fbclid=IwAR2\\_lySf7nFsD3O5TFC\\_NmCsXqb0PNWGDvDPGo4zKLQ78Ht xpDPu6srx6Og](https://vimeo.com/144220973?fbclid=IwAR2_lySf7nFsD3O5TFC_NmCsXqb0PNWGDvDPGo4zKLQ78Ht xpDPu6srx6Og)

(UBA) y de la Universidad Nacional de la Matanza (UNLAM); de la carrera Trabajo Social de la Universidad Nacional de Moreno (UNM); residentes de Ginecología y Obstetricia del Hospital Posadas. Con estos antecedentes, se pudieron abrir posteriormente la Residencia de Obstetricia (2015) y la Residencia de Tocoginecología (2018). Avanzando de esta manera con el objetivo de “constituirse como centro de formación profesional de pre y pos grado”, explicitado en la Visión de esta organización.

## Consolidación



2015 fue el año de lanzamiento de la campaña Ni Una Menos. “La convocatoria nació de un grupo de periodistas, activistas, artistas, pero creció cuando la sociedad la hizo suya y la convirtió en una campaña colectiva”, señala el colectivo promotor en su página oficial<sup>8</sup>. Efectivamente, el 3 de junio de ese año, el asesinato de Chiara Páez (14) en Rosario terminó por conmover y movilizar al movimiento de mujeres que ya venía organizando marchas y convocatorias por diferentes femicidios sucedidos en el país. La consigna colmó los reclamos en contra de la violencia hacia las mujeres y se sumó rápidamente a las reivindicaciones por mayor equidad laboral; y a la lucha por el aborto legal, seguro y gratuito.

---

8 Ver: <https://niunamenos.com.ar>

El personal de la Maternidad Estela de Carlotto se hizo eco de esta iniciativa, organizando actividades de sensibilización al interior del establecimiento, tanto para compartir con los y las trabajadores/as como también con la comunidad en general.



Teniendo en cuenta ese contexto, el hospital que hasta entonces había sido reconocido por su modalidad de atención de nacimientos, comenzó a reforzar la difusión y el funcionamiento de sus servicios vinculados a salud sexual. Esto es, asesoramiento sobre los distintos métodos anticonceptivos existentes; entrega de preservativos; distribución y seguimiento del uso de pastillas anticonceptivas; colocación del Dispositivo Intrauterino (DIU); ligadura de trompas y atención de situaciones contempladas como Interrupciones Legales de Embarazos (ILE).

Ya desde 2014, a pedido de las y los profesionales de distintos servicios, se dictaron capacitaciones sobre ILE, con el acompañamiento del Programa de Salud Sexual del Ministerio de Salud de la Nación, la cartera de Salud provincial, Fusa, Hospital Argerich, CIC Sanguinetti, PAIA y otras organizaciones sociales que abordan la temática.

En 2015, se propuso conformar el Equipo Interdisciplinario de Salud Sexual con el fin de acompañar de forma integral la decisión de las mujeres y garantizar el acceso a una interrupción segura. Para ello, se fue tejiendo una red de ILE integrada por centros sanitarios de Moreno y otros distritos, así como también por organizaciones sociales de la zona.

Desde entonces, cuando una mujer se comunica con la MEC solicitando la intervención de un embarazo, el personal administrativo que la atiende la invita a acercarse sin turno para acceder a una consejería con integrantes del Equipo Interdisciplinario. En esa instancia, la reciben dos profesionales de Salud Mental, Trabajo Social, Obstetricia o Tocoginecología, quienes asumen el compromiso de:

Ofrecer una escucha activa sin emitir juicios de valor sobre las decisiones de las mujeres.

Dar contención emocional.

Garantizar el secreto profesional.

Realizar acompañamiento pre-post aborto.

Entrevistar en un ambiente cómodo y seguro que brinde privacidad y confianza.

Brindar calidad y calidez en la atención<sup>9</sup>.

Luego de esta instancia, se informa cada caso al equipo directivo del hospital y se programa una fecha para realizar la práctica requerida. En la mayoría de los casos, esto se concreta mediante el uso de la droga denominada Oxaprost.

En el año 2016, se incorporó la modalidad ambulatoria. Es decir, cuando el procedimiento es realizado por la mujer en su domicilio, sin necesidad de internación, pero contando con el asesoramiento y el seguimiento de las/os profesionales de la MEC. Esto es algo que el equipo interdisciplinario decide si se puede hacer o no, teniendo en cuenta la situación sanitaria, social y psicológica de la persona en cada caso particular.

La oferta de métodos anticonceptivos ofrecida por la MEC se amplió en junio de 2016, con la incorporación de una opción pensada para los varones: la Vasectomía sin bisturí. Se trata de una propuesta dirigida a aquellos hombres que ya tienen la cantidad de hijos deseados o que no deseen tenerlos. “Es un método planteado como definitivo y puede hacerse en distintas instituciones”, explicaba el Dr. Jesús de Pedro, capacitador del Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. “Al ser sin bisturí, no requiere necesariamente de un quirófano y se realiza con anestesia local. Es decir que tampoco requiere la presencia de un anesthesiólogo”<sup>10</sup>, aclaró el especialista en un video publicado en la página de Facebook de la Maternidad Estela de Carlotto.

“Generalmente, es la mujer la que padece y hace todo lo necesario para estas cosas. Por ejemplo, la ligadura de trompas, llevar nueve meses el bebé en la panza, pasar por la cesárea o el parto natural. Siempre he visto que el hombre acompaña a la mujer, pero jamás se quiere hacer la operación”<sup>11</sup>, expresó Celso Sagredo, trabajador de la Maternidad Carlotto y uno de los primeros usuarios que decidió realizarse esta práctica cuando la misma se puso en marcha.

Durante este período, a las innovaciones mencionadas anteriormente, se sumaron iniciativas

---

9 Fuente: Presentación audiovisual de la Red de ILE Moreno, realizada en 2018.

10 “SE REALIZARON LAS PRIMERAS VASECTOMÍAS SIN BISTURÍ”, artículo publicado el 21 de junio de 2016 en: [www.facebook.com/maternidaddemoreno](http://www.facebook.com/maternidaddemoreno).

11 “VASECTOMÍAS SIN BISTURÍ EN LA MATERNIDAD ESTELA DE CARLOTTO”, artículo publicado el 24 de abril de 2017 en: [www.facebook.com/maternidaddemoreno](http://www.facebook.com/maternidaddemoreno).

fundamentales para la consolidación de la cultura organizacional de la MEC.

En 2015 se trabajó con todos los equipos para obtener la acreditación en Calidad Hospitalaria. Lo cual implicaba un paso más para instituir la planificación estratégica en la modalidad de trabajo que se venía implementando. “Nosotros queremos acreditar en calidad porque queremos trabajar bien y eso tiene que ver con estar mirando permanentemente nuestras prácticas. Trabajamos para la atención del otro y, en ese sentido, tomamos esta evaluación como una condición positiva que nos permitirá seguir creciendo”, explicitó la Dra. Patricia Rosemberg, en el acto que dio inicio formal al proceso de acreditación hospitalaria<sup>12</sup>.

Para ello, teniendo en cuenta el listado de 600 estándares exigidos por el Centro Especializado en Normalización y Acreditación en Salud (CENAS), se propuso a cada responsable de área que repasaran junto a sus equipos de trabajo los documentos y protocolos que venían utilizando. Se buscó organizar la información y homogeneizar criterios con relación a las respectivas planificaciones anuales elaboradas. Establecer indicadores propios en cada servicio, métodos de seguimiento bimestral, trimestral o semestral, presentación periódica de resultados e instaurar una metodología de evaluación conjunta que se pudiera plasmar en una nueva planificación anual posterior.

El resultado de este recorrido fue exitoso: a fines de 2015 la MEC obtuvo la Acreditación como Hospital de Calidad por dos años y se afianzó la propuesta de organización del trabajo que se venía construyendo.

Durante ese mismo año, se observó también un incremento notable del personal en la mayoría de sus áreas, alcanzando las 270 personas que conforman el plantel aún en la actualidad.

Estas nuevas incorporaciones presentaron un doble desafío. Por un lado, debían comenzar a trabajar inmediatamente para cubrir los lugares y horarios a los que fueron convocados/as. Pero también resultaba imperativo que recibieran una formación intensiva sobre el proyecto organizacional. Para ello, se diseñaron tres capacitaciones sobre: a) Funcionamiento y modalidad de trabajo en la MEC; b) Maternidad Segura Centrada en la Familia y Parto Respetado; c) Comunicación organizacional y Recursos Humanos. Cada una de estas instancias se repitió en distintos días y horarios, para que todos/as los y las ingresantes pudieran participar. Paralelamente, se diseñó y entregó en formato digital un material gráfico que condensaba todos estos contenidos: la Guía de Orientación Institucional. Una herramienta

---

12 “LA MATERNIDAD CARLOTTO AVANZA HACIA LA ACREDITACIÓN EN CALIDAD”, artículo publicado el 20 de octubre de 2015 en: [www.facebook.com/maternidaddemoreno](http://www.facebook.com/maternidaddemoreno).

que también fue socializada con el resto del personal y con todas las personas u organizaciones sociales con quienes la MEC venía trabajando.

“En 2016, consideramos que la forma de continuar generando una organización con una cultura organizacional diferente era la de apostar a la consolidación del capital humano del hospital y del sistema de salud público en general”, señalan las ex directoras en su artículo (Rosemberg, P. Zerbo C. 2017). Para ello, se creó durante ese año el área de Capital Humano, integrada por las subáreas: Recursos Humanos, Comunicación Institucional, Desarrollo de las Personas, Infraestructura, Higiene Hospitalaria, Cuidadores Hospitalarios, Bioingeniería y Gestión de Enlace. Esta última, pensada como un sector estratégico que pudiera realizar el seguimiento de las planificaciones anuales de cada servicio; acompañar situaciones que sucedieran al interior de los distintos equipos; promover la interacción entre éstos; coordinar y afianzar los vínculos establecidos con otras organizaciones sanitarias de la zona.

## **Resultados obtenidos**

Hacia fines de 2016, la Maternidad Estela de Carlotto había llegado a atender sus primeros tres mil nacimientos.

El 96% de las 1.633 mujeres que parieron a sus hijos/as durante ese año, permanecieron acompañadas por una persona de su confianza durante todo el trabajo de parto, el parto y el posparto.

Mientras que la Organización Mundial de la Salud recomienda a las instituciones sanitarias mantener un porcentaje promedio de cesáreas no mayor al 15%, en la MEC se alcanzó el 13,4% de esta práctica sobre el total de nacimientos asistidos. Y la utilización, en promedio, de una ampolla y media de oxitocina por parto. Principalmente colocada en la etapa del alumbramiento (expulsión de la placenta).

“Nos ingresaron y al rato estaba en la UTPR, con toda la armonía, la música y las luces bajas como para estar bien tranquilos, mientras la espera se iba acortando”, compartió Bianca sobre el nacimiento de su hijo Milo:

“Las contracciones fueron aumentando. Mientras me apoyaban y daban toda la contención el dolor estaba presente, pero no iba a poder opacar el momento que esperé durante todo el embarazo. Se hicieron las doce y cuarto del mediodía aproximadamente, cuando la partera me dijo que ya estaba con dilatación completa y ahí, 15 minutos después, estábamos los tres: Quique, que me

acompañó en todo momento, se bancó que lo insultara y que le llegara a decir que no me toque; Milo que tanto se hizo esperar, pero llegó en el momento justo y perfecto; y yo, que pude vivir la experiencia de parir como yo quería, en una colchoneta, con las parteras más divinas que conocí”<sup>13</sup>.

Con respecto a Salud Sexual y Reproductiva, durante 2016 se brindaron 1543 consultas a personas adultas y 306 para adolescentes. En las cuales, se llegaron a entregar 1514 métodos anticonceptivos de corta duración y 2856 de larga duración<sup>14</sup>, incluyendo 386 ligaduras tubarias y 18 vasectomías.

“Hacía tres años que estaba buscando un lugar para hacerme la vasectomía. Tres años llenos de obstáculos, con estudios o entrevistas, sintiendo que nadie se quería hacer cargo de lo que estaba buscando”, expresó Alejandro Lecoki tras realizarse esta práctica en la MEC y agregó: “Tenía miedo y curiosidad por cómo iba a ser, pero sólo estuve 23 minutos en el quirófano. No sentí absolutamente nada. Fue muy práctico, sencillo y totalmente indoloro” (fragmento de entrevista realizada a Alejandro Lecoki, material sin publicar).

Por el área de Neonatología, en 2016 pasaron 317 recién nacidos/as: 181 niños y niñas con bajo peso para su edad gestacional y 136 que necesitaban recibir tratamiento para bilirrubinemia. Con un promedio de 14 días de internación en el primer caso y de 3 días en el segundo, el 63% de esos/as pequeños/as se encontraban con lactancia exclusiva al momento de recibir el alta médica.

La mayoría de estos niños/as fueron derivados de hospitales de mayor complejidad, para que pudieran terminar sus tratamientos en un establecimiento más cercano a su lugar de residencia y, de esta forma, liberar esas camas para las situaciones que requirieran un mayor nivel de atención hospitalaria.

“Mis bebés nacieron en el Hospital Posadas con 32 semanas. Allí estuvieron internados 15 días con respirador y por muchos problemitas que tuvieron al nacer. Cuando estuvieron mejor y engordaron un poco, nos trasladamos a la maternidad para poder alcanzar la edad gestacional y aumentar de peso”, relató Soledad Cortes, mamá de los trillizos Ian, Demian y Byron. “Estuvimos 20 días en la maternidad, donde alcanzamos el peso adecuado y llegamos

---

<sup>13</sup> “BIENVENIDA LA VIDA”, relato compartido el 29 de septiembre de 2016 en [www.facebook.com/maternidaddemoreno](http://www.facebook.com/maternidaddemoreno)

<sup>14</sup> Anticonceptivos de larga duración es un término médico que incluye métodos de prevención de embarazos como: Dispositivo Intrauterino (DIU); Sistema Intrauterino (SIU); implantes subdérmicos; ligaduras tubarias; vasectomías y Anticoncepción Inyectable (ACI).

a las 37 semanas. Superamos muchas barreras hasta llegar al alta”, completó emocionada<sup>15</sup>.

Al finalizar el 2016, se obtuvo la siguiente relación: por cada niño/a que la Maternidad derivó a un nosocomio de mayor complejidad (Hospital Posadas y Hospital Mariano y Luciano De la Vega), se recibieron cinco recién nacidos/as de esos establecimientos. Asimismo, por cada mujer en gestación que la MEC recibió de la alta complejidad, tres fueron derivadas a dichas instituciones por presentar signos de embarazos de alto riesgo.

También hubo en ese periodo un notable incremento en la demanda de Interrupciones Legales de Embarazos (ILE). Mientras que en 2015 se habían atendido 27 casos, en el transcurso de 2016 se llegaron a acompañar 124 de estas situaciones. Diecisiete de ellas se realizaron en forma ambulatoria y el 73% del total se retiró con algún método anticonceptivo de larga duración ya colocado, al momento del alta médica.

La explicación de este aumento estuvo dada en el crecimiento del Equipo Interdisciplinario y en la difusión que probablemente se fue haciendo de boca en boca, entre las usuarias y por parte de organizaciones sociales que abordan la temática.



Infografía incluida en el Informe de Gestión Anual 2016.

15 “LOS TRILLIZOS PREMATUROS QUE FUERON ATENDIDOS EN EL H. POSADAS Y POSTERIORMENTE EN LA MEC, YA SE ENCUENTRAN EN SU HOGAR”, artículo publicado el 19 de septiembre de 2016 en: [www.facebook.com/maternidaddemoreno](http://www.facebook.com/maternidaddemoreno).



## 2. SISTEMA DE SALUD DE MORENO Y CULTURA ORGANIZACIONAL DE LA MEC

### Moreno

La Maternidad Estela de Carlotto se encuentra situada en el partido de Moreno, un distrito ubicado en la región Norte de la provincia de Buenos Aires (a 37 km al Oeste de la Capital Federal), cuya superficie de 186,13 km<sup>2</sup> limita al Noreste con los distritos de San Miguel y José C. Paz; al Este con Ituzaingó; al Sudeste con Merlo; al Sur con Marcos Paz; al Oeste con General Rodríguez y al Norte con Pilar.

El crecimiento de este territorio comenzó con la llegada de las vías del ferrocarril en abril de 1860 y hoy se encuentra conformado por 144 barrios, agrupados en 6 localidades: Moreno Centro, La Reja, Francisco Álvarez, Trujui, Cuartel V y Paso del Rey. Con una población de 462.242 habitantes (según datos obtenidos en el Censo Nacional de las Personas 2010), forma parte del tercer cordón del cinturón urbano conocido como el Gran Buenos Aires, con notable cantidad de habitantes provenientes de otras provincias y de países limítrofes.

Una de las principales características de la *identidad local* del distrito ha sido la presencia de numerosos emprendimientos de subsistencia vinculados a actividades diversas. Se trata de un partido que presenta una compleja trama espacial, ya que si bien su cabecera es urbana, la zona norte del territorio (principalmente la localidad de Cuartel V) corresponde a una zona periurbana, donde se realiza un uso altamente heterogéneo del suelo y se desarrollan actividades primarias tales como la horticultura; la floricultura con herbáceas de estación y la producción de flores de corte (Barsky, A. 2005).

En el ámbito de la salud, Moreno se encuentra incluido en la Región Sanitaria VII junto con otros nueve partidos: Merlo, Morón, Tres de Febrero, Ituzaingó, Hurlingham, General Rodríguez, Lujan, General Las Heras y Marcos Paz.

En el marco de una estrategia de descentralización del sistema público de salud local, se llegaron a crear 40 centros de salud con sus respectivas áreas programáticas distribuidas en siete zonas sanitarias: Francisco Álvarez, Cuartel V, Moreno Sur, Moreno Norte, Paso del rey, Trujui y Moreno centro. Cada zona sanitaria cuenta con un centro de salud cabecera que conduce las acciones de los otros efectores. Su director es a la vez el coordinador de la zona

sanitaria y quien sostiene el vínculo con los jefes de programas y directores del nivel central<sup>16</sup>.

Esta política municipal de Atención Primaria de la Salud (APS) cuenta también con una Red de Emergencias Médicas (REM) encargada de atender las urgencias que se presentan en la vía pública y en domicilios; una Unidad de Pronta Atención (UPA) inaugurada en julio de 2015; Vacunatorio municipal; Centro de día de Salud Mental; Centro de atención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Hospital móvil; y dos Centros de Integración Comunitaria (CICs).

En línea con su identidad local emprendedora, el distrito de Moreno se ha caracterizado por presentar antecedentes de alto nivel de organización colectiva y participación comunitaria a través de sociedades de fomento, instituciones educativas, organizaciones eclesiales y de base.

Siguiendo la historización realizada por el municipio de Moreno en el año 2009:

*“Las unidades sanitarias de Moreno han tenido recorridos e historias muy diversas, pero también muchas cosas en común. Tal como lo recuerdan sus vecinos, San Ambrosio comenzó por iniciativa de un enfermero que armaba una carpa en un terreno fiscal para brindar atención de primeros auxilios a la gente del barrio. El centro de salud de Villa Escobar surgió como un acuerdo entre las familias y el párroco de ese barrio; quienes enseguida se organizaron para juntar dinero con rifas, asados y bailes en la iglesia y empezaron a construir la sala durante los fines de semana.*

*Este mismo protagonismo y motivación de los vecinos tuvieron, en sus inicios, la mayoría de las salas. Incluyendo Nemesio Álvarez, la primera unidad sanitaria de Moreno. Todas ellas fueron impulsadas por sociedades de fomento o uniones vecinales que cedieron sus espacios o se movilizaron activamente para construir las primeras instalaciones donde la gente del barrio pudiera ejercer su derecho a la salud”<sup>17</sup>.*

## **Redes que integran**

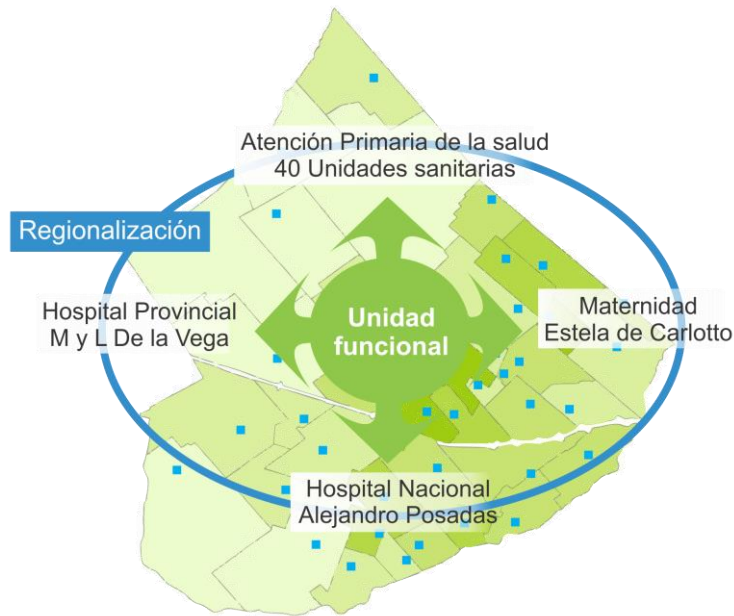
Tal como relatamos al comienzo de este trabajo, en paralelo a la construcción de la Maternidad Estela de Carlotto se impulsó la creación de lo que hoy se conoce como **Corredor**

---

<sup>16</sup> Fuente: Proyecto preliminar del Hospital Materno infantil, redactado por la Secretaría de Desarrollo Social y Humano del municipio de Moreno en junio de 2006.

<sup>17</sup> Fuente: Infografía 200 años; Secretaría de Desarrollo Social y Humano del Municipio de Moreno, 2009.

**Sanitario de la Región VII.** Una estrategia de integración territorial conformada por la MEC junto a las 40 unidades sanitarias pertenecientes a la red local de Atención Primaria de la Salud; el Hospital Mariano y Luciano De la Vega (de mediana complejidad) y el Hospital Nacional Alejandro Posadas (de alta complejidad).



A partir de la definición de sus objetivos generales, que incluían la elaboración de una planificación estratégica conjunta para disminuir la morbi-mortalidad materno infantil en la zona de Moreno y sus alrededores; los actores que conforman el Corredor sanitario se propusieron:

- Mejorar la accesibilidad al sistema en sus tres niveles de atención.
- Mejorar los indicadores locales a través de favorecer la construcción y utilización de un sistema único de información.
- Disminuir el derrame poblacional favoreciendo la cercanía de las personas a sus hogares.
- Elevar la calidad de atención de manera que la misma sea equitativa, igualitaria y global.
- Fortalecer el vínculo materno a través del trabajo comunitario en el primer y el segundo nivel de atención.
- Construir equipos de trabajo inter-institucionales, flexibles, creativos y

capacitados<sup>18</sup>.

Para alcanzar estos objetivos, y luego de concretar la informatización de la mayoría de las unidades sanitarias locales, la estrategia de regionalización incluyó la implementación de dos sistemas de información que facilitaran la carga de datos conjunta y su correspondiente intercambio interinstitucional. Por un lado, el Sistema Informático Perinatal (SIP), que está constituido por la Historia Clínica Perinatal, el Carnet Perinatal y el sistema computarizado con programas para el procesamiento de la información (MAINERO, L. 2011). Y en paralelo, el Sistema SISC, adoptado en 2011 por el Ministerio de Salud Provincial e impulsado para la administración de turno en todos los hospitales que le dependen.

Asimismo, se logró avanzar hacia el armado y sostenimiento de dos grandes redes de trabajo conjunto: la Red Perinatal del Oeste y la Red de atención Neonatal.

En el marco de la primera y tal como fue adelantado en páginas anteriores el acuerdo contempla que los controles obstétricos periódicos se realizan en las unidades sanitarias. Cuando las mujeres llegan a la semana 36 de gestación son referenciadas a la Maternidad, donde se analiza su estado de salud y el de su bebé. Todo ello, con el fin de orientarlas en relación a cuál será el lugar más conveniente para que acudan en el momento del parto. De acuerdo a un conjunto de criterios acordados colectivamente, los partos de bajo riesgo son atendidos en la Maternidad Carlotto, mientras que los de mediano y alto riesgo, son derivados al Hospital De la Vega o al Posadas, respectivamente. En el transcurso del embarazo, las mujeres tienen la posibilidad de hacer en cualquiera de estas instituciones todos los estudios y ecografías que les solicite su obstétrica.

En otro ámbito de acción, la Red de Atención Neonatal busca favorecer la recuperación de niños y niñas recién nacidos, descongestionando los servicios de las instituciones que reciben casos de mayor complejidad. Cuando un bebé nace en el Hospital Mariano y Luciano De la Vega o en el Posadas y necesita cuidados neonatológicos específicos, permanece en estos hospitales hasta que la situación se encuentra controlada. Una vez que esto sucede, los niños y niñas son trasladados/as a la Maternidad Estela de Carlotto hasta alcanzar el estado físico y nutricional óptimo, que les permitirá recibir el alta hospitalaria. Durante esos días, las mamás tienen la opción de permanecer en la Residencia de madres y son acompañadas por el equipo de salud de la Maternidad, para facilitar la relactación en los casos en que haga falta o bien trabajar cuestiones referidas al vínculo familiar, la crianza y la salud.

---

<sup>18</sup> Fuente: Presentación del Corredor sanitario de la Región VII, elaborada en febrero de 2013.

## **Las huellas de “la Clínica de Rolo”**

Respecto a su ubicación, el nuevo hospital maternal se encuentra emplazado en la zona sanitaria de Trujui, una localidad muy populosa de Moreno, que alterna zonas de casas quintas, asentamientos, zonas semi-rurales y barrios con alta densidad habitacional y donde funcionan diez de las 40 unidades sanitarias existentes en el distrito: Las Catonas, San Carlos I y II, Cuatro Vientos, Las Flores, Villanueva, La Fortuna, Santa Brígida, Mariló y San Ambrosio.

En esta localidad, se recuerda con mucho cariño a una persona que generó diversas iniciativas para favorecer el bienestar y la calidad de vida de su comunidad. Conocido como “Rolo”, el médico Rodolfo Freyre fue un vecino que impulsó la creación de la Cooperativa Púcará y, desde allí, se logró la pavimentación de buena parte de las calles de la zona y la creación de una escuela que empezó a funcionar en el quincho de la sociedad de fomento del barrio y que continúa existiendo en la actualidad.

Hasta el año 2000, cuando un bebé nacía en Trujui, muy probablemente era recibido en “la clínica de Rolo”. Un lugar donde se llegó a implementar una metodología de atención de la salud y los nacimientos que se distanciaba en varios aspectos de la modalidad y las prácticas aplicadas en otras organizaciones sanitarias.

En una actividad organizada por la Maternidad Estela de Carlotto, en el marco de la Semana Mundial del Parto respetado 2014, tres familias que tuvieron la oportunidad de conocerlo compartieron algunos de sus recuerdos y sus respectivas experiencias personales.

“Rolo venía a la una de la mañana con su Citroën, en medio de calles de barro ¿qué médico hacía eso en ese momento? Él venía a casa y se quedaba dos horas, tres horas, hablábamos de cualquier cosa y aquello por lo que uno lo había llamado pasaba a segundo plano”, recuerda Leonardo, quien junto a Celia, su compañera de vida, recibió a su tercera hija con este médico<sup>19</sup>.

---

<sup>19</sup> Fuente: actividad desarrollada en la Semana Mundial del Parto Respetado 2014, del 19 al 25 de mayo, en la Maternidad Estela de Carlotto.



“Se tomaba al cuerpo como una caja de resonancia de lo que estaba pasando uno vitalmente. Eso era lo que él te ayudaba a visualizar, a entender, a transitar”, añadió Sandra, mamá de cuatro hijos que luego de pasar por una cesárea, eligió tener a los otros tres en “lo de Rolo”.

Que la Maternidad Estela de Carlotto haya sido construida en esa misma zona, no fue casualidad. La Clínica de Rolo sentó un precedente histórico en Trujui y en gran parte de las familias de Moreno. Cuatro mil niños y niñas fueron recibidos/as por este médico, en un marco de respeto, escucha, calidez, contención y mucho antes de que se aprobara la Ley Nacional N° 25.929<sup>20</sup>.

“Cuando uno llegaba a ese lugar, no era solamente para ver cómo iba a tener a su hijo. Era llegar y saber quién soy yo, qué quiero de mí, de mi vida, con mi pareja, con mis hijos, cómo criarlos luego”, explicó Sandra refiriéndose a la “dimensión social” que el Dr. Rodolfo Freyre enfatizaba en los nacimientos: “El acto del nacimiento no es un acto médico, sino un acto social”. La idea central de su concepción era que, como mamíferas y mamíferos, las mujeres están preparadas para parir y que los niños naturalmente saben nacer.

Otra de las premisas que todos recuerdan era la motivación a los padres para que estuvieran presentes en el nacimiento de sus hijos. Haber podido estar y ser parte de ese momento, significó para Leonardo un cambio en su perspectiva de vida y en la relación que luego fue construyendo con sus hijos: “En lo de Rolo pude ver nacer a mi hija, porque en los otros dos partos yo siempre estuve atrás de una puerta, pude recibirla como una cuestión natural, dejarla un rato sobre la panza de Celia. En un momento, Rolo agarró la placenta y me explicó de qué

---

<sup>20</sup> La Ley Nacional de Parto Humanizado N° 25.929 fue aprobada en el año 2004 y reglamentada más recientemente, en agosto de 2015.

se trataba y eso para mí, después de haber tenido dos hijos anteriores, fue una cosa muy grata”.

El acompañamiento que se ofrecía en esta clínica de Trujui contaba con dos instancias semanales de encuentro para las familias gestantes. Durante los días de semana, la propuesta pasaba por el reconocimiento y la construcción del vínculo con los hijos, estando todavía dentro de las panzas: “aprendíamos a ubicarlos, a ver si estaban con la cabeza para abajo, para arriba o de costado, dónde estaban sus extremidades o la espalda”, ejemplificó Silvia en su relato. Y en los talleres de los domingos, se desarrollaba “el grupo paterno-materno”, donde se compartían los nacimientos que habían sucedido durante la semana y “se bombardeaba de preguntas a quienes habían parido en esos días previos”.



### **Pilares institucionales**

Con “la clínica de Rolo” como antecedente, la Maternidad Estela de Carlotto se propuso garantizar los derechos del parto respetado, implementando el modelo de Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF) impulsado por Unicef y la Fundación Larguía.

El modelo MSCF se sustenta en 5 ejes conceptuales y 15 principios (ver TABLA 1): “A partir de su implementación se busca promover una atención humanizada, centrada en los derechos de la madre y el niño, que contribuya a mejorar la calidad de atención y a reducir la morbilidad y la mortalidad materna y neonatal en nuestro país” (LARGUÍA, M. et Al. 2011).

TABLA 1. Ejes conceptuales, principios y resultados esperados del modelo MSCF<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup>Ibidem.

## 2. SISTEMA DE SALUD DE MORENO Y CULTURA ORGANIZACIONAL DE LA MEC

EJE CONCEPTUAL	PRINCIPIOS	RESULTADO ESPERADO
1. Cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad de la atención.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es coherente con el pensamiento universal vigente: Medicina centrada en el o la paciente (y su familia) y su seguridad.</li> <li>2. Es un cambio de paradigma. Suma lo humanístico al progreso tecnológico.</li> <li>3. Asume y comprende que el reaccionar y actuar responsablemente frente al error médico favorece el cambio de paradigma.</li> <li>4. Tiene avales nacionales y de organismos internacionales.</li> </ol>	Las autoridades y el equipo de salud de la maternidad están convencidos y comprometidos con la adopción del modelo MSCF y lo establecen como una de sus prioridades.
2. Protección de los derechos de la madre, el padre y su hijo o hija.	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. No es objeto de controversia y se alinea con el concepto de derechos humanos.</li> <li>6. Enfrenta la inequidad y la discriminación.</li> <li>7. Admite publicidad en el marco de la ética.</li> </ol>	El equipo de salud conoce e informa a todas las mujeres que se asisten en la institución sobre sus derechos y los de su hijo o hija.
3. Promoción de la participación y la colaboración de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hijo o hija durante el embarazo, el parto y el puerperio.	<ol style="list-style-type: none"> <li>8. Empodera a la familia y tiene beneficios agregados.</li> <li>9. Es gratificante para todos los agentes de salud.</li> <li>10. Posibilita el compromiso y la participación comunitaria.</li> </ol>	La familia asume un papel protagónico en el cuidado de su hijo; las autoridades de la maternidad se comprometen a generar los medios necesarios para permitir la permanencia continua de la madre junto a su hijo o hija, y los miembros de la comunidad son convocados a involucrarse y a participar en actividades de voluntariado.
4. Uso de prácticas efectivas y seguras.	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Sus intervenciones son beneficiosas y basadas en la evidencia.</li> <li>12. Es un ejemplo de la búsqueda de la calidad continua.</li> <li>13. Es costo-beneficiosa, replicable y segura.</li> <li>14. Contribuye al cumplimiento de los ODM.</li> <li>15. Sus resultados pueden ser cuantificados.</li> </ol>	El equipo de salud adopta prácticas efectivas y seguras y desalienta el uso de aquellas que no mostraron efectividad o son riesgosas para la madre o el niño/a.
5. Fortalecimiento de otras iniciativas, en particular la iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN).	<ol style="list-style-type: none"> <li>16. Es abarcativo e incluyente de todas las propuestas complementarias y específico del contexto sociocultural de la comunidad en la que se implementa.</li> </ol>	La institución fortalece las prácticas de promoción y mantenimiento de la lactancia materna, participa en el HAMN, y propone estrategias de promoción y asistencia conforme a su contexto sociocultural.

Tomando esos ejes y principios, en lo que luego fue considerada su primera etapa de apertura, la Maternidad de Moreno Estela de Carlotto desarrolló cuatro pilares institucionales que hasta el día de hoy atraviesan la totalidad de sus prácticas y servicios.

Por un lado, la creación y consolidación de una **cultura organizacional centrada en los derechos de las personas**. Definida por la organización y su equipo de conducción como “Compromiso y motivación; integración y complementariedad entre los equipos; planificación conjunta y participativa de los procesos de trabajo; formación continua e investigación; autonomía y actitud proactiva de los integrantes de cada sector”<sup>22</sup>. Donde se entiende que la motivación, la preparación y la información que alcance o posea su plantel de

<sup>22</sup> Fuente: Presentación institucional elaborada en abril de 2013.



trabajadores, se traducirá en la aceptación, satisfacción y calidad de atención que reciban las personas atendidas.

En segundo lugar, la implementación del modelo de **Maternidad Segura Centrada en la Familia**, en cuya definición se plantea la disminución de la morbi-mortalidad materna neonatal en el distrito, priorizando los derechos de las madres, padres, hijos y familias y brindando una alta calidad de atención. Se define en este punto como “Una Maternidad que se preocupa por la salud física, mental y emocional de las mujeres embarazadas y por facilitar las condiciones que le permitan a cada familia recibir a su bebé de modo saludable y placentero”<sup>23</sup>.

El tercer pilar es la consolidación de una **institución de gestión responsable**, “promoviendo un tipo de funcionamiento transparente y eficiente; con responsabilidades compartidas; comprometido con el cuidado de los insumos; en el marco de una planificación estratégica; con programación y evaluación permanente; y Con el objetivo de recuperar jerarquía académica y la confianza de las familias en el sistema público de salud”.

El cuarto eje transversal es el concepto de **Desarrollo Local**, explicado como la construcción de “una nueva institución de salud inserta en un contexto político local y nacional que apunta a mejorar la calidad de vida de toda la población, en línea con un modelo de país inclusivo, equitativo y con mejores oportunidades para todos; entendiendo al Estado como el principal garante de la salud de toda la población y a la salud como un derecho universal que hace al bienestar integral de toda persona”.

---

<sup>23</sup>IDEM.

## Modelo de gestión

A partir de estos cuatro pilares organizacionales, en el transcurso de 2016 se fue completando la propuesta de gestión de la MEC con la definición del Modelo RAICES.



Inspirado en la imagen de los árboles Guriú, que crecen en la zona norte de Brasil, en playas desérticas y condiciones muy adversas para su reproducción, el modelo Raíces se propone motivar a las organizaciones sanitarias de nuestro país a seguir un camino de transformación de sus prácticas, que contemple a las familias en primer lugar y avance hacia la garantía de derechos:

“Consideramos que las organizaciones que deseen transformarse en garantes de derecho deberán hacerse de enormes raíces visibles que garanticen la supervivencia de este nuevo modelo, el cual sin duda posee un contexto global absolutamente adverso y que solo podrá reproducirse si logra consolidar un bosque que lo cobije en medio de este desierto que es el Modelo Médico Hegemónico (...) y el Sistema de Salud de la Argentina” (Rosemberg, P y Zerbo, C. 2018).

De esta manera, se definieron cada uno de los conceptos incluidos en el logo RAICES, anclados esta vez en las prácticas e ideas que caracterizaban la modalidad de trabajo y de funcionamiento que la Maternidad Estela de Carlotto venía construyendo:

**Cultura**, asociada a las nociones de identidad colectiva; implicancia; liderazgo positivo; permeabilidad y transparencia.

**Calidad**, que incluye la planificación estratégica ascendente<sup>24</sup>; la provisión periódica de información sistematizada y disponible para toda la organización; la mirada del error como oportunidad; la gestión por procesos y el fortalecimiento del vínculo con la comunidad organizada.

**Transformación**, apoyada en la inter/transdisciplina; el protagonismo puesto en la usuaria o el usuario; la revisión de las prácticas y conocimientos previos; el desarrollo de la inteligencia emocional y la escucha activa; la interculturalidad como inspiración.

**Maternidad Segura Centrada en la Familia**, es decir, el modelo descrito en páginas anteriores llevado a la práctica en todas sus aristas y como eje central del funcionamiento organizacional.

**Derechos**, todos los conquistados socialmente y explicitados en las leyes del Parto Respetado; Salud Sexual y Reproductiva; Igualdad de Género; Derechos del Paciente; Derechos del Niño, la niña y el/la adolescente. Así como también en las leyes provinciales 10.430, y 10.471 (vinculadas a la contratación de los/as trabajadores/as).

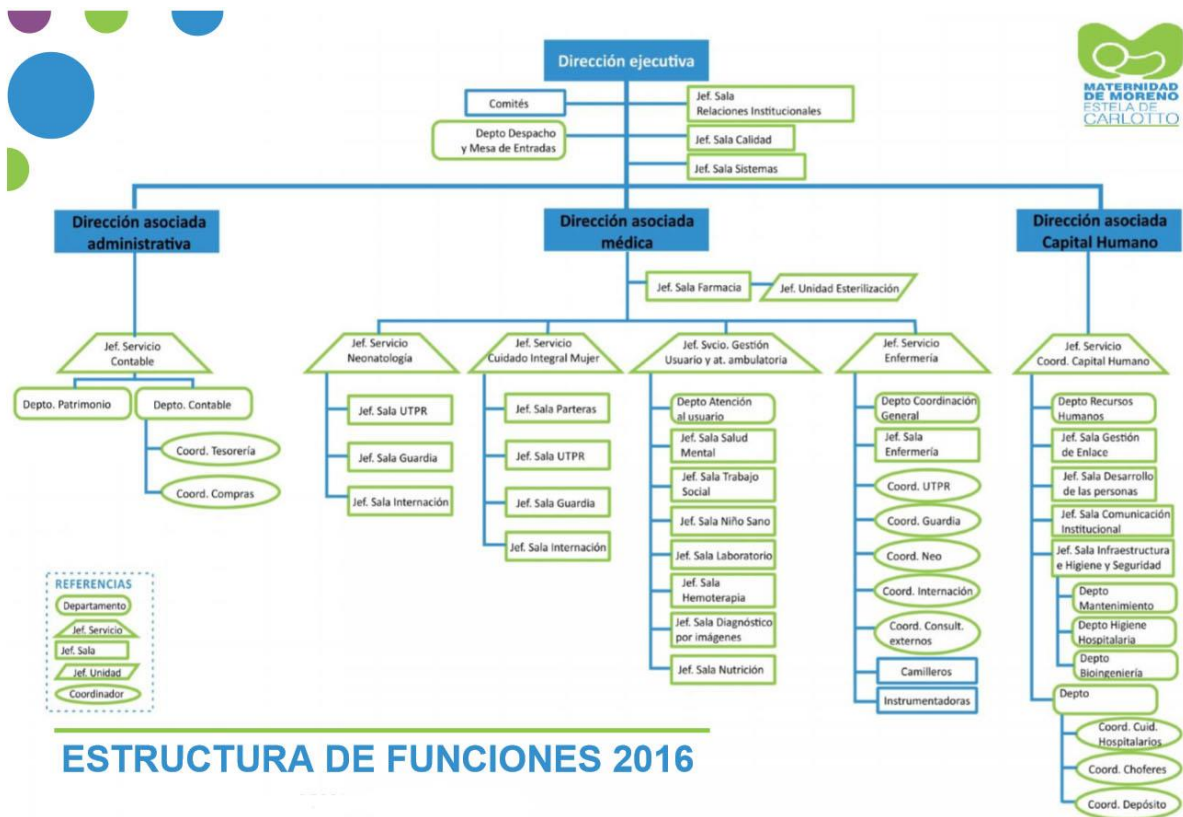
**Seguridad**, que contempla la estratificación del riesgo como estrategia de regionalización; la conformación del Comité de Seguridad; la evaluación permanente y por procesos; instrumentos previstos para la gestión de quejas y aportes; así como el fomento de la investigación y la medicina basada en la evidencia<sup>25</sup>.

## Entre círculos y pirámides

---

<sup>24</sup> Es decir, cuando los miembros de los equipos de trabajo son invitados a participar y aportar en todos los momentos del proceso de gestión.

<sup>25</sup>Fuente: Presentación institucional de la Maternidad Estela de Carlotto, realizada para compartir con referentes políticos y sanitarios de San Salvador de Jujuy, Ushuaia (Tierra del Fuego) y General Roca (Río Negro), entre los meses de mayo y junio de 2016.



“Una parte muy grande de la comunicación en una organización se juega en las conversaciones que establecen los equipos de trabajo cotidianamente, en las interacciones entre personas de distintas áreas o niveles jerárquicos, en reuniones formales o en los pasillos informales”, señala Gabriel Kaplún en su texto *Lo emergente y lo resistente en la comunicación organizacional*. “En estos procesos juegan un papel clave las estructuras organizacionales que establecen cargos jerárquicos, separaciones y conexiones entre áreas, espacios formales o informales de encuentro, información y decisiones” (Kaplún, G. 2012).

También se detienen en este punto los autores Leonardo Schvarstein y Jorge Etkin, cuando explican que la identidad de una organización se materializa a través de una estructura. Esto es, en palabras sencillas, “la forma concreta que asume una organización en un aquí y ahora concretos” (Etkin, J. y Schvarstein, L. 1995).

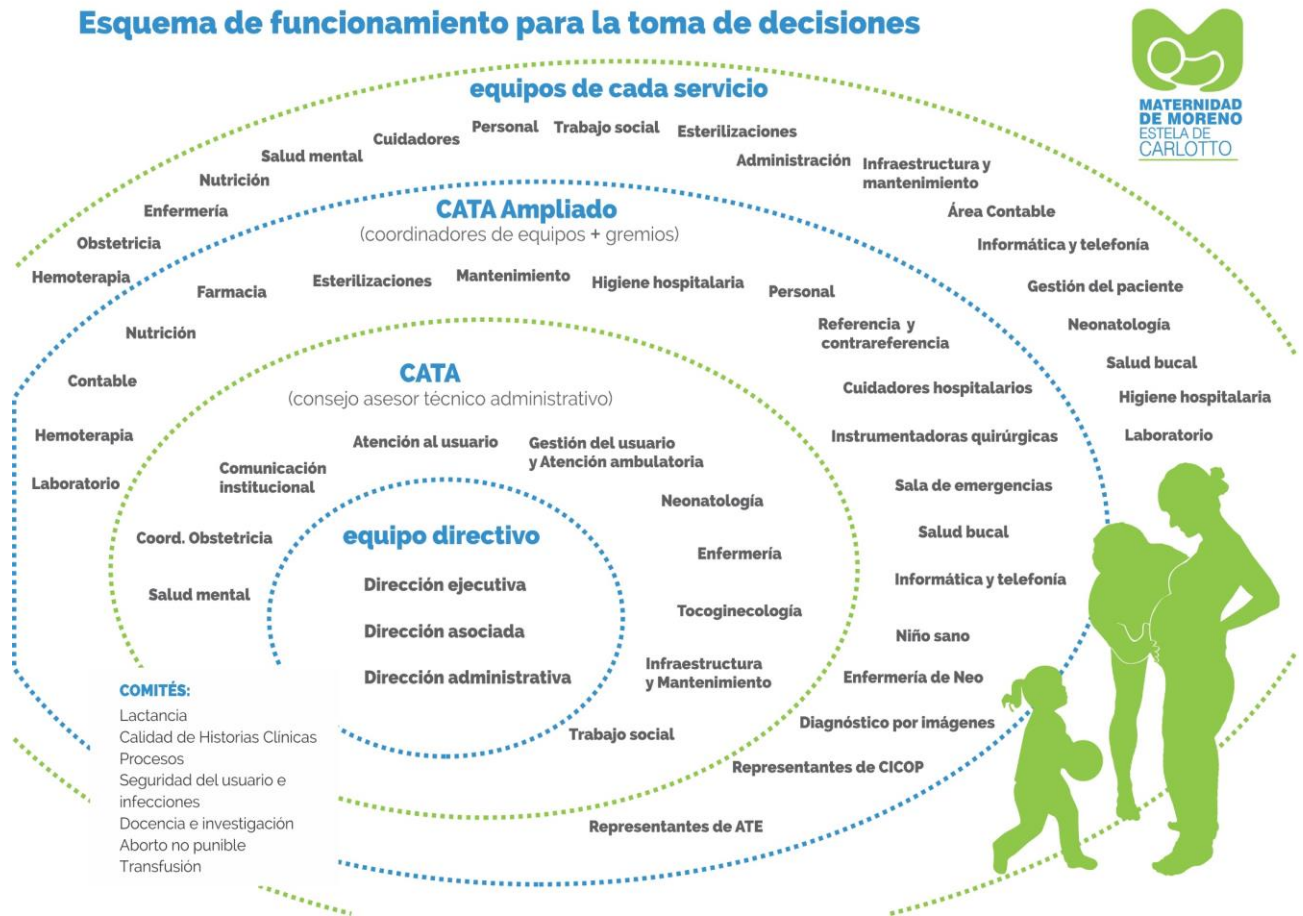
En el marco de la política pública sanitaria, y siendo un hospital dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, la Maternidad Estela de Carlotto se sostuvo en sus primeros cuatro años de funcionamiento a partir de una estructura piramidal chata, conformada por un equipo directivo de cuatro personas (Dirección Ejecutiva; Dirección Asociada en Gestión Integral; Dirección Asociada en Economía y Finanzas y Dirección Asociada de Capital Humano), seguido de seis Jefaturas de Servicios, cuatro Departamentos, 22 Jefaturas de sala y 16 Coordinaciones. Llegando a alcanzar hasta tres niveles la distancia

jerárquica entre los equipos de trabajo y sus respectivos directivos.

Esta estructura formal se complementaba, a su vez, con una forma de funcionamiento integrada, pensada para facilitar el acceso a la información institucional y favorecer la toma de decisiones participativa. De acuerdo con este esquema, se establecían reuniones del equipo directivo; reuniones semanales del equipo de conducción o Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA), conformado por jefes de servicios y responsables de las áreas consideradas transversales a toda la institución; y reuniones quincenales de CATA Ampliado, en las cuales participaban los y las responsables de todos los servicios e, incluso referentes de los sindicatos existentes en el establecimiento (CICOP; ATE y Salud Pública).

La modalidad de estos encuentros periódicos consistía en compartir las novedades y sucesos acontecidos en los últimos días; actualizar la agenda de las actividades previstas y trabajar luego sobre algún tema en particular, que podía estar vinculado con esa agenda, con el funcionamiento de los respectivos servicios o con situaciones propias del contexto local o provincial. Y se esperaba que cada participante de estas reuniones pudiera compartir esa información posteriormente con sus respectivos equipos de trabajo, recuperando las opiniones y sugerencias que surgieran en esas nuevas instancias de diálogo.

Ambos esquemas representaban, si elegimos una metáfora organizacional, el esqueleto y el sistema circulatorio de la Maternidad Estela de Carlotto. Es decir, el ordenamiento y las reglas de juego básicas para que la institución se pusiera en marcha.



“Esquema de funcionamiento para la toma de decisiones colectivas”, actualización de noviembre de 2016.

## Patricia y Cecilia

Todo lo relatado hasta este momento, se llevó adelante con el liderazgo de dos personas claves: Patricia Rosemberg y Cecilia Zerbo, quienes ejercieron los roles de directora ejecutiva y directora asociada médica de la MEC respectivamente, hasta principios de 2017.

Hoy Patricia se define como “militante feminista convencida que parir y nacer mejor es vivir mejor” (QUATTRUCCI, C. et al. 2020) y, si bien tuvo siempre un perfil sensible para reconocer las prácticas injustas o sin fundamentos de su profesión, su paso por la Maternidad Estela de Carlotto fue un hito transformador en su carrera y en su vida: “La Maternidad Estela de Carlotto es un antes y un después, en términos profesionales y también en mis sentidos personales vinculados a mi propia maternidad, vida sexual, de pareja. Yo no venía de la militancia del parto respetado, la verdad es que eso me fue muy posterior. La experiencia de la gestión de la Maternidad, de la gestión como gestionar y de la gestión como gesta, me

transformó mucho”<sup>26</sup>.

Patricia es médica generalista, egresada de la Universidad Nacional de Buenos Aires (UBA) y Magíster en Gestión, Epidemiología y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa). Nos conocimos a fines de 2007, cuando ella era directora de Unidades Sanitarias del Municipio de Moreno. Yo iniciaba allí mi primera experiencia de trabajo transdisciplinario en Salud y ella formaba parte de un equipo de gestión que se había propuesto descentralizar el sistema de salud local, para facilitar aún más el acceso a las familias de Moreno. Desde ese lugar, se zambulló en el ámbito de la gestión en salud y se desempeñaría posteriormente como subsecretaria de Atención Primaria de la Salud (entre enero de 2010 y diciembre de 2011) y como secretaria de Salud (entre enero y mayo de 2012).

Luego de esa fecha, recibió la propuesta de conducir la puesta en marcha de lo que en ese momento se empezaba a conocer como “la maternidad de Moreno”:

“Fue una experiencia transformadora ver que cuando una puede acompañar otras circunstancias (no sólo otras prácticas), cuando una incorpora otros modos de concebir la salud, las instituciones pueden garantizar derechos. Esto me abrió camino al mundo de la militancia de los derechos sexuales, de la erradicación de la violencia obstétrica, de la interrupción del embarazo, de las sexualidades, del placer, y sobre cómo pensar, gestionar y armar una organización de salud donde los y las trabajadoras también podamos replantearnos nuestras prácticas”<sup>27</sup>.

En estos últimos años, se desempeñó como directora de Maternidad e Infancia de San Antonio de Areco y decidió profundizar aún más en la carrera política cuando se presentó como candidata a primera Concejala por el Frente de Todos en las elecciones de 2019.

En la actualidad, es reconocida como referente de parto respetado y garantía de derechos en salud, sobre todo por las organizaciones militantes del movimiento de mujeres en Argentina. Se desempeña como asesora del Ministerio de Salud de la Nación y docente investigadora del Instituto de Salud Colectiva (ISCO) de la Universidad Nacional de Lanús.

Cecilia Zerbo también es médica, egresada en 2007 de la UBA y Magíster en Gestión Estratégica de Recursos Humanos de la Universidad de San Andrés. Ya en mis primeras

---

<sup>26</sup> IBIDEM.

<sup>27</sup> IBIDEM.

conversaciones con ella, me supo transmitir una enorme pasión por la gestión y por cuidar a los equipos de salud para que pudieran ejercer su rol social con las mejores condiciones posibles. Corría el año 2009, Cecilia estaba a cargo de la implementación del Programa Sumar<sup>28</sup> en las 40 unidades sanitarias y en los dos Centros de Integración Comunitaria (CICs) del distrito de Moreno. Con la convicción de incentivar a los trabajadores y trabajadoras de estos centros de Atención Primaria, proponía mecanismos de votación entre esos mismos equipos de salud, que permitían definir de forma colectiva el modo en que se utilizarían los fondos obtenidos. Era una gran apuesta para recuperar la inversión en salud realizada por el Estado y redirigirla a la compra de equipamientos que mejoraran el clima laboral de los centros de salud y la calidad de atención que desde allí se brindaba a la población morenense.

A partir de esa experiencia, en el año 2012 le ofrecieron la Dirección General de Economía de la Salud del Municipio de Moreno, donde tenía a cargo la programación económico financiera de la Secretaría de Salud y, al mismo tiempo, ya empezaba a pensar y coordinar también la gestión de los sistemas de información que requeriría el futuro Hospital Materno Neonatal Estela de Carlotto.

Fue en septiembre de 2014 cuando asumió la Dirección Asociada Médica de la Maternidad, aunque estuvo presente desde el comienzo en la planificación estratégica de cada uno de los servicios y sectores que se ponían en marcha.

“Elegimos el manual de Maternidad Segura Centrada en la Familia porque lo sentimos como una política pública de salud que nos tocaba implementar”, decía Cecilia en una entrevista que le hicieron desde Unicef en 2015, agregando luego una expresión que caracterizó toda su gestión: “El mayor de los respetos para todos los que pusieron un grano de arena para que esto fuera realidad. A nosotros nos queda procurar hacerlo con mucho amor y con la mayor de las responsabilidades”<sup>29</sup>.

En los últimos años, se desarrolló como asesora técnica en Gestión en Capacitación para el Ministerio de Salud de la Nación; directora académica de la Asociación Civil Argentina De

---

<sup>28</sup> El Programa **Sumar** es una política pública nacional que promueve un acceso equitativo y de calidad a los servicios de salud para toda la población que no posee cobertura formal en salud. Sostiene una estrategia de nominalización que permite el cuidado y seguimiento de la población por parte del sistema sanitario, explicitando los servicios que conforman su derecho a la salud, asignándole contenido y alcance preciso. De esta forma, por cada persona bajo Programa y por cada consulta y control que se realice, el hospital o centro de salud recibe recursos para fortalecer al equipo de salud y mejorar los servicios brindados a toda la comunidad.

Fuente: <https://www.argentina.gob.ar/salud/sumar>

<sup>29</sup> “Parto respetado”, material audiovisual realizado por Unicef, publicado el 11 de agosto de 2015 en el marco de la iniciativa *Un sol para los chicos*. Disponible en: [www.youtube.com/watch?v=nuyulgB86iE](http://www.youtube.com/watch?v=nuyulgB86iE)



Puericultura (ACADP); consultora en Gestión en Calidad de Servicios de Salud en el Instituto Nefrológico de Isidro Casanova; y consultora de Unicef, acompañando procesos de mejora de la calidad de atención perinatal en instituciones provinciales de Salta y Jujuy.

En paralelo a este recorrido, en 2017 volvió al Hospital Nacional Alejandro Posadas, la institución que acompañó sus primeros pasos como médica. Se desempeñó hasta el 2020 en la Dirección de Redes (oficina de Referencia y Contrarreferencia) y desde abril de ese mismo año es reconocida con el cargo de Directora de Procesos Asistenciales y Calidad.



### 3. DISTANCIAS CONCEPTUALES

Aquel día –nadie lo sabía– la sensación sería distinta. “Como en los viejos tiempos”, llegaron a expresar quienes estuvieron presentes en los primeros meses de funcionamiento, cuando todavía ni sillas había.

El aula del primer piso, lugar habitual de las reuniones y capacitaciones, se había vestido de recuerdos: La llegada de los primeros muebles; los espacios de formación y planificación colectiva; los simulacros de atención; participaciones en congresos... Fotos en sepia trayendo nuevamente al presente los principales hitos y etapas que la institución fue transitando. Imágenes complementadas con testimonios de algunas de las personas que, en esos tres años y medio, recibieron el acompañamiento de esa Maternidad.

Ese jueves de mediados de septiembre, promediando un año que se esperaba de consolidación y sostenimiento de los logros alcanzados, se realizó la presentación de los resultados obtenidos durante el primer semestre de 2016. Algo que ya se había hecho en otras oportunidades (ante referentes sanitarios de otras provincias y autoridades provinciales y nacionales), pero que esta vez estaba dirigido a quienes día a día se desempeñan en los distintos servicios y áreas de la institución.

Lejos de reflejar signos de aquietamiento, el informe producido a partir de los indicadores definidos por cada servicio y de las mediciones sistematizadas por el área de Gestión de Enlaces, generó en los equipos opiniones como éstas:

“Fue muy lindo recordar desde el primer día que entramos a trabajar en este hermoso lugar con gente tan linda y muy buenas personas” (Gisela, área de Cocina).

“Tres años pasaron por nuestras mentes y corazones hoy. Pensaba: Qué equipazo por Dios!” (Silvia Rodríguez, área de Contable).

“Espectacular el crecimiento de la Mater en números y sobre todo en calidad. Somos una locomotora, lo importante es que se sumen vagones”. (Juan Santulli, Diagnóstico por imágenes).

“Fue muy emocionante, como en los viejos tiempos. Estuvo muy lindo” (Valeria Rodríguez, de Enfermería).

“Cuando vemos los resultados que da y el impacto hermoso que hace en la gente, pienso que vale la pena lo que renegamos para comprar cada insumo” (Martín, área de

Contable).

¿Cómo fue posible observar ese nivel de emoción, compromiso e implicancia entre los integrantes de un hospital público del conurbano bonaerense?

Tal como adelantábamos a modo de hipótesis en las primeras páginas de este documento, consideramos que un factor fundamental fueron las distancias establecidas con relación a dos grandes matrices de pensamiento de la gestión hospitalaria, que fueron desandadas en el marco de construcción de la Maternidad Estela de Carlotto.

Nos referiremos, en primer lugar, al Modelo Médico Hegemónico sostenido y alimentado durante siglos, desde las primeras manifestaciones de la medicina occidental. Y, posteriormente, a los modelos de gestión y producción nacidos en el ámbito empresarial que se conocen como fordismo y posfordismo.

“Las diversas matrices de pensamiento contienen definiciones acerca de la naturaleza humana; de la constitución de las sociedades, su composición y formas de desarrollo; diferentes interpretaciones de la historia; elementos para la comprensión de los fenómenos del presente y modelos de organización social que marcan los ejes fundamentales de los proyectos políticos hacia el futuro”, explica Alcira Argumedo en su libro *Los silencios y las voces*. A modo de ejemplos, la autora menciona el liberalismo económico; la filosofía jurídico-política liberal y el marxismo, como las tres principales matrices culturales de la Modernidad:

“Asimismo, formulan planteos sobre los sujetos protagónicos del devenir histórico y social; hipótesis referidas a los comportamientos políticos, económicos, sociales y culturales y fundamentos para optar entre valores e intereses en conflicto. Constituyen los marcos más abarcadores que actúan como referencia explícita o implícita, manifiesta o encubierta de las corrientes ideológicas otorgando un “parecido de familia” a las vertientes y actualizaciones que procesan en su seno” (Argumedo, A. 1993).

En el ámbito de la salud, tanto el sistema médico hegemónico como las modalidades de trabajo instauradas desde fines del Siglo XVIII fueron configurándose como matrices de pensamiento que definen quiénes son protagonistas y cómo son las relaciones de poder, así como también los tipos de vínculos que pueden establecerse. Posicionan a determinados sujetos (médicos/as y profesionales de la salud) como los y las portadores/as de la verdad y la información, otorgando un rol de pasividad y recepción a las personas que requieren sus servicios (usuarios/as) o de sostenimiento y soporte al resto de las personas que se

desenvuelven dentro del establecimiento. El trabajo automático, repetitivo y compartimentado equipara al ser humano con las máquinas. Y también se abordan de esa manera -focalizada, fragmentada, descontextualizada- a las distintas partes del cuerpo y las diversas manifestaciones del binomio salud-enfermedad.

Romper con estas matrices de pensamiento significa para los trabajadores y trabajadoras del sistema sanitario, cambiar sus formas de pensar y de pensarse a sí mismos, tanto para médicos/as y enfermeros/as como para quienes se desempeñan en otros equipos y servicios. Implica modificar fuertemente las prácticas adquiridas en el transcurso de su formación profesional, así como también en sus experiencias laborales previas; asumir un rol distinto frente a las personas que acompañan habitualmente; modificar su mirada del otro/a y, sobre todo, correrse del protagonismo en los distintos momentos de atención. Todo lo cual genera un proceso de transformación contracultural en los agentes u organizaciones sanitarias y desafía a generar nuevas modalidades de gestión donde el eje central esté puesto en las familias y los derechos de las personas.

### **De rupturas y nuevas prácticas**

El niño vuelve a casa con dos chichones.  
El médico amenaza dar inyecciones (...)  
Pregunta la abuela:  
¿habrá que internarlo, será una secuela, tendrá convulsiones?  
*Su madre pa' curarlo le hace canciones...*  
*Primera estrofa de "El Niño", por Sebastián Monk*

El llamado *modelo médico hegemónico* fue definido por Eduardo Menéndez como: “el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, E. 1988).

Tal como lo ejemplifica la estrofa citada líneas arriba, se trata de prácticas profundamente naturalizadas en el ámbito de la medicina y en el sentido común de la sociedad en general, cuyos rasgos estructurales son: “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y

pasiva del paciente, exclusión de los conocimientos del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”<sup>30</sup>.

Cuando menciona la tendencia biologicista de este tipo de atención, Menéndez lo atribuye a la formación que reciben los y las profesionales vinculados/as a la salud. En tanto “el aprendizaje profesional se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos”. Otro de los rasgos que caracterizan a este modelo es el incremento de la intervención médica en los comportamientos sociales. Entre ellos, el autor menciona como ejemplos la extirpación de amígdalas a partir de las décadas del '30 y el '40; el incremento de cesáreas desde los '60; el impulso al consumo de leches maternizadas desde los '50 y la construcción de nuevos padecimientos como la hiperquinesia infantil en la misma época.

La desnaturalización de esta matriz de pensamiento fue identificada como necesidad y viene siendo trabajada en América Latina a partir de la década del '70. Sobre todo en el sector vinculado a la Atención Primaria de la Salud, explicitada y documentada por primera vez en la Conferencia de Alma-Ata. Un evento de nivel internacional organizado por la OPS/OMS y Unicef, realizado en Kasajistán en septiembre de 1978:

“La conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”<sup>31</sup>.

En el distrito de Moreno, desde la gestión municipal que asumió en el año 1995 y que mantuvo legitimación política hasta el 2015, se buscó trabajar en línea con los principios establecidos en Alma-Ata. En primer lugar, facilitando el acceso al sistema de salud público mediante la municipalización de los centros ya existentes y el sostenimiento de 40 unidades sanitarias distribuidas en los distintos barrios del distrito. También, mediante la creación de un

---

<sup>30</sup> Texto disponible en: <http://dialogosfelafacs.net/enunciacion-y-frame-en-la-gestion-de-la-interaccion>.

<sup>31</sup> La Declaración completa puede ser consultada en:

[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=19004&Itemid=270](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=270)

área transversal denominada Coordinación de Programas de Promoción de la Salud, desde donde se sostenía el subárea de Salud Comunitaria; grupos de ayuda mutua para personas con diabetes e hipertensión; el programa de prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS); Salud Bucal; y un equipo de comunicación que diseñaba campañas y materiales de promoción y prevención de la salud, capacitaciones para el personal, encuentros de equipos y todo tipo de acciones que apuntaran a acercar conocimientos y derribar mitos vinculados al cuidado de la salud de las personas.

La creación de la Maternidad Estela de Carlotto fue impulsada en ese contexto, con el fin de integrar y fortalecer los distintos niveles de atención y las iniciativas ya existentes.

### **Salud sexual hegemónica**

En el ámbito de los nacimientos, la implementación del Modelo Médico Hegemónico se manifiesta en *violencia obstétrica*.

“Estamos ante un modelo en crisis y absolutamente colapsado que no cuenta con respaldo científico, aunque sí socio-cultural”, señala el Observatorio de Violencia Obstétrica de Argentina, una iniciativa impulsada por la agrupación Las Casildas de la ciudad de Buenos Aires. En su informe publicado en octubre de 2016, subrayan que “el modelo de atención perinatal hegemónico es ante todo producto de un paradigma cultural que, por supuesto, atraviesa los imaginarios sobre la salud, la mujer, el nacimiento y las relaciones de poder”.

El documento mencionado presenta los resultados de una encuesta de atención al parto/cesárea, que estuvo disponible de manera virtual y presencial desde septiembre de 2015 hasta agosto de 2016 y en la que se llegaron a sistematizar 4.939 casos de nacimientos reportados. Entre ellos, el 50,4% sucedieron en instituciones privadas; el 27,9% en instituciones públicas; el 17% en instituciones de obra social y el 3% en el domicilio de la persona gestante.

Los resultados arrojados a partir de esta herramienta confirman la vigencia de un modelo de atención perinatal altamente intervencionista:

Edad media de la persona gestante: 27,8 años. 7,5 de cada 10 eran primerizas. Semana media del nacimiento: 38,7.

A 3 de cada 10 mujeres NO se les garantizó su derecho de estar acompañadas durante el trabajo de parto.

4 de cada 10 NO estuvieron acompañadas durante el parto/cesárea.

2 de cada 10 NO estuvieron acompañadas durante el posparto.

7 de cada 10 NO tuvieron libertad de movimiento durante el parto.

A 7 de cada 10 le pusieron una vía (conectada a un suero, no intermitente).

6,4 de cada 10 NO pudieron beber o comer durante el trabajo de parto.

A 7 de cada 10 mujeres le rompieron artificialmente la bolsa.

A 6,4 de cada 10 mujeres les fue suministrada oxitocina para conducir y/o acelerar el trabajo de parto.

A 3,3 de cada 10 mujeres les realizaron la maniobra kristeller en su parto. Una práctica que está categóricamente desaconsejada por la OMS, dados los múltiples y altos riesgos que representa para la mujer y el/la bebé y que en algunos países incluso está prohibida.

A 6 de cada 10 mujeres se les practicó una Episiotomía. La episiotomía innecesaria está considerada como una mutilación genital (OMS).

4,7 de cada 10 nacimientos fueron por cesárea y de estas 4 de cada 10 fueron programadas. Mientras que la Organización Mundial de la Salud señala que el uso médicamente justificable de esta cirugía no debería superar el 1,5 de cada 10 nacimientos (15%).

7 de cada 10 mujeres NO saben qué prácticas realizaron sobre sus hijos e hijas.

4 de cada 10 recién nacidos/as debieron ser ingresados en salas de neonatología.

Sobre este último porcentaje, las integrantes del Observatorio de Violencia Obstétrica expresan:

“Si no estuviéramos frente a un modelo de atención perinatal intervencionista, tendríamos que preguntarnos: ¿qué está sucediendo a nivel biológico para que tantos/as recién nacidos/as “necesiten” de cuidados especiales? Sin embargo, a la luz de los números expuestos las preguntas que tenemos que hacernos son: ¿cuántos/as de estos/as bebés necesitaron asistencia como resultado de todas las intervenciones y medicalización que recibieron sus madres durante el trabajo de parto y parto y que por supuesto no es inocua? ¿Cuántos/as de estos/as recién nacidos/as fueron a neonatología debido a la interrupción del contacto inmediato y sostenido con su madre, alterando así su proceso de adaptación? Y por supuesto, ¿cuántos/as de estos/as bebés llenaron las salas de neonatología para justificar los gastos de la alta complejidad?”.

También en el ámbito de la salud sexual existen numerosas situaciones en las cuales suele prevalecer el criterio, los preconceptos, las convicciones y costumbres de integrantes de

equipos de salud sobre los derechos que ya se encuentran reconocidos en el sistema legislativo vigente. Uno de los casos que tomó mayor visibilidad pública antes de la aprobación de la Ley Nacional de IVE N° 27.610, fue el pedido de interrupción legal de embarazo por parte de una niña de 11 años que fue violada por la pareja de su abuela en la provincia de Tucumán: “Quiero que me saquen lo que el viejo me puso adentro”, expresó la pre adolescente según consta en la causa judicial de abuso sexual y en su historia clínica. Los equipos médicos que la atendieron dilataron en el tiempo la realización de esta práctica. Luego, el plantel del Hospital donde se iba a concretar se declaró masivamente objetor de conciencia y, finalmente, la niña fue sometida a una cesárea<sup>32</sup>.

Situaciones como ésta sucedían en todas las provincias, aunque no recibieran tanta difusión. Lo cual reflejaba la mirada de un importante sector de la sociedad argentina, que fue sintetizada por el Diario La Nación en su artículo titulado *Niñas madres con mayúsculas*’:

“Admiración hacia las niñas madres, madrazas por cierto. Tristeza para las "abuelas abortistas" que felizmente no lograron su criminal propósito. Bienvenida a los felices niños de ambas mamás y un mensaje claro y esperanzador a la sociedad para que haga lo que tiene que hacer sobre educación sexual, primero, y sobre apoyo a las mamás, después, tanto si sus embarazos fueron deseados como si fueron causados por una violación, por ignorancia o estado de necesidad. Nada importó a estas mamás niñas, salvo conservar a sus hijos”<sup>33</sup>.

Obstáculos profesionales u organizacionales para la autonomía de las personas se suelen manifestar también frente a otros tipos de decisiones personales como la elección de tener hijos/as o no; cuántos/as; cómo; en qué momento y con quién o la realización de ligaduras tubarias y vasectomías en determinadas etapas de la vida.

Las iniciativas adoptadas por la Maternidad Estela de Carlotto para desnaturalizar las prácticas del modelo médico hegemónico tienen que ver, en primer lugar, con el trato que se brinda a cada persona basado en: respeto, escucha atenta, sostenimiento de la mirada, llamar a las personas por su nombre, identificarse uno/a mismo/a al inicio de la consulta o la interacción. También se trabajó y se aborda de diferentes formas la importancia de: evitar

---

<sup>32</sup>Fuente: “A rendir cuentas por violar el derecho a abortar”, artículo publicado el 7 de marzo de 2019 en [www.pagina12.com.ar](https://www.pagina12.com.ar). Ver: <https://www.pagina12.com.ar/179046-a-rendir-cuentas-por-violar-el-derecho-a-abortar>

<sup>33</sup>Fuente: “Niñas madres con mayúsculas”, artículo editorial publicado el 1 de febrero de 2019, en [www.lanacion.com.ar](https://www.lanacion.com.ar). Ver: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/ninas-madres-con-mayusculas-nid2216199>.



términos técnicos, evacuar todas las dudas, brindar información sobre cada práctica a realizar; propiciar un espacio de intimidad para que la persona pueda procesar esa información y tomar sus propias decisiones al respecto; darle lugar a la queja, reconocer el error y revisar las propias acciones y actitudes periódicamente para la toma de decisiones futuras.

En lo que respecta a la atención de nacimientos, la propuesta de esta institución es que las mujeres puedan parir a sus bebés acompañadas por la persona que ellas elijan, en un ambiente cálido que se parezca lo menos posible a una sala de hospital, donde tienen la posibilidad de escuchar música, caminar, comer y tomar lo que quieran, recostarse, utilizar la ducha, el banquito de partos o una tela que les permite mantener la posición vertical y liberar la zona pélvica para facilitar el tránsito del bebé hacia afuera. El equipo de obstetricia acompaña todo el proceso con técnicas de masajes, esferodinamia, relajación, eutonía y todo tipo de intervenciones que ayuden a sobrellevar los momentos de dolor propios de las contracciones y el trabajo de parto. “Hasta hace un tiempo hablábamos de partos sin intervención, pero en realidad nos dimos cuenta que, lo que nosotros hacemos es ofrecer otros tipos de intervención no medicalizadas”, explicó en una entrevista la Dra. Patricia Rosemberg, siendo todavía directora ejecutiva de la institución y haciendo referencia a la no implementación de prácticas como la rotura de bolsa temprana, colocación de epidural, episiotomías o la realización de cesáreas cuando éstas no se consideran realmente necesarias.

“Agradecemos enormemente el acompañamiento recibido por parte del equipo de la maternidad para que Camilo naciera –expresó una mamá, Mercedes Nieto, en la fan page institucional– desde la información recibida en los encuentros de pre-parto, la atención en las consultas, el cuidado especial de las obstétricas durante el trabajo de parto y todo el plantel que nos visitó pos parto para acompañar en la crianza y cuidado de nuestro niño”.

### **Distancias estructurales y funcionales**

Visto desde la perspectiva de su configuración y funcionamiento organizativo, la modalidad de trabajo implementada en la Maternidad Carlotto en su etapa fundacional procuraba tomar distancia también de los modelos productivos taylorista y fordista. Para ello, se apelaba a iniciativas que promovieran la identificación de sus integrantes con el proyecto y los objetivos institucionales; la planificación estratégica y colectiva; y el despliegue del potencial propio de su plantel de trabajadores/as.

El **Taylorismo** surgió a fines del siglo XVIII y principios del XIX y fue considerado una filosofía económica, social y antropológica, con métodos y técnicas referidas a la empresa en

sus dimensiones microeconómicas del proceso de trabajo, el sistema de remuneración y las relaciones sociales de producción. Se apuntaba a la *racionalización del trabajo* (que implicaba la división de las tareas en sus aspectos técnicos, separándolos de sus aspectos sociales) y la implementación de *sistemas rígidos de autoridad* controlada y disciplinada (con dinámicas de trabajo que desarticularan toda acción individual o conjunta que pudiera impactar negativamente en la productividad). El objetivo era incrementar la *productividad* del trabajo, haciendo desaparecer los tiempos muertos, mecanizando la práctica a través de grandes estructuras jerárquicas, la departamentalización y el pago de incentivos monetarios por producción individual.

Las críticas al modelo Taylorista se iniciaron a partir de los '70, por la insatisfacción generalizada que esa forma de trabajo automatizada generaba entre los trabajadores y se profundizó en los '80, por su rigidez incompatible con las nuevas modalidades de competencias.

El **Fordismo** fue considerado un sistema de producción que mantuvo las cuestiones vinculadas a la organización y la estructura Taylorista (racionalización, uso de incentivos económicos, la inserción de maquinarias y herramientas de propósito mecánico y la integración vertical de la producción), agregando un sistema social completo fuera del lugar de trabajo: considerando los aspectos vitales como vivienda, educación, salud y esparcimiento a fin de garantizar el control del trabajador con el único objetivo de sostener la producción.

Sin embargo, las críticas a esta modalidad de trabajo no cesaron y los cuestionamientos se propagaron, entre otras cuestiones, en relación al sostenimiento de estructuras jerárquicas rígidas, centralización de las decisiones, división de funciones, especialización, estandarización de procedimientos; disciplinamiento, priorización de la eficiencia económica, dificultad para adaptarse a contextos y demandas cambiantes, dificultades de coordinación interna, baja motivación del personal, desperdicios y defectos frecuentes.

En el marco del sistema de salud, el Dr. Mario Róvere (2006) agrega también la influencia de Henry Fayol en la modalidad de trabajo que se viene implementando en los hospitales, desde comienzos del siglo XX. Considerado el padre de la Administración moderna, Fayol puso énfasis en el rol de los equipos y cargos gerenciales, clasificando las funciones y los momentos administrativos; y proponiendo 14 principios claves para tener en cuenta en la gestión de las organizaciones: 1) División del trabajo; 2) Autoridad; 3) Disciplina; 4) Unidad de dirección; 5) Unidad de mando; 6) Subordinación; 7) Remuneración; 8) Centralización; 9)

Jerarquía; 10) Orden; 11) Equidad; 12) Estabilidad del personal; 13) Iniciativa; 14) Espíritu de grupo.

“Este modelo organizacional concebido por los clásicos de la administración como Ford, Taylor y Fayol, continúa hasta hoy como el modelo prevaleciente en los servicios de salud y, sobre todo, en los servicios estatales de salud”, señalaba Róvere ya por el año 2006 y agregaba: “Es por ello que, durante decenios, las estrategias de cambios institucionales se han concentrado en la estrategia fayoliana de “capacitar las cabezas gerenciales”, consideradas como los únicos sujetos del proceso productivo. Una discusión que Henry Ford mantuvo con sus trabajadores culminó con una frase por demás ilustrativa: “No os pago para que penséis”.

El problema que se presenta, según este médico sanitarista de reconocida trayectoria, es que estas formas de pensar la gestión organizacional estaban pensadas para implementarse en organizaciones productoras de bienes (industrias o fábricas); con fines de lucro; mano de obra intensiva y en ambientes estables. Mientras que los Hospitales se caracterizan por ser organizaciones productoras de servicios; sin fines de lucro; talento intensivas y en ambientes de alta incertidumbre.

Llegados a este punto, presentaremos el planteo elaborado por la ex directora médica de la MEC, la Dra. Cecilia Zerbo (2017), en su libro: *La transformación cultural: Nacer mejor es vivir mejor*. Según su perspectiva, el modelo médico hegemónico “sirvió de vía regia para la introducción del taylorismo y del fordismo (Coriat, 1984) en las instituciones de salud”:

“La fordización del trabajo en salud aumenta la transparencia, esto es, la ausencia del sujeto y la reificación del paciente. Genera estructuras organizacionales jerárquicas y departamentales, así como el fraccionamiento de la tarea y la desvalorización del saber técnico, colocándolo en un simple rol de producción estandarizada” (Zerbo, C. 2017, p 27).

Realizado con el fin de obtener su título de Magister en Recursos Humanos, este libro se propone analizar la transformación cultural observada en la Maternidad Estela de Carlotto, teniendo en cuenta tres grandes ejes teórico-conceptuales: la teoría del cambio de Kurt Lewin; la noción de modelos mentales de Peter Senge; y los conceptos de transparencia y quiebre de Rafael Echeverría. Al igual que en este trabajo, la autora se propuso analizar cómo fue posible contrarrestar esa historia de hegemonía médica en esta nueva organización del conurbano bonaerense.

Con Lewin pudo demostrar que, a pesar de las resistencias propias que se presentan en todo

tipo de organizaciones, en la Maternidad Estela de Carlotto se pudieron implementar las tres etapas que permiten transformaciones sustentables: 1) un primer momento destinado a descongelar (*unfreezing*) los conocimientos y prácticas adquiridas en espacios o experiencias anteriores; 2) una segunda instancia de avance (*move*), donde se busca incorporar y aprehender los nuevos comportamientos; y 3) un tercer momento de recongelación (*freezing*), para consolidar los cambios propuestos como hábitos efectivamente incorporados.

Con la noción de *modelos mentales*, Zerbo se refiere a “los supuestos hondamente arraigados, generalizaciones e imágenes que influyen sobre nuestro modo de comprender el mundo y actuar” (Senge, P. en Zerbo, C. 2017, p20). Señalando que éstos actúan como obstáculos epistemológicos o inhibidores del aprendizaje y que, por lo tanto, todo cambio duradero requiere la deconstrucción o el desmontaje de sus modelos mentales previos. Este tipo de ruptura fue posible en la MEC mediante la apertura permanente y sostenida de espacios de diálogo que permitieran entablar conversaciones. Intercambios donde la indagación (actitud inquisitiva) estuviera equilibrada con la persuasión, donde la gente pudiera manifestar sus pensamientos para exponerlos a la influencia de otros (Zerbo, C. 2017, p21).

El par conceptual transparencia-quebre se refiere a aquellas acciones que las personas hacemos de forma rutinaria, automática o no reflexiva (que se tornan transparentes en el quehacer cotidiano) y que vuelven a ser visibles cuando se presenta un quiebre. Es decir, cuando se desnaturaliza o se problematiza eso que ya teníamos incorporado. La gran mayoría de las prácticas, actitudes y creencias del modelo médico hegemónico o de las modalidades de trabajo fordistas-tayloristas se sostienen hoy en un nivel de transparencia y en todas las organizaciones del sistema de salud.

El contraste entre su bibliografía de base con las acciones desplegadas y los resultados obtenidos le permiten a Zerbo afirmar que:

“La aplicación de estas teorías de gestión del cambio y aprendizaje colectivo habilitaron un cambio de destrezas en los equipos de salud como consecuencia de la modificación de sus modelos mentales y el quiebre de sus propias transparencias, generando una cultura organizacional alineada con el marco normativo vigente” (Zerbo, C. 2017).

Todas las acciones que fueron desplegadas en la MEC, en línea con estas teorías, permitieron poner sobre la mesa una y otra vez: el objetivo de la *construcción colectiva*; las diversas formas de abordar el *error*; así como también las relaciones de *poder* establecidas con las y

los usuarias/os, entre los distintos equipos de trabajo y hacia el interior de cada servicio. Avanzaremos sobre esta aclaración mencionando cada una de estas intervenciones en las páginas siguientes.

Asimismo, a través de una consulta realizada a un grupo de expertos/as en salud, Zerbo señala que fue expresada por unanimidad la necesidad de pensar el cambio de paradigma (en nuestro caso, matriz de pensamiento):

“No sólo como un cambio en las técnicas implementadas sino directamente en el paso de un perfil técnico propio del MMH (ya sea departamental en el caso de los empleados administrativos, como por especialidad en el caso de los médicos, donde el objeto queda acotado al órgano o patología) a otro perfil más integral que aborde a la persona como sujeto, y más claramente como sujeto de derecho”  
(Zerbo, C. 2017, p50).

Lo cual, amplía el alcance del rol asumido por trabajadores y trabajadoras de la Salud, así como también el de las organizaciones sanitarias, que dejan de pensarse a sí mismas en la tarea parcial y específica de brindar un servicio para auto percibirse como agentes que tienen la responsabilidad de garantizar los derechos de sus usuarias y usuarios.

## 4. PRIMERA LUPA: LAS MIRADAS DEL DESARROLLO

En el apartado que presentamos a continuación, realizaremos un análisis sobre las nociones de desarrollo que se encontraban implícitas en la implementación del proyecto ideológico institucional de la Maternidad de Moreno Estela de Carlotto.

Nos referimos, en particular, a la convivencia de tres grandes perspectivas: la noción de Desarrollo humano promovida por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la noción esbozada por Manfred Max Neef en la teoría del Desarrollo a escala humana; y la concepción del mundo y de la vida conocida como el Sumak Kawsay o “Buen vivir”. Tres miradas que, más allá de sus distancias, fueron puestas en juego y se complementaron todo el tiempo en una organización que se proponía generar profundas transformaciones en el sistema público de salud, en el día a día de sus trabajadores y de las personas que allí se atienden.

### **Impacto territorial**

Si tomamos en cuenta la palabra *desarrollo* utilizada como uno de los pilares institucionales de la MEC, podríamos considerarla en línea con la noción de Desarrollo Humano elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Esto es, “un proceso en el cual se amplían las oportunidades del ser humano”, que contemplan desde el disfrute de una vida prolongada y saludable; el acceso al conocimiento y a los recursos necesarios para lograr “un nivel de vida decente”; libertad política, económica y social; la posibilidad de ser creativo y productivo; el respeto a sí mismo/a; y la garantía de sus derechos humanos. Desde esta perspectiva, el desarrollo humano contempla dos aspectos fundamentales: “la formación de capacidades humanas –tales como un mejor estado de salud, conocimientos y destrezas– y el uso que la gente hace de las capacidades adquiridas –para el descanso, la producción o las actividades culturales, sociales y políticas”<sup>34</sup>.

Siguiendo el análisis aportado por el ingeniero Lucio Capalbo (2008), el concepto de desarrollo humano del PNUD y su correspondiente índice de medición (IDH) “constituyen un intento loable, que sin embargo, no parece lograr tampoco modificar el núcleo de la ‘teoría del

---

<sup>34</sup> PNUD (1990): Desarrollo Humano Informe 1990; Tercer mundo editores; Bogotá.

desarrollo”. Una de las cuestiones que el autor menciona es que, si bien se tienen en cuenta otros factores como la salud y la educación alcanzada por la población, esta mirada “continúa dentro de una visión lineal, que procura encontrar indicadores objetivos para el desarrollo, sin incorporar en algún modo la percepción subjetiva que los pueblos puedan tener de sus propias condiciones de vida”. No obstante, se trata de una perspectiva de referencia para la implementación de acciones gubernamentales y políticas públicas en nuestro país.

Desde el posicionamiento adoptado en este trabajo, se considera que en la Maternidad Estela de Carlotto la idea de desarrollo humano convive junto a otras miradas. Ejemplo de esto son las políticas públicas y programas que se despliegan diariamente en cada uno de los efectores de salud de la Provincia de Buenos Aires: las campañas de vacunación; la distribución y colocación de métodos anticonceptivos; los protocolos de Laboratorio y Hemoterapia; la metodología para realización de mamografías, PAP y colposcopías; la identificación de la mamá y el/la bebé en el momento del nacimiento; los procedimientos de esterilización; el abordaje de situaciones de violencia que se puedan generar dentro del edificio, entre otras prácticas y procedimientos comunes en este tipo de organizaciones.

Hacia el interior de la Maternidad Estela de Carlotto, la perspectiva del desarrollo humano del PNUD permitió medir los resultados de las estrategias desplegadas en comparación con lo que sucedía en otras instituciones sanitarias; así como también analizar el impacto que la institución y, sobre todo, el Corredor sanitario fue teniendo a nivel territorial.

Entre los resultados de las redes interinstitucionales, se puede mencionar la atención y el seguimiento correspondiente de 5.529 mujeres en el año 2015, distribuidas entre la Maternidad Carlotto y el Hospital M. y L. De la Vega. Entre las cuales, el 60% llegó al momento del parto con controles prenatales suficientes; el 25,6% con menos de 5 controles prenatales y el 3% no recibió ningún tipo de control<sup>35</sup>.

Si comparamos con los datos obtenidos en el año 2013, se redujo en 6,4 puntos el porcentaje de madres adolescentes, de entre 10 y 19 años de edad (de 26,9% se pasó a 20,5%). Y se aumentó 9 puntos y medio el porcentaje de mujeres que recibieron controles prenatales

---

<sup>35</sup> Fuente: Sistema Informático Perinatal. Sistematización realizada a comienzos del 2016 por el Municipio de Moreno. Vale aclarar que todavía es alto el porcentaje de nacimientos atendidos (11,8% del total) que no fueron cargados a los sistemas de registro informático compartido por todas las instituciones del Corredor. Lo cual implica un trabajo a profundizar.

suficientes (del 50% al 59,6%)<sup>36</sup>.

Del total de niños recibidos en el sistema público de salud local en el año 2015:

- el 84,1% llegó a término
- el 66,6% no presentaron riesgo obstétrico
- el 80% de las mujeres estuvieron acompañadas en el momento del parto
- el 90,7% realizaron alumbramiento activo

Se logró realizar el clampeo tardío del cordón umbilical en el 96% de los casos y el 85,7% recibió consejería de anticoncepción posparto, entre otras prácticas consideradas como beneficiosas en salud perinatal.

Además, a partir de observar que 2.443 mujeres (el 44,2% del total) refirieron embarazos no planificados; que el 80% de ellas no utilizaba ningún método anticonceptivo y que el 8,9% atribuyó su estado a una falla del método que se encontraba utilizando, se decidió reforzar las medidas vinculadas a prevención y promoción en Salud sexual y Reproductiva, tanto en la Maternidad como en todas las instituciones pertenecientes al Corredor sanitario.

En lo que se refiere al impacto de la institución en sí, además de los resultados expuestos al final del capítulo 1, podemos mencionar que -durante la etapa de construcción edilicia- se proveyó de servicios de gas y cloacas en toda la zona, se asfaltaron las calles aledañas y se modificaron los trayectos de dos líneas de colectivos para que pasaran por el frente de la institución.

## **Del potencial individual al crecimiento colectivo**

Teniendo en cuenta la estrategia de Capital Humano desplegada en este período, podemos observar también la noción de desarrollo que apunta a facilitar y promover “el dominio de las ilimitadas potencialidades humanas”<sup>37</sup>. Esta interpretación se distancia de la anterior –y de todas las teorías previas vinculadas a este término– a partir de establecer que las necesidades

---

<sup>36</sup> Comparación realizada sobre un total de 6.366 mujeres que recibieron atención perinatal en las unidades sanitarias durante el período 2013 y 5.529 nacimientos atendidos en el Hospital Mariano y Luciano De la Vega y la Maternidad Carlotto durante el año 2015. Fuente: Informes realizados por el Municipio de Moreno.

<sup>37</sup> Que se puede encontrar en el texto de Lucio Capalbo, titulado: *Desarrollo: del dominio material al dominio de las ilimitadas potencialidades humanas*.



humanas son limitadas, constantes en toda cultura e invariables en el tiempo. Concretamente, Max Neef distingue nueve (o diez si incluimos también la trascendencia): subsistencia, protección, afecto, ocio, creación, libertad, entendimiento, identidad y participación. Y señala que, en todo caso, lo que varía de una sociedad a otra y en cada momento histórico son los satisfactores que se ponen en juego.

Lo cual significa también un cambio en el rol del Estado que, de ser quien implementa satisfactores exógenos, pasaría a ser un “facilitador de los procesos de generación de *satisfactores sinérgicos* surgidos de las bases”. Es decir, creador de las condiciones que permitan el surgimiento de todo objeto, servicio, actividad, relación, institución o costumbre que pongan en marcha otros procesos, permitiendo la satisfacción de varias o todas las necesidades mencionadas anteriormente.

En este sentido -durante los años observados en el marco de este trabajo- la Maternidad Estela de Carlotto fue generadora de satisfactores sinérgicos, por lo menos, en tres grandes ámbitos de acción. En primer lugar, proporcionando a las mujeres las condiciones necesarias (edilicias, metodológicas e ideológicas) para que puedan reconocer y explorar su propio potencial en el nacimiento de sus hijos, respetando sus tiempos naturales y los de su bebé, probando distintas posiciones, eligiendo una persona que las acompaña en todo momento y siendo asistidas con diversas técnicas que le ayuden a transitar ese momento del mejor modo posible.

Con el fin de evaluar el cumplimiento de estos objetivos, el equipo de conducción estableció una serie de indicadores, entre los cuales se contempla: la cantidad de ampollas de oxitocina que se utilizan en el momento del parto; las posiciones que adopta la mujer durante todo ese proceso; el Contacto Piel a Piel (Copap); si eligen o no estar acompañadas y con quién; si durante el embarazo se atendieron en las unidades sanitarias; si asistieron o no a los talleres de preparación para la maternidad; las derivaciones recibidas o realizadas hacia otras instituciones, el tiempo de atención de cada nacimiento y la cantidad de cesáreas realizadas.

<b>Parto</b>	<b>Giro Cama</b>	<b>Copap</b>	<b>Acompañamiento</b>	<b>Posición Acostada</b>	<b>Uso de Ampollas de Oxitocina por Parto</b>
1° Semestre del 2015	2,3	83,4 %	92 %	47,5 %	1,6
2° Semestre del 2015	2,5	92 %	94 %	44,3 %	1,8

Fuente: Datos institucionales correspondientes al período 2015, cargados en los Sistemas de información SIP y SICS del Ministerio de Salud Provincial.

<b>Consultorio de Tamizaje</b>	<b>Presentismo</b>	<b>% de Partos que pasaron por tamizaje</b>	<b>Apgar a los 5 min &gt; 6</b>	<b>Necesidad de Neonatología al nacer</b>
1° Semestre del 2015	71,2 %	67,8	98	1,8
2° Semestre del 2015	70,9 %	88,0	99	Falta Dato

Fuente: Datos institucionales correspondientes al período 2015, cargados en los Sistemas de información SIP y SICS del Ministerio de Salud Provincial

Estas cuestiones previstas para la atención de los nacimientos se completan y complementan con el acompañamiento que la Maternidad brinda en materia de salud sexual y Reproductiva, donde se procuran generar las condiciones para que toda persona pueda garantizar sus derechos reconocidos a nivel legislativo. Incluyendo el acceso a prácticas que en otras instituciones sanitarias suelen tener mayor resistencia (Interrupciones legales del embarazo, ligadura de trompas y vasectomías, por citar algunos ejemplos). La Maternidad pone a disposición todas estas prácticas y ofrece espacios de consejería para que cada persona tome su propia decisión al respecto.

Por otro lado, y en línea con los mismos propósitos organizacionales, la Maternidad promovió desde sus comienzos la participación activa de sus trabajadores a través de: la ya mencionada planificación interdisciplinaria de los distintos procesos de atención; la disponibilidad de información y documentos de gestión en un espacio virtual accesible desde las computadoras de todos los servicios; la construcción colectiva del logo (actividad que describiremos en

detalle en el capítulo N° 6); las reuniones de Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) y CATA Ampliado, donde las diversas decisiones de gestión se ponían a consideración de las y los responsables de servicios con convocatoria abierta a los gremios; la puesta en marcha de Comités asesores de la dirección (para los cuales, se invitaba a todo el personal a participar); la votación abierta de proyectos de mejora que luego eran financiados a través del Programa Nacional SUMAR.

Paralelamente, desde los primeros tiempos de esta institución, se buscó generar las condiciones necesarias para facilitar el bienestar y el crecimiento personal de todos sus integrantes. En un comienzo, este objetivo se puso de manifiesto a través de instancias de reflexión y autoconocimiento personal, así como diversos talleres de expresión artística, que complementaban la planificación estratégica y la formación en temáticas vinculadas al parto respetado y al modelo de Maternidad Segura Centrada en la Familia.

Hacia fines de 2015, en la misma línea de exploración de potencialidades de los integrantes de la Maternidad, se facilitó la posibilidad de realizar la especialización en Gestión en salud de la Universidad Nacional de Lanús (UNLA); se creó el área de Capital Humano, con el objetivo de integrar las acciones vinculadas a Recursos humanos, Comunicación institucional, capacitación y relaciones interinstitucionales; se ofrecía a los responsables de los distintos servicios un asesoramiento en gestión y trabajo en equipo; y se encontraba en proceso la creación de un Plan para el Desarrollo de las Personas<sup>38</sup>.

Tal como señaló Mariano Berra, ex responsable del área Capital Humano en ese momento, en una entrevista realizada por la Universidad de San Andrés: “Trabajar sobre el desarrollo profesional y el fortalecimiento de las competencias de nuestro personal presenta la posibilidad de mejorar el ambiente laboral, incrementar la motivación y elevar la calidad de los servicios que ofrecemos”<sup>39</sup>.

---

<sup>38</sup> Este último, pensado en articulación con la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), se proponía acompañar a los integrantes de la Maternidad durante todo su recorrido laboral, desde el momento de la selección inicial, pasando por la llamada etapa de inducción, instancias de capacitación continua, asesoramiento en los roles de gestión y desarrollo de las respectivas carreras personales.

<sup>39</sup> Ateneo de prácticas de Recursos Humanos: Proyecto implementado por la Universidad de San Andrés para relevar prácticas vinculadas al desarrollo en un conjunto de empresas e instituciones preestablecidas como Unilever; Volkswagen; Tenaris; Galicia; Boehringer Ingelheim y la Maternidad Estela de Carlotto. En esta última, la entrevista tuvo lugar el jueves 19 de mayo de 2016.

## Conjunción de miradas

La acreditación como Hospital de Calidad, obtenida por la Maternidad Carlotto en el transcurso del 2015, puede ser considerada como parte de una estrategia que logra sintetizar las dos perspectivas mencionadas anteriormente.

Siguiendo la definición aportada por el organismo evaluador CENAS, cuya sigla significa Centro Especializado para la Normalización y Acreditación en Salud: **“La acreditación se define como un proceso de evaluación confidencial, realizado por evaluadores pares externos a la organización, solicitado voluntariamente por la entidad”**. Se propone contribuir al mejor funcionamiento de la institución, mediante la evaluación externa de sus estructuras, procesos y resultados; otorgar un reconocimiento externo y público sobre el nivel de desarrollo de la institución; y formular recomendaciones explícitas para su mejoramiento<sup>40</sup>.

Si nos detenemos en esta definición y en la modalidad de este proceso que implica la adecuación/normatización de las organizaciones sanitarias, con relación a un conjunto de 600 estándares establecidos por actores externos a las mismas; es evidente que nos encontramos frente a una idea de desarrollo más cercana a la que promueve el PNUD.

No obstante, la aplicación de esta estrategia en la Maternidad Estela de Carlotto se planteó como una forma de afianzar las prácticas que se venían implementando y motivar la confianza del personal en el camino de la planificación y la gestión por procesos.

Para obtener este reconocimiento, el equipo directivo de la Maternidad puso a disposición de la Subsecretaría de Planificación del Ministerio de Salud Provincial todos los indicadores y resultados obtenidos hasta ese momento. El equipo del Ministerio contrastó dicha información con el Manual de calidad propuesto por el CENAS y, luego de visitar la sede de la Maternidad, decidió financiar la iniciativa, aportando la supervisión técnica de todo el recorrido.

Fue así como –a solo tres años de su puesta en marcha y aún sabiendo que los distintos servicios todavía tenían mucho por mejorar–, la MEC se sometió a este proceso de evaluación externa con el propósito de avanzar en la consolidación de su proyecto organizacional. Tal como fue señalado en un comunicado de circulación interna: “Todo este esfuerzo y tiempo invertido tiene el objetivo de disminuir al máximo las posibilidades de equivocación en las tareas que realiza diariamente cada servicio. Nos permite seguir fortaleciendo una cultura

---

<sup>40</sup> Fuente: [www.cenas.org.ar](http://www.cenas.org.ar) (julio de 2016).

organizacional planificada y centrada en los derechos de las personas, así como también sentar las bases de una modalidad de trabajo que se pueda socializar y replicar en otras maternidades del país”<sup>41</sup>.

Nueve meses transcurrieron entre las primeras reuniones con la Subsecretaría de Planificación provincial realizadas en marzo de 2015, pasando por la firma del acta acuerdo en octubre y la jornada de evaluación que se logró concretar en diciembre de ese mismo año. Un trayecto que permitió acercar herramientas de gestión, planificación y evaluación de procesos para todo el personal. Socializando, aclarando y reforzando conceptos como “seguridad del usuario”; “planificación estratégica”; “planificación operativa”; “procesos”; “indicadores”; “metas”; “manual de funciones”; “mejora continua”. Avanzando a contrarreloj (como suele suceder en este tipo de experiencias), pero asumiendo que todo ese esfuerzo repercutiría posteriormente en la atención ofrecida a las mujeres, niños, niñas y sus familias.

Mas allá de haber obtenido la acreditación en calidad por el lapso de dos años, lo que se logró con esta iniciativa fue elevar el nivel de discusión sobre el funcionamiento de cada servicio, sobre el desempeño que cada uno/a de sus integrantes venía teniendo y sobre el horizonte establecido para toda la Maternidad.

### **Nacer mejor es vivir mejor**

Un tercer sentido vinculado a la palabra desarrollo se encuentra condensado en la definición del lema de la institución: “Nacer mejor *es* vivir mejor”. Nos referimos a las ideas concebidas desde la perspectiva del Sumak Kawsay o Buen Vivir.

El reconocido sociólogo brasileño Boaventura de Souza Santos se refiere a esta concepción particular de la vida, del Estado y la política del siguiente modo:

“Es un debate de diferentes cosmovisiones, de diferentes concepciones de desarrollo, de Estado... pero que están intentando dialogar. Es un diálogo muy difícil, pero no es el «choque de civilizaciones» de Samuel Huntington; es otra

---

<sup>41</sup> Notificación titulada: “Gestión de calidad y mejora de la comunicación interna”, distribuida en las capacitaciones realizadas para todo el personal entre mayo y junio del 2015, con la finalidad de explicar en qué consiste la acreditación en calidad y el funcionamiento del Escritorio Remoto (servidor de acceso libre desde las computadoras de todos los servicios, utilizada como herramienta de revisión e intercambio de la información institucional).

cosa. Es la posibilidad de un diálogo nuevo, difícil, pero que tiene que hacerse, porque las constituciones nuevas, este constitucionalismo transformador del Continente, dan cuenta ya de estas posibilidades de diálogo. Es lo que está en las Constituciones de Bolivia y de Ecuador. ¿Cómo podríamos nosotros pensar que los pueblos olvidados como eran los indígenas, tendrían en las Constituciones de Ecuador y Bolivia una presencia conceptual tan fuerte que es orgullo de los ecuatorianos y bolivianos, que es orgullo de todos los progresistas del mundo? ¿De dónde viene la palabra *Pachamama*, de dónde viene el *Sumak Kawsay* que hemos hecho nuestras? Estamos aprendiendo de ellos y ésta es la gran riqueza de este debate civilizatorio” (DE SOUZA SANTOS, B. 2012).

Sin ánimos de acotar este universo de ideas a la realidad de una organización todavía incipiente –y evitando desvincularla de su contexto social, político y económico provincial y nacional–, nos animamos en este punto a conjeturar que, en buena medida, algunos principios del Buen vivir pueden ser reconocidos como un poco más que aspiraciones en el proyecto ideológico-institucional de la Maternidad Estela de Carlotto.

Siguiendo el análisis ofrecido por el historiador argentino Atilio Borón, entre los principios constitutivos de esta cosmovisión, se incluyen temas tales como “la unidad en la diversidad; el deseo de vivir en sociedad; la igualdad, la integración y la cohesión social; los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas; la relación armónica con la naturaleza; la convivencia solidaria, fraterna y cooperativa; el trabajo y el ocio como liberadores; la reconstrucción de lo público; la construcción de una democracia representativa, participativa y deliberativa; y un estado democrático, pluralista y laico” (BORÓN, A. 2014: p152).

En la propuesta de atención de los nacimientos, esta cosmovisión puede verse en el respeto por los tiempos naturales de la mamá y el bebé, tal como lo ejemplifican los relatos de experiencias compartidos en el marco de los talleres de Preparación Integral para la Maternidad:

“Salió el cuerpo, lo empecé a agarrar yo, lo pusieron en mi pecho de este lado, se fijaron los de Neo que estuviese bien (...) esperamos más de dos minutos, le cortaron el cordón, se lo llevaron dos o tres minutos y ya estaba de nuevo conmigo tomando la teta”, contó Camila en uno de los espacios de relatos de experiencias desarrollados en 2016, recordando ese momento luego de haber pasado más de 15 horas de trabajo de parto.

“La parte del compañero es estar con ella y asistirle. Otra cosa no podés hacer, acompañarla y estar seguro de que lo que están haciendo está bien”, compartió Javier acerca del nacimiento de su hija Anahí en otra jornada donde se realizó la misma actividad.

La vivencia de este tipo de experiencias forma parte de una apuesta institucional por facilitar la construcción de un vínculo familiar distinto. “Estamos convencidos que cuando un papá no sólo presencia el nacimiento de su hijo o hija, sino que además vivencia el minuto a minuto, acompaña a la mamá haciendo más llevaderas las contracciones y la visualiza convertida en una leona trayendo a su cría al mundo, seguramente el trato que tenga con su compañera y con ese bebé será diferente”, compartía Patricia Rosemberg en una charla con referentes de salud sexual y reproductiva en junio de 2016. Todo lo cual repercute también en un cambio de mirada respecto al rol que les toca a los agentes de salud en todo ese proceso. Cuya presencia está prevista sobre todo para acompañar, contener, animar, facilitar y asistir con técnicas médicas en los casos en que el proceso natural se vea obstaculizado.

También en materia de Salud Sexual y Reproductiva, el acceso a prácticas como la colocación de DIU, la ligadura de trompas o la incorporación de vasectomías sin bisturí a la oferta de métodos anticonceptivos de larga duración, tienen que ver con asumir al Estado como garante de derechos y a los derechos sexuales y reproductivos como universales e incuestionables. La Maternidad Estela de Carlotto se fue posicionando como un centro de atención de la salud sexual integral en ese sentido, avanzando más allá de los servicios previstos para mujeres embarazadas y niños/as recién nacidos/as.

Integración, accesibilidad, trabajo en equipos, redes y regionalización son algunos de los conceptos clave de este hospital que se materializan también en la estrategia de construcción del corredor sanitario. Es en esta iniciativa donde confluyen las aspiraciones de “recuperar la jerarquía académica y la confianza de las familias en el sistema público de salud”, tal como se señala en el documento de presentación institucional de la Maternidad.

Y, finalmente, tomando a la reivindicación de las luchas históricas del pueblo como un eje fundamental de la cosmovisión del Buen Vivir, podríamos mencionar aquí que la elección del nombre de Estela de Carlotto se realizó como un acto de reconocimiento en vida a una persona que fue capaz de transformar el dolor por la pérdida de su hija, en la búsqueda incesante de su nieto y de todos los nietos apropiados en la última dictadura militar. Una mujer que, junto a sus compañeras luchadoras, se convirtió en ícono de las reivindicaciones sostenidas durante las cuatro décadas posteriores por la recuperación de la identidad y los

derechos humanos.

“Por un lado, la elección del nombre de la institución fue un reconocimiento a Estela y a Abuelas de Plaza de Mayo y, por otro lado, también nos marca que hay que seguir trabajando por los derechos, por la identidad y porque no se repitan historias tan tremendas”, explicó la exdirectora Patricia Rosemberg en 2016, en una entrevista realizada para ANCCOM<sup>42</sup>.

### **Barrer bajo la alfombra**

En la conjunción entre las ideas del Buen vivir y el dominio de las ilimitadas potencialidades humanas, podríamos ubicar la dinámica de gestión de errores, quejas y reclamos que se fue construyendo durante esos primeros años de la MEC.

Ocurrió un día en que una enfermera entregó medicación vencida a una usuaria de la Maternidad. Lo cual generó conversaciones muy negativas en los pasillos del establecimiento. El equipo directivo se enteró de este suceso y decidió convocar a las personas implicadas en el mismo -preservando su identidad-, para que contaran cómo había acontecido y pensar en conjunto las acciones a seguir. De dicha reunión surgió la iniciativa de asignar una persona que pudiera realizar auditorías periódicas a los medicamentos ubicados en el depósito, por un lado. Y, por el otro, la convocatoria a un ateneo general donde debían participar al menos uno o dos integrantes de cada servicio, con la premisa de comentarlo luego a sus respectivos compañeros y compañeras de equipos.

Luego de proponer una dramatización grupal de diferentes situaciones acontecidas en el último tiempo, quedó en la memoria de todos y todas el asombro de ver a la directora médica con una escoba y una palita en la mano: representando la acción de barrer hacia abajo de una alfombra todo aquello que se quería esconder. “No somos perfectos ni perfectas -explicó- todas las personas nos equivocamos. La cuestión está en qué es lo que hacemos a partir del error. Si lo escondemos debajo de la alfombra, corremos el riesgo de que se repita. Si lo tomamos y lo analizamos, tenemos la posibilidad de anticiparnos a futuros imprevistos, para evitar que vuelvan a ocurrir”.

Muchos de los ateneos interdisciplinarios fueron realizados con el fin de revisar otros errores o situaciones que se podrían haber resuelto de formas diferentes. La experiencia permitió instalar una imagen de apertura y de escucha por parte de la dirección. También con el tiempo

---

<sup>42</sup> <http://anccom.sociales.uba.ar/2016/11/22/mujeres-respetadas/>



se sumó a esta estrategia la instalación de un buzón donde cada integrante del plantel tenía la posibilidad de colocar sus observaciones de forma anónima, para que otras situaciones o malestares se pudieran trabajar.

La misma dinámica se implementó para la gestión de quejas y reclamos por parte de la comunidad. Tras haber recibido comentarios negativos sobre la atención recibida, el equipo directivo convocó a esas familias para que pudieran comentarles personalmente lo ocurrido. Sucedió, al menos, en dos o tres ocasiones; a partir de las cuales se pudieron abordar diferentes cuestiones vinculadas al trato ofrecido o a los procesos de atención correspondientes.

También se colocaron a disposición de los y las usuarios/as dos libros de sugerencias y reclamos, que eran revisados periódicamente por la secretaria de la dirección. Cuyo contenido era informado a los respectivos responsables de servicio, abordado por el Comité Asesor correspondiente o en reuniones de CATA y CATA ampliado.

También fueron fuente de este tipo de información los libros de relatos ubicados en el sector de internación y los comentarios recibidos a través de la página de facebook.

## 5. SEGUNDA LUPA: LAS DIVERSAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN

A partir del planteo desarrollado por Patricio Chávez Zaldumbide, es posible distinguir tres enfoques fundamentales de la planificación social en América Latina: el enfoque normativo, el estratégico-situacional y el comunicativo. Cada uno de estos modos de entender los procesos de planificación conllevan también diferentes modalidades y formas de participación.

La **planificación normativa** analiza la realidad desde una perspectiva homogeneizante. Sus bases teóricas y procedimientos “pueden ser aplicados en cualquier espacio, institución o nivel de acción sin considerar sus especificidades, la diversidad de los actores presentes y los distintos niveles y tipos de relación que se presentan entre esos actores” (Chávez Zaldumbide, P. 1996).

En la Maternidad Estela de Carlotto es posible observar este tipo de planificación en ciertas políticas nacionales o provinciales que ya vienen pensadas y que son coordinadas desde los respectivos ministerios de salud, de modo tal que en todas las instituciones públicas se cumplan los mismos criterios de implementación y seguimiento. Nos referimos a las acciones que ya fueron analizadas desde la perspectiva del desarrollo del PNUD, en el capítulo anterior: El Plan Anual de Vacunación Nacional, la colocación de implantes anticonceptivos subdérmicos o el Protocolo Nacional para la atención integral de personas con derecho a la Interrupción Legal de Embarazos, por citar algunos ejemplos.

También el proceso de acreditación como Hospital de Calidad podría ser considerado dentro de esta perspectiva. El objetivo fundamental es mejorar la eficiencia en la atención que brinda cada uno de los servicios y, tal como señala Zaldumbide: “el fin último es que el plan se convierta en una prescripción normativa que rija o que dirija la acción de las instituciones y de los actores involucrados en el sector pertinente”.

Pero tal como lo explica el autor, ninguno de los modelos de planificación se presenta aislado ni en estado puro: “En la realidad coexisten elementos de los distintos enfoques que se toman o se presentan de manera más o menos voluntaria y de forma más o menos explícita”.

En el caso de la Maternidad Estela de Carlotto fue posible observar también la implementación de la **planificación estratégica situacional**, donde se parte de considerar que la realidad social no es homogénea, ni puede ser analizada o transformada por un sujeto desde

la externalidad.

En esta línea se podrían considerar las planificaciones estratégicas que realizan anualmente los distintos servicios de la Maternidad. Documentos que se elaboran a fin de año, teniendo en cuenta los pilares institucionales fundamentales y cuyo desarrollo implica la descripción de objetivos; acciones previstas; indicadores; la fuente de la información; y metas anuales distribuidas en los cuatro trimestres. El seguimiento de estos documentos es realizado periódicamente por el/la responsable de cada servicio y requerido de forma trimestral por el área de Gestión de Enlace, con el objetivo de sistematizar los resultados obtenidos y realizar una devolución general en los informes de gestión correspondientes.

“Desde esta perspectiva, la planificación es el proceso que precede y preside la acción”, señala Zaldumbide. Y esto se esperaba que sucediera en la Maternidad Estela de Carlotto, apuntando a que fueran los y las integrantes de cada equipo –en articulación con los otros servicios– quienes establecieran objetivos y acciones a desarrollar en el transcurso del año, en línea con el proyecto político institucional.

El tercer enfoque denominado **planificación comunicativa** se sustenta a partir de tres premisas teóricas y conceptuales claves. La idea de integridad (captar la realidad con toda su complejidad), diversidad (los actores tienen diferencias pero también puntos en común) y construcción colectiva. Esta última, pensada en relación con la implementación de “estrategias de cooperación o concertación que permitan que distintos actores se sientan identificados en un proyecto común y avancen colectivamente a la transformación de la realidad social”<sup>43</sup>.

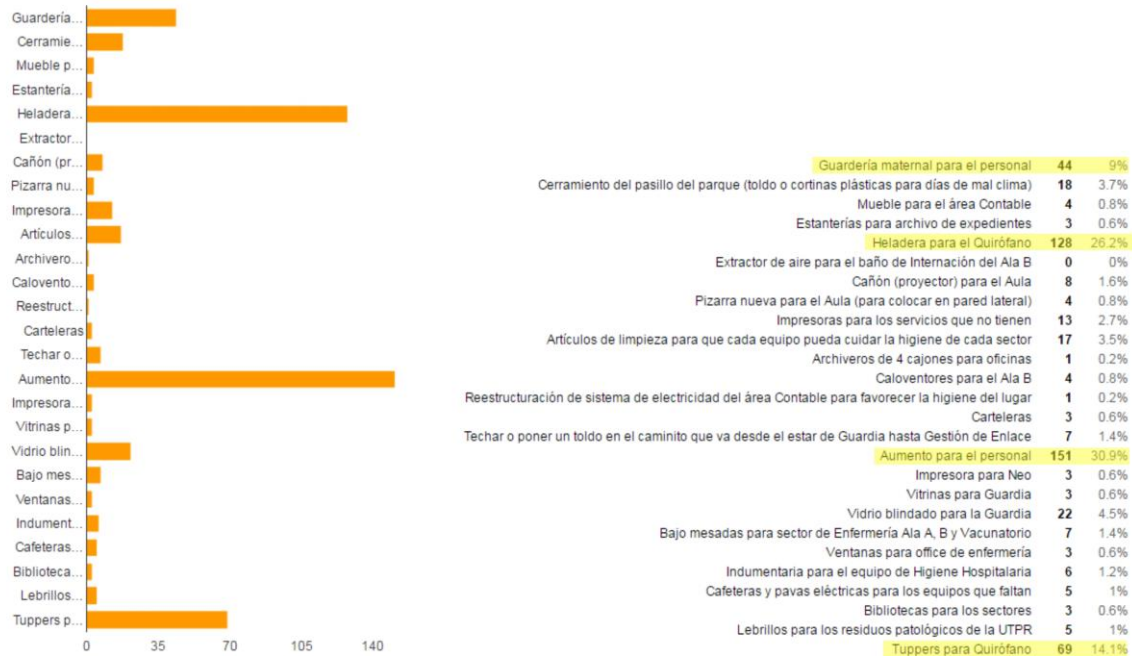
Este tipo de planificación viene siendo impulsada desde la puesta en marcha de la institución. En principio, para la planificación de los procesos que se hizo de forma interdisciplinaria durante los seis primeros meses. Para lo cual, se conformaron siete grupos de trabajo que tenían la tarea de planificar paso a paso los siete procesos previstos hasta ese momento, con la premisa de que cada grupo tuviera al menos un referente de los distintos equipos que en ese momento formaban parte de la institución: higiene hospitalaria, administración, mantenimiento, enfermería, farmacia, laboratorio, obstetricia, ginecología, pediatría, salud mental, trabajo social, nutrición y comunicación. Cada grupo interdisciplinario asumió la tarea de pensar su respectivo proceso de acuerdo a 3 escenarios posibles: **Escenario 1:**

---

<sup>43</sup> IDEM cita anterior.

Atención de una mujer embarazada de Moreno que realice sus controles de salud en alguna de las 40 unidades sanitarias existentes en el distrito; **Escenario 2:** Atención de una mujer embarazada de Moreno que no realice sus controles de salud en ninguna de las unidades sanitarias locales; **Escenario 3:** Atención de una mujer embarazada de otro distrito, sin controles de salud previos. Este momento y los simulacros posteriores, que se hicieron en los días previos a la apertura de consultorios externos, suelen ser recordados por quienes los vivieron como una de las instancias de mayor integración organizacional. Durante ese período, se trabajó también de forma colectiva la identidad organizacional y la creación del logo institucional, con una actividad que incluyó la puesta en común de ideas asociadas al ser mamá, ser papá, familia y nacimientos, juegos que promovieran la creatividad y el armado en grupos de propuestas que luego fueron trabajadas desde el diseño gráfico, para la definición de la versión final. Ya en plena actividad, se realizaban periódicamente acciones que buscaban promover la implicancia de todo el personal. Entre ellas, podríamos mencionar la votación de proyectos para la distribución de los fondos obtenidos a través del Programa Sumar<sup>44</sup>.

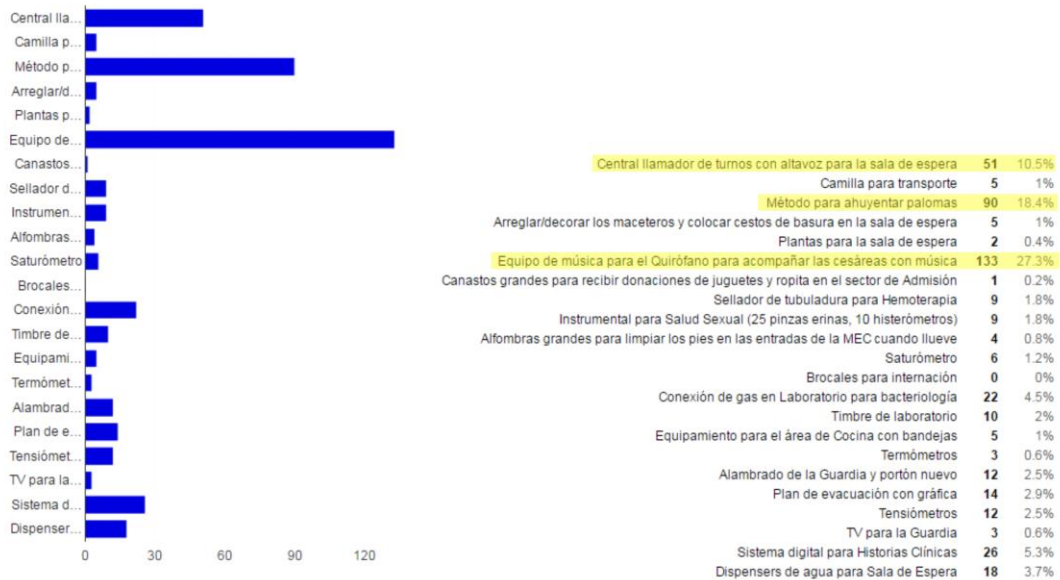
**PROYECTOS PARA LOS EQUIPOS DE LOS SERVICIOS:**  
aquellos que se propusieron para mejorar el desempeño de los trabajadores



<sup>44</sup> El Programa Sumar es una estrategia de política pública nacional que busca implementar la gestión por resultados como mecanismo de funcionamiento de las organizaciones de salud de la Argentina. Se trata de un sistema de re financiamiento que le permite a aquellos organismos que lo integran recuperar inversión en salud, y decidir en qué utiliza los fondos percibidos.

**PROYECTOS PARA LA MUJER Y LA FAMILIA:**

aquellos que redituán directamente en la calidad de atención recibida por los usuarios



Una instancia semestral donde se invitaba a todos los trabajadores y trabajadoras de la Maternidad a proponer ideas que sirvieran para reforzar la atención ofrecida a las mujeres y familias o para mejorar las condiciones de trabajo en las que se desenvolvía cada servicio. El total de las ideas recibidas eran transcritas a un formulario web, que se enviaba por mail a todo el personal para que cada uno/a le asignara a dichos proyectos un determinado nivel de prioridad. Los tres más votados eran los que se intentaban resolver en primer lugar y, posteriormente, el equipo directivo junto con el sector Contable buscaba la forma de dar respuestas al resto de las ideas presentadas. De esta manera, se pudieron concretar propuestas colectivas como: la instalación de trampas para ahuyentar palomas en la entrada de la Guardia; la adquisición de muebles, impresoras, carteleras, pavas eléctricas, cafeteras y equipamiento tecnológico solicitado por distintos servicios, entre otras.

**Desafíos de la integración**

Al acordar una estructura organizacional y de funcionamiento particulares, se procuró sentar las bases para la transformación de las prácticas que cada trabajador/a traía afianzadas o naturalizadas de sus experiencias previas. Los distintos enfoques de planificación, a su vez, permitieron promover la participación en todos los niveles, habilitando la posibilidad de

opinar y aportar al proyecto institucional que se venía sosteniendo. No obstante, por sí solas, las medidas descritas hasta aquí no resultan suficientes para generar procesos de transformación que se sostengan en el tiempo. “La tensión permanente entre las nuevas apropiaciones y las que repiten modelos ya consolidados -señala Nancy Díaz Larrañaga- se visualiza en cada acto y en cada discurso”. Se trata de una tensión permanente que permite múltiples lecturas y donde “es imposible visualizar instancias puras de reproducción o cambio” (Díaz Larrañaga, N. 2004).

Retomando el planteo del psicólogo social Kurt Lewin, en *La Teoría del campo y el aprendizaje* observó que para lograr cambios efectivos, los individuos se enfrentan con dos grandes obstáculos:

En primer lugar, no están dispuestos (o no pueden) modificar las conductas arraigadas desde mucho tiempo atrás.

En segundo lugar, que el cambio suele durar poco tiempo. Tras un breve periodo de intentar hacer las cosas de forma diferente los individuos, a menudo, vuelven a sus patrones tradicionales de conducta<sup>45</sup>. Y esto se debe a que “la presencia del sujeto en las organizaciones suele estar mediada de múltiples maneras. Nunca el sujeto llega despojado a una organización. Su pasaje por ella pone en diálogo sus matrices culturales y las lógicas institucionales que lo atraviesan, no desde la individualidad, sino desde la socialidad” (Díaz Larrañaga, N. 2004).

**Pero entonces, volvemos a preguntarnos: ¿es posible lograr efectivamente una cultura organizacional distinta a la creada y sostenida históricamente desde el sistema médico hegemónico? ¿será viable la transformación real y sostenida de prácticas aprehendidas previamente?**

Ésta es una de las preguntas que atravesó la planificación organizacional de la Maternidad Estela de Carlotto en sus primeros cuatro años de funcionamiento. La apuesta de quienes conformaban el equipo directivo en ese momento y de las personas que participábamos en el Consejo Asesor Técnico Administrativo (CATA) era que valía la pena intentarlo. Que se podían implementar acciones y herramientas específicas con ese fin. Que la clave estaba en facilitar las condiciones para que cada persona pudiera desplegar su potencial dentro de la

---

<sup>45</sup>LEWIN, K (1942): *La teoría del campo y el aprendizaje*; Conferencia pronunciada ante la Sociedad Nacional para el Estudio en Los Estados Unidos de América. Disponible en: [http://www.infoamerica.org/documentos\\_pdf/lewin01.pdf](http://www.infoamerica.org/documentos_pdf/lewin01.pdf)

institución, que contaran con toda la información necesaria para ello, que conocieran muy bien el rol que cada equipo cumple en la organización y los avances que cada uno de ellos iba logrando en cada momento. El (re)conocimiento del otro como compañero o compañera resultaba un eje fundamental en este camino.

Con el fin de introducir algunos ejemplos de las acciones implementadas en la Maternidad Estela de Carlotto para el sostenimiento y la consolidación de una cultura organizacional transformadora, apelamos a una herramienta de diagnóstico presentada en el libro *Sembrando mi tierra de futuro*. Se trata de un **Cuadro de Realidades** que, en este caso, fue completado por las tres integrantes del equipo de Comunicación Institucional de la Maternidad, en septiembre de 2016 y que estuvo organizado en tres grandes ejes de observación:

- Integración de los equipos de trabajo
- Consolidación del proyecto político institucional
- Participación y acceso a la información

### Integración de los equipos de trabajo

1. INTEGRACIÓN DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO					
Realidades		Datos	Causas		Tendencias
positivas	Negativas		profundas	superficiales	
Se considera la construcción de una cultura organizacional basada en los derechos de las personas como uno de los cuatro pilares fundamentales de la institución. Esto implica generar las condiciones necesarias para garantizar tanto los derechos de las familias, como aquellos que correspondan a los trabajadores/as y que favorezcan su integración.	<p>Sectores que, en el desarrollo de sus actividades cotidianas, interactúan poco o no se relacionan con el resto de los compañeros de la MEC</p> <p>Tensiones entre distintos servicios y al interior de algunos equipos</p> <p>Servicios que se sienten discriminados</p>	<p>En la actualidad el plantel de la Maternidad está conformado por 258 personas, de las cuales 62 son hombres y 196 mujeres. Más 18 personas con Guardias fijas y 11 personas contratadas por el municipio de Moreno que se desempeñan en la institución.</p>	<p>La distribución de los espacios: Servicios ubicados en un edificio anexo al principal y sectores que se encuentran muy cerrados en relación a los otros espacios de la Maternidad.</p>	<p>En las actividades integradoras participan siempre las mismas personas</p> <p>Poco conocimiento de quién es quién y del lugar que cada uno ocupa en la organización</p>	<p>Fragmentación de los equipos de trabajo</p> <p>Enrarecimiento del clima organizacional</p>

Situaciones como las descritas en este cuadro pueden ser analizadas a partir de lo que la Unidad de Prácticas y Producción de Conocimiento explica como *los cuatro bloqueadores de la comunicación* (Ceraso C. [et.al.] 2011):

El primero es **callar**. Algo que genera mucha sensación de impotencia y que nos hace perder la capacidad de decidir.

El segundo es **juzgar**. Una acción que “implica perder la mirada sobre la situación del otro, haciéndonos perder la mirada sobre nuestra propia situación”.

El tercero es **suponer**. Es decir, “creerse una versión inventada acerca de las emociones que viven las otras personas en su contacto conmigo”. Se basa en la sensación de miedo y “hace que nos tomemos todas las cosas como algo personal”.

El cuarto bloqueador es **proyectar**. Basados en la sensación de culpa, “es poner en los otros las cosas que nos molestan de nosotros mismos”.

Para prevenir la proliferación de estos bloqueadores, se fueron implementando en la Maternidad Carlotto acciones que buscaban promover la interacción y el reconocimiento entre los integrantes de los distintos sectores y servicios. De esta manera, se llevaron adelante diversas instancias de encuentro e intercambio de sensaciones y miradas:

Taller de dramatización con una actriz referente de Teatro del Oprimido

Actividades artísticas en el marco de la Semana del Parto Respetado

Almuerzos compartidos (pizzeada, almuerzo multicultural, sándwiches de bondiola)

Peñas

Cenas de fin de año

Un espacio de “Pausa Activa”, coordinado por una profesora de educación física.

Murales con participación de la comunidad (en las paredes externas, en la entrada principal y en la sala de recuperación de la UTPR)

Encuentros de equipos de frecuencia anual, donde se comparten los logros obtenidos desde cada sector y se promueve la planificación colectiva de las acciones para el año siguiente.



Con relación a las tensiones internas y situaciones de discriminación o de malos tratos mencionadas entre las realidades negativas, se impulsaron acciones que buscaban evitar actitudes basadas únicamente en *tipificaciones* y *estigmatizaciones*. Entendiendo al término tipificación como la representación que cada uno/a tiene del otro u otra, de acuerdo a los roles sociales que esa persona ocupa; y las estigmatizaciones como aquellas tipificaciones negativas que son llevadas al extremo y que no nos permiten negociar con el otro (Schutz, 1993). Una vez más, “el grupo funciona al interior de la organización como el elemento posible de ser promotor de cambios desde la canalización de la tarea en un proyecto, o altamente conservador, si es que estereotipa los modos de relación de sus integrantes” (Díaz Larrañaga, N. 2004).

Ejemplos de este tipo de intervenciones fueron las entrevistas a trabajadores/as sobre sus trayectorias laborales y sobre qué valoraban en ese momento de trabajar en la Maternidad. Así como también la socialización de logros personales (recibirse, tener un hijo/a, ser abuela/o, obtener premios o reconocimientos externos e internos) o aptitudes particulares de compañeros/as, que los caracterizaban más allá de las tareas que realizaban en la institución (habilidades para el dibujo, el muralismo, el canto, el baile, deportes como el triatlón, entre otros ejemplos).

“No se puede analizar la sociedad y los individuos como entidades separadas”, señala el sociólogo francés Vincent De Gaulejac (1993). “Lo mismo se aplica a las organizaciones que deben ser analizadas como sistemas socio-mentales (...) productoras de bienes, de saberes, de lenguajes pero al mismo tiempo imaginarios, fantasmas, afectos, sufrimientos, placeres y conflictos”. Desde la perspectiva de la sociología clínica, el autor explica que:

“hay una complementariedad fundamental entre el psiquismo individual y las estructuras sociales que obliga a salir de los encasillamientos y de oposiciones entre individual y colectivo, sujeto y objeto, campo social y campo afectivo (...) lo mental y lo social se confunden, sea en la sociedad, en las instituciones, en las organizaciones, en la familia, o en todo fenómeno que implique lo humano”<sup>46</sup>.

En la misma línea, se propusieron *cauces* (Foucault, 1992) que procuraban recuperar la palabra como forma de poder. Tal como señala el equipo que lleva adelante la Unidad de Prácticas y Producción de conocimiento de la UNLP: “Muchos discursos son mandados al

---

<sup>46</sup> IDEM cita anterior.

silencio, y hay tantos discursos que fluyen por debajo del discurso que domina, del hegemónico, como millones de ríos que entre unen trayectos por cursos subterráneos. Esta acción nos muestra claramente la reiterada y reproductiva forma de exclusión como procedimiento” (Ceraso C. [et.al.] (2011).

Uno de esos *cauces* fue el armado de una campaña comunicacional de sensibilización al personal para promover el cuidado de la limpieza en los distintos espacios de la institución.

La idea se generó como resultado de una serie de reuniones que el área de Capital Humano venía teniendo con el equipo de Higiene Hospitalaria y se puso en marcha a través de acciones, materiales gráficos y audiovisuales pensados y protagonizados por los y las integrantes de dicho servicio. Los diseños definitivos fueron el resultado de dos instancias de intercambio y creación colectiva, entre el equipo de Higiene y el de Comunicación institucional.

Con el lema *Higiene respetada, lo esencial es invisible a los ojos*, se lograron explicitar una serie de malestares que el equipo venía acumulando (y callando), que repercutían, por supuesto, en el clima laboral de toda la organización y que reinstalaban las lógicas de poder naturalizadas en el Modelo Médico Hegemónico.

## Consolidación del proyecto político institucional

2. CONSOLIDACIÓN DEL PROYECTO POLÍTICO INSTITUCIONAL					
Realidades		Datos	Causas		Tendencias
positivas	Negativas		Profundas	superficiales	
Planificación colectiva de los procesos de trabajo en la primera etapa de la institución	Las personas que se observan más conectadas con el proyecto son las que estuvieron en la etapa inicial	Índice de ausentismo	Cada persona viene con una cultura organizacional distinta incorporada en otros ámbitos laborales, con prácticas difíciles de cambiar en el corto plazo.	Las herramientas de gestión de equipos que posee cada responsable de servicio para reforzar la motivación de sus equipos.	Descuido de la atención que se brinda a usuarios/as
Documentación institucional que se encuentra al alcance de todos en el Escritorio remoto	Incluso hay quienes estuvieron en la primera etapa y también están desmotivados	En las actividades integradoras suelen participar siempre las mismas personas	La distribución de horarios en tres turnos diferentes: mañana, tarde y	Gente que sólo viene de noche o que realiza guardias los	Se pone en riesgo la continuidad del proyecto institucional
	El turno noche es considerado por muchos/as como “una realidad				

5. SEGUNDA LUPA: LAS DIVERSAS FORMAS DE PARTICIPACIÓN

	aparte”		noche.	fines de semana, únicamente.	
--	---------	--	--------	------------------------------	--

La creación de la Dirección de Capital Humano desde fines del 2015 fue impulsada por el equipo de Conducción con el objetivo de concentrar allí las acciones destinadas a la consolidación de la cultura organizacional y el (re)conocimiento del proyecto político institucional. Es por ello que la misma se propuso integrar las áreas de Recursos Humanos, Desarrollo de las Personas, Comunicación Institucional y Gestión de Enlace (abocada al seguimiento de la planificación anual y el sostenimiento de los vínculos intra e interinstitucionales). Áreas, todas éstas, que ponen en relación sus conocimientos y funciones específicas para aunar criterios y pensar posibles resoluciones a las situaciones detalladas en este segundo cuadro.

Entre las acciones que se desarrollaron con ese fin, se encuentra la redacción de perfiles previstos para los distintos puestos de trabajo; la distribución de una Guía de Orientación Institucional a todo el personal, así como la revisión y fortalecimiento del curso de orientación que se brinda a los nuevos integrantes del plantel de la Maternidad; la Especialización en Gestión impulsada a través de un convenio con la Universidad Nacional de Lanús (UNLA); y el asesoramiento a responsables de servicios sobre gestión y coordinación de equipos, así como también para la elaboración de sus respectivos planes de mejora.

Todo esto se sumó en el último tiempo, junto con el proceso de acreditación como Hospital de Calidad obtenida en diciembre de 2015, a las medidas adoptadas con el fin de consolidar el proyecto político institucional. También se busca promover y facilitar la participación de integrantes de todos los servicios en encuentros, congresos, investigaciones y todo tipo de espacios a los que quisieran concurrir en representación de la institución. La posibilidad de contar en otros ámbitos lo que pasaba en la Maternidad era entendida como una oportunidad para reforzar el compromiso de esa persona con la institución y animar a quienes lo escucharan a recorrer el mismo camino.

## Participación y acceso a la información

3. PARTICIPACIÓN Y ACCESO A LA INFORMACIÓN					
Realidades		Datos	Causas		Tendencias
Positivas	Negativas		profundas	superficiales	
Contar con comités de Procesos, Lactancia, Docencia e Investigación, Historias clínicas, Seguridad del usuario e infecciones y un Comité de Calidad conformado por los responsables de cada comité  Acreditación como Hospital de Calidad	Se dificulta el sostenimiento de los comités por la escasa participación de sus integrantes  No todo el personal conoce los procesos descriptos	Es escasa la cantidad de reuniones de comités que logran concretarse	Agendas individuales abocadas a la atención (actividades asistenciales)  Dificultades para coordinar horarios de reunión y trabajo conjunto	Luego de obtener la acreditación, no se socializaron los resultados ni los procesos evaluados  Agotamiento post recorrido hacia la acreditación	Desintegración de los comités  Aumento de errores médicos y de seguimiento de procedimientos

Tal como fue descrito en las primeras páginas de este trabajo, ya desde enero de 2013 cuando la Maternidad Estela de Carlotto se puso en marcha, el equipo directivo decidió adoptar una forma de funcionamiento que facilitara la toma de decisiones colectivas. Esto se hizo así desde un comienzo, considerando que “escuchar lo que cada uno tiene para aportar desde sus saberes y formas de aprehender, enriquece y fecunda la posibilidad de autopoiesis de la comunidad. Es brújula para transitar el camino de la transformación” (Ceraso C. [et.al.] 2011).

En ese sentido, se venían sosteniendo instancias de participación en las decisiones como forma de construir y sostener *tácticas colectivas* (De Certeau, 1996). Nos referimos a las reuniones de CATA y CATA Ampliado, los Comités y los ateneos interdisciplinarios.

También se procuraba reforzar el acceso a la información institucional por parte de todo el personal de la Maternidad (a través de carteleras; redes sociales como Facebook, WhatsApp, Twitter, Vimeo y You Tube; boletín web y folletería que permitieran socializar las novedades y los logros alcanzados como organización).

La recuperación, a través de entrevistas audiovisuales de opiniones y relatos de experiencias de las familias o de las personas y referentes sociales que visitan la Maternidad, eran tomadas

como herramientas que buscaban motivar al personal y acercarlos el reconocimiento por la tarea realizada.

Se llegó a instalar y sostener la presentación de informes de gestión semestrales con datos cuantitativos y cualitativos (incorporando testimonios de personas que se atendieron en la institución), la historización del recorrido de la institución entre sus trabajadores, y se promovían instancias que motivaran la presentación de nuevas propuestas por parte de todo el personal (como la ya mencionada votación de proyectos para financiar con fondos del Programa Sumar).

Ahora bien, tal como lo refleja la tabla N°3, la necesidad de promover la participación y la interrelación de los equipos está y estuvo latente todo el tiempo. Las propuestas que se fueron generando con ese fin precisaban ser renovadas/actualizadas periódicamente.

La escasa participación en los respectivos Comités –pensados como instancias interdisciplinarias de asesoramiento al equipo de conducción– y las dificultades observadas para la articulación de las respectivas planificaciones estratégicas, dieron lugar a una nueva propuesta a fines del año 2016.

En el marco del Encuentro de Equipos que se realizaba anualmente, se propuso a los diferentes servicios una propuesta de **abordaje integral**: que organizaran una presentación por sector: Atención ambulatoria; Nacimientos; Internación; Guardia y Quirófano; y los equipos transversales, compuesto por todos aquellos servicios cuyas tareas repercuten en el funcionamiento de toda la organización. La consigna era presentar los proyectos e ideas comunes, que implicaran la participación de dos o más servicios de cada sector. Con lo cual, en términos de Fernando Flores, se logró promover el diálogo previo con otros/as (conversaciones) para la planificación 2017 de cada servicio y generar o actualizar los compromisos asumidos, pensando en cómo mejorar el funcionamiento de cada sector.

Por otro lado, en relación al desconocimiento observado de los procesos institucionales y ante el riesgo de aumentar el error médico o la aparición de situaciones adversas, al curso de orientación institucional se sumó la distribución de un material de estudio obligatorio para todo el personal, donde se encontraba sistematizado: el proyecto institucional, sus orígenes, la estructura actual, los principales procesos descriptos, las leyes que avalan esos procedimientos y el modo de acceder al resto de los documentos desde cualquier computadora de la institución. Un material sencillo, de lectura accesible y pensado para orientar también a los y las ingresantes.

## 6. TERCERA LUPA: TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

En distintos momentos de su corta trayectoria, la Maternidad de Moreno Estela de Carlotto tuvo presencia en numerosos medios de comunicación de alcance local, provincial y nacional.

Tal como mencionamos en las primeras páginas de este trabajo, el año 2016 fue uno de esos momentos de mayor visibilidad. Es decir, cuando la organización comenzó a recibir invitaciones de otras provincias (Misiones, Jujuy y Tierra del Fuego) para ir a contar la experiencia de trabajo; se acercaron referentes de la Organización Mundial de la Salud para conocer el lugar y el modo de gestión que se venía sosteniendo; y Unicef Argentina incorporó a la MEC como una de las instituciones que trabajarían en conjunto para la implementación de la iniciativa Maternidad Segura Centrada en la Familia - Fase 2.

En el marco de la Semana Mundial del Parto Respetado 2017, celebrada entre el 15 y el 20 de mayo, la Agencia Nacional de Noticias Télam, realizó un informe audiovisual que fue publicado por partes. Con el título “Especialistas piden respetar el proceso natural de dar a luz y las 40 semanas del embarazo”, se incluyeron las voces de mujeres y

**Especialistas piden respetar el proceso natural de dar a luz y las 40 semanas del embarazo**

Bajo el lema "40 semanas? Respetemos los tiempos del nacimiento", se celebra desde el próximo lunes la Semana Mundial del Parto Respetado cuyo objetivo es promover la modalidad del parto humanizado.

UBICACIÓN: Buenos Aires

ÚLTIMOS VIDEOS: Licitan la construcción...

**El documental que muestra, desde adentro, cómo parimos y nacemos en Argentina**

Julieta Saulo es fundadora de *Las Casildas*, coordina el área de Puericultura en la Maternidad Estela de Carlotto, y asesoró el documental argentino *Parir*, que se estrena esta semana en Buenos Aires. Junto con Eduardo Fernández, ex Jefe de Obstetricia y actual Director de la misma institución, nos contaron otras formas de dar a luz y de nacer, sin violencia naturalizada.

Activa

**Paz no quiso volver a parir por cesárea y buscó un hospital público donde lograrlo**

Paz tuvo a su primer hijo por cesárea y cuando volvió a quedar embarazada se informó y empoderó hasta convencerse de que podía parir. Cómo funciona este hospital público donde casi ningún bebé requiere neonatología y hay muy pocas cesáreas.

Deborah Maniouliez  
LA NACION

MARTES 16 DE MAYO DE 2017 - 00:37

Existe un lugar donde las mujeres pueden parir con total libertad de movimiento, luz tenue y música de fondo. Donde la episiotomía y la rotura de bolsa no son de rutinas. Donde no se les coloca una vía a las mujeres cuando ingresan porque saben que eso las limita en sus movimientos. La Maternidad Estela de Carlotto, en Moreno, es pública, sólo el dos por ciento de los bebés que nacen ahí requieren neonatología y sólo el trece por ciento de las embarazadas tiene a sus hijos por cesárea.

PROMO LANZ

familias que habían recibido a sus hijos/as en esa Maternidad; la opinión de trabajadores/as de la institución; los espacios y las diversas actividades que se desarrollan en su sede.

Paralelamente, esa misma semana se estrenó el documental *Parir*. Una producción argentino-venezolana que relata las distintas formas de gestar y de nacer en nuestro país. Dirigida por Florencia Mujica, esta película de 70 minutos de duración muestra la experiencia de tres mujeres de diversos barrios y condiciones sociales, acompañándolas durante todo su embarazo y en el momento del nacimiento de sus hijos/as. El estreno de este material cinematográfico tuvo grandes repercusiones y puso en la pantalla grande a la Maternidad Estela de Carlotto, incluyendo testimonios de sus equipos de trabajo y escenas de un nacimiento filmado dentro del establecimiento.

Durante esos mismos días, en el portal web del diario La Nación se publicó una entrevista a una mujer que, luego de tener a su primer hijo por cesárea, recibió a su segundo bebé por parto vaginal en la Maternidad de Moreno, posicionando nuevamente a la institución provincial como referencia del parto respetado a nivel nacional.



¿Fue el alcance de este nivel de visibilidad, uno de los objetivos planteados por el equipo de conducción, durante esos primeros tiempos? Definitivamente, no. No hubo en ningún momento una estrategia de prensa y difusión que buscara atraer la atención de los medios de comunicación para ser parte de sus agendas informativas.

La trascendencia alcanzada por este proyecto organizacional se debió a la modalidad de trabajo, de atención y de gestión implementadas; las respuestas, recomendaciones y opiniones expresadas en distintos ámbitos por sus usuarias y usuarios; los resultados obtenidos mediante indicadores que permitían evaluar a la organización de acuerdo a las legislaciones vigentes; así como también, los vínculos establecidos con organizaciones locales, provinciales, nacionales y/o referentes de movimientos sociales.

Cada vez que un equipo periodístico se acercaba para hacer una nota sobre la Maternidad, se buscaba que fueran las voces de los y las verdaderos/as protagonistas (usuarios, usuarias,

trabajadores y trabajadoras de todos los servicios) las que se expresaran. Esto sí fue algo que se pensó y se plasmó como objetivo, como parte de la función que cumplía el equipo de Comunicación.

## **Claves y herramientas (o herramientas claves) de la comunicación organizacional**

Así como hasta ahora pudimos observar la diversidad de acciones desplegadas por la MEC, a través de las lupas del desarrollo, la gestión y la planificación, nos proponemos en este último capítulo recuperar las prácticas comunicativas que fueron acompañando e hilvanando ese recorrido.

Siguiendo el repaso que Daniel Bounoux dejó plasmado en 1998, en su libro *Introducción a las ciencias de la comunicación*, presentaremos ahora ocho claves que caracterizaron el trabajo realizado en esos primeros cuatro años desde el área de Comunicación Institucional de la MEC. Un conjunto de llaves prácticas y conceptuales que retoman los ejes teóricos desarrollados en la Maestría PLANGESCO y que pueden resultar de mucha ayuda para la (re)construcción de culturas organizacionales en otros hospitales o entidades sanitarias del país.

### **A. El proyecto original**

Cuando, en diciembre de 2012, me acerqué a la Maternidad a presentar mi Curriculum Vitae para formar parte de sus equipos de trabajo, la respuesta que obtuve fue que ya había otras dos personas interesadas en ocupar el mismo rol y que -tal como les habían solicitado a ellas- necesitaba preparar un proyecto y presentarlo a mediados de enero.

Mi recorrido en la maestría PLANGESCO; los pasos previos por la Subsecretaría de Atención Primaria de la Salud (APS) y, posteriormente, por la Secretaría de Salud del Municipio de Moreno; más algunos días de río en las sierras de Córdoba me inspiraron para elaborar la propuesta que compartiremos a continuación.

En primer lugar, propuse abordar la idea de comunicación como construcción permanente y colectiva de vínculos y sentidos. Una definición que recupera Gabriel Kaplún (2012) y que, a lo largo de mi carrera profesional, pude poner en práctica en cada uno de los ámbitos donde me fui desempeñando.

El mencionado comunicador uruguayo propone pensar la comunicación como *producción de*



*vínculos y sentidos*, entendiendo que: “El término sentido refiere tanto a significado como a dirección, rumbo propuesto o tomado por una organización”. Los sentidos se generan en la comunicación, porque ésta no es la mera transmisión de un significado ya dado y se reproducen en el vínculo con el otro, con los otros (Kaplún, G. 2012).

Como fundamento de esta forma de entender la dimensión comunicacional de los procesos organizacionales, el autor señala que:

“Cada vez que se habla de problemas o necesidades de comunicación en una organización, se está aludiendo a una de dos cosas o a ambas: un vínculo que se perdió o que nunca existió, y que se quiere (re) construir, o bien un sentido que no está claro o no es compartido” (Kaplún, G. 2012).

En nuestro caso, no partimos necesariamente de la identificación de un problema o necesidad, sino (mejor aún) del *deseo* de generar algo nuevo: una nueva cultura organizacional en un establecimiento de salud incipiente. Hablamos de *construcción permanente y colectiva*, porque el resultado (los vínculos y sentidos generados) no puede ser tomado como un producto acabado y sostenido para siempre. Se trata de un proceso de creación y re-creación que precisa ser observado, revisado, actualizado y reforzado en cada momento de la vida organizacional. Un proceso que será más rico y generará mayor adhesión, en la medida en que sean más los integrantes de la organización que participen o se impliquen en él activamente.

Por todo esto, el proyecto proponía un trabajo que debía ser desarrollado de manera interdisciplinaria: “contando con la participación, la mirada profesional y los aportes específicos del conjunto de sus trabajadores, con el fin de generar intervenciones más efectivas y acordes a los objetivos de la organización” (Ver Anexo: Plan Integral de Comunicación para la nueva Maternidad de Moreno).

Teniendo en cuenta estas premisas, el objetivo principal de la propuesta fue:

“Aportar al desarrollo de la Maternidad Provincial de Moreno y su inserción en la comunidad, a partir de la planificación e implementación de un plan integral de comunicación que comprenda y se encuentre en concordancia con su identidad y proyección institucional”.

¿Cómo sería esto posible? Mediante la implementación y sostenimiento en el tiempo de tres grandes ejes de acción:

**Comunicación en los procesos de trabajo:** contemplaba la utilización de herramientas que facilitaran la circulación de la información institucional entre los trabajadores y trabajadoras; el diseño de materiales pedagógicos (guías) que acompañaran las capacitaciones ofrecidas al personal; instrumentos y acciones dirigidas a monitorear el clima organizacional; instancias de formación en redacción de documentos, comunicación interpersonal y buen trato, entre otras temáticas.

**Imagen e identidad organizacional:** incluía la puesta en común y síntesis de la identidad institucional en un documento general; el diseño y elaboración de los símbolos que reflejaran esa identidad organizacional (logo, lema y pilares fundamentales); la producción de materiales institucionales (cartelería, señalética, hojas membretadas, banners, recetarios, formularios, tarjetas de presentación) y la elaboración de un Manual de uso de la imagen organizacional.

**Inserción territorial y construcción del vínculo con la comunidad:** cuyo contenido contemplaba la elaboración de una campaña integral (gráfica, audiovisual, radial y digital) de presentación del proyecto en los distintos barrios y establecimientos sanitarios de Moreno; campañas específicas para el abordaje de temáticas vinculadas a salud sexual y reproductiva y derechos; así como también acciones y materiales que facilitaran la convocatoria a las actividades organizadas y la difusión de los logros obtenidos en cada momento.

Más allá de haber sido mi puerta de entrada a la organización, la mirada y los tres ejes plasmados en esa propuesta inicial fueron sostenidos luego en el tiempo. Permitieron organizar en cada momento el trabajo desplegado desde el área de Comunicación Institucional, aunque necesitaron ser recreados y redimensionados a partir de lo que fue sucediendo en esos primeros cuatro años, el crecimiento interno de los equipos y el modo en que fue tomando forma el proyecto político organizacional de la Maternidad.

## **B. Rasgos distintivos de las prácticas comunicacionales de la MEC**

Todas las acciones planteadas en ese proyecto inicial fueron efectivamente desarrolladas en la etapa fundacional de la Maternidad. Además, con cada una de las actividades analizadas en los capítulos anteriores estuvo presente la mirada y un conjunto de prácticas desplegadas y sostenidas en el tiempo desde el equipo de comunicación institucional.

Entre las pensadas para fortalecer el vínculo con la comunidad, podemos mencionar: la creación de una página de facebook institucional, cuentas oficiales en Twitter, Vimeo y

YouTube; la actualización periódica de las carteleras en sala de espera; materiales gráficos y audiovisuales para explicar el modo de funcionamiento; gacetillas de prensa enviadas a la red de medios de comunicación locales. Para facilitar la llegada al personal de la Maternidad e, incluso, a integrantes de las otras organizaciones del corredor sanitario, se mantuvo: un grupo de facebook cerrado denominado *Maternidad Carlotto Capital Humano*; el envío de novedades cotidianas a través del mailing institucional; carteleras internas; un boletín periódico donde se resumía la información difundida por esas vías y un grupo de WhatsApp mantenido con todos los responsables de áreas y servicios.

Nos referiremos ahora a las construcciones teórico-conceptuales que fuimos implementando e incluso descubriendo en ese accionar. Las claves que nos permitieron dar pasos seguros, más allá de la o las herramienta/s que elegimos utilizar en cada caso.

### **C. Fronteras identitarias**

En primer lugar, hablaremos de la construcción de una identidad discursiva que fue necesaria para consolidar la cultura organizacional que se venía construyendo. La creación de un *nosotros Maternidad Estela de Carlotto* amplio e inclusivo (Benveniste, E. 1971), que procuró reivindicar y reproducir ciertos sentidos y no otros. Decimos amplio e inclusivo, porque buscaba integrar e identificar no sólo al personal de la MEC, sino también a las familias que hacían uso de sus servicios y al conjunto de organizaciones que conforman el corredor sanitario. Señala Daniel Bounoux (1999) en su libro: “Es vital para cada individuo inscribirse en una cultura y no hay cultura sin cierre, no hay comunidad sin fronteras seguras o sin dispositivos al mismo tiempo simbólicos y técnicos para garantizar este cierre”.

De esta manera, podemos listar al interior de estas fronteras: los derechos del parto respetado; de salud sexual y reproductiva; de protección a niños, niñas y adolescentes; de la mujer; de la salud pública; la idea de que las familias son las protagonistas y la concepción de desarrollo endógeno. Todas estas nociones dejan por fuera y se contraponen a otras como modelo médico hegemónico; violencia obstétrica; violencia institucional; violencia de género y al conjunto de reflexiones que procuran alcanzar ciertos niveles de desarrollo, siguiendo recetas o políticas externas.

Lo mismo ocurre con las ideas de trabajo en red; corredor sanitario; trabajo en equipo; gestión responsable; planificación; calidad; calidez; inclusión; equidad; accesibilidad. Que se presentan en clara oposición a: individualismo; fragmentación; trabajo descontextualizado; organización piramidal rígida; arbitrariedad; acciones y reacciones expulsivas.

La demarcación de estas fronteras facilitó la toma de decisiones frente a situaciones de tensión o conflicto que se fueron presentando al interior de la organización o en el vínculo con otras. Ante la duda, se volvían a recordar y priorizar los derechos de las familias, los pilares institucionales o la modalidad de gestión elegida, por ejemplo. Y así se reafirmaba una y otra vez el camino a seguir.

#### **D. Melodías encadenadas**

“Comunicarse es entrar en la orquesta”, señaló Gregory Bateson, uno de los referentes de la escuela de Palo Alto. “Entrar en la orquesta es jugar el juego de cierto código, inscribirse en una relación compatible con los canales, los medios de comunicación, las redes disponibles”, explica Bounoux en su libro. Aun sosteniendo una mirada funcionalista de la comunicación, la metáfora de la orquesta nos permite graficar que comunicar implica compartir con otros y otras ciertas formas de decir y de actuar que, al lograr aplicarlas en conjunto, permitirán darnos a entender y construir nuevos discursos colectivos.

En nuestro caso, esta premisa significó explicitar protocolos y procesos para que todos los servicios se reconocieran trabajando en *sintonía*. Además, esos protocolos y procesos fueron precisamente elaborados o deconstruidos (en el caso de aquellos preexistentes) de forma interdisciplinaria, por las mismas personas que luego los debían implementar. Y esto se pensó para favorecer la apropiación de esa forma de trabajo. Todo se revisó, se fundamentó y se ensayó (en simulacros de atención) antes de ser implementado, propiciando la seguridad de quienes luego iban a recibir a la comunidad.

En paralelo, para que las melodías generadas pudieran ser escuchadas, requería contemplar y tocar en sintonía con ciertos programas y políticas estatales ya existentes (la Dirección Nacional de Salud Sexual o la Dir. Nac. De Maternidad e Infancia, por ejemplo); así como con las propuestas de organismos internacionales (la OMS, la OPS, Unicef); organizaciones sociales del movimiento de mujeres o vinculadas a los derechos humanos, entre otras. Todos estos actores fueron considerados como aliados, con quienes la Maternidad podía reflejarse y ratificar su camino hacia la garantía de derechos.

## E. Sonrisa mariposa

*“Il tuo sorriso si espande come una farfalla sul tuo viso”*

fragmento de *Il Postino*, película dirigida por Michael Radford, 1994.

La utilización de la metáfora fue un recurso que permitió condensar y graficar esa identidad. “La metáfora está en el corazón del conocimiento y de la relación intersubjetiva (...) Un esquema, una imagen, pueden decir más que un largo discurso y dar mucho más para pensar” (Bougnoux, 1999).

Las dos más evidentes y cuya trascendencia se mantiene hasta el momento actual, fueron el lema y el logo de la organización. El primero, “Nacer mejor es vivir mejor” hace referencia a la frase expresada por el médico obstetra francés Michel Odent: “Para cambiar el mundo, primero hay que cambiar la forma de nacer”. Y tiene que ver con la convicción de que el trato recibido durante las primeras horas de vida de una persona son determinantes para el desarrollo de su salud bio-psico-física y social.

El logo, tal como mencionamos en capítulos anteriores, fue gestado a partir de una actividad colectiva desplegada durante la primera etapa de apertura de la Maternidad. Distribuidos en grupos, se invitó a todo el personal a jugar con una serie de propuestas creativas (acrósticos, árboles de ideas y asociaciones libres) que partían de las nociones de “ser mamá”; “ser papá”; “ser bebé”; “nacimiento”; “familia”; “maternidad”. Resultó muy llamativo que la mayoría de los grupos asoció la idea de maternidad con: olor a flores; armonía; sonidos de la naturaleza; sabores dulces; los primeros momentos del día (la mañana o el amanecer); inocencia (personajes inocentes y aventureros como Peter Pan y El Principito); alegría y contención.

Luego de ese primer momento, cada grupo debía elaborar una propuesta gráfica que condensara las conversaciones sostenidas en una sola imagen. En todos los logos propuestos se encontraron elementos en común: a) La “M” utilizada como edificio o con la idea de proteger, cobijar; b) el nombre completo “Maternidad de Moreno Estela de Carlotto”; y c) las figuras de la mamá y el bebé acompañadas (por la familia y por los equipos de salud).

Ante la pregunta: ¿Cuál les parece que es el que mejor nos representa? La mayoría coincidió en elegir la imagen que se presenta a continuación, donde se buscó plasmar la idea de *abrazar* al bebé: una letra “M” (en alusión a Maternidad de Moreno) que simboliza tanto a la mamá, el papá o el núcleo familiar como al equipo de salud que lo/la recibe, en un clima de respeto, contención y calidez.



La sistematización de ese recorrido fue trabajada luego junto a un diseñador gráfico, con quien -después de varias pruebas intermedias- se llegó a la versión final del logo de la Maternidad:



## F. Dicen que dicen (Enunciados vs. Enunciación)

En el marco de la Semana Mundial del Parto Respetado 2017, los equipos de la Maternidad recibieron la visita del partero chileno Gonzalo Leiva, quien se desempeña en el Hospital Clínico de La Florida; un establecimiento público de alta complejidad que se inauguró en el país vecino, en el año 2015. En el transcurso de su presentación, Leiva comentó como anécdota uno de los primeros diálogos que mantuvo con sus compañeros de trabajo, en plena instancia de planificación inicial: “El médico me pedía evidencia que demostrara que la mujer en trabajo de parto no necesita que la revisen a cada rato.. ¡No! Demuéstreme Ud. lo contrario, le respondí ese día”.

Diálogos como éste se sostuvieron también en los primeros tiempos de la MEC -y suelen ser mantenidos en el ámbito de la salud-, donde las y los profesionales solicitan evidencias científicas para justificar la no intervención médica sobre los procesos fisiológicos y naturales de las personas. Pero esto, en realidad, ¿no debería ser al revés?

En ese mismo sentido y sobre todo en los primeros tiempos, llegaron a trascender una serie de enunciados -tanto al interior del establecimiento como en las organizaciones del corredor sanitario, con quienes se buscaba trabajar en conjunto- que demostraban cierta desconfianza respecto a la modalidad de trabajo y de atención ofrecida. “En la MEC las hacen sufrir a las mujeres” o “las dejan solas”, se llegó a escuchar en alusión al tiempo que suele llevar el trabajo de parto o al espacio de intimidad que se ofrece a cada mujer y su acompañante, en la medida en que no se requiera intervención médica u obstétrica que facilite la evolución del nacimiento.

Ante ese tipo de frases, se buscó construir cada enunciación organizacional dando lugar a la voz de las y los protagonistas. En este caso, con relatos en primera persona de mujeres y familias que recibieron a sus hijos e hijas en la MEC.

Otras frases como “es imposible cambiar las prácticas ya adquiridas” o “ustedes pueden porque son una maternidad nueva, chiquita, incipiente”, ofrecían resistencia a la capacidad de transformación (personal y/u organizacional). A lo cual, se buscó contrastar con relatos de trabajadores y trabajadoras que cambiaron sus prácticas cuando comenzaron a desempeñarse en la Maternidad y demostrando con indicadores, estadísticas propias e informes de gestión semestrales que *el parto respetado en las instituciones sanitarias es posible y sostenible*.

## G. Habilitar la palabra

En su libro *Teoría de la comunicación humana*, Watzlawick, Bavelas y Jackson señalan que: “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”. Este axioma se refiere a que toda interacción entre dos o más personas implica un intercambio de cierta información y, al mismo tiempo, da cuenta del vínculo que se pone en juego entre las personas participantes: “toda comunicación implica un compromiso y, por ende, define la relación. Esta es otra manera de decir que una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone conductas” (Watzlawick et Al. 1991).

De forma más o menos explícita, desde los primeros tiempos de la Maternidad Estela de Carlotto, se buscó abordar esta situación como una manera de romper ciertos preconceptos vinculados al rol o la función que cada integrante llevaba adelante dentro de la organización. La intención era que todas y todos tuvieran la posibilidad de expresar sus opiniones, de aportar o participar en espacios de decisión y/o construcción colectiva. También que cada uno y cada una tuvieran las mismas posibilidades de desarrollar su potencial, sin importar su nivel de formación o su equipo de pertenencia.

Sin embargo, se presentaron numerosas situaciones donde integrantes del equipo médico o profesionales se sentían habilitados/as para dar órdenes a quienes pertenecían a equipos no profesionales (Administración, Higiene, Mantenimiento, Cuidadores Hospitalarios, Camilleros, etc). Lo mismo ocurrió a la inversa, en más de una oportunidad. Por ejemplo: personal administrativo buscando indicaciones de ciertos médicos o médicas o realizando por ellos/as ciertas tareas que no les correspondía realizar.

Este tipo de casos, que se siguen presentando en la actualidad, no hacen más que reforzar el modelo médico hegemónico al interior de la organización o la mirada verticalista y fragmentada propias de organizaciones fordistas y posfordistas. Por esta razón, requieren una revisión y una desnaturalización permanentes.

Un hito memorable en este sentido fue la campaña *Higiene Respetada*, que ya fue descrita de forma detallada en el capítulo anterior. Sólo agregaremos en este punto que, a partir del lema “lo esencial es invisible a los ojos” y la frase “Todos tenemos prácticas para cambiar”, se logró reivindicar el rol de todo el equipo de Higiene frente al resto de los servicios y -al mismo tiempo- que sus integrantes sacaran de foco las tensiones internas, reconociéndose como pares para unirse en pos de un objetivo en común.



## H. Medios (si median)

Siguiendo la perspectiva de Regis Debray, Bounoux define a los medios de comunicación como “lo que se sostiene entre y lo que, al vincularnos, nos organiza; lo que permite, especialmente, decir de manera duradera, *nosotros*”:

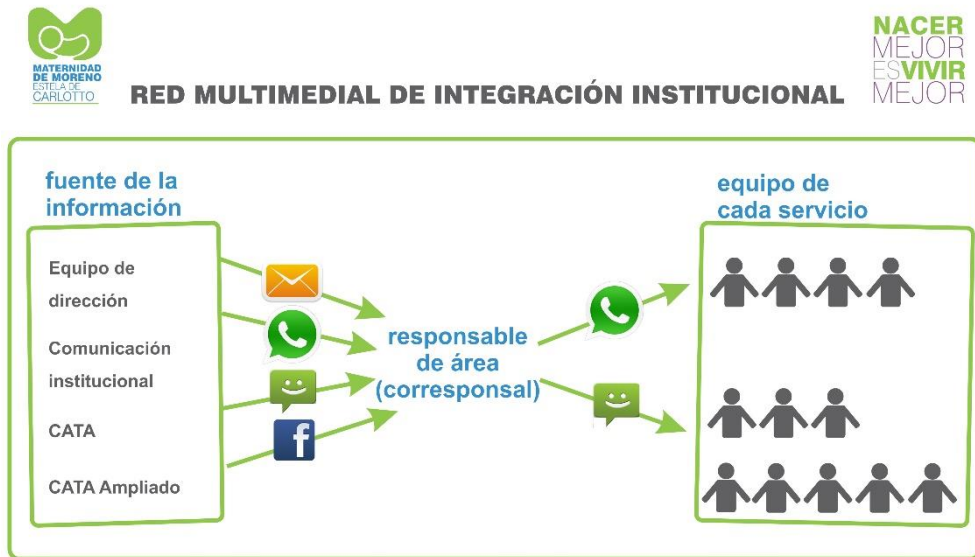
“Más allá o más acá de los medios de comunicación en sentido estricto, una mediología se interesará por lo tanto, por esos entornos indisolublemente sociales y técnicos que modelan y reciclan nuestras representaciones simbólicas y nos permiten mantenernos juntos” (Bounoux, 1999).

La Maternidad Estela de Carlotto fue un espacio de experimentación en este sentido, porque las herramientas y acciones de comunicación implementadas apuntaban más a esa construcción del *nosotros* y a ese *mantenernos juntos* (y juntas), que a la difusión de información en sí.

Fue con este objetivo que, desde sus primeros meses de funcionamiento, se trabajó con los y las responsables de cada área o servicio su rol como *corresponsales* de la información organizacional. Cada decisión tomada por el equipo de dirección, el de conducción (CATA) o el de conducción ampliada (CATA Ampliado), así como también los materiales generados por el área de Comunicación Institucional, debían ser enviados o transmitidos por cada jefe o coordinador a los y las integrantes de sus respectivos equipos. Al mismo tiempo, eran y siguen siendo responsables de llevar las inquietudes surgidas en sus servicios a estas instancias de decisión y organización colectiva.

Esta forma de organizar la circulación de información permitió y permite, por un lado, tener una amplia llegada a todo el personal y, principalmente, favorecer la legitimación de las y los responsables de áreas como referentes de sus respectivos equipos.

Asimismo, esta apuesta a la integración se vio plasmada en los contenidos que se elegían circular. Por ejemplo, a las convocatorias y resultados obtenidos como organización se sumaban los cumpleaños del mes o los logros personales de las compañeras y compañeros (obtención de títulos académicos, casamientos, nacimientos de hijos/as o nietos/as, entre otros eventos que se compartían con enorme alegría).



## I. La construcción fática

Cuando Roman Jakobson hablaba de la función fática de la comunicación, se refería a la idea de contactar o (re) establecer el contacto con otro/a. Esta idea que implica asegurar la relación independientemente del contenido, se presentó con notable relevancia en distintos planos o ámbitos de la vida organizacional de la MEC.

Para la atención ofrecida a las personas, se trabajó con todo el personal -y especialmente con quienes reciben a las familias habitualmente- la importancia de mirar a los ojos, dar la mano o saludar, sonreír o gestualizar cuando nos dirigen la palabra, presentarse y llamar a la persona por su nombre. Todas estas, como formas de transmitir contención, escucha y respeto a quienes se acercan diariamente al establecimiento.

Para el refuerzo de la cultura organizacional, fueron acciones fáticas: los almuerzos compartidos, torneos de fútbol, los recorridos diarios del equipo directivo por cada servicio y en los diferentes turnos, por ejemplo.

En especial, hay dos proyectos que surgieron en ese tiempo y se vienen llevando adelante como construcciones fáticas porque apuntan a expandir y reforzar los lazos comunitarios:

El proyecto denominado *El Roperito* es una iniciativa solidaria impulsada por el equipo de Enfermería, que viene funcionando desde julio de 2015. Está pensado para ayudar a las familias que en el momento de la internación necesitan ropita para su bebé, alguna prenda para la mamá u otros elementos que faciliten su estadía en la institución.

Al respecto, la enfermera Ángela Oyarzo (quien por entonces era jefa del servicio) explicaba que “hay mamás que llegan en trabajo de parto avanzado, sin haber tenido tiempo de pasar a buscar el bolso que tenían preparado”, por ejemplo. También es una gran ayuda para las mujeres que deben permanecer varios días en la Residencia de madres por tener a sus hijos internados en el área de Neonatología: “otras mamás necesitan ropa limpia para ellas o sus bebés y en el momento no pueden volver a buscarla a sus domicilios”. Las colaboraciones suelen ser de ropa para bebés (niños y niñas, principalmente en tamaño Recién Nacido); pañales para Recién Nacidos y para adultos; sábanas de cuna, toallas y toalloncitos de bebé.

En paralelo, con la intención de fortalecer la atención humanizada que se brinda en la institución, el equipo de Cuidadores Hospitalarios impulsó el proyecto *Un juguete para el hermanito*. Esta iniciativa está pensada para acompañar a los hermanitos y hermanitas de los niños y niñas que nacen en la Maternidad. Pablo Pereyra, Coordinador de Seguridad y Logística, comentó la propuesta: "Queremos generarles un momento de alegría antes de conocer al nuevo integrante. Para que los niños y niñas recuerden que cuando conocieron a su amigo de toda la vida, recibieron un juguete hermoso y una felicitación por pasar a ser los hermanos mayores". Los juegos y juguetes recibidos son clasificados por edades, para luego entregárselos a los flamantes hermanos y hermanas mayores.

## **J. Técnica como medida**

Por último, podemos mencionar la relevancia de medir el alcance y los resultados de las acciones desarrolladas, con una doble función: Por un lado, para revisar periódicamente la propuesta de trabajo y ajustar o reencausar las prácticas en relación con los objetivos propuestos. Por el otro, y sobre todo, para conocer las respuestas y repercusiones que la organización va teniendo en cada momento. Tanto desde la percepción de los equipos de trabajo (clima laboral); como desde la mirada de las personas individuales o familias que reciben la atención y el acompañamiento de la Maternidad (imagen organizacional).

Al igual que el resto de los servicios de la MEC, desde el equipo de Comunicación Institucional se llegó a implementar un plan de seguimiento que incluía:

- El análisis periódico de las opiniones vertidas en la página de facebook institucional.
- La cantidad de conversaciones mantenidas por semestre con las y los usuarias/os.
- Las repercusiones obtenidas por cada publicación.

- La asistencia a las actividades organizadas.

Con relación a la cultura organizacional, fueron empleadas las siguientes herramientas:

- Encuestas semestrales realizadas al personal de todos los servicios<sup>47</sup>.
- Encuestas internas implementadas a través de formularios de Google Form.
- Entrevistas audiovisuales a integrantes de diferentes equipos.

Todas estas prácticas se sumaron a los recorridos cotidianos que hacía el equipo directivo por cada área o servicio; el libro de opiniones y sugerencias que podía ser solicitado por las y los usuarias/os en cualquier momento; el libro de nacimientos y el de la Neo, donde las familias podían dejar sus comentarios sobre el trato recibido durante los días de internación y las otras acciones que fuimos mencionando en capítulos anteriores.

Entre los resultados obtenidos hacia fines de 2016, podemos mencionar que el equipo de Comunicación Institucional llegó a contar con tres integrantes. Si bien se buscaba que cada una pudiera desplegar su potencial de acuerdo a la formación, experiencia previa, habilidades y gustos personales, también se mantenía una reunión semanal con el objetivo de resolver en conjunto los procesos más desafiantes y creativos, así como el seguimiento de las planificaciones operativas (mensuales) y estratégicas (semestrales).

En diciembre de ese año, la página de facebook de la Maternidad contaba con 12.559 Me gusta; 216 opiniones y un promedio de calificaciones de 4,3 estrellas (de un total de cinco).

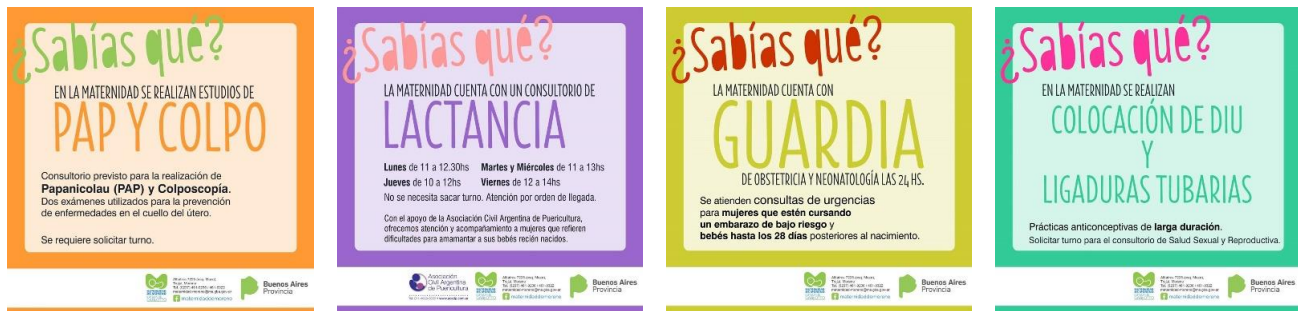
Se llegaron a editar y publicar 10 videos propios en el último semestre. Y se consolidó la implementación de cinco campañas de comunicación anuales, que incluyen la producción integral de materiales gráficos, audiovisuales y web: Semana del parto respetado; Semana de la lactancia materna; Semana del prematuro; Colectas de sangre; Encuentros de equipos.

---

<sup>47</sup>La encuesta de comunicación se realiza de forma semestral a una muestra de 30 personas. Se elijen una o dos novedades que hayan sido difundidas en las últimas semanas y que sean relevantes para la vida organizacional de la Maternidad y se pregunta: a) si recibieron la información; b) a través de qué medios de comunicación (facebook, mail, whatsapp, responsable del servicio, otro) y c) si recuerdan algún detalle de esa noticia. Para la obtención de la muestra, se procura que haya, al menos, uno o dos integrantes de cada equipo. Con quienes responden que no estaban enterados/as se aprovecha la oportunidad para comentar la novedad y pedirles que la compartan con el resto de sus compañeras y compañeros de servicio.

## 6. TERCERA LUPA: TEORÍAS Y PRÁCTICAS DE COMUNICACIÓN

Se llevaba adelante un promedio de 115 conversaciones privadas (por inbox) mensuales con usuarios y usuarias de la fan page. La gran mayoría de estas consultas se encontraron siempre vinculadas al modo de funcionamiento y el acceso a las prácticas y servicios ofrecidos por la institución. Con lo cual, se incorporó un documento de *Preguntas Frecuentes*, que cada cierto tiempo se publica nuevamente y en formatos diferentes, para aclarar y favorecer aún más el acceso a este tipo de información.



Un desafío interesante se presentó en enero de 2016, cuando la encuesta dirigida al personal arrojó que sólo el 52% de los/as encuestados/as había recibido la información difundida en los días anteriores.

Tras conocer este dato, se decidió implementar una serie de medidas que reforzaran las acciones sostenidas hasta ese momento. Por un lado, se llevó adelante un relevamiento de direcciones de mails y usuarios de facebook, que fue realizado por cada responsable de área o servicio. Lo cual, permitió actualizar y ampliar el mailing institucional, así como también la cantidad de integrantes del Grupo de Facebook Maternidad Carlotto Capital Humano. En instancia de reunión de CATA Ampliado, se trabajó nuevamente sobre el rol de corresponsales de la información organizacional y se habilitó una línea telefónica para el envío de novedades de forma directa, a través de un grupo de difusión de WhatsApp.

El resultado inmediato de este esfuerzo fue un incremento del 21% del personal informado, ya que seis meses después, el 73% del personal encuestado demostró estar al tanto de las últimas novedades difundidas.

## **7. LA TRANSFORMACIÓN LLEGÓ PARA QUEDARSE (A MODO DE CONCLUSIÓN)**

En los primeros días de febrero del 2017, desde el Ministerio de Salud provincial se decidió cambiar las autoridades de la Maternidad Estela de Carlotto. Tal como mencionamos en la introducción de este trabajo, las repercusiones mediáticas y comunitarias ante esta decisión se presentaron de inmediato. Pero, ¿qué ocurrió al interior de la organización?

Sin lugar a dudas, la noticia fue recibida con mucha conmoción. Porque además de haberse ganado un gran cariño por parte de muchas y muchos, Patricia Rosemberg y Cecilia Zerbo fueron quienes trazaron el horizonte organizacional desde un comienzo y quienes motorizaron todo ese tiempo el camino hacia la transformación de las prácticas hegemónicas. Lo cual motivó, como mínimo, el respeto y reconocimiento de la mayoría de los trabajadores y trabajadoras de la Maternidad.

El argumento que dio la entonces ministra de Salud provincial, Zulma Ortiz, fue “por cuestiones políticas”; con lo cual, enseguida quedó claro que la decisión no tenía vuelta atrás. No obstante, el conjunto de trabajadores y trabajadoras se organizaron en instancias de asambleas para expresar su disconformidad y defender colectivamente el proyecto. En una carta dirigida al ministerio y firmada por más de cien integrantes de todos los servicios, se exigía el cumplimiento de los compromisos hasta entonces asumidos por la Dirección Gral. de Hospitales y en los cuales se encontraban las problemáticas más urgentes que ponían en riesgo el normal desempeño de todo el establecimiento:

1. Que se reconozca formalmente la estructura y el modo de funcionamiento por el cual se vienen sosteniendo todas las acciones y actividades realizadas en la institución.
2. Que se respete el crecimiento de producción y de personal planificado. Según el cual se prevé acompañar 1700 partos en el 2017; 2400 en el 2018 y 2700 en 2019.
3. La efectivización de nueve nombramientos correspondientes a compañeros que se encuentran ejerciendo su función, sin su correspondiente incorporación al plantel de trabajadores del Ministerio.
4. La no tercerización del sector de Higiene Hospitalaria y la incorporación de

22 nuevos compañeros para el área (diez que debieron salir en el 2016 y doce más correspondientes al año en curso).

5. La incorporación de 25 enfermeros/as para cubrir las necesidades de personal de enfermería en todos los turnos y espacios de atención.
6. El pago de la totalidad de la deuda que la Maternidad tiene con profesionales contratados a través de la Ley 10.471. Monto que el Ministerio se comprometió a saldar en el transcurso de dos meses (marzo y abril de 2017).
7. La resolución de los problemas de agua, aire acondicionado y calderas, mediante la asignación de fondos de SAMO (acuerdo establecido por un total de \$1.285.000).
8. Duplicar la cantidad de horas extras previstas para agentes de la Ley N° 10.430.
9. La ampliación de la partida III en el presupuesto anual asignado para la Institución.
10. La efectivización de los concursos de cargos profesionales realizados en el año 2014 y 2016<sup>48</sup>.

Luego de un mes y medio sin conducción o bajo una conducción provisoria a cargo de la ex directora provincial de Maternidad e Infancia, el 17 de marzo se designó formalmente al Dr. Eduardo Fernández (quien hasta ese momento se desempeñaba como Jefe de Servicio de Tocoginecología) para ocupar la Dirección Ejecutiva. Mientras que la Dirección Asociada Médica quedaría a cargo de la Dra. Cristina Bravo (ex jefa de servicio de Consultorios Externos)<sup>49</sup>. Ambos habían estado desde los comienzos y formaban parte del equipo de conducción; lo cual fue recibido como una buena noticia entre tanto desánimo e incertidumbre. “Nadie mejor que alguien de adentro, para seguir sosteniendo lo que se venía haciendo”, se escuchó en palabras del Director Provincial de Hospitales.

Desde entonces, el sostenimiento de la Maternidad Estela de Carlotto no resultó nada fácil. Como tampoco lo era antes. Pero a las dificultades ya existentes se les sumaron nuevas decisiones gubernamentales y modificaciones a políticas públicas que pusieron en riesgo la

---

<sup>48</sup>Fuente: Carta dirigida a la ministra de Salud provincial, Zulma Ortiz, con fecha 6 de marzo de 2017.

<sup>49</sup>“Asumieron los nuevos directores de la Maternidad Estela de Carlotto”, artículo publicado en la fan page institucional el 17 de marzo de 2017.

continuidad de algunas prácticas y servicios brindados hasta ese momento o que tendieron a enrarecer el clima organizacional de todos los establecimientos sanitarios de la Provincia de Buenos Aires<sup>50</sup>.

No obstante, decimos que **la construcción de la cultura organizacional de la Maternidad Estela de Carlotto fue y sigue siendo una experiencia de transformación:**

Desde la perspectiva del sistema de salud, se logró cambiar la óptica de seguimiento que realiza periódicamente el Ministerio provincial sobre las acciones y prácticas desplegadas. Mientras que en otros hospitales se observan indicadores mayormente cuantitativos y vinculados a la intervención médica (cantidad de consultas, cantidad de partos vaginales, porcentaje de cesáreas, disponibilidad de camas, horas promedio de internación, entre otros); para evaluar el crecimiento y desempeño de la Maternidad Estela de Carlotto se logró sumar indicadores propios como: si la mujer se encuentra acompañada durante el trabajo de parto, las posiciones adquiridas en el momento del nacimiento, la cantidad de ampollas de oxitocina utilizadas, el tiempo dedicado al contacto piel a piel (COPAP) entre la mamá y el bebé, el tiempo de espera destinado al corte del cordón umbilical, cantidad de derivaciones recibidas y realizadas desde y hacia la alta complejidad, por citar algunos ejemplos. También se percibe el alcance de la transformación cuando se reciben llamadas o visitas de otros hospitales del país que solicitan conocer la Maternidad y se llevan ideas para implementar en sus respectivos lugares de trabajo.

Vista desde adentro de la organización, la transformación se pudo percibir cuando en todos los servicios prevaleció el sostenimiento de las formas de trabajo y de organización, más allá de los cambios acontecidos en el equipo directivo. En ningún momento se puso en duda que la modalidad de gestión y de funcionamiento sostenida hasta ese entonces era el camino correcto. También en la elección de muchos y muchas profesionales que, teniendo la posibilidad de mejorar sus ingresos y condiciones de contratación en el sistema privado, deciden seguir desempeñándose en la Maternidad para aportar a la continuidad del proyecto. Incluso se observa cada vez que un compañero o compañera optan por la MEC para realizarse una vasectomía o una ligadura de trompas, por ejemplo. O cuando la eligen y recomiendan como el mejor lugar para recibir a sus hijos/as, sobrinos/as o nietos/as.

---

<sup>50</sup> Nos referimos, por ejemplo, a la reducción de implantes anticonceptivos subdérmicos que se enviaban a cada hospital o a la decisión de no abrir paritarias, congelando los sueldos de todo el personal de Salud provincial que se sostuvo durante la gestión de María Eugenia Vidal.



Desde la mirada de la comunidad, cada vez son más las mujeres y varones de Moreno que conocen la modalidad de atención, la escogen y pueden explicarla a sus conocidas/os. Esto se observa rápidamente en la página de facebook, cuando una persona hace una consulta al pie de una publicación y enseguida aparece la respuesta de otra usuaria o usuario brindando de forma certera la información solicitada. También son numerosas las familias que deciden recorrer largas distancias para tener a sus hijos o hijas en la MEC. Incluso contando con la cobertura de obras sociales y el acceso a establecimientos del sistema de salud privado. “Fui desde El Calafate y valió el esfuerzo para parir respetada y contenida. Ojalá en el futuro tengamos al menos una MEC en cada provincia”, expresó Carmen Zobra, asignando cinco estrellas a la fan page oficial.

Si retomamos la pregunta guía formulada para esta investigación: **Desde la mirada de la planificación, el desarrollo y la comunicación: ¿qué implica pensar e implementar una cultura organizacional fundamentada en los derechos de las personas?** Y luego de corroborar cada una de las hipótesis iniciales, podemos concluir que:

Para que todo esto ocurriera fue fundamental la **definición inicial y colectiva del proyecto** y el modelo de organización a implementar. Lo cual requirió y continúa requiriendo un esfuerzo permanente destinado a su mejora y afianzamiento.

Hubo una fuerte apuesta a la apertura y el sostenimiento de **instancias de diálogo e intercambio** que permitieran entablar conversaciones, aportando también los elementos y la información necesarias para mejorar la calidad de esas conversaciones, en pos de los objetivos asumidos por la organización.

Otra decisión de gestión fundamental estuvo destinada a **reconocer los errores y asumir los conflictos**. Esto, abordándolos como oportunidades para revisar el accionar y proponer mejoras junto a las personas o equipos involucrados. Lo cual llevó a **motivar la implicancia** de todo el personal y a renovar o actualizar de forma periódica las estrategias, acciones y procedimientos a implementar.

Desde el punto de vista del desarrollo, aunque en la práctica cotidiana no se hayan mencionado explícitamente las perspectivas analizadas en este trabajo (desarrollo humano del PNUD; desarrollo a escala humana de Max Neef y la concepción del mundo y de la vida conocida como el Buen Vivir) resultó un grato descubrimiento para esta tesista que todas ellas se encontraban imbricadas entre sí. Lo mismo ocurrió entre los enfoques vinculados a la idea de planificación, desplegados en el capítulo 5. Lo cual permite afirmar que los procesos de

transformación requieren una **amplitud de mirada** tal que permita poner en relación nociones y teorías, al parecer, contrapuestas o alejadas en su conceptualización.

La **diversidad de acciones y herramientas**, así como también la **integración de miradas y perspectivas**, permitieron en esta experiencia abordar y transitar la vida organizacional desde su complejidad. Y esto no tiene que ver necesariamente con las perspectivas desarrolladas, sino más bien con la capacidad de correrse del lugar protagónico, por parte del equipo de conducción; contagiar el entusiasmo por lo nuevo y lo diferente; permitir el despliegue del potencial personal de cada integrante del proyecto; animarse a cuestionar los saberes y experiencias preexistentes; romper los prejuicios; sostener las convicciones.

Finalmente, conviene subrayar **el rol del comunicador o comunicadora social como facilitadores/as de procesos**. Con el ojo puesto en tender puentes cada vez que se presente la posibilidad: establecer cauces que integren la diversidad, y que a la vez sean lo suficientemente creativos y flexibles para motivar y renovar las motivaciones preexistentes.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Argumedo, A. (1993). *Los silencios y las voces en América Latina. Notas sobre el pensamiento nacional y popular*. Ed. Colihue.
- Barsky, A. (2005). El periurbano productivo: Un espacio en constante transformación. Introducción al estado del debate, con referencias al caso de Buenos Aires. *Scripta Nova Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Vol IX, núm 194. Universidad de Barcelona.
- Benveniste, E. (1971). *Problemas de lingüística general*. Siglo XXI.
- Bougnoux, D. (1998). *Introducción a las ciencias de la comunicación*. Nueva Visión.
- De Souza Santos, B. (2012). El socialismo del Buen Vivir. *Agenda Latinoamericana 2012*.
- Borón, A (2014). *América Latina en la Geopolítica Imperial*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, Cuba.
- Capalbo, L. (2008). *Desarrollo: del dominio material al dominio de las ilimitadas potencialidades humanas*. [www.pensamientocomplejo.com.ar](http://www.pensamientocomplejo.com.ar)
- Castoriadis, C. (1983). *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol. I. Ed. Tusquets.
- Ceraso, C. [et.al.] (2011). *Sembrando mi tierra de futuro: comunicación, planificación y gestión para el desarrollo endógeno*. Universidad Nacional de la Plata.
- Ceraso, C. (2008): *Redes de Desarrollo Local y Colectivos de Comunicación en el Territorio* [Trabajo final] Maestría en Planificación y Gestión de Procesos de la Comunicación, Facultad de Periodismo y Comunicación Social, Universidad Nacional de la Plata.
- Chávez Zaldumbide, P. (1996). Breve análisis de los enfoques fundamentales de planificación social en América Latina. *MEMORIAS. Seminario internacional*, Vicerrectoría académica de la Facultad de Trabajo Social, Santa Fe de Bogotá D.C.
- De Certau, M. (1996). Valerse de: Usos y prácticas. *La invención de lo cotidiano I*. Ed. Iberoamericana.
- De Gaulejac, Vincent (1993). *La sociología y lo vivido* (extraído de *Sociologies Cliniques. Hommes et perspectives*, Marseille-París) en Araujo, Ana María (1996): *Análisis clínico en ciencias humanas*; CLAEH.
- Díaz Larrañaga, N. (2004). Invarianza y cambio: el atravesamiento institucional de las

- organizaciones. *Revista Latinoamericana Ciencias de la Comunicación ALAIC*, año 1 N°1.
- Etkin, J. y Schvarstein, L. (1997). *Identidad de las organizaciones, Invarianza y cambio*. Editorial PAIDOS.
- Flores, F. (1994). *Creando organizaciones para el futuro*. Dolmen. Granica.
- Foucault, M. (1992). *El orden del discurso*. Traducción de Alberto González Troyano. Tusquets Editores.
- Foucault, M. (2005). Unas instituciones completas y austeras. *Vigilar y castigar*. Siglo Veintiuno.
- Gimenez, G. *Para una concepción semiótica de la cultura*. Instituto de Investigaciones Sociales de la UNAM. MIMEO.
- Jara Hollyday, O. (2015). La sistematización de experiencias produce un conocimiento crítico, dialógico y transformador. *Revista Docencia* [Internet]. <http://www.cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp-content/uploads/2015/06/Entrevista-Oscar-Jara-Revista-Docencia.pdf>
- Jerez, C. (2020, forthcoming) Workers relearning their roles: The Maternity Hospital Estela de Carlotto in Buenos Aires, Argentina. In: K. Gutschow, R. Davis Floyd, and B. Daviss (Eds.), *Sustainable Birth: Systematic solutions for complicated times*. Springer.
- Kaplún, G. (2001). *Comunicación organizacional: la importancia de los bordes y las ventajas de agacharse*; Editorial "Quipus", CIESPAL.
- Kaplún, G. (2004). Seis maneras de pensar la imagen organizacional. *Revista Aportes de la comunicación y la cultura* N° 10-11. UPSA.
- Kaplún, G. (2012). Lo emergente y lo resistente en la comunicación organizacional. *Revista Diálogos de la Comunicación*, N° 83; FELAFACS.
- Kaplún, M. (1985). *El comunicador popular*. Colección Intiyan, Ediciones CIESPAL.
- Larguía, M. [et.al.] (2011). *Maternidad Segura Centrada en la Familia (MSCF): Conceptualización e implementación del modelo* (primera edición). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef).
- Luger, A. y Cisneros, D. (2003). *Aprendiendo de nuestra experiencia. Manual de sistematización participativa*; Horizont 3000.
- Mainero, L et. Al. (2011). *Sistema informático perinatal (SIP): manual de uso del programa*

*para el análisis y aprovechamiento de la información*. 2a. ed; CLAP/SMR.

Mata, M. (1994). *Nociones para pensar la comunicación y la cultura masiva*. CCE, La Crujía.

Megía, M. *Atravesando el espejo de nuestras prácticas. A propósito del saber que se produce y cómo se produce en la sistematización*. Texto elaborado en la primera parte de la asesoría a la sistematización del proyecto COMBOS; Inédito.

Menéndez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y Atención Primaria*. Segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

Oszlack, O y O'Donnel, G (1981). *Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación*. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Documento G.E. CLACSO N°4.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1990). *Informe sobre Desarrollo Humano 1990. Concepto y medición del desarrollo humano*, Oxford University Press, Nueva York.

Schutz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social: introducción a la sociología comprensiva*, Paidós, Barcelona.

Quatrucci, C. [et.al.] (2020). Entrevista a Patricia Rosemberg. *Revista Límbica*. [revistalimbica.com/entrevista-a-patricia-rosemberg/](http://revistalimbica.com/entrevista-a-patricia-rosemberg/)

Rodríguez, M. (2016). Mujeres respetadas. *Agencia de Noticias Ciencias de la Comunicación (ANCCOM) - UBA*.

Rogers, E. y Agarwala-Rogers, R. (1980). *La comunicación en las organizaciones*, McGrawHill. Méjico, D. F.

Rosemberg, P. y Zerbo, C. (2017). Propuesta de gestión de políticas públicas orientadas a garantizar derechos. *Revista Mora* vol. 23 N° 1, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Róvere, M. (2006). *Planificación estratégica de recursos humanos en salud* (2da edición). Organización Panamericana de la Salud; Washington, D.C.

Schvarstein, L. (1998). *Diseño de organizaciones. Tensiones y paradojas*. Paidós.

Schvarstein, L. (1991). *Psicología social de las organizaciones*. Paidós.

Schvarstein, L. y Etkin E. (1995). *Identidad de las organizaciones. Invariancia y cambio*. Paidós.

Segato, R. (2018). *La guerra contra las mujeres*. Prometeo Libros.

Wagner De Souza Campos, G. (2001). *Gestión en salud en defensa de la vida*. Lugar Editorial. Universidad Nacional de Lanús.

Watzlawick, P. Beavin, J. H. Jackson, Don D. (1971) (2002). *Teoría de la comunicación humana*, Tiempo Contemporáneo.

Zerbo, C. Aquino, G. y Pacífico, F. (2017). *La Transformación Cultural. Nacer Mejor es Vivir Mejor*. Novas Edicoes Academicas, Mauritius.

## **9. ANEXOS**

### **Glosario**

En el siguiente apartado, compartiremos el significado de algunas nociones y términos utilizados a lo largo de este trabajo y que corresponden al lenguaje técnico utilizado en el ámbito de la salud o, más precisamente, en lo que se refiere a la atención ginecológica u obstétrica.

La mayoría de estas definiciones fueron tomadas de los protocolos y procedimientos de atención elaborados por las residentes de Obstetricia y los equipos de Obstetricia y Tocoginecología de la Maternidad Estela de Carlotto.

### **Salud perinatal**

Abordamos las ideas de salud en el capítulo 3 de este trabajo, cuando nos referimos a las distancias conceptuales establecidas en la MEC respecto al llamado Modelo Médico Hegemónico (MMH).

Aclaremos aquí que la salud perinatal se refiere a los cuidados que requieren la mamá y su bebé en los momentos inmediatamente anterior y posterior al nacimiento. La perinatología encuadra este período en el lapso de tiempo que va desde la semana N° 28 de gestación hasta la primera semana de vida extrauterina del/la bebé. Luego de eso, continúan los cuidados neonatales que se solapan con este período, ya que son considerados desde el momento del nacimiento hasta el primer mes de vida del/la Recién Nacido/a (RN).

### **Baja y alta complejidad en el sistema de salud**

El sistema de salud se encuentra organizado en niveles de atención, así como también en instituciones de baja, mediana y alta complejidad.

El primer nivel de atención está integrado por efectores de salud sin internación, es decir: Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) -también llamados unidades sanitarias o salitas-, Centros de Integración Comunitaria (CICs) y Unidades de Pronta Atención (UPAs). Es el nivel que ofrece mayor cobertura, ya que asiste a la mayor cantidad de población. En estos lugares se implementan acciones de prevención, promoción y educación para la salud. También se ofrece atención médica integral (diagnósticos, tratamientos y rehabilitación) de

baja complejidad sanitaria, teniendo en cuenta los determinantes sociales, económicos, laborales, culturales y urbanísticos que influyen en el estado de salud de las personas. En general, cuentan con una oferta de servicios que incluye: enfermería; medicina general; pediatría; ginecología; obstetricia; odontología y equipos conformados también por trabajadores/as sociales; psicólogos/as y nutricionistas.

El segundo nivel de atención está conformado por efectores de baja y mediana complejidad asistencial y diagnóstica. Incluye prestaciones especializadas de tratamiento ambulatorio o que requieren internación abreviada. Así como también la estabilización de usuarios/as ante emergencias o urgencias médicas. La Maternidad Estela de Carlotto se encuentra incluida dentro de este grupo, como Hospital monovalente que se constituye como referencia asistencial y diagnóstica entre el primer nivel de atención y los Hospitales de mayor complejidad de la zona.

El tercer nivel de atención está pensado para la atención de problemas de salud poco prevalentes. Está conformado por las instituciones consideradas de alta complejidad médica y tecnológica, dentro del sistema sanitario. Estas instituciones suelen estar ubicadas estratégicamente a nivel regional, en permanente vínculo con las instituciones del primero y segundo nivel y formando, a su vez, una red entre sí.

### **Referencia y contrarreferencia**

Para que los niveles de atención funcionen de forma adecuada, requieren de procedimientos administrativo-asistenciales que permiten sostener la continuidad de los cuidados de salud de las personas que son derivadas de una institución a otra.

La hoja de referencia es un resumen de Historia Clínica (HC) que se utiliza cuando un establecimiento de salud transfiere la responsabilidad del cuidado de un/a usuario/a o el resultado de una prueba diagnóstica a otro establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. La hoja de contrarreferencia es el documento que envía dicha institución al establecimiento inicial, una vez realizadas las prácticas o procedimientos requeridos, para que en el mismo puedan continuar los controles o el seguimiento requerido por esa persona en particular. También existe en las instituciones más grandes un área de referencia y contrarreferencia con personal asignado para llevar adelante la tarea de documentar todos estos procedimientos, garantizar el seguimiento de las personas que requieren este tipo de traslados y mantener una comunicación fluida con las demás instituciones.



## **Consultorio de tamizaje**

En el marco de la atención que se brinda en el sistema de salud, las pruebas de tamizaje son mediciones que se realizan para establecer quiénes tienen mayor riesgo de sufrir cierto tipo de enfermedad. Actúan como herramientas de prevención, sin llegar a ser exámenes de diagnósticos específicos. Cuando la prueba resulta positiva frente a lo consultado, se requiere ampliar el estudio con un examen diagnóstico específico para descartar o confirmar la sospecha.

En la Maternidad Estela de Carlotto, el consultorio de tamizaje se ofrece en la semana 36 de gestación, donde se analiza el estado general de salud de la mamá y el/la bebé para inferir si ese nacimiento puede ser acompañado en la MEC o si necesita ser derivado a una institución de mayor complejidad sanitaria.

Se solicitan, con este fin, todos los estudios (laboratorios y ecografías) que la persona gestante se haya realizado en el transcurso de ese embarazo. Y se realizan en el mismo día aquellos que se encuentran incluidos en los criterios de atención y que todavía no hayan sido realizados.

Al finalizar la consulta, se orienta a la persona para continuar sus controles en la MEC y acudir allí cuando inicie el trabajo de parto o para continuar en el Hospital Mariano y Luciano De la Vega o el Hospital Nacional Posadas.

## **Embarazo de bajo riesgo<sup>51</sup>**

Se entiende por embarazo de bajo riesgo a aquel que transcurre sin que factores desfavorables (biológicos, psicológicos, socio-demográficos, etc.) y/o patologías maternas previas o adquiridas en el transcurso del embarazo evidentes o no, interfieran en su normal evolución, llegando a término con feto sano, en presentación cefálica y proporción céfalo-pélvica adecuada, posibilitando un parto de bajo riesgo y un puerperio normal.

---

<sup>51</sup> Extraído del protocolo de aplicación interna: “Criterios de Internación en la MEC”.

## **Parto respetado<sup>52</sup>**

El término “parto respetado” hace referencia a una modalidad de atención del parto caracterizada por el respeto a los derechos de las madres, padres e hijos/as en el momento del nacimiento.

Se busca generar un espacio familiar donde la mamá y su bebé sean protagonistas y donde el nacimiento se desarrolle de la manera más natural posible.

“El derecho a vivir un parto natural, respetando los tiempos biológicos y psicológicos, en favor de la madre y de su bebé, evitando prácticas invasivas y abusivas, respetando la privacidad, la intimidad, es un derecho humano”, señala el protocolo “Intervenciones obstétricas en el parto respetado” de la MEC.

En Argentina, el parto humanizado está legislado en la Ley Nacional N° 25.929/2004 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento. Norma que fue reglamentada el 24 de septiembre de 2015.

En cuanto al proceso de atención, el protocolo mencionado establece que: “En un parto fisiológico sin riesgos deben evitarse intervenciones médicas innecesarias que, si bien se han utilizado ampliamente en el pasado, hoy se sabe que deben reservarse para los casos en que existe una indicación concreta, otras han quedado en desuso ya que se comprobó que no traen beneficios para la mujer ni su bebé”.

Y cita la guía nacional sobre la atención al parto normal, donde se recomienda no realizar rutinariamente:

- Monitoreo continuo de la frecuencia cardíaca fetal
- Rasurado perineal
- Enema
- Prohibición de ingesta de líquidos o alimentos
- Venoclisis
- Métodos farmacológicos (oxitócicos, analgésicos, sedantes, espasmolíticos)
- Exámenes vaginales repetidos o frecuentes.
- Rotura de bolsa

---

<sup>52</sup> Extraído del protocolo de implementación interna: “Intervenciones obstétricas en el parto respetado”.

- Pujos dirigidos
- Episiotomía.
- Maniobra de Kristeller
- Colocación en posición de litotomía.

También se mencionan en este protocolo las prácticas que, al ser utilizadas durante el trabajo de parto, parto y postparto traen beneficios tanto para la madre como para su bebé:

- Presencia de un acompañante de forma ininterrumpida.
- Hidratación
- Ambiente íntimo
- Utilización de métodos no farmacológicos de alivio del dolor (respiración, masajes, baños o duchas)
- Deambulación
- Libre elección de postura
- Auscultación intermitente de la frecuencia cardíaca fetal
- Protección del periné
- Contacto piel a piel madre-hijo/a
- Pinzamiento tardío del cordón umbilical
- Alumbramiento activo
- Evaluación de la placenta y membranas
- Evaluación de la integridad del canal de parto
- Lactancia materna dentro de la primer hora

### **Parto normal<sup>53</sup>**

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en

---

<sup>53</sup> Extraído de “Guía para la atención del parto normal en Maternidad Centradas en la Familia”, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, Ministerio de Salud de la Nación, 4ta edición, Buenos Aires, Noviembre 2010.

forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones.

Por definición, el comienzo del trabajo de parto normal es espontáneo, por lo tanto se inicia en la casa, y es la propia mujer y su familia quienes controlan sus condiciones y evolución durante las primeras etapas. Para esto, la embarazada debe ser informada con la mayor claridad y precisión sobre los signos y síntomas del comienzo del trabajo de parto, para concurrir al lugar de internación en el momento oportuno (Lauzon 2002). Es fundamental que se establezca desde el inicio una buena relación entre la mujer, su pareja o acompañante y el personal encargado de la vigilancia del parto y quien realizará la internación. El cuidado del bienestar de la embarazada incluye especialmente el respeto a su privacidad y a la elección de su acompañante, evitando la presencia innecesaria de personas en las salas de preparto y parto.

### **Trabajo de parto, parto y posparto**

De acuerdo con la Guía para la atención del parto normal en Maternidades Centradas en la Familia, se considera iniciado el trabajo de parto cuando se pueden observar los siguientes signos: Contracciones regulares, que pueden o no ir acompañadas de dolor; reblandecimiento y centralización del cuello; borramiento o dilatación del cuello uterino.

Existe un período de duración variable llamado pre parto, durante el cual se presentan contracciones de intensidad intermedia y frecuencia no regular. Las cuales pueden llevar a un diagnóstico erróneo de comienzo de trabajo de parto. Tampoco es signo de trabajo de parto la pérdida de líquido amniótico o la rotura prematura de membranas; ni la pérdida del tapón mucoso, dado que el mismo puede expulsarse hasta varios días antes o no presentarse aunque el trabajo de parto ya haya comenzado.

### **Infusión intravenosa de oxitocina (vía, ampollas de oxitocina)**

Es una técnica que se suele utilizar de forma rutinaria en las instituciones de salud para inducir el trabajo de parto de forma artificial, mediante la aplicación de la hormona oxitocina (también llamada ocitocina) a través de una vía.

Al respecto, la Guía de Atención del Parto Normal señala: “No hay evidencia clínica que demuestre que la utilización liberal de ocitocina durante el trabajo de parto normal sea

beneficiosa para las mujeres o sus hijos. En conclusión, la ocitocina es una medicación que debe ser utilizada bajo válidas indicaciones y con estricto control de las contracciones y de la salud fetal”.

## **Epidural**

Es un tipo de anestesia local que se coloca también de forma rutinaria en numerosas instituciones sanitarias, con el objetivo de reducir los dolores y molestias que siente la persona gestante en el transcurso del trabajo de parto. Se inyecta en la región lumbar de la espalda, justo por encima de la cintura y evita la sensación de dolor en la zona de la panza y en la parte superior de las piernas.

Respecto al uso de métodos farmacológicos como éste, el protocolo de Intervenciones Obstétricas en el parto normal de la MEC señala:

“El parto es un proceso fisiológico que debe ser interferido lo menos posible, para que se puedan segregarse las hormonas que lo facilitan (oxitocina, endorfinas). Estas tienen un potente efecto analgésico, y alteran la percepción de las sensaciones corporales y del transcurso del tiempo. La excesiva medicalización del parto normal lo hace más doloroso y conlleva más riesgo de dificultades con el inicio de la lactancia. Siempre se debe facilitar el acceso a métodos no farmacológicos de alivio del dolor”.

## **Episiotomía<sup>54</sup>**

La episiotomía es un procedimiento quirúrgico que comprende el corte del periné (piel y músculos entre la vagina y el ano) durante el trabajo de parto para agrandar el canal vaginal. Este procedimiento se realiza con tijeras o con un bisturí y requiere sutura posterior.

Los estudios han demostrado que es mejor evitarla ya que no previene la incontinencia de orina ni protege el periné, favorece la aparición de desgarros severos, conlleva sangrado, requiere sutura, produce dolor postparto y puede tener secuelas a largo plazo (dolor, dehiscencias, disfunciones sexuales, etc.).

---

<sup>54</sup> Protocolo de Intervenciones Obstétricas MEC.

## **Clampeo tardío del cordón umbilical**

Se denomina así al momento del nacimiento en el que se liga el cordón umbilical, para separar al/la recién nacido/a del cuerpo de su mamá. Estudios científicos realizados por el Dr. Néstor Vain junto a la Fundación FUNDASAMIN, vienen demostrando que: “Cuando el cordón es ligado a los dos minutos del nacimiento, los recién nacidos reciben un volumen significativo de transfusión placentaria”, previniendo la deficiencia de hierro que es un serio problema de salud pública en todos los sectores de la sociedad.

## **COPAP**

La sigla significa Contacto Piel a Piel y se refiere a la práctica de poner al/la recién nacido/a en **contacto** con el pecho y abdomen desnudo de su madre, inmediatamente después del parto, incluso antes de cortar el cordón umbilical y mantenerlo en esa posición el mayor tiempo posible, durante la primera hora de vida

Dice el Protocolo de Intervenciones Obstétricas del parto respetado de la MEC:

“El contacto piel a piel debe implementarse desde el primer instante, de forma ininterrumpida durante al menos una hora. Los procedimientos rutinarios (peso, vitamina k, vacunación, etc.) se deben posponer.

Según diversos estudios los bebés colocados piel con piel sobre su madre mantienen la temperatura hasta un grado por encima que los bebés colocados en una incubadora o en la cuna térmica. También tienen la glucemia más alta, mejor saturación de oxígeno, ritmo cardíaco y respiratorio más estable y menos llanto, tanto en intensidad como en duración.

Todos los bebés sanos que son colocados piel con piel sobre el vientre de la madre son capaces, si se les deja tiempo, de reptar, alcanzar el pecho y mamar por si solos en posición correcta sin ayuda”<sup>55</sup>.

## **Puerperio<sup>56</sup>**

Es el periodo en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se

---

<sup>55</sup> Protocolo de implementación interna: “Intervenciones obstétricas en el parto respetado”.

<sup>56</sup> Extraído del protocolo “Consultorio de Puerperio” de la Maternidad Estela de Carlotto.

logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. Este periodo se extiende convencionalmente hasta 45-60 días del pos parto.

La mayoría de los cambios fisiológicos del embarazo vuelven a su estado pregestacional a las 6 semanas, aunque muchos de los cambios cardiovasculares y psicológicos pueden persistir mas tiempo. Cabe destacar que solo la glándula mamaria experimenta un gran desarrollo.

Las mujeres deberán recibir información relevante y oportuna que las ayude a tomar un rol protagónico en sus propios cuidados en salud y los de su bebe y a reconocer y responder ante un problema.

Estos cuidados centrados en la madre, el niño o la niña y su familia deben brindarse con amabilidad, respeto y dignidad, siendo esencial establecer una adecuada comunicación del equipo de salud con la mujer y su familia, tomando en cuenta su cultura, sus costumbres, su nivel de educación y su idioma.

### **Objetivos del control puerperal**

Si bien la mayoría de las mujeres y sus bebés atraviesan este periodo sin complicaciones, el cuidado que ambos deben recibir durante esta etapa deberá garantizar la prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos y adecuados de cualquier desviación en la recuperación satisfactoria luego del nacimiento.

### **Clasificación**

Se pueden establecer las siguientes etapas del puerperio:

- Puerperio inmediato: corresponde a las primeras 24 horas.
- Puerperio mediano/ propiamente dicho/precoz: desde el 2º día al 10º día postparto. Acción de los mecanismos involutivos. Comienza la lactancia.
- Puerperio alejado: es aquel comprendido entre el 11º y los 45 días de producido el nacimiento.
- Puerperio tardío: desde 45 a 60 días después del nacimiento. De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE 10, este periodo se extiende hasta los 364 días cumplidos.

## **Plan Integral de Comunicación para la nueva Maternidad de Moreno**

(ver archivo adjunto)

O acceder siguiendo el link que se presenta a continuación:

[https://drive.google.com/file/d/1BT\\_3wj6ZwJaNFQjdi5Wg0v-NR\\_ACDbwT/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1BT_3wj6ZwJaNFQjdi5Wg0v-NR_ACDbwT/view?usp=sharing)