

**Especialización en Educación en Géneros y  
Sexualidades**  
**Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación**  
**Universidad Nacional de la Plata**

**Trabajo Final Integrador**

*“Voces y miradas de mujeres en sus roles de madres y  
cuidadoras”*

**Alumna**  
**RIVERO, María Belén**  
**Directora**  
**Dra. Virginia Bonatto**

**Ensenada 2016**

## INDICE

1. Introducción _____	03
2. Marco Teórico _____	08
2.1 Modelo Médico Hegemónico _____	08
2.2 Maternidades Seguras y Centradas en la Familia _____	11
2.3 ¿Madres o Mujeres? _____	14
2.4 Mujer= Madre= Cuidadora _____	17
3. Descripción del Hospital J. B Iturraspe _____	19
3.1 Centro Perinatólogo/ Servicio de Neonatología _____	21
3.2 Residencia de Madres Y Grupo de Voluntariado _____	23
4. Análisis de Entrevistas y Grupo de Discusión _____	26
4.1 Relación con el equipo de salud _____	27
4.1.1 Relación con enfermería _____	27
4.1.2 Relación con el equipo médico _____	31
4.2 Rol Asignado Institucionalmente _____	34
5. A modo de cierre _____	43
6. Algunas reflexiones finales _____	46
7. Bibliografía consultada _____	48

## **1. INTRODUCCIÓN**

Como trabajadora social, me desempeño profesionalmente desde el año 2012 en el Servicio Social del Hospital Provincial “J.B Iturraspe” de la ciudad de Santa Fe, centrando fundamentalmente mis intervenciones y actividades en el Centro Perinatólogo (Servicio de Maternidad y Servicio de Neonatología) y en la Residencia de Madres.

A partir de mi trabajo en esos espacios, de las entrevistas e intervenciones cotidianas con mujeres en situación de internación o con aquellas que se encuentran en el Hospital cuidando a otros/a, de la realización de talleres con el grupo de mujeres que reside temporalmente en Residencia de Madres y de la construcción de vínculos de confianza, observo cómo las mujeres asienten pasivamente a lo que les indican u ordenan los/as integrantes del equipo de salud para cumplir con el rol que les asignan: “buenas o malas madres”. En reiteradas ocasiones la información que se les brinda en todos los aspectos es poco clara y compleja, lo que fuerza a las mujeres a sentirse inhibidas para preguntar o cuestionar alguna orden.

Estas experiencias me interpelan no solo como trabajadora social sino como mujer y como madre, pues infiero de ellas situaciones de vulneración de derechos de las mujeres: del derecho a la autonomía, del derecho a ser tratadas con respeto, del derecho a la información, del derecho a decidir sobre sus cuerpos, entre otros.

La posibilidad de cursar la Especialización en Educación en Géneros y Sexualidades en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata, fue una oportunidad para convertir en objeto de estudio estas inquietudes.

Este trabajo pretende, por un lado, recuperar las voces y las miradas de las mujeres que viven transitoriamente en el Hospital en su roles de madres y cuidadoras de sus hijos/as internados/as en el Servicio de Neonatología, e interpelar, desde esas miradas y voces, el rol que les es asignado social e institucionalmente por ser mujeres, como así también indagar el vínculo

establecido entre ellas y quienes trabajan en el sector público de salud. Por otro lado, aportar a mi práctica profesional como trabajadora social para buscar nuevas estrategias, nuevas intervenciones, nuevas propuestas para la modificación de aquellos aspectos que obstaculizan hacer efectivo el ejercicio de los derechos de las mujeres.

Para alcanzar estas intenciones, y atendiendo a lo pretendido y posible, circunscribí los interrogantes iniciales del esquema de trabajo, a los siguientes: ¿qué relaciones interpersonales establecen las mujeres con el equipo de salud?, ¿qué enseñan esas relaciones?, ¿por qué las mujeres aceptan pasivamente las órdenes del equipo de salud?, ¿qué concepción de maternidad subyace en el equipo de salud?, ¿qué sentido tiene la maternidad para las mujeres que viven transitoriamente en la Residencia de Madres por tener a sus hijos/as internados/as en Neonatología?, ¿cómo viven la experiencia de dedicarse exclusivamente a sus hijos/as?

Como resultado de la experiencia laboral en el ámbito de la salud, este trabajo parte del supuesto de que el Modelo Médico Hegemónico es el que impera en la institución, y está profundamente arraigado e internalizado. Esto se visualiza en las normas institucionales y en las prácticas cotidianas. Simultáneamente, se está intentando implementar la lógica de “Cuidados Progresivos” y el Modelo de Maternidades seguras y Centradas en la Familia. Este último plantea una nueva concepción de cuidados, de maternidad, y reconoce como necesaria la participación de los padres y del resto del grupo familiar en la atención de las mujeres, respetando sus derechos y de los/as recién nacidos/as por parte del equipo de salud.

Si bien en el marco de la institución se realizan capacitaciones con la intención de implementar el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, estas no impactan en las prácticas y nunca toman como protagonistas las miradas y opiniones de las mujeres.

En pocas palabras, la coexistencia de ambos modelos, el instituido y el instituyente, no sólo reproduce modelos de familia, estereotipos y mandatos, sino

que, además, reduce la identidad de las mujeres a madres (buenas o malas), y las oprimen despojándolas de sus derechos.

Durante las últimas décadas, promovidas por las feministas y los movimientos de mujeres, se realizaron diferentes investigaciones en torno a las mujeres y a las maternidades, se recuperaron experiencias de diversos grupos y comunidades, se conquistaron derechos, se sancionaron nuevas leyes y se fomentaron nuevas políticas públicas en relación a la temática. Sin embargo, en la práctica concreta, estos avances discursivos y legislativos no suelen estar presentes, tal vez porque son complejos y difíciles de implementar, o porque fundamentalmente continúan predominando los modos hegemónicos de concebir la maternidad como exclusividad e incondicionalidad de las mujeres.

Hasta el momento, el material recabado se basa en las experiencias y opiniones de los equipos de salud en torno a las Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Si bien en el rastreo bibliográfico se encontró un relevamiento realizado en el Hospital J. B Iturraspe por una organización feminista, el mismo es de carácter cuantitativo, proporcionando datos sobre el ejercicio de los derechos de las mujeres en los momentos del embarazo, parto y post parto durante el periodo de internación en la Sala de Maternidad del Hospital, que no es la problemática que aquí convoca. En cuanto a estudios o trabajos realizados referidos a mujeres que se alojan transitoriamente en los hospitales durante la internación de sus hijos/as en el Servicio de Neonatología, se encontró una tesis de maestría titulada “Dispositivo Residencia de Madres para madres de una maternidad pública de la ciudad de Buenos Aires. Prácticas y Representaciones” defendida por María Aurelia González en el año 2015 en la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, ciudad de Buenos Aires) en la que se analizan los orígenes y la importancia de estos espacios desde la perspectiva del equipo de salud y del voluntariado, no desde las vivencias de las mujeres que allí residen y conviven.

La intención de este Trabajo Final Integrador es producir conocimiento sobre las experiencias y miradas de las mujeres en el marco hospitalario desde una perspectiva de género, revalorizando sus subjetividades para comprender,

cuestionar, abordar, desmitificar, relacionar, indagar, visibilizar el problema, en un intento de búsqueda de nuevas alternativas de intervención. En esta línea, se considera que los resultados de este trabajo pueden ser además de significativos para mi práctica profesional, relevantes para la institución y un insumo para investigaciones futuras centradas en mujeres que habitan transitoriamente en el hospital.

El objetivo general que guía el trabajo es conocer, escuchar y recuperar las voces de las mujeres que conviven en la Residencia de las Madres del Hospital “J. B Iturraspe” para comprender cómo el Modelo Médico Hegemónico y el Modelo de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia operan en sus cotidianidades.

En cuanto a los objetivos específicos, se plantearon: a) analizar la cultura organizacional de la Residencia de las Madres, del Servicio de Neonatología y del Hospital J.B Iturraspe; b) comprender los significados que subyacen en las relaciones establecidas entre las mujeres que residen en la Residencia de Madres en el Hospital J. B. Iturraspe y los/as trabajadores/as de la salud, desde la perspectiva de las mujeres; y c) develar si las mujeres que viven transitoriamente en el Hospital están expuestas a situaciones de vulneración de derechos.

Desde una epistemología feminista que permita evidenciar los “procesos de subalternización a que son expuestas las mujeres” (Martínez 2014: 3) y desde una perspectiva crítica y analítica, este trabajo se centra en la singularidad de las experiencias de las mujeres que viven transitoriamente en el hospital para desentrañar la existencia o no de situaciones de opresión a las que pueden estar expuestas cotidianamente. Para ello se seleccionaron como instrumentos para obtención de información las entrevistas individuales, el grupo de discusión y la observación participante (presente en todo el proceso).

La estructuración del presente trabajo comienza con un rastreo bibliográfico explicitado en el Marco Teórico. Seguidamente, se describe el funcionamiento del Hospital J. B Iturraspe, el Servicio de Neonatología y la Residencia de Madres; a continuación, se analizan las entrevistas entrecruzándose la información arrojada con la obtenida en el grupo de discusión.

A modo de cierre, nunca definitivo, se recapitulan algunos puntos claves señalados en el trabajo, se ponen en evidencia algunas inferencias significativas, se abren algunas líneas de reflexión posibles para trabajar institucionalmente re pensando las prácticas y se proponen posibles intersticios de intervención que aportan y enriquecen mi práctica profesional como trabajadora social dentro del hospital.

Las lecturas de las narrativas de este grupo de mujeres confirmaron algunos de mis supuestos y modificaron otros. Recuperar sus palabras me permitió visibilizar la idea de maternidad subyacente en el equipo de salud, que reduce a las mujeres a la fórmula mujer= madre= cuidadora, y que vulnera sus derechos.

## **2. MARCO TEÓRICO**

En el presente trabajo se habla de modelos médicos, entendiendo por tales:

Aquellas construcciones que a partir de rasgos estructurales suponen la construcción de los mismos. Abarcan no sólo la producción teórica, técnica, ideológica y socioeconómica, sino también la participación en todas estas dimensiones de los conjuntos sociales implicados en su funcionamiento. (...) Refieren a las prácticas, ideologías y saberes manejados no sólo por los médicos, sino también los conjuntos que actúan estas prácticas” (Menéndez 1992: 101)

### **2.1. Modelo Médico Hegemónico (MMH)**

Se entiende por Modelo Médico Hegemónico (Menéndez 1988) al conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, y que ha logrado establecerse e instalarse como la única forma de entender la enfermedad. El MMH se caracteriza por una serie de rasgos estructurales tales como: biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, racionalidad científica, pragmatismo, relación asimétrica médico/paciente, subordinación técnica y social del/la paciente, reducción de la salud y la enfermedad a mercancías, legitimación jurídica, exclusión de otros saberes y subordinación de las otras disciplinas que actúan en el campo de la salud.

Según Eduardo Menéndez (1985), este modelo no considera la importancia que constituyen los factores sociales, económicos, políticos y culturales en la producción y solución de los procesos de salud y enfermedad. Aun cuando este modelo pueda llegar a reconocer la incidencia del contexto en tales procesos, se trata de subordinarlo a las determinaciones biológicas. Estas características:

no solo dominan la práctica privada de mercado, sino también las prácticas incluidas dentro de organizaciones salubristas o de seguridad social, en la medida que las mismas están incluidas en economías de mercado que convierten a la salud, directa o indirectamente en una mercancía (Menéndez 1985: 21)



El MMH propone la intervención en los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva biomédica, en la cual el único conocimiento válido es el saber médico, imponiéndose hegemónicamente como práctica por ser considerada científica, profesional y autónoma. De este modo, las soluciones a los problemas de salud son consideradas como individuales, objetivas, racionales, prácticas y exclusivas de la institución médica hospitalaria, desplazando “conocimientos, significados, valores y prácticas que la población tiene de sí misma, de lo otro y de los otros” (Chapela Mendoza 2007: 9)

Este modelo no solo tiene funciones curativas y preventivas, sino que se podrían agregar las funciones de “control, normalización, medicalización y legitimación” (Menéndez 1988: 5). La función curativo/preventiva, la biomédica, es la reconocida por el saber médico y por los diferentes grupos sociales como la más importante y la principal. En cambio, las funciones de normatización y de control no son tan evidentes y forman parte intrínseca del trabajo médico en sus prácticas cotidianas con pacientes en las tres dimensiones de la enfermedad: prevención, curación o rehabilitación. “El establecimiento de un diagnóstico o la aplicación de medidas preventivas potencialmente normatizan y/o controlan comportamientos.”(Menéndez 2005: 3). Asimismo, la práctica médica y las actividades que de ella se desprenden implican la posibilidad de cumplir las funciones señaladas, más allá de la intencionalidad o no de quienes integran los equipos de salud.

Este modelo de salud está orientado hacia “la atención médica reparadora de la enfermedad y centrada en la institución Hospitalaria” (Jelin 2006: 2). Es aquí donde aparece el hospital como el lugar privilegiado donde se desarrolla el aprendizaje médico, desde el ensayo y el error biomédico; es el lugar en el que se aprende a “hacer manos con la población sobre la cual se puede hacerlo, dada su situación de marginalidad y subalteridad” (Menéndez 2005: 22). La práctica médica genera desigualdad social desde el momento del aprendizaje, por lo tanto la relación que se establece entre el/la médico/a y el/la paciente es una relación desigual y vertical donde el/la profesional es “depositario del saber y el paciente necesita confiar en él” (Jelin 2006: 3). En el campo de la salud:

la profesión médica tiene el dominio del sistema sanitario, ya que este se rige por el modelo curativo, centrado en la atención hospitalaria. El cuerpo médico es el núcleo duro de las organizaciones en sus distintas jerarquías y especialidades; ocupa los puestos de gerencia y dirección que refuerzan la preeminencia del modelo hegemónico y hace que las decisiones tanto institucionales como prestacionales estén supeditadas a sus designios, relegando a los demás profesionales de salud a un plano secundario. (Nowicki 2015: 4)

Por lo tanto, las prácticas médicas son las dominantes, en las que se deja de lado lo subjetivo de los/as pacientes y el “cuerpo humano se ve fragmentado, aparte y diferente de la persona humana, separado de una realidad social relacional” (Chapela Mendoza 2007: 5). De este modo, el/la paciente es reducido/a a un número, con un diagnóstico determinado, un tratamiento consecuente para su enfermedad y pasará a formar parte de las estadísticas. Cosificado/a y minimizado/a a un cuerpo biológico, debe desechar sus propias necesidades, su contexto, sus emociones, su entorno relacional y su subjetividad.

Este modelo es un proceso lineal: enfermedad/ síntoma-estudios tecnológicos-diagnóstico-tratamiento-estadística. Y vertical: encuadrado en un esquema piramidal que “normaliza” bajo el supuesto del saber científico como indiscutible.

En relación con las mujeres, se las tiene en cuenta sólo en sus funciones reproductivas, haciendo hincapié en los cuidados del embarazo, el parto y el puerperio. De este modo, se constituye el ámbito de la medicina como un espacio privilegiado para poder observar la maternalización de las mujeres ligada a la idea de naturaleza biológica de las mismas. Siguiendo el pensamiento de Marcela Nari (2004):

La medicina construyó, con el objetivo de normativizar y controlar los cuerpos y las conductas de las mujeres, por un lado un modelo ideal de femineidad que la igualaba a la maternidad y por otro una imagen de la mujer real como ignorante e incapaz de ejercer su función “natural” de madre por sí sola, incapacidad que se trasladaba a cualquier otro ámbito de la sociedad y de la cual se derivaba su inferioridad. Así, la mujer fue relegada exclusivamente a su función reproductora y

por consiguiente, concebida como la única culpable de la degeneración de la raza, o en su defecto la responsable de su perfeccionamiento, razón por la cual se convirtió en el principal objeto de estudio e intervención, ocupando una posición subordinada a las órdenes de los médicos hombres y del Estado. (en Molinari, 2004-2005: 7)

Esta mirada sobre las mujeres desde la biomedicina, supone además la responsabilización de las mismas en los cuidados de los/as niños/as basada en la idea de que las mujeres poseen “una biología y una psicología diferente que, en último extremo, se relaciona siempre con la capacidad reproductiva femenina” (Pozzio 2011: 85)

El MMH perdura en el tiempo, dado que el sistema de salud se organiza en función de éste, y los equipos de salud, conformados principalmente por médicos/as, enfermeras/os y agentes sanitarios/as, reproducen la verticalidad entre el saber experto y la comunidad. Tal como señala Karina Feltri (2006), las intervenciones de los equipos de salud no son neutras, dado que en ellas se producen y reproducen relaciones y enfrentamientos de poder, políticos, económicos, de saberes y de culturas.

## **2.2. Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF)**

El modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) se presenta como una nueva propuesta en la atención perinatal y fue desarrollado e implementado durante las últimas décadas por el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires. Esta iniciativa se encuentra articulada con otras como la Hospital Amigo de la Madre y el Niño (HAMN)<sup>1</sup> que promueve la lactancia materna.

Entre los años 2007 y 2011, se realizó un diagnóstico situacional sobre algunas Maternidades de distintas provincias de nuestro país y se elaboraron marcos teóricos y una serie de recomendaciones metodológicas sobre cómo

---

<sup>1</sup>Creada por OMS- UNICEF durante la década del noventa.

comenzar a transformar las maternidades tradicionales en Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.<sup>2</sup>

Este modelo, básicamente, define los criterios mínimos que debería reunir una maternidad para ser considerada MSCF. Una de las diferencias fundamentales respecto del MMH es que se plantea la consideración de los aspectos sociales, económicos y culturales que se manifiestan en las personas que acceden a las distintas maternidades y a los servicios Perinatológicos<sup>3</sup>.

Las características fundamentales de una MSCF se basan en una modificación de la cultura organizacional del sistema de salud que reconoce al padre y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el/a recién nacido/a. Además promueve prácticas seguras y efectivas, estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del/la bebé por parte del equipo de salud y promueve la participación de la familia y de la comunidad. Uno de los pilares que sustenta este modelo es que la participación activa de las madres y de sus grupos familiares, en las situaciones en que los/as recién nacidos/as tienen algún problema de salud y requieren internación en Neonatología, es beneficiosa en cuanto a la recuperación, el crecimiento, la disminución de infecciones, la lactancia y el apego.

La implementación de este modelo es un proceso complejo que supone una serie de pasos a seguir para la transformación de las maternidades en MSCF. Complejo, atendiendo a que la construcción de estos espacios y su funcionamiento se intentan implementar dentro del Modelo Médico Hegemónico. Siguiendo a Miguel Larguía (2012) es necesario realizar 10 pasos para la efectiva implantación del modelo en una maternidad tradicional, a saber:

- 1) reconocer el concepto de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia como una política de la institución con un equipo multidisciplinario que lleve adelante el impulso y las acciones necesarias;
- 2) brindar apoyo a las mujeres embarazadas y a sus grupos familiares durante los controles prenatales garantizando el derecho a la información;

---

<sup>2</sup>Realizado por UNICEF, la Fundación Neonatológica (FUN) junto al Ministerio de Salud de la Nación y el aval de Ministerios de Salud Provinciales, como es el caso de la Provincia de Santa Fe.

<sup>3</sup>Los Servicios Perinatológico están conformados por la Sala de Maternidad y Neonatología.

- 3) respetar las decisiones de las mujeres embarazadas y sus organizaciones familiares en relación al trabajo de parto y parto, garantizando la Ley de parto humanizado (reglamentada en el año 2015);
- 4) priorizar la internación conjunta de la madre con su hijo/a sano/a en la Sala de Maternidad;
- 5) facilitar la inclusión de la madre, el padre y el resto de la familia (abuelos/as, tíos/as, hermanos/as) en la internación neonatal. Los padres y las madres con ingreso irrestricto, el resto del grupo familiar con visitas organizadas por la institución;
- 6) contar con una Residencia de Madres que permita la cercanía de las mujeres con sus hijos/as internados/as;
- 7) contar con un Servicio de Voluntariado Hospitalario que realice actividades de apoyo a las mujeres embarazadas, y a las mujeres que se encuentran en las áreas de maternidad y en la Residencia de Madres;
- 8) organizar el seguimiento clínico de los/as recién nacidos/as;
- 9) promover la lactancia materna;
- 10) cooperar con otras instituciones para la transformación en MSCF.

Desde el año 2011, este modelo propone, además, la incorporación de la perspectiva intercultural para la implementación de MSCF en los hospitales, suponiendo la superación de las barreras culturales existentes, a través de acciones por parte del equipo de salud que garanticen derechos de las mujeres que pertenecen a otras culturas. El enfoque intercultural contemplado en este modelo:

permite superar esta funcionalidad exclusivamente biomédica de las maternidades, e incorporar una visión de intercambio horizontal en términos de equidad. Se trata de un proceso dinámico de relación y aprendizaje entre personas, grupos, prácticas y conocimientos (Larguía 2012: 26)

El modelo mencionado implica no solo el compromiso político institucional, sino también la participación activa de las organizaciones comunitarias (propias de los grupos pertenecientes a los pueblos originarios), para que se respeten y

complementen saberes y cosmovisiones en relación a la salud perinatal, la maternidad, el parto y el puerperio.

Respecto de la información sobre el estado de salud, o partes médico-clínicas, que se les proporciona a las mujeres en general y a sus familias, el programa puntualiza que el lenguaje debe ser claro, suficiente y adecuado en contenido para facilitar la comprensión y cumplimiento de tratamiento en caso de que hubiera indicación médica. Se debe tratar a las mujeres y a sus acompañantes con el máximo respeto, aceptando sus pautas culturales. Deben evitarse las situaciones que generen distancia con los/as otros/as como atender de manera impersonal, no presentarse por el nombre, conversar con colegas mientras se realizan procedimientos y no respetar la privacidad de la mujer y/o del/la paciente. Se resalta, además, que es necesario indagar sobre posibles situaciones personales que preocupen a la mujer, sobre sus sentimientos y/o cualquier necesidad especial que tenga durante el embarazo, el parto y el puerperio.

A manera de síntesis, el MSCF busca promover una atención humanizada centrada en los derechos de las mujeres madres, de los/as recién nacidos/as y del grupo familiar, mejorando la calidad de atención, garantizando información y respetando las diferencias que puede haber en cada paciente.

### **2.3. ¿Madres o Mujeres?**

“La función de la reproducción social ha sido, desde siempre, una parte medular del sistema de género, en tanto que en dicha función se conjugan de manera paradigmática las diferencias biológicas de los sexos y las producciones culturales en torno a estas. (...) Si bien la reproducción biológica se sabe compartida por ambos sexos, la reproducción social se asume como una responsabilidad de las mujeres” (Palomar Vereá 2004: 12)

En cada período histórico se han construido diversas maneras de concebir y regular la maternidad y el rol materno, qué es lo que se espera, qué es lo que se valora como positivo y aceptable o negativo e inaceptable en el ejercicio de la maternidad. Si bien adquiere diferentes significaciones en cuanto al contexto y a la

cultura, el mandato de ser madre recae en casi todas las mujeres: “Los estereotipos en torno a la mujer tienden a destacar su rol biológico y construyen esencialmente sobre éstos su ser social” (Lourdes1996: 219). Siguiendo a Ricardo Garay (2008), sostener que la función primordial de las mujeres es la maternidad es una concepción que se encuentra arraigada culturalmente dado que sobre esta condición biológica se construyen las supuestas dicotomías público/privado, naturaleza/cultura, producción/reproducción, y se asignan roles a mujeres y a hombres.

Los atributos vinculados a la maternidad, caracterizada como algo natural, esencial e instintivo de las mujeres, se reproducen en la esfera de lo privado y de lo doméstico resaltando las capacidades femeninas en cuanto a la reproducción y a los cuidados. Sobre esta concepción de “que la naturaleza las había destinado a la tarea de engendrar, parir y criar, ellas fueron relegadas de la esfera pública y confinadas al mundo doméstico” (Felitti 2011: 11)

De este modo, la división sexual del trabajo establece que las mujeres además de la concepción, la gestación, el parto y la lactancia (objeto de políticas públicas en materia de salud), se ocupen en forma exclusiva de la crianza de los/as hijos/as, sin ser reconocido esto como un trabajo en sí mismo. Por ende, la idea de que ser madres es el destino natural de las mujeres, perpetúa situaciones de desigualdad social, política y económica entre hombres y mujeres:

(...) de esa relación ambigua entre capacidad de concebir y atribución del género, se ha construido una ideología de la maternidad que está compuesta por un conjunto de estrategias y prácticas discursivas que, al definir la femineidad, la construyen y la limitan, de manera tal que la mujer desaparece tras su función materna configurada como el ideal. Por lo tanto la equiparación entre maternidad-mujeres es una representación socio cultural. (Tubert 1996 en Garay 2008: 31)

Desde la perspectiva de género, y desde los diferentes estudios de la teoría feminista, la maternidad se concibe como un hecho histórico y cultural, “determinado definitivamente tanto por el momento como por el contexto de su producción, y en el cual se ponen en juego el plano subjetivo y la dimensión estructural, para construir el sentido de esta compleja práctica social” (Palomar

Verea 2005: 55). Es por ello que la maternidad no está solo determinada por las condiciones biológicas de la reproducción sexuada, sino que adquieren un rol preponderante para la configuración de la función materna, las condiciones sociales, económicas y políticas de la reproducción social:

El proceso de construcción social de la maternidad supone la generación de una serie de mandatos relativos al ejercicio de la maternidad encarnados en los sujetos y en las instituciones, y reproducidos por los discursos, las imágenes y las representaciones que producen de esta manera, un complejo imaginario maternal basado en una idea esencialista respecto a la práctica de la maternidad. Como todos los esencialismos, dicho imaginario es transhistórico y transcultural, y se conecta con argumentos biologicistas y mitológicos. De aquí es donde se desprende la producción de estereotipos, de juicios y de calificativos que se dirigen a aquellas mujeres que tienen hijas o hijos y que estas mismas auto aplican. (Palomar Verea 2004: 16)

Siguiendo a Cristina Palomar Verea (2004), en cuanto a la construcción de estereotipos, “la madre” aparece como una representación ideal y abstracta que encarna la esencia atribuida a la maternidad como es el amor y el instinto materno del que se derivan virtudes como: la paciencia, el cuidado, la tolerancia, la protección, el sacrificio y la entrega gustosa de las mujeres a la maternidad. Del cumplimiento o no de estos elementos se producen dos estereotipos: las buenas y las malas madres. Las buenas madres deben poseer cualidades que:

(...) no se reducen a esta prescripción sino que las normas incluyen además una serie de prohibiciones en torno a los defectos a eliminar: el egoísmo, el erotismo, la hostilidad y el no dejar transparentar sus ansiedades, necesidades y deseos (...).El ideal maternal abarca no solo los comportamientos a tener, sino también los sentimientos que se deben vivenciar. El ideal maternal es la interiorización de todos estos preceptos y prescripciones que normativizan la experiencia de la maternidad (Garay 2008: 32)

Una de las prescripciones más influyente es la obligatoriedad del amor incondicional a los/as hijos, la capacidad de protección y el cuidado. Es así que la



atención a los/as otros/as y el cuidado se convierten en las actitudes femeninas y maternas por excelencia.

#### **2.4. Mujer = Madre = Cuidadora**

En palabras de Marcela Lagarde (1993), la maternidad es entendida:

como el conjunto de hechos de la reproducción social y cultural, por medio del cual las mujeres crean y cuidan, generan y revitalizan, de manera personal, directa y permanentemente durante toda la vida a los otros, en su sobrevivencia cotidiana en la muerte (Lagarde 1993: 248).

Los cuidados están vinculados a la capacidad o no que tengan las mujeres de ocuparse de los/as otros/as. En palabras de Alba Carosio (2007) el cuidado:

(...) como actitud y concepto, implica responsabilidad, valorar las relaciones personales, atender a las necesidades de otros, etc. Este principio deriva de un tipo de trabajo, no remunerado (el cuidado doméstico de la vida) que realizan habitualmente las mujeres, en beneficio de otras personas. El cuidado es la actitud maternal por excelencia (Carosio 2007: 5)

Para Mari Luz Esteban (2010), el concepto de cuidados es problemático, dado que suele estar definido como algo por encima del tiempo y del espacio, sin evidenciar que tiene sentido en un determinado contexto, en el que el modo de producción y la socialización de las personas se produce a través de la división sexual del trabajo, en el que las mujeres son destinadas hacia el cuidado y la atención de los/as otros/as. Es decir, que los cuidados, son propios y característicos de las tareas maternas.

En nuestra cultura patriarcal, se fomenta en las mujeres la satisfacción en el deber del cuidado y esto supone que la condición de cuidadoras las gratifica afectivamente. Al respecto, Mari Luz Esteban (2010) refiere que no hay que negar la importancia que tienen las emociones en los cuidados de las otras personas, pero destaca que:

(...) hay que enfatizar que esta asociación y el hecho de que las mujeres seamos consideradas seres emocionales en mayor medida que los hombres (y en consecuencia –no lo olvidemos– más capaces para cuidar), es una construcción social y a la vez uno de los principales instrumentos de subordinación social, puesto que diferencia y jerarquiza las aportaciones y los espacios ocupados por unas y otros. (Esteban & Otxoa 2010: 5)

Por otra parte, los cuidados son percibidos como un no trabajo en nuestras sociedades patriarcales, generando situaciones de desigualdad entre mujeres y varones. De este modo, los cuidados procurados hacia los demás “no sirven a las mujeres para su desarrollo individual y moderno y tampoco pueden ser trasladados del ámbito familiar y doméstico al ámbito del poder político institucional” (Lagarde 2003: 2). También es necesario destacar que, sumado al deber de ser cuidadoras, la doble jornada de trabajo interfiere y dificulta la vida cotidiana de muchas mujeres.

Siguiendo la línea de pensamiento de Marcela Lagarde (2003), estas ideas de cuidado están vinculadas a la opresión de las mujeres, dado que no se visualiza ni se valoran los aportes de los cuidados al bienestar de los/as demás, y no son repartidos de manera equitativa ni entre hombres y mujeres ni entre la sociedad y el Estado. Sostiene, además, que hay que resignificar el contenido del concepto de cuidados “como el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, de cada mujer, esté basada en la vigencia de sus derechos humanos. En primer término, el derecho a la vida en primera persona”. (Lagarde 2003: 5)

### **3. Descripción del Hospital J.B Iturraspe**

El Hospital J. B Iturraspe es un Hospital Público<sup>4</sup> de alta complejidad ubicado en la ciudad de Santa Fe, siendo a su vez referente de atención en salud de otras regiones de la provincia.

A partir del año 2007, año en el que cambia la gestión política, el Estado santafesino comenzó una tarea de regionalización a través de la cual se dividió toda la provincia en 5 regiones: Santa Fe, Rafaela, Reconquista (centro/norte) Rosario y Venado Tuerto (sur).

En cada una de las regiones pueden identificarse ciudades – nodos. Los nodos son los núcleos de articulación, concentración y distribución de capacidades, información y recursos. Se ubican los servicios de mayor complejidad y las sedes administrativas y logísticas del gobierno provincial, entre ellas las del Ministerio de Salud. La Red de Servicios Público/Estatad es conformada por centros de atención provinciales y por centros dependientes de los municipios. Incluye efectores sin internación (centros de salud, centros de atención ambulatoria, centros de diagnóstico o tratamiento), servicios con internación (hospitales con tres niveles de complejidad), una red de unidades móviles para atención a las urgencias y emergencias, y redes de soporte para el proceso de atención.<sup>5</sup>

Frente a una organización geográfica diferente, los Hospitales se integran como referenciales en cada nodo, como es el caso del Hospital J.B Iturraspe en Santa Fe. La organización de la atención se realiza por Servicios: Clínica Médica, Otorrinolaringología, Cirugía, Maternidad, Ginecología, Neonatología, Oncología, Pediatría entre otros, a lo que se suman los consultorios externos por especialidades. A su vez, transversalmente trabajan el Servicio Social y el Servicio de Salud Mental, que realizan sus abordajes desde las distintas problemáticas. Cabe destacar que a causa de las complejidades y especialidades que se abordan en este Hospital, las personas que pertenecen a las zonas centro y norte de la provincia, pueden atenderse en la ciudad de Santa Fe.

---

<sup>4</sup> José Bernardo Iturraspe fue el donador del terreno en el año 1869, en el cual se construyó la Casa de Aislamiento para la tuberculosis.

<sup>5</sup>[www.santafe.gov.ar](http://www.santafe.gov.ar)

A partir del cambio de gestión política luego de más de 20 años, con una expresa intencionalidad por parte de la dirección y administración del mismo hospital, se comienza a pensar el modo de implementar la atención bajo la modalidad de “Cuidados Progresivos”. Según Débora Ferrandini (2009), se trata de una propuesta de organización del proceso de trabajo centrada en la necesidad de los/as pacientes y la capacidad del grupo médico especializado. Lo que organiza el proceso de trabajo es la calidad de cuidado que necesita la persona (paciente) y de ese modo se organiza el recurso humano promoviendo la conformación de equipos de salud interdisciplinarios.

Es un cambio en la concepción de la atención de la salud que implica construir una red de organizaciones institucionales en función de una atención integral, con profesionales trabajando interdisciplinariamente, constituyéndose en una red imaginaria que contenga a los sujetos-grupos familiares (ciudadanos) a quienes propongan y con quienes decidan llevar adelante un proyecto terapéutico. (Papili 2013: 2)

Durante los primeros años de la nueva gestión se comenzaron a realizar experiencias de trabajo en esta línea de cuidados progresivos a través de intentos de conformación de equipos matriciales<sup>6</sup>.

Llevar adelante estas modificaciones, en la práctica y ante la demanda cotidiana, resultó dificultoso. Tal vez, porque en el hospital están muy internalizadas las prácticas características del Modelo Médico Hegemónico, que no son problematizadas por la mayoría de los/as integrantes de los equipos de salud, quienes no comprenden o no adhieren a la lógica de cuidados progresivos. Hoy no existe un equipo de salud en el interior del Hospital que siga trabajando por estas concepciones en función de planificar modificaciones.

El Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia contempla algunos aspectos similares a la lógica de cuidados progresivos, en tanto supone una visión más humanizada de los/as pacientes, propone una atención integral,

---

<sup>6</sup> durante los años 2007 y 2008 se conformaron equipos matriciales en clínica médica, conformados por un/a médico, un/a enfermero/a, psicólogo/a y un/a trabajador/a social con la intención de ser un equipo de referencia del segundo nivel de atención para coordinar y trabajar en forma articulada con los equipos de los distintos territorios.

incorpora a los grupos familiares y tiene en cuenta el entorno y las necesidades de cada sujeto.

Atendiendo a que esta investigación se focaliza en el lugar donde desarrollo mi trabajo, el Servicio de Neonatología y la Residencia de Madres, resulta imprescindible describir y analizar el funcionamiento de ambos espacios/servicios para comprender después las relaciones que se establecen entre las mujeres que residen temporalmente en la Residencia de Madres en el Hospital J. B. Iturraspe y los/as trabajadores/as de la salud.

### **3.1. Centro Perinatólogo/ Servicio de Neonatología**

En el año 2005 se crea dentro del Hospital J. B. Iturraspe el Centro Perinatólogo, dividido en tres bloques: Internación, Obstetricia (con salas de partos, quirófanos, consultorios) y Neonatología (que incluye salas de médicos/as y de extracción de leche para las madres, entre otros). A los fines del presente trabajo, se describirá y analizará el funcionamiento de la Sala o Servicio de Neonatología, dado que el grupo de mujeres con las que se trabajó se encuentran en este espacio acompañando la internación de sus hijos/as.

El servicio de Neonatología se encuentra dividido en tres áreas de internación: terapia intensiva, terapia intermedia y pre alta o cuidados mínimos, según el estado de salud de cada niño/a. Trabajan allí un grupo amplio de enfermeros/as, médicos/as de planta especialistas en neonatología y residentes en la especialidad, quienes definen interconsultas (de acuerdo con la necesidad de cada paciente) con otras áreas como trabajo social, psicología, psiquiatría, fonoaudiología, etc. A su vez, en la sala de internación de Neonatología (como también en la internación en la Sala de Maternidad) colabora un grupo de mujeres voluntarias denominadas "Mamá Corazón". Tal como lo plantea la Iniciativa "Hospital Amigo de la Madre y el Niño", todas las personas que se desempeñan dentro del ámbito del Centro Perinatólogo son capacitadas en Maternidades Seguras y Centradas en la Familia y en Lactancia Materna.

Durante la internación de los/as bebés en el Servicio de Neonatología, es necesario y obligatorio el ingreso de las madres cada 3 horas, como mínimo, para alimentar a sus hijos/as. En el caso de que los/as recién nacidos/as no tomen pecho, es obligatorio extraerse leche en el lactario para alimentarlos por las otras vías (sonda nasogástrica, relactador).

Las madres deben ocuparse de los controles en los diferentes turnos junto con enfermería (calcular el peso, tomar la temperatura, cambiar pañales, etc). También deben recibir los informes médicos/ clínicos cotidianamente, para los cuales deben estar siempre presentes las madres y en ese momento pueden estar acompañadas de un/a familiar. Ante la ausencia de la madre por razones justificadas (complicación clínica, trámite, viaje, trabajo) y previa autorización del equipo de salud, puede recibir el informe médico algún/a otro/a familiar si lo hubiera.

Una de las premisas de este MSCF, sostiene que la presencia y el compromiso de la madre y la participación familiar en los cuidados colaboran en la pronta recuperación del/la recién nacido/a. Consecuentemente, la Neonatología se considera un espacio de internación abierto a la comunidad, en el que tanto las madres como los padres de niños/as allí internados pueden ingresar durante todo el día. Para la visita del resto de los familiares (hermanos/as, abuelos/as y tíos/as), el Servicio se organiza con días y con horarios. Actualmente esto no está organizado ni definido.

Si bien desde el discurso se promueve que las actividades sean compartidas con el grupo familiar, principalmente se busca que sean las mujeres en su condición de madres quienes se ocupen exclusivamente de los cuidados de su hijo/a, por lo que se permite el ingreso irrestricto de ellas durante las 24 horas.

En función de ello, existe la Residencia de Madres (RM) ubicada frente a la Neonatología (solo hay que atravesar un patio). En el caso de que la madre estuviera descansando en la RM y su bebé necesite algo que enfermería de turno no puede garantizarlo, se comunican con la madre para que ella se ocupe del/a bebé/a en el horario que sea. Aquellas mujeres que no quieran alojarse allí, pueden quedarse junto a las incubadoras durante todo el tiempo que estimen

necesario, y descansar allí cumpliendo con las reglas que se establecen en la sala de internación, las que no permiten hablar en tono elevado, comer, tomar mate, ni usar el celular, con el objetivo de garantizar las normas de higiene y bioseguridad.

### **3.2. Residencia de Madres (RM) y Grupo de Voluntariado**

En el año 2002 el grupo de voluntarias “Mamá Corazón” y el Jefe del Servicio de Neonatología del Hospital J.B Iturraspe comienzan a pensar y a construir un espacio para aquellas mujeres que debían permanecer cuidando a sus hijos/as internados/as en la Neonatología.<sup>7</sup> Si bien en sus inicios este espacio contaba con escasa capacidad, cuando se construyó el Centro Perinatólogico, la “Casita de las Madres” o la “Residencia de Madres” se ubicó estratégicamente cerca de la Sala de Maternidad y Neonatología para garantizar la proximidad en el cuidado de los/as niños/as, tal como lo establece el Modelo MSCF (paso 6).

Las mujeres que se alojan en la RM no son consideradas como pacientes, dado que fueron dadas de alta médica por la Sala de Maternidad, sino que residen allí en calidad de madres de niños/as internados en la Sala de Neonatología. En su mayoría, estas mujeres son originarias de otras ciudades y localidades del centro norte de la provincia de Santa Fe o de barrios muy alejados al Hospital, y económicamente les resulta conveniente quedarse en este espacio para atender las necesidades de sus hijos/as. El tiempo de permanencia en la Residencia depende exclusivamente de la duración de la internación de sus hijos/as: días, semanas o meses.

Al ingreso se acepta el reglamento de funcionamiento y normas de convivencia, en el cual se explicita lo que se ofrece institucionalmente y las obligaciones de cada madre. La administración del hospital garantiza la alimentación (desayuno, almuerzo, merienda y cena) de las mujeres que permanecen allí, como así también el lavado de la ropa de cama. En cuanto al

---

<sup>7</sup> Se conoce la experiencia del grupo de voluntarias “Damas Rosadas” de la Maternidad Ramón Sarda en Buenos Aires.

orden y la limpieza del lugar (tanto de los espacios comunes, como de los baños y los dormitorios) las realizan las mujeres que allí residen organizadas en grupos, quienes además deben respetar los horarios de descanso establecidos y la concurrencia a la Sala de Neonatología.

La estructura edilicia de esta Residencia consta de dos dormitorios con 12 camas cada uno con sus respectivos baños, un comedor común con sillas y televisor (este espacio se usa para las reuniones y para la realización de talleres), una cocina, un espacio para el personal de seguridad y una habitación donde funciona el voluntariado.

Si bien en el presente trabajo no se analiza el rol del voluntariado, ni las diferencias teóricas, metodológicas e ideológicas que pudieran existir con el grupo, se considera necesario mencionar qué función cumplen las voluntarias “Mamá Corazón”. Ellas no sólo crearon este espacio para las madres, sino que hasta el año 2013 fueron las únicas encargadas del mismo bajo las directivas del Jefe del Servicio de Neonatología, sin la participación en cuanto a la organización y administración de otros/as profesionales del mismo hospital.

Con una carga de dos horas semanales aproximadamente cada una, las “Mamá Corazón” rotan diariamente y realizan las siguientes actividades tal como se detallan en el paso 7 del Programa MSCF: organización y supervisión de la RM, orientación e información a las embarazas y madres y su derivación oportuna a los equipos de salud, entrega de ropa y pañales para los niños y niñas y ropa y elementos de higiene para las mujeres y otros objetos que se puedan gestionar (coches, cunas), realización de reuniones de laborterapia (como talleres de costura) y organización de festejos representativos: Día de la Madre, del Padre o del Niño u otras festividades significativas para la comunidad.

Después de muchas resistencias, desde el año 2013 la organización de la RM se realiza conjuntamente entre el grupo de voluntarias y otro equipo conformado por personal del Hospital: personal de Seguridad, una acompañante terapéutica, y con el apoyo permanente de las áreas de Psicología y de Trabajo Social.



Por otra parte, dentro de ese espacio los equipos de salud realizan talleres con las mujeres vinculadas a diferentes temáticas enmarcadas en los lineamientos del MSCF, tales como lavado de manos, lactancia, salud sexual y reproductiva, vínculo materno-filial, comunicación, cuidado responsable del recién nacido/a y convivencia, entre otros temas. Estas capacitaciones están a cargo del Consultorio de Prematuros (que depende del Servicio de Neonatología), de las voluntarias y/o del Servicio Social junto con Psicología.

La Residencia de las Madres se convierte en un lugar estratégico que no solo permite la cercanía con los/as niños/as y un lugar donde descansar, alimentarse y compartir experiencias con otras mujeres que se encuentran atravesando situaciones similares, sino que se constituye como un espacio en donde se puede alfabetizar en derechos y generar procesos de autonomía en las mujeres. De ahí el interés y participación de las Áreas de Servicio Social y de Psicología en ese lugar.

#### **4. Análisis de las entrevistas y del grupo de discusión**

Para la realización del presente trabajo, se realizaron entrevistas abiertas y semiestructuradas a 5 mujeres (entre 19 años y 35 años) que se alojaron al menos durante un mes del año 2016 en la Residencia de Madres del Hospital “J. B Iturraspe”. Exceptuando dos de las mujeres con las que se dialogó, el resto de las entrevistas se realizó días antes del alta médica de los niños/as internados en Neonatología, dado que algunas expresaron temor de ser entrevistadas y que lo que dijeran les generara un problema dentro de la Sala de Neonatología. Si bien se aclaró el objetivo de las entrevistas y la confidencialidad de las mismas, prefirieron hacerlo días antes de desvincularse con el Hospital. No obstante todas accedieron de manera positiva y solicitando que pudieran transmitir sus observaciones para mejorar la calidad de atención del equipo de salud (siempre y cuando ellas y sus hijos/as no permanecieran en el Hospital).

A partir de los ejes que fueron surgiendo de las entrevistas, se realizó también un grupo de discusión con 12 mujeres. Las mismas llevaban diferente tiempo de permanencia en la Residencia de Madres: desde 1 semana hasta 7 meses. La mayor participación se dio en aquellas mujeres que de algún modo tuvieron un vínculo de confianza, dado que conocieron y experimentaron el trabajo personal que se realiza desde el Servicio Social y, a su vez, fueron quienes incentivaron a que las otras dialogaran y dieran su punto de vista. Solo una de ellas participó en la entrevista y en el grupo de discusión. A diferencia de las entrevistas individuales, no surgió la necesidad de que esto se mantuviera en reserva hasta la alta clínica de sus hijos/as, por el contrario, solicitaron en forma colectiva y anónima que fueran transmitidos sus problemas, observaciones y sugerencias.

Para analizar las entrevistas individuales y la información obtenida en el grupo de discusión, se tomaron los siguientes ejes:

- relación del Equipo de salud con las mujeres
- rol asignado institucionalmente a las mujeres

## 4.1. Relación del Equipo de salud con las mujeres

Para analizar lo expresado en este eje, se circunscribe el equipo de salud al grupo conformado por enfermería y por médicos/as, dejando de lado otras personas que forman parte del mismo. Surge este recorte, porque fueron estos grupos los identificados por las mujeres como problemáticos, tal vez porque son con quienes tienen una comunicación permanente.

### 4.1.1. Relación con Enfermería

Las mujeres que transitan diariamente la Sala de Neonatología porque sus hijos/as se encuentran internados/as allí, establecen una relación cotidiana y más próxima con el personal de enfermería de los diferentes turnos. Es oportuno aclarar que el grupo de enfermeras/os no cuenta con un espacio físico propio, por lo que permanentemente están en la sala cercana a las incubadoras.

No es intención de este trabajo cuestionar las prácticas del equipo de salud en sí mismas. Sí comprenderlas desde el posicionamiento de las mujeres que las viven, desde el impacto que generan y desde el modelo en el que se inscriben.

Se partirá de las voces de algunas mujeres que relatan su experiencia respecto al vínculo mantienen con este personal:

*“Tuve un impercance<sup>8</sup> con una enfermera por primera vez, porque no tengo problemas con nadie, y que me hizo sentir muy mal. Y estábamos en un turno, vino y estábamos pesando a mi bebé y me dice que mi hija tiene más frente que la casa de gobierno... Para mí no fue un chiste, porque ella estaba seria y nadie se estaba riendo. Y yo me lo tomé mal porque nadie tiene que decirme eso de mi hija. Encima que estoy angustiada y que estoy mal, no estoy para chistes. Aparte no tengo una amistad, confianza no le di nunca como para hacer esos chistes. Y a otra mamá ese mismo día, yo no quiero dar nombres porque es cosa de la mamá, y estaba dando la teta y le dice:” <<¡vos tenés más pezón que dos cuerdas!>> Pero no riéndose, todo serio o sea como cuando va alguien y te dice algo en la cara... Decí que esa mamá se lo tomó a la risa, no le dijo nada. No le importó, pero a mí sí me importó.” (Jimena, 19 años)*

---

<sup>8</sup> Refiriéndose a percance

*“Pero otras enfermeras te tiran abajo, y una enfermera te dice: <<nunca va a dejar el oxígeno, que esto que lo otro>>. Y vos decís: ¿qué me estás diciendo? Entonces pienso ¿para qué estas atendiendo si vas a tirar mala onda?” (Laura, 22 años)*

*“Y son pequeñas cosas que vos decís: al final no me puedo ir esas dos horas tranquilas porque lo descuidan. Porque yo cuando vengo siempre le pasa algo (...) Y, bueno, hay madres que lamentablemente no saben desenvolverse con los chicos. Y es feo ver cómo las tratan a esas madres”. (Romina, 32 años)*

*“Las enfermeras por ahí te tratan re mal porque te dicen: <<mamá tenés que bañarlo o mamá hay que acomodarle las cosas o mamá...>> Todo el tiempo, y es como que cansa ya. Y vos decís: puta, estás acá por el nene, te lo tienen que atender bien y te lo están atendiendo mal... Entonces yo no entiendo qué trabajo es el de ellas. Y, por ejemplo, vos le decís a la jefa de enfermeros y como que todos se tapan entre todos.” (Laura, 22 años)*

Se visualiza en estas narrativas que el grupo de enfermería establece vínculos distantes con las mujeres que se encuentran transitando la sala, creando un clima de malestar. Se observa falta de empatía para posicionarse desde el lugar que se encuentran atravesando las mujeres con sus hijos/as internados/as, lo que obstaculiza la generación de vínculos de confianza y de acompañamiento en la internación.

*“¡Y con los enfermeros ya no puedo ni hablar!, porque a una mamá ya la trataron mal, y de ahí yo digo me van a decir algo a mí y yo voy a saltar y es para problema. Y principalmente no quiero estar mal con nadie de ahí adentro porque tengo mi hijo y lo que tengo es miedo, como otras mamás han tenido miedo de que, por culpa de un quilombo de los grandes, después le agarren odio a los bebés y los traten mal. Porque ya a una mamá le había pasado y le dijo: <<este pendejo de mierda y esto y que lo otro>>. Y es una criatura me parece que no tiene nada que ver, si la culpa del problema es de los grandes”. (Laura, 22 años)*

*“Encima que me había tratado mal, ella como enfermera tiene que alcanzarte las cosas. Aparte no le había pedido nada de otro mundo. Nada más, y se lo pedí con educación, como siempre me enseñaron. Entonces fui y hablé y gracias a Dios a mi hija no la atiende porque tengo miedo”. (Carolina, 27 años)*

*“A la madrugada pienso: ¿qué harán con el nene? Si están sentadas y no se fijan...” (Carolina, 27 años)*

*“A veces te tenés que callar las cosas por tu hijo, y comértela. Yo me la tragué para no hacer problemas ni nada”. (Estefanía, 35 años)*

*“Yo llegué a las cinco de la mañana y la encontré a mi hija toda cagada, con el pañal desprendido, no le habían dado la leche, como cinco horas sin comer... no lo podía creer”. (Grupo de discusión)*

*“...y a veces no sabés si decir algo porque capaz que lo tratan mal al bebé o lo dejan solo porque tanto protestamos... entonces a veces tenés miedo de decirlo” (Grupo de discusión)*

*“... a mi hijo lo tiene entre ojos” (Grupo de discusión)*

A partir de la relación desigual, asimétrica que se establece con enfermería, las mujeres expresan temor de que sus hijos/as se vean perjudicados por sus propios actos, por lo cual prefieren no manifestar lo que piensan, ni la situación que están atravesando. Es importante destacar cómo el personal de enfermería en su hacer cotidiano (en palabra y acción) siempre presente, acalla voces y despierta la desconfianza de las mujeres que deciden evitar conflictos o discusiones, dado que temen que ese maltrato recibido hacia ellas sea reproducido en el trato de los niños/as internados/as.

Las situaciones construidas a partir de estas relaciones son situaciones de violencia simbólica. Apelando al concepto desarrollado por Pierre Bourdieu (1999), “la violencia simbólica es esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas», en unas creencias socialmente inculcadas” (Fernández 2005: 9) La palabra, quién la dice y desde qué posición la pronuncia, es una forma de poder que intimida, oprime, transmite significados solapados y somete.

El MSCF propugna el trato respetuoso y humanizado, el llamar por su nombre al/la paciente deslizado una suerte de intimidad que acompañe y que brinde calidez. Indudablemente, la ausencia de estas formas de relacionarse permite entrever prácticas enquistadas del Modelo Médico Hegemónico.

*“No te dan bola. Es como que lo descuidan al nene. Ellos te dicen que esto, que lo otro, que no se puede andar con celulares... Todas las reglas que te dicen y ellos no las cumplen”. (Romina, 32 años)*

*“¿No es que no se puede usar teléfonos? Ahí dice está prohibido usar teléfono. Entonces le dan más bola a los teléfonos que a las criaturas”. (Estefanía, 35 años)*

*“En donde están los chicos de cuidados mínimos, está destrozado<sup>9</sup>, es lamentable. Es como que las enfermeras se sientan y están así. Están de testigos las chicas de que*

---

<sup>9</sup> Se refiere al funcionamiento y no al espacio físico

*están continuamente con el facebook y les hablás, y a las tres horas te hacen lo que vos le pedís. No son todas, pero...” (Grupo discusión)*

Según Rosana Inés Nowicki (2015), el personal de enfermería ocupa lugares y realiza otras funciones además de ocuparse de los/as pacientes dentro de las instituciones sanitarias, dado que está encargado también de mantener el orden, hacer cumplir las normas y maneja casi la totalidad de la información que se genera en las salas y en relación a quienes se encuentran internados/as. Al respecto, se infiere de las entrevistas y del grupo de discusión, que las enfermeras informan y controlan sobre el reglamento a cumplir en la Sala de Neonatología, pero ellas mismas no lo cumplen. Cuando la orden es para los/as subalternos/as y no para cumplimiento de todos/as los/as agentes involucrados/as en un espacio de interacción, la orden se entiende como una expresión más de poder que refuerza la asimetría y avasalla.

Pareciera que desde la enfermería se reproduce el MMH vigente, de opresión y hegemonía médica, que no solo somete a la disciplina en sí sino que se imprime en las prácticas. Se reproduce un poder desde un saber especializado:

Un poder que al decir de Foucault (1979) se ejerce más del que se posee, un privilegio que ya no pertenece con exclusividad a la clase dominante, sino que es fruto de las posiciones estratégicas y que es legitimado por los propios dominados cuando exploran las condiciones desfavorables de las situaciones (Amezcuá 2009:6)

Se podría sostener que tanto estas mujeres como quienes tienen la experiencia de transitar las instituciones de salud incorporan la creencia socialmente construida acerca de que mantener diferencias, situaciones de tensión o conflictos con las/os enfermeras/os, puede generar una represalia con los/as pacientes. Así, histórica y socialmente se prefiere callar por miedo. En el fondo, se consiente otorgarle poder a quien ocupa un lugar estratégico intermedio del cual se depende. A su vez, el personal de salud (en este caso el de enfermería) mantiene las mismas creencias que quienes están en situación de internación. Por lo tanto, manejarse con los mismos criterios permite continuar

reproduciendo situaciones de opresión, de sometimiento y de dominación. Perpetuar lo naturalizado y arbitrario supone, pues, “la complicidad de los dominados. La raíz de la violencia simbólica se halla en el hecho que los dominados se piensen a sí mismos con las categorías de los dominantes” (Fernández 2005: 15)

#### **4.1.1. Relación con el equipo médico**

La relación de este grupo de mujeres con los médicos/as no es permanente y continua como con la del personal de enfermería, pero sí diaria. Si bien fueron consultadas por el vínculo que mantienen con el equipo médico, todas las mujeres coinciden en que su rol se reduce a dar el informe clínico una o dos veces al día, aislando su trabajo de lo que sucede en la sala en general y lo que acontece con cada mujer en particular.

*“Es distinto porque el médico no es como la enfermera que está siempre. Pero es más la diferencia entre intermedio y mínimo con terapia, porque en terapia es distinto el trato, re bien. Es como que los médicos te dan más bola. Te dicen: hoy esta así...” (Grupo de discusión)*

*“Todos los días te dicen lo mismo. No sabes si está mejor o no” (Jimena, 19 años)*

*“No, la médica pasa a darte el parte nomás. Si es algo exclusivo, puntual que tienen que venir, si no ni aparecen” (Grupo de discusión)*

*“Yo ahora voy a ir y quiero que me digan de mi nene. Me voy a plantar y no me voy a ir hasta que me digan. Yo quiero hablar con el doctor. ¿Sabes por qué?, porque nadie me da bola, ni las enfermeras ni nadie. Y yo siento que él sí, él me va a hablar. Porque nunca tuve problemas con él yo. Yo necesito que él me diga por qué, porque él sí sabe”. (Estefanía, 35 años)*

*“Y el tema de los médicos, yo pienso si a uno le preguntan algo, que no se corran. Que digan pasa esto, esto y esto. Yo te digo que durante la semana a mí el informe no me gusta. Pero los fines de semana que hay médicos de guardia, ahí sí. Hay dos médicas, que vos le preguntás y te tienen dos horas explicándote.” (Laura, 22 años)*

*“A mí me lo explican bien, siempre me dicen lo mismo. Yo nunca me quedo con la duda, cuando les pregunto me explican”. (Romina, 32 años)*

*“A todo esto yo no sabía, si ellos saben más que una, me tienen que decir: <<sí mamá quédate tranquila>>. No dejarme en la nada”. (Carolina, 27 años)*

*“Es como que yo sé lo que tiene. Yo le digo a la doctora, lo reconozco, el nene no dura tanto sin el oxígeno, él se pone loco. Yo lo reconozco, yo se lo pongo. Entonces que me sean claros, esperá hasta tanto y, listo, yo espero. Porque hace 7 meses que me tienen a las vueltas. Hace dos meses que me están diciendo, te vas, no te vas... Ahora me salió con un martes 13 que no saben si mandarme al hospital o a mi casa.” (Laura, 22 años)*

Se observan distintas posiciones en relación al trato con el equipo médico. De los relatos de algunas mujeres se desprende que confían en la palabra y en el saber médico en cuanto al estado de salud de los/as niños/as, otras no comprenden del todo “el parte médico” o la información proporcionada por ser insuficiente y poco clara, pero no repreguntan ni cuestionan lo comunicado, otras preguntan y evacúan dudas, y otras dejan entrever que los/as médicos/as no se terminan de involucrar del todo con el cuidado de sus pacientes. Se visualiza nuevamente una violencia simbólica, una relación de sometimiento desde la legitimidad otorgada por estas mujeres a la palabra del/la médico/a, ante quien no se pregunta aunque no se comprenda, pues dependen de él/ella porque es la voz autorizada. Preguntar desde la no interpretación de un “parte médico” pareciera que no corresponde, porque fue socialmente aprendido que desde una posición subalterna, se calla. Sin embargo, las mujeres que preguntan obtienen otras explicaciones que les permiten quitarse las dudas sobre la salud de sus hijos/as.

Desde posiciones asimétricas y desde un orden jerárquico, no se habilita la posibilidad del tiempo del diálogo. Se percibe que el poder invisible de la palabra autorizada censura la expresión de quienes en situación de vulnerabilidad necesitan del apoyo y la explicación oportuna desde un mismo lenguaje de entendimiento, en el que prevalezca un intercambio horizontal en términos de equidad. Tal vez, no importe comprometerse con el/la otro/a, basta con cumplir una obligación. La incapacidad pareciera provenir del equipo médico, al no poder transmitir de manera clara y sencilla el estado de salud del/la paciente, vulnerando así el derecho a la información. El entender y comprender quedan circunscriptos a las capacidades o habilidades de las mujeres para comprender y/o preguntar sobre el estado de salud de los niños/as, aunque el Modelo MSCF establece que “es obligación del agente sanitario derribar las barreras idiomáticas y nivelar la asimetría de información existente en él y las familias” (Larguía 2012: 60).



Se desprende de lo anterior que el equipo de salud interviene, opina, juzga, normaliza y moraliza, generando relaciones abusivas y estableciendo jerarquías de un grupo sobre otro, negando muchas veces el tiempo de la palabra compartida y vulnerando derechos.

Es pertinente afirmar que las instituciones hospitalarias se presentan como escenarios de acción donde entran en juego múltiples actores con distintas posiciones jerárquicas en las que se establecen relaciones de poder. No solo con los/as pacientes, sino también entre las distintas profesiones. De lo que hasta aquí se analizó, se puede puntualizar que, por debajo del saber médico, se colocan las distintas profesiones con sus respectivos saberes, entre ellas, enfermería. Sus acciones vinculadas a la salud se relacionan fundamentalmente con las actividades delegadas por los/as médicos/as, sin atender las necesidades subjetivas de las personas con las que se trabaja.

Resulta necesario puntualizar que tanto médico/as, enfermeros/as y mujeres, quienes hablan y quienes escuchan, quienes dan órdenes y quienes las acatan, se formaron históricamente y son pacientes – usuarios/as de un modelo médico biologicista individualizante en el que prevalece el saber científico profesional por sobre las subjetividades de las personas. Esta idea impone apelar al concepto de *habitus* desarrollado por Pierre Bourdieu:

Al aceptar un conjunto de presupuestos fundamentales, pre reflexivos, implícitos en la práctica, los agentes sociales actúan como si el universo social fuese algo natural, ya que las estructuras cognitivas que aplican para interpretar el mundo nacen de las mismas estructuras de este mundo. El hecho de nacer en un mundo social conlleva la aceptación inconsciente de cierto número de postulados incorporados como *habitus* que de suyo no requieren inculcación activa al margen de la que se ejerce por el orden de las cosas. (Muñoz 2011: 56)

La perspectiva propuesta, permite echar luz sobre las prácticas de los/as agentes de salud: estos perciben el mundo y lo estructuran desde los esquemas de pensamiento incorporados, que son los generadores de su accionar. En los *habitus* de los/as actores involucrados/as en este análisis, subyace el MMH.

## 4.2 Rol asignado Institucionalmente

Los vínculos que se establecen entre el equipo de salud y estas mujeres se asientan en un posicionamiento ideológico sobre maternidad, basado en la idea del instinto maternal y de lo natural de esa condición, derivándose, en consecuencia, la adjudicación de los roles de madres y cuidadoras. De este modo, las mujeres son circunscriptas, minimizadas y valoradas únicamente en estos roles y, en definitiva, como únicas responsables de garantizar la salud, las necesidades y el bienestar de sus hijos/as.

Si bien el tipo de internación que se propone en el Servicio de Neonatología fomenta e impone la participación responsable y exclusiva de las mujeres en los controles y cuidados de los niños/as, fundamentalmente de aquellos/as internados/as en el Área de Cuidados Mínimos y Terapia Intermedia, el equipo de salud no tiene en cuenta las situaciones que atraviesan estas mujeres en su vida cotidiana.

*“No sólo estoy dejando mi vida sino mis otros dos hijos, para estar y cuidarlo a él, y estar pendiente de él. Y que no te avisen si llora... Te da bronca” (Carolina, 27 años)*

*“Entonces algunas te dicen si vos tenés que descansar, necesitás relajarte. Después cuando te vas te dan por la espalda diciendo un montón de cosas como que vos no te haces cargo de tu hijo, que ellos tienen un montón de trabajo, que no es el único. Pero si te dicen andá, relajate, después que no te digan vení que tenés que atender a tu bebé porque es tu hijo”. (Carolina, 27 años)*

*“A mi otro hijo no lo veo hace no sé cuántos... meses. No me muevo de acá porque él me necesita” (Grupo de discusión)*

*“Me dice la enfermera: <<mamá, te van a dar el alta en 48 horas, te vas a tener que poner las re pilas... >> Si tenés a tu hijo enfermo ahí y te vienen con poner las pilas, dejate de joder... (Grupo de discusión)*

Entonces, lo natural es que las mujeres atiendan a sus hijos/as enfermos/as, es parte de la función materna y de lo que se espera que ellas hagan en la internación, priorizando esto por sobre su familia, su trabajo y sus propios cuidados. Lo que sucede en la vida personal de estas mujeres, dentro o fuera de la Sala de Neonatología con el/a paciente internado/a, no es de interés del equipo

de salud, lo único que importa es que la función de los cuidados esté garantizada por la madre.

*“Pero además me habían dicho que supuestamente me iban a decir cuando yo tengo que estar más tiempo adentro porque el nene necesita más estimulación. Pero cuando vos vas unas horas antes o te dicen o se dicen entre ellas: <<mirá la hora que es, vino re temprano>>, o si vas tarde te dicen: <<ya le hice el control>>. Entonces no las entendés”.* (Laura, 22 años)

*“Ellos te tratan como si vos tenés que ser madre. Cuando empecé, cuando tenía todos los cables mi hijo en terapia y tenía que cambiarle el pañal. Y me cuesta... salir del parto, ir directamente a terapia a verlo todo entubado. Pesaba 1,250 kg, chiquitito, además tenía toda la panza inflamada, que no sabían lo que tenía en los intestinos. Me dicen <<mamá, cambiale el pañal>>, y ¿cómo hago?, <<Mamá, vos tenés otros hijos>>, sí, pero ninguno de los otros dos fue prematuro, ni tuvieron todos estos cablecitos que tiene él. Me da miedo. <<Bueno, mamá, pero tenés que aprender, tenés que hacerlo>>”* (Romina, 32 años)

*“Yo la otra vez estaba tratando de colocar el relactador, pasa la enfermera y la llamo. <<¿Qué pasó, mamá?>>, no, le digo es para que me ayude a enchufar, que ella sabe, y me dice, <<¿vos no sabés?, no te enseñaron?>>, sí, pero no puedo enchufar la manguerita a la jeringa, <<ay, qué pesada que sos>>”* (Grupo de discusión)

Las mujeres esperan y buscan que el personal de salud las acompañe, las valore, las ayude, las capacite y las comprenda en sus nuevos aprendizajes como madres. Sin embargo, se sienten cuestionadas permanentemente por el grupo de enfermería. La mirada de la biomedicina respecto de la responsabilidad de las mujeres en desarrollar los cuidados, es explicada por su capacidad reproductiva vinculada a una biología y una psicología diferente de las mujeres. En esta línea, se interpreta que el equipo de salud presenta dificultades para diferenciar la “procreación como hecho biológico, de la maternidad como fenómeno social y personal en la cual inciden factores contextuales.”(Castro Franco 2011:11)

Las expresiones de las mujeres permiten inferir que cualquier conducta que esté por fuera de las actividades que deben realizar para cumplir su mandato de madres, genera una valoración negativa en el equipo de salud y puede reducir las a “malas madres” en tanto incumplimiento de las tareas que se espera de ellas. Si bien, tal como lo plantea Cristina Palomar Vereza (2004), la maternidad no puede ser evaluada a partir de categorías como bueno o malo, dado que no puede quedar solo en manos de las mujeres (que, además, pueden tener o no aptitudes,

deseos o habilidades), sino que debe ser pensada como la tarea social de reproducción de los sujetos sociales. En la dinámica cotidiana del espacio de la Neonatología estas categorías de buenas o malas madres aparecen como constantes. Las mujeres se sienten evaluadas, juzgadas y cuestionadas permanentemente en el cumplimiento de las demandas de sus tareas maternas, dejando fuera sus necesidades, expectativas, sentimientos, que, además, no pueden ser expresados.

*“Si no vas te llaman, ahora que él empezó con la teta sola tengo que ir. Eso sí, no podés descansar. Yo ahora tengo que estar, sé que es mi obligación alimentarlo. Pero ellos no lo ven. A veces estás muy agotada, muy cansada porque no es que solo vas cada 3 hs, que vas a las 10 y venís a las 11. Vos vas y a ellos les tenés que dejar el nene dormido. Si vos lo dejás te dicen <<está despierto>>, bueno, pero no se quiere dormir, está comido, está limpio...” (Romina, 32 años)*

*“¿Es tu hijo o el mío mamá? Vos tenés que ocuparte, no yo” (Grupo de discusión)*

*“¡Mirá quién apareció! ¿Otra vez te dormiste?” (Grupo de discusión)*

Se desprende que el significado de la maternidad que subyace en el equipo de salud está relacionado únicamente con la responsabilidad que les otorgan a las mujeres en el cuidado de sus hijos/as, dejando por fuera de estas funciones a los padres: “los criterios normativos sobre la maternidad hacen recaer la responsabilidad del bienestar del hijo sobre la mujer y dan recetas para el comportamiento maternal” (Lamas 2001 en Palomar Vereá 2005).

Se puede afirmar que la mujer desaparece en la función materna y esto proporciona una imagen común para todas las mujeres, excluyendo las diferencias que podrían existir en relación a lo que cada una puede ser o desear: “la madre es una mujer, no incluye la idea de persona, ni la de ser humano. Como si toda subjetividad de quien cumple la función materna se redujera a ser madre”. (Palomar Vereá 2004: 16).

A partir de este horizonte normativo se van configurando y reproduciendo las representaciones que a su vez las mujeres tienen sobre la maternidad. Esto,

hace alusión a las actividades que las mujeres realizan en torno al cuidado y crianza de sus hijos con base en el sentido que le otorgan a sus experiencias. La

maternidad es concebida como una construcción social erigida sobre el conjunto de significaciones compartidas intersubjetivamente por todos. (González, 2015)

*“Y es algo nuevo para mí, porque yo antes era una adolescente, no pensaba como mamá. Pero ahora pienso distinto (...) Mi hija me está enseñando a ser mamá, y a ser fuerte y todas esas cosas. Pero yo me veo una mamá buena, me desvivo para que a ella no le falte nada. Si tengo que vender, no sé, mis zapatillas, para que ella tenga para comer, para sus pañales. No sé, yo lo siento así. (...) Yo creo que voy a aprender porque mi hija siempre se va a criar conmigo, y yo voy a ser la que va a mandar todo, porque a mí me dolió parirla y no quiero que nada le pase... entonces todo yo, yo, siempre yo” (Jimena, 19 años)*

*“Te dicen: <<vos tenés que saber que tu hijo fue prematuro, que es muy chiquito, que tiene problema en los pulmones>>, como que te dan aliento. Yo soy la mamá y lo voy a cuidar hasta el último minuto” (Estefanía, 35 años)*

*“Te tratan como si no querés aprender, y vos querés aprender, si es tu hijo el que te necesita” (Romina, 32 años)*

A partir de estos decires de estas mujeres, se desprende que sus propias expectativas y creencias están asociadas a las representaciones patriarcales sobre la maternidad, sobre los roles y actividades que deben desempeñar, sobre los modelos de familia internalizados, los mandatos sociales y lo esperable en función de los hijos/as a quienes se encuentran cuidando. En su práctica reproducen lo construido socialmente.

Desde el equipo de salud, se interpela a las mujeres en su única condición de madres, consolidando y reproduciendo los roles y estereotipos atribuidos a mujeres y a varones. Siguiendo a Bibiana Castro Franco (2011), se plantea un modelo de familia tradicional, fortalecido por los discursos disciplinarios que conciben a la mujer desde su función de crianza y cuidados de los/as niños/as y como principal y última proveedora de amor, basados en principios patriarcales y en una perspectiva biologicista que asocia a la función reproductiva con la maternidad, como se dijo anteriormente

*“Estar ahí ya es toda una pesadilla para nosotras. Nosotras queremos estar con nuestros bebés, dadas de alta, en casa, como todos los embarazos normales, porque lamentablemente lo nuestro no fue como todos... pero no queremos estar ahí” (Grupo de discusión)*

*“Si no fuera por las mamás que te re ayudan, no sé qué haría” (Grupo de discusión)*

*“Ahora estoy bien, los primeros días fueron re feos, re angustiantes, pero ahora como que no le doy bola a nadie, pienso en irme con mi hija y en tenerla bien y en nada más. Pienso en ella nada más, no pienso en otra cosa.” (Grupo de discusión)*

*“Nadie te entiende, hace 3 meses que estoy acá. ¡Me quiero ir ya! Todo bien con las chicas, pero me quiero ir a mi casa (Grupo de discusión)*

*“Acá somos todas iguales, si se meten con un bebé se meten con todas” (Grupo de discusión)*

*“Por suerte tenemos este lugar... Es difícil compartir, pero nos aguantamos entre todas” (Grupo de Discusión)*

*“Las peleas son por pavadas la verdad. Si limpiaste o no, o por los celulares a la noche... pero nos entendemos entre nosotros. Lo importante es que nuestros bebés estén bien para poder irnos” (Grupo de Discusión)*

En la descripción de la Residencia de Madres, se rescata el beneficio de las mujeres de contar con ese espacio físico, que les permite no solo estar cerca de sus hijos/as, sino también transitar en forma conjunta la situación que atraviesan. A su vez, la experiencia de ser parte de un grupo de mujeres que se encuentran atravesando situaciones similares y habitando un mismo espacio, genera un sentimiento de pertenencia, que permite por un lado identificarse con otras mujeres en su rol de madres, acompañarse y contenerse entre sí.

Es importante destacar que, en relación a la Residencia de Madres y con el vínculo que se establece entre las mujeres y el voluntariado, en las entrevistas y en el grupo de discusión no surgieron datos significativos ni problemáticos. Al ser interrogadas sobre este aspecto, las respuestas pueden englobarse en *“todo bien”, “te dan cosas para el bebé”* y *“no tenemos problemas”*. Estas repuestas derribaron algunos supuestos personales en relación a los vínculos que se establecían con el Servicio de Voluntariado.

Las maternidades del grupo de mujeres con el que se trabajó se desarrollaron en un contexto adverso y desconocido como es el Hospital, la Sala de Internación de la Neonatología y la RM, espacios tal vez hostiles y con fuertes cargas emocionales, que impactan en las experiencias personales de cada mujer, generando distintos sentimientos: angustia, culpa e incertidumbre en cuanto a la salud de sus hijos/as.

*“Te cuesta pero no te entienden de que una está con los nervios... emocionalmente mal, porque estás mal, tenés miedo de hacerle mal a él también” (Romina, 32 años)*

*“Ahora me siento inútil. Porque no sé cómo ayudarlo, es como que la fuerza esa que yo tenía siempre... yo me levantaba, iba con humor, hacia las cosas, ahora como que voy y ya los veo a todos y es como que agacho la cabeza y me siento en la silla y me quedo. Es como que no hago nada, y por ahí yo lo veo al nene y yo digo: fue culpa mía por lo que está pasando” (Laura, 22 años).*

*“Si yo a varios se los dije, como que me siento responsable. Y me dijeron: <<por algo Dios nos manda esto>>, pero yo me siento así, es como que yo le digo a mi mamá: no aguanto más, porque me siento sola, me siento culpable... “ (Carolina, 27 años)*

*“...ahora me siento re mal, porque yo dije: ¡qué sé yo! Le agarró por culpa mía, no sé. Porque el tema de siempre es en el turno de la 1 de la mañana y anoche estaba re cansada y me re dormí. Y hoy me entero que saturó. (Grupo de discusión)*

*“Y además vos sentís la carga de que te hacen sentir responsable de todo”. (Estefanía, 35 años)*

*“Vos no planificás así como te sale un nene prematuro. Aparte necesitás más apoyo. Dejás todo, en mi caso tengo otros hijos, te ponés mal por eso, te pones mal por él. Es todo un combo de emociones fuertes, y te presentás esa situación así y no sabés qué hacer”. (Romina, 32 años)*

*“Yo todo esto me lo estoy bancando sola, lloraba sola porque los primeros días sola, ver a tu hija con cosas. Y yo estoy aprendiendo, día a día aprendo algo nuevo, escucho a las personas que me dan consejos para bien, ¿no?” (Jimena, 19 años)*

La vulnerabilidad que atraviesan, la separación de sus familias y amistades, la expulsión de la participación de sus grupos de referencia, la distancia de sus hogares, la convivencia forzada con otras mujeres, y la tensión que viven cotidianamente con el personal de salud, generan pocas condiciones para poder ejercer derechos y cuestionar o hacer reclamos frente a lo que ellas evalúan que no funciona o corresponde, aun así cuando esto genera malestar en las mujeres.

Resulta interesante analizar el lenguaje que se utiliza para denominar a estas mujeres: “mamá”. Si bien se encuentran en el Hospital cumpliendo ese rol, esta forma de nombrar encierra significaciones: a) se designa a las mujeres homogeneizándolas con el rótulo del rol asignado; b) se despersonaliza la singularidad de las mujeres al no reconocerlas por sus nombres; c) se profundiza la idea de que mujer es igual a mamá; d) se escinde a la persona, con sus

sentimientos, deseos y necesidades situadas en un contexto particular; e) se niega la posibilidad de considerarla como sujeto de derechos.

Nuevamente se está en presencia de una violencia simbólica, la del lenguaje, que somete invisiblemente a través de las significaciones que transmite, imponiendo a través de la palabra percepciones de la realidad que terminan resultando legítimas. De esta manera, disimulan las relaciones de fuerza soterradas en las significaciones y aumenta no sólo el poder de quien las produce sino que además se mantiene y se conserva la situación actual.

*“No, no lo dejan entrar al padre. Viene mi mamá, y le dicen: <<abuela, 5 minutitos que estamos haciendo el control>>, o mirás el nene y te retirás porque están en neonatología y tienen que estar cuidados” (Carolina, 27 años)*

*“Ayer vino y le dijeron: <<papá, 5 minutitos no más y te retirás>>. Y él me mira. Y la otra vez habíamos tenido una conversación con la jefa de enfermería y ella dijo que los papás pueden estar, pero las enfermeras te dicen 5 minutitos y te vas”. (Romina, 32 años)*

*“Tienen que entrar o antes o después del control. El control todo lo tiene que hacer mamá. O sea durante el control los echan”. (Grupo de discusión)*

*“Yo le tengo que hacer el control ahora. Sí, y eso es mentira, porque en terapia les toman la temperatura los papás, con mi marido no me pasó pero yo he visto al lado, enfrente... hasta los alzan, o sea, ¿como en terapia pueden, que es más delicado y en el otro lado no? (Grupo de discusión)*

*“A nosotros nos pasaron al intermedio y esta mañana la enfermera le pidió que se vaya. Le dijo que podía entrar solamente dos o tres veces al día, después del control. Porque había menores dando el pecho, entonces ahí no se puede entrar... Pero siempre hay alguien dando la teta...”(Grupo discusión)*

*“Si justo ahí nos decían que es mejor cuando el bebé tiene contacto, contacto con los dos, mamá y papá. Cuando los dos lo estimulan al bebé, mejor se recupera el bebé. Ahora cuando lo cambian a intermedio no, al revés. Te dicen que el papá esté cinco minutos y se retire”. (Grupo de discusión)*

*“Tienen que entrar o antes o después del control. El control todo lo tiene que hacer mamá. O sea durante el control los echan”. (Grupo de discusión)*

*“ Si a mí me dijeron: <<mamá, todo el que sea familiar, el papá, tu mamá, tu hermana... una sola vez lo puede ver, de lejos, sin tocar sin nada, lejos de la incubadora..>> Una sola vez, después afuera, nunca más entra”. (Grupo de discusión)*

En estas cargas impuestas a las mujeres en su condición de cuidadoras se evidencia un espacio vacío de los varones/ padres y de otros/as integrantes del



grupo familiar o de los círculos cercanos o próximos a las mujeres. Se observa que algunas parejas quieren involucrarse en los cuidados de los/as niños/as y desean aprender y participar de los controles. Sin embargo, desde la misma sala de Neonatología, no son involucrados y son expulsados del sistema de salud. En este contexto se observa que las mujeres asumen sin resistencias esta responsabilidad de cuidar a sus hijos/as, aceptan las reglas impuestas por el personal de salud aun sabiendo que es un derecho que el grupo familiar colabore y participe.

Siguiendo a Cristina Palomar Vereá (2004) hablamos más que de la “maternidad”, de la “función materna”, cuestionando que esta importante tarea se deje solamente en manos de las mujeres. Es necesario que empecemos a evidenciar la importancia de que la entendamos como una actividad que corresponde a toda la sociedad. Por ende la participación y la presencia de la familia (entendida como círculo de referencia de cada mujer) en los cuidados, es fundamental, como se promueve desde el Programa Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Sin embargo, en la práctica y en la cultura organizacional del Centro Perinatólogo, esto no está organizado ni se implementa. La dicotomía entre lo discursivo y la práctica dentro de la Sala de Neonatología del Hospital J. Iturraspe reproduce modelos de familia patriarcales, estereotipos y mandatos, resumiendo la identidad de las mujeres a madres.

Este trabajo de campo se realizó en el Servicio de Neonatología y en la Residencia de las Madres, que son espacios reducidos dentro de una organización macro como es el Hospital J. B Iturraspe en la que se intenta implantar el MSCF. Ninguna política pública es neutra en cuestiones de género, todas conllevan una idea de cuáles son las funciones asignadas a las mujeres. Dentro del ámbito de la salud, se observa:

(...) el papel que se le asigna a las mujeres socialmente está estrechamente vinculada a la maternidad. Sin embargo, los problemas de salud ligados a ésta son vistos como eventos biológicos. La inscripción del orden social en los habitus desde la perspectiva de la “corporización” de las desigualdades y reproducción de las mismas a través de prácticas y estrategias biológico-sociales que lo

“naturalizan” tiene como resultado una participación nula para las mujeres en el campo de la salud. (Alvarez- Larrauri 2011)

De lo analizado se desprende la minimización y reducción de las mujeres a su condición de madres, dejando de lado la posibilidad de empoderamiento y el ejercicio de sus derechos, siendo sometidas a malos tratos y valoraciones que en definitiva no hacen otra cosa que oprimirlas.

## **5. A modo de cierre**

A partir del análisis y la información recabada tanto en las entrevistas y el grupo de discusión, como de la observación cotidiana en mi espacio de trabajo, puedo concluir que en el Centro Perinatólogico del Hospital “J.B Iturraspe” conviven el Modelo Médico Hegemónico (MMH) con los intentos de implantación del Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF).

En la política institucional del Hospital, se adhiere a las premisas del MSCF. Bajo esta mirada se creó la Residencia de Madres, se cuenta con un Servicio de Voluntariado y con un Servicio de Neonatología de alta tecnología. Esto significa un avance en la línea del modelo de MSCF. No hay dudas de que contar con los espacios físicos es importante y necesario, pero esto solo no basta para cambiar un modelo. Lo imprescindible son las prácticas que en estos espacios acontecen, desde qué concepciones se generan y a qué modelo adscriben.

En relación con la línea del MSCF, la inclusión de las familias, su participación y su colaboración en la internación neonatal, son cuestiones que siguen pendientes aún. El modelo, tal como funciona actualmente, no se basa en una perspectiva de derechos que garantiza la atención integral de la salud, ni toma en cuenta las necesidades, las costumbres y las experiencias de cada mujer y de cada paciente. Lo puntualizado precedentemente, son los requisitos necesarios y fundamentales para implantar un nuevo modelo: poner en acción y en vivencia una atención integral humanizada, centrada en los derechos de las mujeres, de los/as recién nacidos/as y del grupo familiar, mejorando la calidad de atención, garantizando información y respetando las diferencias.

Es evidente que los cursos de capacitación sobre el marco teórico y las estrategias metodológicas del MSCF brindados al personal del Centro Perinatólogico, no son suficientes para que el equipo de salud incorpore esta nueva mirada y cuestione las prácticas. Por lo expuesto, se evidencian tensiones y contradicciones entre lo “instituido” y lo “instituyente”, con predominio del MMH.

Una modificación de las prácticas, un cambio de modelo, no es una tarea sencilla ni rápida, dado que por un lado se debe trabajar para modificar las

creencias y las actitudes de quienes forman parte del sistema de salud, y por otro lado se debe empoderar a las mujeres y a quienes se convierten en usuarios/as del mismo. Se requiere, como requisito indispensable, el convencimiento, el compromiso y la participación de quienes integran los equipos de salud, que en definitiva, son quienes llevan a cabo o no las modificaciones en sus prácticas cotidianas. Tal vez, las resistencias de los/as agentes de salud a un cambio pueden explicarse desde la inscripción del orden social y de la lógica biomédica en sus habitus, lo que naturaliza, perpetúa y reproduce lo mismo que se desea cambiar. Desnaturalizar lo naturalizado: este debería ser el camino para un cambio.

Un nuevo modelo redefine necesariamente los roles y las funciones de todos/as los/as profesionales de los equipos de salud, en relación a la cooperación y al trabajo con las otras disciplinas y saberes, pero fundamentalmente en relación a los sujetos, donde lo subjetivo adquiere una nueva consideración.

Esta experiencia de trabajo permitió, además, visualizar de qué modo las políticas de salud interpelan a las mujeres en su condición de madres. En la medida en que se siga concibiendo a la maternidad como algo inherente al ser mujer, y no se logre verla como una construcción socio cultural, no se podrán solucionar las tensiones que se manifiestan ni generar espacios de participación para las mujeres. Ya “no es posible sostener la existencia de una función natural que se ejerce como tal de manera universal y a histórica, de acuerdo con un instinto o esencia de la mujer.” (Garay 2008: 31)

El Centro Perinatológico podría transformarse en un espacio que potencie las circunstancias que se encuentran atravesando las mujeres, empoderando y garantizando derechos, y reduciendo la identidad de las mujeres a la maternidad.

La realización de este trabajo se pudo concretar gracias a la participación de las mujeres que aceptaron ser entrevistadas y formar parte del Grupo de Discusión. Y esto fue posible dado que como Trabajadora Social todos los días mantengo un vínculo cercano con ellas, algunas me ven como aliada y como la persona que puede transmitir lo que les sucede o puede contener o mediar para resolver alguno de los problemas que atraviesan dentro del Hospital.

Cabe destacar que las mujeres que aceptaron ser entrevistadas y que estuvieron de acuerdo con la presentación de este trabajo al equipo de salud, no pudieron experimentar modificaciones durante su permanencia en el hospital dado que por temor, dialogaron conmigo días antes del alta médica. La intención de todas estas mujeres es que las injusticias que padecieron no vuelvan a sucederle a otras mujeres que se encuentren atravesando situaciones similares.

## **6. Algunas Reflexiones Finales**

Las inferencias realizadas a través de la interpretación de datos proporcionados por las palabras de las mujeres, no son derivaciones simplistas, ni automáticas, ni generalizables, ni conclusiones contundentes cerradas. Lo que queda claro es que el modelo MMH obstaculiza el crecimiento de mujeres como sujetos de derechos.

Pensar en la construcción de espacios de empoderamiento para las mujeres que viven en la Residencia de Madres implica considerar la organización y la gestión del Servicio de Neonatología desde un cuestionamiento de lo instituido, desnaturalizando su inmovilidad y generando modificaciones temporales, flexibles y adecuadas para el ejercicio de derechos de las mujeres, de los/as pacientes y de sus grupos familiares.

Considero que es posible la implementación del Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia dentro del Hospital J. B Iturraspe. Sin embargo, esto requiere de un debate profundo en el interior de la institución, una reflexión que desnaturalice lo hegemónico y un compromiso de todos/as los/as integrantes del equipo de salud. Esto demanda un proceso ético consciente para trabajar para la congruencia, consistencia e integridad de esta nueva lógica, un monitoreo permanente para detectar logros y debilidades, un trabajo sostenido en el tiempo para avanzar sobre los logros y superar las debilidades y fundamentalmente la participación de las mujeres que, en definitiva, son las protagonistas de este modelo.

El análisis y la sistematización de las entrevistas y de las narraciones recolectadas a partir del grupo de discusión, me permitieron no solamente conocer desde su interior a la Residencia de Madres y al Servicio de Neonatología, sino, especialmente, ampliar la mirada y comprender con mayor profundidad lo que acontece en las relaciones entre las mujeres y el equipo de salud. Además, me facilitó la producción de conocimientos que pueden ser insumos para trabajar en los lineamientos de un modelo MSCF específicamente destinado al Hospital Público donde me encuentro trabajando.

Es mi intención presentar este trabajo como un posible diagnóstico base al equipo de salud y a la dirección del Hospital para ponerlos en conocimiento sobre cuáles son las situaciones que se están viviendo actualmente dentro del Hospital, de manera tal que la experiencia nos permita reflexionar sobre nuestras prácticas como trabajadores/as de la salud, y concretar cambios para garantizar los derechos de las mujeres que residen en el Hospital (y de otras que allí residirán).

## **7. Bibliografía Consultada**

- Alvarez-Larrauri, Selene (2004). "Habitus, campo y violencia simbólica. Una construcción sociológica de la salud". *Acta Sociológica N° 40*. Pag. 179-214
- Amezcua, M. (2009). "Foucault y las enfermeras: pulsando el poder en lo cotidiano". *Index de enfermería* .
- Antacle, Alberto y otros (2006) "Maternidad centrada en la familia: ¿las madres son actrices protagónicas o de reparto?". *Archivos de Medicina Familiar y General [25], Investigaciones originales*. Volumen 3. Numero 1. Tucumán.
- Carosio, A. (2007). "La ética feminista: más allá de la justicia". *Revista Venezolana de estudios de la mujer* , Caracas.
- Castro Franco, B. (2011). "La comprensión de los significados de la maternidad: el caso de un programa de cuidado prenatal en un centro de salud en Popayán, Colombia". *Salud Colectiva*, Pag. 333-345.
- Chapela Mendoza, M. d. (2007). "Promoción de la salud. Un instrumento del poder y una alternativa emancipatoria". *Temas y Desafíos en Salud Colectiva* , pag. 1-15.
- Esteban, M. L., & Otxoa, I. (2010). "El debate feminista en torno al concepto de cuidados". *Boletín Ecos* , pag. 1-9.
- Felitti, K. (2011). *Madre no hay una sola: experiencias de maternidad en la Argentina*. Buenos Aires: Ciccus.
- Feltri, A. (2006). "Salud reproductiva e interculturalidad". *Salud Colectiva*.
- Fernández, J.M (2005) "La noción de violencia simbólica en la obra de Pierre Bourdieu" *Cuadernos de Trabajo Social*.
- Ferrandini, D. (2009). "El paciente y los cuidados progresivos". Secretaria de Salud de la provincia de Santa Fe. Sin editar
- Gallego Martínez, Josefina y otros. "El neonato prematuro hospitalizado: significado para los padres de su participación en la Unidad Neonatal" *en Artículo Origina. Rev. Latino-Am. Enfermagem Artículo Original nov.-dic. 2013. México*



- Garay, R. (2008). "El destino de ser madres: la ideología de la maternidad como soporte discursivo de las nuevas tecnologías reproductivas". En M. Tarducci, *Maternidades en el siglo XXI* (págs. 29-59). Buenos Aires: Espacio.
- Jelin, E. (2006). *Salud y Migración Regional. Ciudadanía, discriminación y comunicación intercultural*. Buenos Aires: Ides.
- Lagarde, M. (1993). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Mexico: UNAM.
- Lagarde, M. (2003). "Mujeres Cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción". *Abendua* , pag. 1-5.
- Larguía, M. (2012). *Maternidades Seguras y Centradas en la Familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación de modelo*. Buenos Aires: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia UNICEF.
- Lourdes, C. C. (1996). "Educación y salud de la mujer: reflexiones desde una perspectiva de género". *Salud Pública de México* , pag 217-222.
- Martínez, Ma. Elena y otra (2014) "Taller transversal I: metodología para la elaboración del trabajo final integrador" apuntes de cátedra. UNLP- Especialización en Géneros, Sexualidades y Educación.
- Menendez, E. (1985). "Aproximación crítica del desarrollo de la antropología médica en América Latina". *México: Nueva Antropología Vol VII, N° 28*.
- Menéndez, E. (2005). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". *Salud Colectiva* , pag 9-32.
- Menéndez, E. (1992) "La Antropología Médica" Universidad Autónoma Metropolitana. México
- Menéndez, E. (1988). "Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria". *Segundas Jornadas de Atención Primaria* (págs. 451-464). Buenos Aires: [www.psi.uba.ar](http://www.psi.uba.ar).
- Molinari, B. (2004-2005). "Reseña sobre Marcela Nari. Políticas de maternidad y maternalismo político. Bs As 1890-1940. Biblos 2004". *Trabajos y Comunicaciones. Memoria Académica Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación. UNLP* , pag 30 -31 .

- Muñoz, F. y otro (2011) Los Habitus de la paz. Teorías y prácticas de la paz imperfecta. *Colección Eirene N°30 . Universidad de Granada.*
- Nieto, R. y otros/as "Participación de las madres en el cuidado de los recién nacidos internados en un servicio de neonatología que aplica el modelo de Maternidad Centrada en la Familia". *Revista Hospitalaria Maternidad Ramón Sarda.* Buenos Aires Año 2011
- Nowicki, R. (2015). La profesión enfermera y los dispositivos de poder que subordinan su práctica dentro de las organizaciones sanitarias. *ALADEFE. Revista Iberoamericana de Educacion e Investigacion en enfermeria* , [www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com).
- Palomar Vereá, C. (2004). "Malas Madres: la contrucción social de la maternidad". *Debate Feminista* , pag 12-34.
- Palomar Vereá, C. (2005). "Maternidad: Historia y Cultura". *La Ventana* , 35-67.
- Papili, G. (2013). División Servicio Social Hospital J. B Iturraspe. *Trabajo Social en salud, nuevos espacios y desafíos cotidianos* (págs. 1-14). Reconquista: sin editar.
- Piazzesi, S., & Bolcatto, V. (2011). *Hospital Iturraspe 100 años.* Santa Fe: Ediciones UNL.
- Pozzio, M. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud.* Buenos Aires: Antropofagia.
- Vetere, P. E. (2006) *El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil de Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P.* [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.