



**FLACSO**  
ARGENTINA

MAESTRÍA EN ANTROPOLOGIA  
SOCIAL Y POLITICA

Dispositivo

Residencia Hospitalaria para Madres  
en una maternidad pública de la  
Ciudad de Buenos Aires.  
Prácticas y representaciones.

Autora: María Aurelia Gonzalez

Directora de Tesis: María Victoria Castilla  
Dra en Antropología

Año 2015

Dispositivo  
Residencia Hospitalaria para Madres  
en una maternidad pública de la  
Ciudad de Buenos Aires.  
Prácticas y representaciones.

María Aurelia Gonzalez  
[maureliagonzalez@gmail.com](mailto:maureliagonzalez@gmail.com)

Índices:	Página
Índice del Texto Principal	
Capítulo 1: Introducción.....	4
1.a La Metodología .....	7
Capítulo 2: Maternidad y Sector Salud.....	13
2.a Maternidad(es): La tensión naturaleza /sociedad .....	14
2.b La Institucionalización del parto y el contexto macro...	17
2.c Maternidades Seguras y Centradas en la Familia .....	23
Capítulo 3: Residencias Hospitalarias para Madres.	
3.a La invención de un Dispositivo. ....	34
3.b Creación de la primera Residencia Hospitalaria para Madres .....	41
Capítulo 4: Etnografía en una Residencia Hospitalaria para Madres .....	49
Capítulo 5: Lugares practicados. “Hay espíritus en la Residencia de Madres.” .....	71
Capítulo 6: Conclusiones finales.....	81
Bibliografía:.....	85

Índice de Figuras y Gráficos:	Página
Figura N° 1 .....	26
Figura N° 2 .....	28
Figura N° 3 .....	31
Tabla N° 1 .....	19
Tabla N° 2 .....	20
Tabla N° 3 .....	50

Anexos:

- 1- Diseño arquitectónico tipo de una Residencia para Madres.
- 2- Costo operativo funcionamiento de una Residencia para Madres
- 3- Objetivos y acciones para llevar adelante el Paso 6 de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia: Residencias Hospitalarias para Madres.

## Agradecimientos:

La realización del trabajo de campo que lleva a la escritura de esta tesis, ha sido una experiencia intensa e inmensa. El aprendizaje continúa y aquello que es posible de aprehender en términos de conocimiento, discursos y representaciones, deviene construcción colectiva. Mi profundo agradecimiento a todas las mujeres que me permitieron ser testigo de su lucha amorosa y decidida por la vida de sus pequeñas hijas e hijos internados desde el comienzo de la vida. A todo el equipo de salud que trabaja en la maternidad pública que me abrió las puertas para conocer e intentar comprender la lógica de la vida en ese escenario: especialistas de la medicina, voluntarias de la organización civil de la sociedad, representantes de enfermería, trabajadores sociales, miembros del servicio de salud mental, personal del área seguridad privada y muchos más, mi sincero reconocimiento.

Agradezco a mi Directora de Tesis, la Dra María Victoria Castilla por ser guía entusiasta en el laberíntico proceso de plasmar todo lo visto y oído, por su escucha y sus valiosos aportes que me permitieron ordenar el rumbo y disfrutar la tarea.

A mi marido que ofició de lector paciente, con comentarios siempre iluminadores, y a mis hijos, por el tiempo repartido y compartido entre la vida familiar, el trabajo y la tesis, por su colaboración en el armado final del documento y muy especialmente por el cariño y la compañía durante este recorrido.

Finalmente mi agradecimiento a los docentes y colegas de la Maestría en Antropología de Flacso, que me abrieron las puertas de un universo epistemológico nuevo y fascinante, obligándome a desandar lo conocido y a atreverme a mirar y escuchar desde rincones inexplorados, que me permitieron resignificar la palabra alteridad.

## Resumen:

Dentro de las políticas sanitarias actuales, los indicadores duros de natalidad y mortalidad adquieren enorme influencia. En ese escenario macro, la asistencia de niños nacidos prematuros que requieren intervenciones cada vez más complejas, es un punto emergente.. A la luz de nuevas estrategias integrales para abordar la atención de mujeres embarazadas y sus hijos, como el modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, adquiere relevancia un dispositivo institucional conocido como Residencia Hospitalaria de Madres. A partir del trabajo de campo en una maternidad pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se analizan los modos en que las mujeres usuarias se apropian de ese espacio y sus relaciones con demás actores institucionales. Se explora en las representaciones de cuidado y la construcción de experiencias de maternidad, que se desenvuelven en escenarios tecnologizados, atravesados por el discurso de la Biomedicina.

Palabras Clave: salud materno infantil, dispositivo institucional, representaciones de maternidad, residencia hospitalaria de madres.

## Summary:

Inside the current sanitary politics, the hard outcomes of birth rate and mortality acquire enormous influence. In this macro scenary, the assistance of premature bornchildren, who need more and more complex interventios, is an emergent point. In Argentina, there is recent health strategy to give interdisciplinary attention, based in human rights perspective, to pregnant women and her babies, wich is called Safe and Family Centered Care Maternity Hospital. This model proposes an institucional device known as Hospital Residence for Mothers, inside the Materintiy Hospital. The field work took place in a big public Maternity Hospital of Buenos Aires City. It analyzes the different ways that women users appropriate this space an her relations with other institucional actors. It explores the representations of care giving and the construction of maternity experience for these mothers, inside of very technological medical stages, crossed by the speech of the Biomedicine.

Key words: Maternal and Infant Health Care, Representations of Maternity about new born babies, Hospital Residence for Mothers.

# Capítulo 1

## Introducción

## Capítulo 1. Introducción.

La presente tesis se desarrolló en el contexto de la maestría de Antropología Social y Política de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, en Argentina.

El objetivo propuesto ha sido describir y analizar un recurso institucional originado en las maternidades públicas, conocido como Residencia Hospitalaria para Madres. En el transcurso del trabajo de campo, surgió la representación de *dispositivo institucional* para dar cuenta del mismo, que intento explorar y articular con las observaciones recogidas.

La formación previa como psicóloga y psicoanalista, con trabajo en terreno en instituciones de salud pública, ayudaba a la génesis de nuevos interrogantes respecto de las tensiones entre ciencia, medicina y subjetividad.

El recorrido epistemológico propuesto, intenta descentrar la escucha y la observación sobre ciertas áreas y prácticas naturalizadas en la actualidad e incluidas tanto en el engranaje institucional, como en los discursos políticos.

Ubico como punto de partida, el origen de las instituciones de salud que se sitúa en los pliegues de los bordes del poder médico o, para definirlo en términos foucaultianos, del Bio poder. En este horizonte normativo, el proceso de “institucionalización del parto”, adquiere un lugar central, a partir del cual se pueden observar elementos de continuidad y tensiones emergentes entre pacientes, médicos y cuidadores<sup>1</sup>.

Se entiende “por institucionalización del parto”, el conjunto de prácticas político sanitarias, mediante las cuales la atención del proceso que rodea al nacimiento de una persona, ha dejado de tener lugar en el ámbito domiciliario, para suceder en instituciones de salud que ofrecen equipamiento y recursos humanos formados para tal objetivo.

La antigua costumbre de nacer y morir en los hogares, fue progresivamente reemplazada con el avance del sanitarismo y de la epidemiología, en la primera mitad del siglo XX (Larguia, Lomuto, Gonzalez, 2006). Su correlato directo ha sido el descenso de la morbi-mortalidad materna neonatal, esto significa que acontecieron menos muertes y

---

<sup>1</sup> El término cuidadores incluye a enfermería, técnicos y especialistas que forman parte del entramado institucional y reproducen la asimetría propuesta desde el modelo médico hegemónico.

<sup>2</sup> Declaración de Fortaleza, 1985. OMS. “El Embarazo no es una enfermedad”.

<sup>3</sup> Definición de Perinatología: Es aquella especialidad que abarca en su estudio, prácticamente desde el momento de la concepción hasta el día 28 de vida del recién nacido. Es una nueva especialidad integrada



complicaciones en la asistencia perinatal en mujeres y niños a partir del giro asistencial. A pesar de sus innegables beneficios, el parto institucional trajo aparejados efectos indeseados. La incorporación de un enorme grupo de “población sana”, a instituciones de salud pensadas para el tratamiento de enfermedades infecto contagiosas, y hasta en algunas ocasiones, con costumbres asilares, se conoce como modelo hospitalocéntrico y representa aún hoy un obstáculo importante.

Las mujeres embarazadas y sus hijos no son por definición enfermos<sup>2</sup>, sin embargo son alojados bajo reglas idénticas, separados del resto de su familia mientras dure la internación obstétrica o neonatal, con horarios de visita muy restringidos y con un trato despersonalizado.

Este proceso de institucionalización del parto genera tensiones entre los actores involucrados (equipo de salud, familia, comunidad) y profundiza la medicalización del parto normal, la cual ha sido progresivamente naturalizada en pos de un mayor bienestar para las mujeres y sus hijos.

La inclusión en una maternidad pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, permitió aproximarme a lo cotidiano de sus prácticas, a las costumbres de quienes trabajan en la misma y conocer las tensiones presentes entre cuidadores y pacientes. Un sector de la institución me resultaba particularmente enigmático, por estar situado entre los límites del control médico y el acceso en apariencia libre, de la comunidad. Este sector suele ser jerarquizado por algunos miembros de la comunidad científica y desvalorizado por otros. Recibe visitas de organizaciones civiles, de representantes de otros hospitales y de funcionarios públicos, para conocer de cerca su estructura y funcionamiento; sin embargo resulta difícil de categorizar en el organigrama clásico de corte hospitalocéntrico. El mismo es conocido como “Residencia Hospitalaria para Madres” y está destinado a mujeres madres, cuyos hijos requieren permanecer internados en las áreas de neonatología por diversos motivos (entre los de mayor frecuencias se hallan los niños nacidos prematuros o con patologías severas). Su origen se sitúa en la Ciudad de Buenos Aires, a mediados del siglo XX, sin fecha precisa y con objetivos dinámicos que fueron definiéndose y variando con los avatares de la disciplina perinatología<sup>3</sup>. En la actualidad representa un objetivo político sanitario del interés de

---

<sup>2</sup> Declaración de Fortaleza, 1985. OMS. “El Embarazo no es una enfermedad”.

<sup>3</sup> Definición de Perinatología: Es aquella especialidad que abarca en su estudio, prácticamente desde el momento de la concepción hasta el día 28 de vida del recién nacido. Es una nueva especialidad integrada

ministerios de salud de la órbita Nación y de distintas provincias. Agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/PAHO) y UNICEF<sup>4</sup> Argentina, la mencionan como una estrategia oportuna y necesaria a incluir en el contexto de medidas generales que buscan la disminución de indicadores llamados “duros”, como son la mortalidad materna y neonatal/infantil.

Esta última organización de fuerte presencia en Latinoamérica, ha promovido campañas de colaboración económica en distintas regiones del país, para favorecer la construcción de nuevas residencias o mejorar las ya existentes.

Sin embargo, poco se ha indagado respecto de su creación y sus características, como tampoco sobre las tensiones que se expresan al interior de las mismas.

Este recurso institucional, presenta elementos constitutivos que permiten abordarlo y analizarlo como “Dispositivo Institucional”. Desde esta perspectiva se analizan los espacios físicos, disposición arquitectónica, recursos humanos, recursos presupuestarios, sistemas de regulación social, de cooperación y de jerarquías que se producen y reproducen en relación al mismo.

El trabajo de campo se realizó en una Maternidad Pública de la Ciudad de Buenos Aires que cuenta con una Residencia Hospitalaria para Madres, entre el año 2012 y 2014, en diferentes períodos. La misma es un centro de referencia de alta complejidad para la región y resto del país y es a la vez centro de formación de grado y posgrado para la mayoría de las especialidades allí representadas.

La institución asiste un promedio de 6500<sup>5</sup> partos anuales y a pesar de su enclave en la Capital Federal, el 70 % de los pacientes proviene de distintas áreas de la Provincia de Buenos Aires y el 40 % de las mujeres son migrantes. La atención es gratuita.

El trabajo de campo se desarrolló entre los años 2012 y 2014. En ese lapso, fue posible observar el ámbito físico, conocer prácticas, representaciones y tensiones entre quienes comparten el espacio y los agentes de salud. La participación en los encuentros en el comedor, particularmente durante el horario de las comidas principales facilitó poder

---

en forma interdisciplinaria por tocoginecólogos, obstetras, neonatólogos, pediatras ,cirujanos infantiles, psicólogos, psiquiatras, genetistas, embriólogos, toxicólogos, antropólogos y asistentes sociales. Red de Perinatología del Gobierno de la Ciudad de Bs. Aires, año 2007.

<sup>4</sup>PAHO/OPS.ORG.[http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS\\_ARG/pub63.pdf](http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/pubOPS_ARG/pub63.pdf).Publicación de Caso Exitoso y [www.UNICEF.org.ar](http://www.UNICEF.org.ar)

<sup>5</sup> Esta Maternidad Pública ha asistido más de 7000 partos anuales en años anteriores, desde hace dos años está en proceso de remodelación de las ares de atención de guardia obstétrica, quirófanos, salas de internación y centro obstétrico. Por tal motivo se han visto reducidas las plazas de internación y ha disminuido el número total de partos.

escuchar los discursos de las mujeres que allí se alojaban, sus modos de uso, sus expectativas, su relación con la maternidad y las representaciones de salud y enfermedad con las que operaban. Las entrevistas en profundidad tuvieron lugar donde el cuidado de sus hijos lo permitía. En algunas ocasiones ocurrían en el comedor en horarios tranquilos, otras en las habitaciones y en varias oportunidades dentro de la Unidad de Neonatología, al lado de las incubadoras de sus hijos.

Rescatando otros discursos, se plantearon entrevistas con los responsables institucionales del sector: voluntarias asignadas a Residencia de Madres, miembros con funciones jerárquicas dentro del grupo de voluntariado, médicos y médicas<sup>6</sup> residentes y médicos de planta del área de neonatología, enfermería, miembros del servicio de salud mental y trabajo social. En total se obtuvieron 20 entrevistas a distintos interlocutores, en diversos momentos del día y del año, con los matices que las urgencias hospitalarias y los eventos programados imprimen en esta población objetivo.

Se abordaron al mismo tiempo documentos y programas de intervención en salud materno infantil relacionados, que ayudaron a contextualizar el marco en el cual estos espacios generados al interior de las estructuras hospitalarias, han ido ganando visibilidad institucional.

Esta etnografía, da cuenta, en primer término, del reconocimiento de la estructura Residencia de Madres como un “Dispositivo”, que se moldea de acuerdo a las características de las instituciones en las que surgen o se imponen según de decisiones políticas del caso (capítulo 1). Se analizan prácticas y representaciones que usuarias y agentes de salud presentan sobre estas Residencias Hospitalarias. Se focaliza en las tensiones que surgen de la condición particular de permanencia en un hospital, excediendo las categorías clásicas de paciente o técnicos de la salud (capítulos 2 y 3). Se indaga en las nuevas subjetividades que surgen al interior de esta Residencia – Dispositivo Hospitalario al traspasar los límites taxativos y clásicos de la medicina del siglo XVIII y XIX, y sus secuelas en el inicio del Siglo XX, en escenarios sumamente tecnologizados (capítulo 4 y 5).

El tema de la reflexividad ha sido un punto de particular interés durante el transcurso del trabajo de campo, dado que el lugar donde se desarrolla la etnografía resulta

---

<sup>6</sup> Con el objetivo de agilizar la lectura, se utiliza el vocablo médicos o enfermeras, sin distinción de género, entendiendo en todos los casos que se alude a médicas y medicas, enfermeras y enfermeros, psicólogas y psicólogos, etc.

“próximo y distante” al mismo tiempo. Próximo por conocer la institución sanitaria y habitar en la misma ciudad que está emplazada. Distante, dado que la condición para vivir o usar la Residencia de Madres se relaciona con tener una hija o un hijo internado en la Unidad de Neonatología. Ante cada entrevista, se consideró la implicancia de los involucrados hablante/oyente, y la alteración de la interacción social en juego, considerando a “la entrevista como un hecho social en sí misma” (Wright,P. 2009). El investigador debe procurar expandir su punto de vista sobre determinada problemática, incorporando el punto de vista de los actores involucrados. Ser capaz de formular preguntas que contengan las categorías sociales de los entrevistados, requiere partir de la premisa de que los “universos culturales”, es decir, los modos en que un grupo de personas ha aprendido a ver, oír, hablar, pensar y actuar en su mundo social, los cuales resultan desconocidos a priori (Cardoso de Oliveira,1996). La atención flotante y la categorización diferida, son dos pilares de la “no directividad” que aseguran este proceso de reflexividad y aproximan al conocimiento de la perspectiva de los actores sociales.

Esta posición de trabajo es la que ha guiado la observación y las preguntas surgidas durante el trabajo de campo y la que espero poder reflejar en la presente comunicación.

## Capítulo 2

# Maternidad y Sector Salud

## Capítulo 2

### 2.a. Maternidad(es): La tensión naturaleza/sociedad.

Aproximarnos al concepto de maternidad, de inmediato nos enfrenta con una continua doble consideración: por un lado su característica de universalidad, fuertemente arraigada y proclamada, y por otro, sus variadas y complejas representaciones atravesadas por los matices históricos y culturales de las comunidades dentro de las cuales las mujeres son capaces de llevar adelante el proceso de embarazo, parto y puerperio.

Si bien se puede pensar en una universalidad factible de explicar por las condiciones biológicas que aseguran la reproducción de la especie, no existe una única forma posible de ejercer la función de madre (Badinter, 1982, Fernández, 1983).

La función de la maternidad está íntimamente ligada a la reproducción de la sociedad y la cultura. Mediante ella, las mujeres son trasmisoras de las reglas necesarias para la vida en sociedad; tanto en lo que se refiere a la reproducción de seres humanos, como a los patrones culturales, de género y categoría social, a través de creencias y mitos que ellas han hecho propias, para cumplir funciones que realizan como naturales y que por lo tanto no son reconocidas ni valoradas (Camacho R, 1997). En palabras de Bourdieu (citado en Hirsch, Amador Ospina, 2011), la familia representa “una ficción bien fundada” y un dispositivo que asegura su reproducción, donde nada parece más natural que la Maternidad.

En el intento de aprehender tan compleja y dinámica función, se han ensayado diversas definiciones posibles de “maternidad”. Entre ellas destacamos la que propone Lagarde, al decir que la maternidad puede ser 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 y en la muerte. La maternidad es sintetizada en el ser social y en las relaciones que establecen las mujeres aun cuando estas no sean percibidas a través de la ideología de la maternidad como maternales...” (Lagarde, M. 1993: 248).

Numerosas tensiones surgen al intentar abordar la función materna. Al tiempo que se la idealiza, glorifica y enaltece a través de la poesía, la pintura, homenajes, celebración de día especial, las mujeres permanecen sujetas a tabúes, embarazos obligatorios, padecen la marginación y subordinación (Valladares Mendoza, 2005).

Latinoamérica ha sido y es aún, escenario de reproducción de sociedades patriarcales<sup>7</sup>. Las mismas se caracterizan por una distribución desigual del poder entre hombres y mujeres. Los varones tienen preeminencia en uno o varios aspectos, tales como la determinación de las líneas de descendencia (filiación exclusivamente por descendencia patrilineal y portación del apellido paterno), la autonomía personal en las relaciones sociales, la participación en el espacio público –político o religioso- o la atribución de estatus a las distintas ocupaciones de hombres y mujeres determinadas por la división sexual del trabajo. La maternidad se exalta como ideal femenino, al mismo tiempo que se considera esta función como parte de la naturaleza femenina y se relegan las necesidades de la mujer, ubicándola mayoritariamente en una posición de subordinación. Elizabeth Badinter (1980), se destacó durante el transcurso de la mitad del último siglo, por su cuestionamiento a la naturalización de esta función, justificada históricamente sobre la base de la existencia del instinto materno. Se amplía el marco epistemológico de sustrato biologicista a la consideración del “deseo materno”, atravesado por las coordenadas históricas y sociales y las condiciones de subjetividad de cada mujer. Así entendido, el acto de “Maternar” no respondería entonces solo a la impronta genética, y este malestar echa a rodar en el mundo moderno, generando incómodos interrogantes.

En el cumplimiento de las demandas de la tarea maternal, las mujeres madres desarrollan estrategias de protección, cuidado y entrenamiento. De esta necesidad de pensar y actuar surge una disciplina propia, que ha dado lugar al otorgamiento de características especiales a las madres como el cuidado, la responsabilidad, la sensibilidad, la intuición, en tanto atributos propios de su “naturaleza o esencia

---

<sup>7</sup> Definición de Patriarcado : El patriarcado puede definirse como un sistema de relaciones sociales sexo-políticas basadas en diferentes instituciones públicas y privadas y en la solidaridad interclases e intragénero instaurado por los varones, quienes como grupo social y en forma individual y colectiva, oprimen a las mujeres también en forma individual y colectiva y se apropian de su fuerza productiva y reproductiva, de sus cuerpos y sus productos, ya sea con medios pacíficos o mediante el uso de la violencia.”(Definición del término que integra distintas corrientes del feminismo elaborada por Marta Fontenla, 2006).

femenina”. Estos supuestos esencialistas, se relacionan con el sistema de sexo género en Occidente, donde históricamente se ha atribuido el ámbito de la reproducción social a las mujeres. Los supuestos esencialistas identifican así a la maternidad con condiciones biológicas específicas de las mujeres como el embarazo, el parto y la lactancia. Al importante énfasis otorgado a la lactancia materna por sus consecuencias sobre la nutrición, el sistema inmunológico o el desarrollo de los niños, particularmente luego de la “propuesta pausteriana”, se agregó la valoración afectiva del acto de amamantar, sumando así un elemento constitutivo de las representaciones de la buena maternidad. La lactancia se constituye así en una bisagra entre los discursos médicos y las experiencias de las madres. (Castilla,2005).

A partir de este horizonte normativo, las mujeres y las instituciones en general, van creando y recreando las representaciones posibles de maternidad.

Diversos estudios hacen énfasis en la necesidad de indagar sobre el fenómeno de la construcción de una otredad materna, de la maternidad en la vulnerabilidad y la exclusión, de una maternidad entendida como una experiencia de convivencia social en el marco de los procesos de individualización, atravesada por las desigualdades que caracterizan a las sociedades latinoamericanas. (Romero, 2001; Castilla, 2009).

El concepto Maternidad así entendido, 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.

En la búsqueda de un consenso nacional de políticas de salud sexual y reproductiva, continúan aún vigentes las discusiones respecto de: los cuidados anticonceptivos como parte de la obligación del estado, las muertes inseguras (por falta de disponibilidad de sangre segura y de intervenciones médicas de emergencia), así como el debate respecto de la interrupción electiva del embarazo (Asumen,2009). En la actualidad, la mayoría de las mujeres madres continúan siendo las principales encargadas del bienestar de los hijos, comparten un mismo modelo de representación de maternidad y se enfrentan a un debilitamiento de las redes de contención y solidaridad tanto comunitarias como familiares. Sus maternidades se desenvuelven en el marco de un estado que brinda políticas focalizadas y poco eficaces, y una estructura social caracterizada por marcadas desigualdades en la distribución de recursos (Lupica, 2010).



## 2. b *La Institucionalización del parto y el contexto macro.*

El interés de los Estados en relación a la maternidad, se refleja con frecuencia en políticas demográficas y sanitarias. La maternidad puede ser alentada en términos de incremento de la natalidad, o bien de su control, de acuerdo al interés histórico de cada época. La Salud Pública a través de sus organismos de gestión, está alerta a los indicadores crudos de natalidad y de mortalidad materna<sup>8</sup> e infantil, los que dan cuenta de las prácticas, valores y moralidades a las que asocian en cada contexto social.

El proceso de *institucionalización del parto*, mencionado anteriormente, significó un salto importante en las tasas de sobrevivencia de mujeres y niños, al igual que la disminución de la morbilidad en ambos. Sin embargo, favoreció la medicalización del parto normal y más recientemente el aumento del número de cesáreas, considerada una “nueva patología” extendida<sup>9</sup>. En este horizonte, surgen las tensiones entre los actores involucrados: familia, comunidad y equipo de salud.

Particularmente para la región de Latinoamérica, se insiste en la importancia del control del embarazo y un parto institucional, como estrategia para la reducción de las muertes maternas y neonatales; al mismo tiempo que se busca identificar y reemplazar aquellas prácticas medicalizadas, de modo de problematizar y favorecer transformaciones respecto de las mismas. El parto domiciliario sigue presentando una alta tasa de complicaciones perinatales en Latinoamérica<sup>10</sup>, cuando no se cuenta con el apoyo de recursos estratégicos. Las prácticas medicalizadas de mayor frecuencia han sido

---

<sup>8</sup> La Organización Mundial de la Salud (WHO,2003) define **la mortalidad materna** como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”. Por lo general se hace una distinción entre «muerte materna directa» que es resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su manejo, y una «causa de muerte indirecta» que es una muerte asociada al embarazo en una paciente con un problema de salud pre-existente o de reciente aparición. Otras defunciones ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo se denominan *accidentales, incidentales* o *no-obstétricas*.

<sup>9</sup>OMS,(WHO)PAHO.[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10646%3Ala-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10646%3Ala-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=1926&lang=es) ultima entrada 13/2/15.

<sup>10</sup>WHO, 2006.[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/maternal\\_perinatal/es/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/es/) Ultima entrada 13/2/15

descriptas como “prácticas perjudiciales” por organismos internacionales consultivos en salud reproductiva (WHO/PAHO) y entre ellas se incluyen: posición en litotomía, venoclisis de rutina, rasurado de rutina, episiotomía sin indicación estricta y alta tasa de cesáreas entre otras.

El foco sobre la mortalidad materna, se debe a que es considerado un *evento centinela* que vigila la calidad de los sistemas de salud en los estados y países del mundo. Hay factores asociados a la muerte materna que no implican un buen o mal estado de salud general, como son el aborto provocado y las muertes relacionadas a la violencia contra la mujer. Se reconoce que los datos recibidos de mortalidad materna son una importante minoría de los eventos reales, ya que menos del 40% de los países miembros de la OMS reportan de manera correcta, sistemática y en forma verificable sus niveles de mortalidad materna.<sup>11</sup>

Existe un contexto macro dentro del cual las Naciones Unidas establecen en el año 2002, un plan de acción con metas a alcanzar para el año 2015, cuyos objetivos se conocen como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Entre ellos el Objetivo 4 corresponde a reducir la mortalidad en niños menores de 5 años y el Objetivo 5 a mejorar la salud materna<sup>12</sup>.

La meta establecida por Argentina para reducir las muertes maternas (ODM 5) parte de una razón de Mortalidad Materna en 1990, de 52/100.000 nacidos vivos y espera una reducción del 75 % para el año 2015. En el año 2009, 410 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo y el puerperio, lo que representa 55/100.000 nacidos vivos, esta tendencia no muestra mejoras y sino incluso un ascenso respecto a 1990 y no es compatible con el logro de la meta (ACR, Unicef, 2011). Según datos de la Dirección

---

<sup>11</sup> A nivel mundial, aproximadamente un 80% de las muertes maternas son debidas a causas directas. Las cuatro causas principales son las hemorragias intensas (generalmente puerperales), las infecciones (septicemia en la mayoría de los casos), los trastornos hipertensivos del embarazo (generalmente la eclampsia) y el parto obstruido. Las complicaciones del aborto peligroso son la causa de un 13% de esas muertes. Entre las causas indirectas (20%) se encuentran enfermedades que complican el embarazo o son agravadas por él, como el paludismo, la anemia, el VIH/SIDA o las enfermedades cardiovasculares (WHO, 2003).

<sup>12</sup> El Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas fue encargado en el año 2002 por el Secretario General de las Naciones Unidas para preparar un plan de acción concreto para que el mundo pueda alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el año 2015 y erradicar la extrema pobreza, el hambre y las enfermedades que afectan a miles de millones de personas. En 2005, el órgano asesor independiente presidido por el profesor Jeffrey Sachs, presentó su recomendación final al Secretario General en un volumen de síntesis “*Invirtiendo en el desarrollo: un plan práctico para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*” <http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml> (última entrada 15/2/15).

de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación sobre Mortalidad Infantil y Materna en Argentina en el año 2013 se registraron:

- 754.603 Nacidos vivos, que corresponden a una tasa de 17,9 0/000
- 245 Muertes Maternas, tasa de 3,2 0/000
- 8174 Muertes infantiles, tasa de 10,8 0/000

Como se observa en la Tabla 1, la tasa de mortalidad materna más alta se registra en la provincia de Formosa, sin variaciones significativas en los últimos cinco años y la menor se registra en C.A.B.A con 1,6 mostrando el amplio rango de diferencias existentes entre regiones.

Con respecto a la tasa de natalidad, Formosa alcanza un 21 % sobre el total del territorio, aunque se acompaña también de una mortalidad infantil muy alta, al igual que la registrada en las provincias de Corrientes, Jujuy y Chaco, seguidas del Aglomerado de partidos de la Provincia de Bs As.

Tabla 1: Indicadores de Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna. República Argentina, 2013. Fuente. Ministerio de Salud de la Nación. DEIS.

TABLA 1: INDICADORES DE NATALIDAD, NUPCIALIDAD, MORTALIDAD GENERAL, INFANTIL Y MATERNA POR JURISDICCION DE RESIDENCIA.

REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2013

JURISDICCION DE RESIDENCIA	POBLACION	NACIDOS VIVOS	MATRI- MONIOS	DEFUNCIONES			TASA DE NATALIDAD	TASA DE NUPCIALIDAD	TASA DE MORTALIDAD		
				TOTALES	INFANTILES	MATERNAS			GENERAL	INFANTIL	MATERNA
REPÚBLICA ARGENTINA	42.202.935	754.603	123.810	326.197	8.174	245	17,9	2,9	7,7	10,8	3,2
Ciud. Aut. de Buenos Aires	3.044.076	43.615	11.642	32.133	390	7	14,3	3,8	10,6	8,9	1,6
Buenos Aires	16.289.599	289.451	44.411	133.035	3.180	86	17,8	2,7	8,2	11,0	3,0
Partidos del Aglom. GBA	...	205.610	29.371	83.918	2.367	64	...	...	...	11,5	3,1
Catamarca	389.256	6.570	859	2.384	64	1	16,9	2,2	6,1	9,7	1,5
Córdoba	3.489.669	55.965	9.884	28.755	540	13	16,0	2,8	8,2	9,6	2,3
Corrientes	1.049.325	19.899	2.120	6.880	296	15	19,0	2,0	6,6	14,9	7,5
Chaco	1.117.953	22.296	3.028	7.250	258	11	19,9	2,7	6,5	11,6	4,9
Chubut	545.656	10.076	1.839	3.085	94	4	18,5	3,4	5,7	9,3	4,0
Entre Ríos	1.295.121	22.371	3.847	10.065	206	6	17,3	3,0	7,8	9,2	2,7
Formosa	568.331	11.957	1.690	3.537	170	11	21,0	3,0	6,2	14,2	9,2
Jujuy	710.121	13.165	2.050	4.231	156	1	18,5	2,9	6,0	11,8	0,8
La Pampa	336.706	5.650	833	2.608	56	2	16,8	2,5	7,7	9,9	3,5

Con respecto a la Tasa de Mortalidad Infantil en el país, que se corresponden con el ODM 4, (Mortalidad infantil: niños fallecidos menores de un año sobre nacidos vivos x 1.000), ésta presenta una tendencia descendiente en los últimos años<sup>13</sup>, sin embargo la brecha entre provincias sigue siendo una enorme preocupación a considerar, tal como se observa en la Tabla 2<sup>14</sup>. Por ejemplo, el riesgo de muerte en el primer año de vida es casi tres veces mayor en Formosa que en Tierra del Fuego.

Tabla 2: Indicadores de Nacidos Vivos por Edad gestacional y peso al nacer. Año 2013. Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. DEIS.

<sup>13</sup>La tasa de mortalidad infantil en Argentina, disminuyó 0,8 o/oo en el año 2008 vs. el año 2007 debido a un descenso leve (0,2 o/oo) de la Tasa de Mortalidad Neonatal y algo mayor en la Tasa de Mortalidad Post Neonatal (0,6 o/oo). Fuente ASUMEN, 2011.

<sup>14</sup> De las 24 Jurisdicciones del país, 9 han aumentado sus Tasas de Mortalidad Infantil en el trienio (2006-2008) especialmente en el componente neonatal precoz. Fuente ASUMEN, 2011

TABLA 8: NACIDOS VIVOS REGISTRADOS SEGUN INTERVALO DE PESO AL NACER Y DE EDAD GESTACIONAL, POR JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE. REPUBLICA ARGENTINA - AÑO 2013

JURISDICCION DE RESIDENCIA DE LA MADRE	TOTAL NACIDOS VIVOS	INTERVALO DE PESO Y DE EDAD GESTACIONAL											
		Menos de 2500 gramos				2500 gramos y más				Sin especificar			
		Subtotal	< 37 semanas	37 sem. y más	Sin espec.	Subtotal	< 37 semanas	37 sem. y más	Sin espec.	Subtotal	< 37 semanas	37 sem. y más	Sin especificar
REPUBLICA ARGENTINA	754.603	55.373	34.847	19.894	632	691.741	28.945	655.630	7.166	7.489	748	3.077	3.664
Ciud. Aut. de Buenos Aires	43.615	3.109	2.139	933	37	40.203	1.274	38.518	411	303	17	145	141
Buenos Aires	289.451	21.361	13.169	7.814	378	262.519	12.055	247.083	3.381	5.571	640	2191	2.740
Partidos del Aglom. GBA	205.610	15.220	9.434	5.523	263	186.239	8.487	175.168	2.584	4.151	517	1750	1884
Catamarca	6.570	434	266	163	5	6.117	147	5.933	37	19	3	14	2
Córdoba	55.965	3.963	2.646	1.297	20	51.720	1.673	49.773	274	282	18	209	55
Corrientes	19.899	1.416	864	495	57	18.404	712	16.788	904	79	2	45	32
Chaco	22.296	1.711	1.133	565	13	20.306	866	19.181	259	279	5	65	209
Chubut	10.076	607	429	178	0	9.466	303	9.161	2	3	1	2	0
Entre Ríos	22.371	1.679	1.018	648	13	20.632	1.379	19.148	105	60	4	17	39
Formosa	11.957	865	506	357	2	11.055	560	10.484	11	37	0	0	37
Jujuy	13.165	842	542	299	1	12.322	351	11.968	3	1	0	1	0
La Pampa	5.650	402	272	130	0	5.247	147	5.098	2	1	0	0	1
La Rioja	6.257	425	280	144	1	5.826	147	5.663	16	6	0	6	0
Mendoza	34.525	2.306	1.444	861	1	32.207	777	31.420	10	12	0	4	8
Misiones	25.508	1.821	1.069	694	58	23.366	1.083	21.162	1.121	321	18	125	178
Neuquén	11.210	689	527	162	0	10.517	419	10.095	3	4	1	1	2
Río Negro	12.144	805	585	218	2	11.311	514	10.737	60	28	5	18	5
Salta	27.313	1.891	1.281	609	1	25.416	907	24.488	21	6	0	1	5
San Juan	14.894	1.011	594	416	1	13.883	223	13.656	4	0	0	0	0
San Luis	7.717	546	376	170	0	7.075	297	6.776	2	96	0	3	93
Santa Cruz	5.969	347	245	98	4	5.577	241	5.256	80	45	2	24	19
Santa Fe <sup>(1)</sup>	56.379	5.452	2.979	2.454	19	50.884	2.299	48.409	176	43	6	34	3
Santiago del Estero	17.092	1.050	688	358	4	15.932	1.128	14.751	53	110	9	99	2
Tucumán	29.399	2.262	1.527	723	12	27.025	1.249	25.573	203	112	16	60	36
Tierra del Fuego	2.849	173	129	44	0	2.676	116	2.559	1	0	0	0	0
Otros Países	394	33	19	13	1	360	9	349	2	1	0	1	0
Lugar no especificado	1.938	173	120	51	2	1.695	69	1.601	25	70	1	12	57

El análisis epidemiológico de la variable mortalidad infantil, ha demostrado que el principal componente de este indicador es la defunción de los niños menores de un año de vida, muy especialmente los niños recién nacidos durante el primer mes de vida (neonatos) (Tabla 2). Es por tal motivo que se busca abordar integralmente la problemática de la prematuridad ya que el 50% de los niños que mueren en la etapa neonatal (que abarca hasta el día 28 luego del nacimiento) son **prematuros** y representan el 83 % del total de defunciones infantiles. Se considera que más de la mitad de estas muertes (57,8 %) podrían haberse evitado con buen control del

embarazo y atención adecuada durante el parto, junto a tratamiento y diagnóstico oportuno (Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, 2008).<sup>15</sup>

Se entiende por *prematurez*, el nacimiento de un niño antes de las 37 semanas de edad gestacional, según la definición de la OMS<sup>16</sup>. De acuerdo a lo señalado anteriormente, la prematurez es un tema prioritario en la agenda pública en salud tanto para los Ministerios de Salud de CABA, Provincia de Buenos Aires y de la Nación, como para agencias internacionales del alcance de OPS/OMS, UNICEF, Alianza Every New Born, entre otros.

Las variables que influyen son múltiples, y van desde las dificultades en el acceso al sistema de salud, que obstaculiza el control precoz del embarazo hasta cuestiones clínicas que requieren el abordaje de centros especializados en perinatología, sumado a barreras edilicias y culturales.

Respecto de los obstáculos mencionados, es necesario ubicar el valor que representa el desconocimiento de las representaciones de la maternidad que puedan operar en la población, al mismo tiempo que su rechazo a la imposición del discurso médico hegemónico, lo cual lleva a desaprovechar oportunidades en la toma de decisiones más eficaces. Es oportuno citar aquí los aportes de Fassin (2004), cuando establece que la salud es claramente un producto social, pues es la sociedad la que define lo que posee salud o más bien, da una expresión sanitaria a ciertas realidades en lugar de otras. “Lo viviente humano” (Fassin,2004), resulta de un interjuego entre naturaleza y cultura y la salud pública es el escenario cotidiano de la puesta en práctica de esta mediación. A menudo la noción de riesgo que se utiliza desde el enfoque médico tradicional para categorizar la asistencia en salud, resulta una mediación insuficiente entre naturaleza y cultura (Douglas, 1992).

En Argentina, a partir de la crisis de 2001-2002, tuvo lugar un proceso de recuperación en el proceso sostenido del crecimiento y del empleo. En este contexto, los desafíos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y mejorar las

---

<sup>15</sup> De acuerdo con el panorama que refleja la complejidad de las estadísticas, la situación del país no ha cambiado sustantivamente respecto al cumplimiento del Objetivo del Milenio (ODM) 4: Reducir la Mortalidad de menores de 5 años a las 2/3 partes entre 1990 y 2015, como así tampoco en el cumplimiento del ODM 5: Reducir la Mortalidad Materna las 3/4 partes entre 1990 y 2015, que permanece con serias dificultades para lograr su logro. Fuente ASUMEN, 2011.

<sup>16</sup> Recién Nacidos Prematuros o Pretérminos: niños nacidos antes de la semana 37 o con peso de nacimiento menor a 2000 g. Recién Nacidos Prematuros Extremos: aquellos en condiciones muy vulnerables cuyo peso de nacimiento es inferior a 1500 g. Suelen requerir importante ayuda en terapia respiratoria, dada la inmadurez de sus órganos y en la organización de sus funciones vitales. OMS. [www.oms.org](http://www.oms.org) (<http://www.who.int/es/>)

condiciones sociales, resultan significativos, en especial cuando se considera la situación de los sectores urbanos de mayor pobreza y de las regiones del norte del país, así como los indicadores específicos de la niñez y de la salud de la mujer. El núcleo de población de mayor vulnerabilidad está representado por niños y niñas con algún tipo de discapacidad, los de familias de migrantes y los de los sectores rurales marginados. En muchas comunidades indígenas, especialmente de wichís, tobas y mbya guaraníes, el acceso a algunos de los derechos fundamentales de las mujeres en edad fértil, niñas y adolescentes, resulta muy limitado (ACR Unicef, 2011).

Desde una perspectiva antropológica, M. Lorenzetti advierte sobre la “cesura” que desagrega a la población indígena, la cual deviene *objeto* de intervención, en carácter de su vulnerabilidad, y *sujeto* en tanto se le reconoce derechos y prerrogativas específicas.

El reconocimiento de los indígenas como “sujetos de derecho” y las formas actuales de gobierno de la vida que tienen a dicho sector de la población como destinatario, plantean la necesidad de una “adecuación cultural” de los servicios y las intervenciones sanitarias, dentro de las cuales la atención materno infantil es una de las más visibles. Tal concepción conllevaría un pasaje de las intervenciones de carácter “tutelar” hacia otras de “agencia” y “empoderamiento”, que promuevan la participación y el involucramiento de los beneficiarios (Lorenzetti, 2011).

Las razones más frecuentes descriptas por decisores y agencias de salud, en relación a porqué las mujeres embarazadas, en especial en zonas de áreas rurales, no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, incluyen el costo, el temor y el mal trato recibido, sumados al tiempo de espera, vergüenza y distancia al centro asistencial más cercano<sup>17</sup>. Sin embargo, si la salud es concebida como una producción social, implica por consiguiente, reconocer el trabajo activo que diferentes sectores sociales realizan para definir qué es la salud o bien para dar una expresión sanitaria a ciertos problemas (Lorenzetti, 2011, Hirsch, 2011). Tal concepción conllevaría un pasaje de las intervenciones de carácter “tutelar” hacia otras de “agencia” y “empoderamiento”, capaces de promover la participación y el involucramiento de los beneficiarios (Lorenzetti, 2011).

En términos de Foucault (2002), podemos observar cómo diversas agencias ejercen un

---

<sup>17</sup> Hirsch y Amador Ospina (2011) refieren que en la actualidad, a diferencia de lo que acontecía hace tres décadas atrás, entre las mujeres guaraníes de la zona de Tartagal, Salta, el 90 % de los partos son hospitalarios y el 90 % de las mujeres han hecho al menos dos controles prenatales. Prácticas consecuencia de la influencia de programas materno infantiles en la región.

poder sobre la vida a través de la administración, la vigilancia y el control de los cuerpos, en clave de lo que él dio en llamar biopoder. Así, el saber médico opera con una modalidad de poder experto y productivo que se articula con las instancias ideológica, técnica y administrativa tendientes a la normalización de los comportamientos de la población; en este caso, de la sexualidad y la reproducción de las mujeres.

## *2.c Maternidades Seguras y Centradas en la Familia*

En la actualidad, cobra relevancia como alternativa al modelo sanitario clásico, “el paradigma de la atención centrada en la persona” y su correlato en el área materno-neonatal, conocido como “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (MSCF).

Esta iniciativa propone abordar las prácticas en salud materno infantil, en un marco de protección de los derechos de las personas y con especial enfoque en la interculturalidad (Larguía, 2006; Ortiz, Larguía, 2010; 2012).

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna (Ortiz, Larguía, 2012).

El enfoque MSCF, a partir de su segunda edición (2012), incluye el enfoque de salud intercultural, definiendo la *interculturalidad* como: la coexistencia de culturas y discursos, sin predominio hegemónico de uno sobre el otro. “*La perspectiva intercultural busca articular las diferencias, no eliminarlas: aspira a fomentar la unidad en la diversidad. La interculturalidad en salud es una práctica democratizadora, que implica la “capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional”* (UNICEF, *Manual de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, 2012: 26*).

UNICEF promueve la incorporación de la perspectiva intercultural en las prácticas



cotidianas del personal de los servicios de salud, para contribuir así a la aplicación efectiva del enfoque de derechos en el campo de la salud, principalmente en los contextos interétnicos que son característicos de muchas provincias argentinas.

La perspectiva intercultural en las maternidades implica reconocer la existencia de embarazadas, madres y familias que son portadoras de culturas diferentes a la cultura argentina o criolla, sea porque pertenecen a pueblos indígenas<sup>18</sup> preexistentes al Estado argentino o por ser familias provenientes de países vecinos como Bolivia, con origen en los pueblos Quechua, Aymara, Guaraní y migrantes en general. En contextos interétnicos, como los que hay en Argentina, es necesario que los 10 pasos para la implementación del modelo MSCF sean transversalizados con el enfoque intercultural como un derecho que permita la pertinencia cultural de las acciones, componentes y dispositivos que se desarrollan en las maternidades durante el proceso de embarazo, parto y post parto.

En este punto es importante destacar como el concepto de “salud intercultural” ha implicado un re-ordenamiento de las diferencias definidas en clave “cultural”. De este modo, tienen lugar toda una serie de intervenciones socio-sanitarias, inscriptas en la “interculturalidad” como nuevo paradigma de gestión de alteridad, y han dado lugar a que ciertas nociones de “salud”, “espacios terapéuticos” “procesos de salud-enfermedad-atención”, entre otras, hayan sido puestas en discusión (Lorenzetti, 2011). A partir de tales iniciativas se plantea la necesidad de una “adecuación cultural” de los servicios y las intervenciones, que aún deben ser analizadas en el interjuego de las relaciones entre reconocimiento de identidades y los discursos dominantes (Fontan, 2005; Hirsch, 2008).

El cambio de modelo de una maternidad tradicional a una MSCF presenta complejidades de distintas dimensiones:

- Incluye distintos componentes que actúan a lo largo del proceso de atención de la embarazada, desde su primer contacto con la maternidad hasta que su hijo o hija es dada de alta en el seguimiento ambulatorio.
- El logro de los resultados depende de cambios que deben alcanzarse a distintos

---

<sup>18</sup> Pueblos Indígenas : se entiende como tal, a aquellas personas y comunidades que descienden de las poblaciones “que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conserven todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. Convenio 169 de la OIT.

niveles del sistema: en la cultura, la estructura y el funcionamiento de la organización; en la conducta de los miembros del equipo de salud e, incluso, en la de las madres y sus familiares.

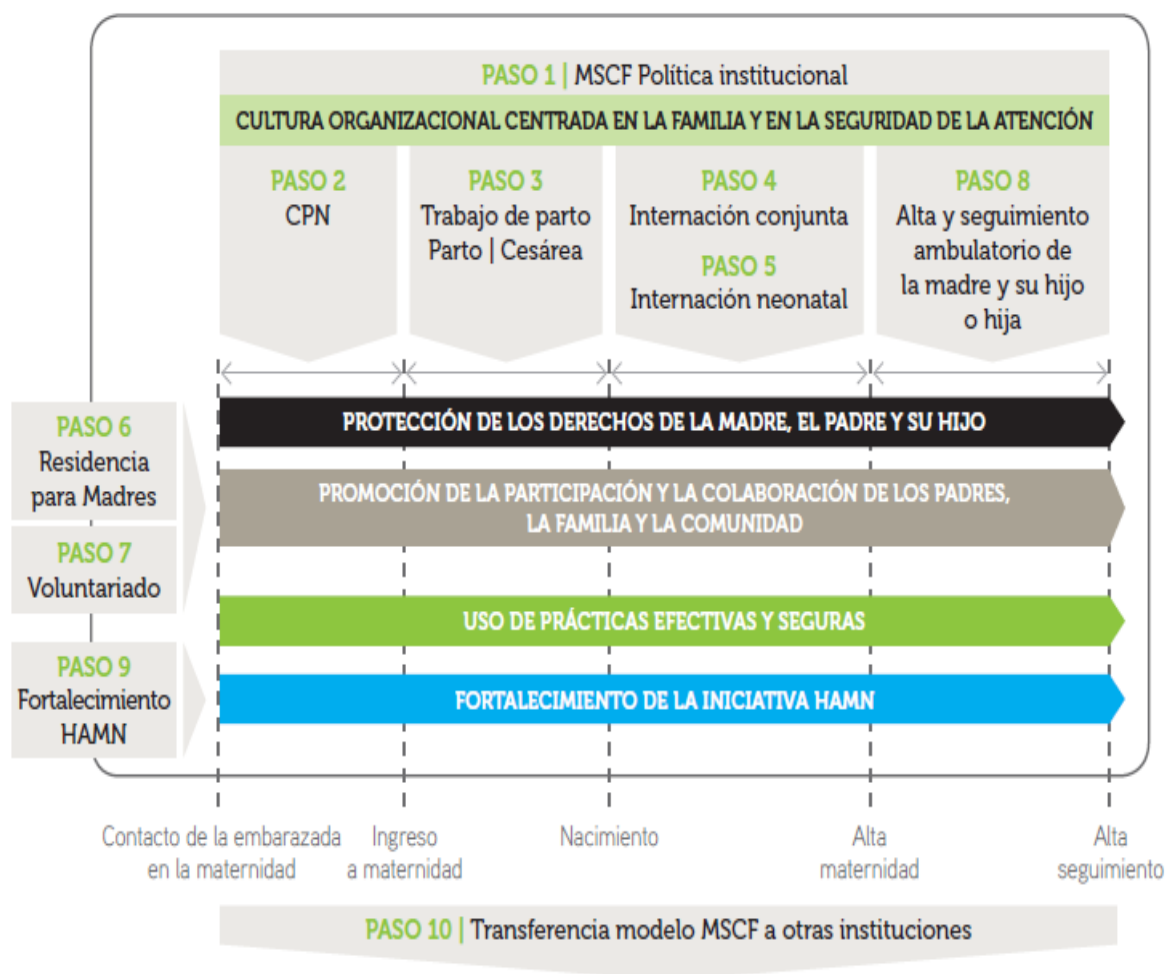
- Los resultados son de distinta índole: algunos están relacionados con la efectividad del proceso de atención y otros con la protección de los derechos de los padres y del niño recién nacido.

La conceptualización de la iniciativa MSCF plantea un “cambio de paradigma que suma lo humanístico al progreso tecnológico”(UNICEF2012). Es coherente con el pensamiento universal vigente, que tiende cada vez más a una medicina centrada en el paciente y en su familia, y en la seguridad del paciente. Las actuales prioridades reconocidas universalmente en relación con el futuro de la medicina se refieren, fundamentalmente, a dos aspectos: la medicina centrada en el paciente y la seguridad del paciente. El modelo MSCF es coherente con ambas prioridades. El paciente es la mujer embarazada, su hijo antes y después de nacer, y su familia, entendida como toda configuración vincular en la cual exista al menos un adulto responsable a cargo de los menores del grupo. Las familias presentan en la actualidad formas dinámicas y variadas a partir de las cuales son capaces de cumplir con su función. Representan, así, la unidad mínima funcional del tejido social.

Este modelo MSCF abarca 10 pasos, que comprenden las distintas etapas y aspectos de la atención de la embarazada, desde su primer contacto con los servicios de salud hasta el alta del RN en el seguimiento ambulatorio. Los pasos se enlazan a su vez a cinco ejes conceptuales que los atraviesan (Figura 1). Los ejes son:

- 1- Una cultura organizacional centrada en la familia y en la seguridad en la atención.
- 2- La protección de los derechos de la madre, el padre y sus hijas o hijos.
- 3- Promoción de los padres, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y su hija/o durante el embarazo, parto y puerperio.
- 4- Uso de prácticas efectivas y seguras.
- 5- Fortalecimiento de otras iniciativas, especialmente la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño.

**Figura 1: Ejes y pasos del Modelo MSCF.**



El avance de la Iniciativa “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (MSCF), enfatiza la asistencia institucional del embarazo, parto y puerperio, mientras propone a una redefinición de las instituciones vigentes, tanto en términos físicos y arquitectónicos, como ideológicos. El cambio de cultura organizacional tiene una frase de cabecera que dice: *“Los verdaderos protagonistas en las maternidades, son las mujeres y sus hijos, antes y después de nacer, en el contexto de sus grupos familiares”* (Larguía, 2006; Ortiz, Larguía, 2012; UNICEF, 2009). Utiliza la conceptualización de “usuario” del sistema de salud, que representa un giro respecto del modelo tradicional médico hegemónico que reserva al paciente un rol pasivo y un marcado protagonismo paternalista del saber médico.

Los antecedentes del modelo tienen lugar en el Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Allí se desarrolló a lo largo de los últimos 35 años, de manera progresiva, aunque no planificada o anticipatoria. En los últimos años se comenzó a estructurar su marco teórico, con el fin de compartirlo, mejorarlo y

*Gonzalez Ma. Aurelia. Dispositivo Residencia Hospitalaria para Madres en una maternidad pública de la Ciudad de Buenos Aires. Prácticas y Representaciones. Tesis de Maestría Antropología Social y Política, FLACSO, Argentina. 2015.*

replicarlo. Así convoca el interés de agencias como PAHO, que la recomienda como “práctica exitosa” para sus referentes en América Latina y de UNICEF, Argentina.

UNICEF se involucra en la implementación, entendiendo el modelo MSCF como una estrategia para alcanzar las metas del ODM 4 y 5. Propone replicar el modelo en el resto del país en el año 2010 y continuar hasta el año 2015, en alianza con el Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios de salud provinciales de las provincias que suscriben su acuerdo, muy especialmente la Provincia de Buenos Aires. La meta para finales del año 2015 es alcanzar a las 100 maternidades que atienden más de 1.000 partos anuales, adheridas a la iniciativa MSCF (Figura 2).

**Figura 2: Mapa actualizado: Febrero 2015, acciones de Unicef Argentina en MSCF**

*Fuente: [www.unicef.org.ar](http://www.unicef.org.ar)*



Hasta 2014, existían 102 maternidades adheridas a la iniciativa de ser Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, beneficiando a un total 222.984 recién nacidos por año, que representan el 53% de los nacimientos del sector público. Actualmente, 5 de cada 10 niños y niñas nacen en una maternidad del sector público que se comprometió y está trabajando para transformarse en MSCF.<sup>19</sup>

*- Residencias para madres como parte de MSCF*

<sup>19</sup> [http://www.unicef.org/argentina/spanish/health\\_nutrition\\_childhood\\_21378.htm](http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm).

La primera y más grande Residencia Hospitalaria para Madres, creada en el país, corresponde a la Maternidad Sardá, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde el Ministerio de Salud de la Nación, junto con UNICEF, se toma como antecedente para replicar y mejorar en el resto del país. En el año 2012 se relevaron 73 de las 98 maternidades sumadas al proyecto de MCSF, revelando que el 42% no disponía de residencias para madres. De estos 31 establecimientos, 17 se encuentran ubicados en la provincia de Buenos Aires y 5 en la provincia de Santa Fe. Aún entre aquellas maternidades que sí disponen de residencias para madres, muchas necesitan mejoras edilicias y en equipamiento.

Desde 2011, una empresa privada ligada a una cadena de farmacias se une a esta iniciativa contribuyendo para que un total 18 maternidades, 10 ubicadas en la provincia de Buenos Aires, 3 en la provincia de Córdoba, 1 en la provincia de Catamarca, 2 en la Provincia de Jujuy, 1 en Mendoza y 1 en Santiago del Estero, puedan realizar refacciones y contar con equipamiento necesario en sus residencias. Resulta interesante como aspecto a destacar la participación del sector privado en la mejora de instalaciones y recursos de establecimientos de la salud pública, que dependen del gerenciamiento y responsabilidad del Estado. La empresa contribuyente establece como objetivo único de la recaudación, la construcción o mejora de Residencias de Madres en instituciones de salud pública. Explicita que los fondos no pueden dirigirse a otras actividades u objetivos.

En la actualidad se han concretado mejoras en las siguientes maternidades, de acuerdo a datos publicados en el portal de la agencia UNICEF.

#### Provincia de Buenos Aires

- Hospital zonal general de agudos Dr. Enrique Erill, Escobar
- Hospital zonal de agudos Gobernador Domingo Mercante, José C Paz
- Instituto Maternidad Santa Rosa, Vicente López
- Hospital interzonal general de agudos Vicente López y Planes, Gral. Rodríguez
- Hospital interzonal general de agudos Dr. Paroissien, La Matanza
- Hospital zonal general de agudos descentralizado Virgen del Carmen, Zárate
- Hospital interzonal general de agudos San Felipe, San Nicolás
- Hospital zonal general de agudos descentralizado Evita Pueblo, Berazategui
- Hospital interzonal especializado materno infantil Don Victorio Tetamanti, Mar del Plata

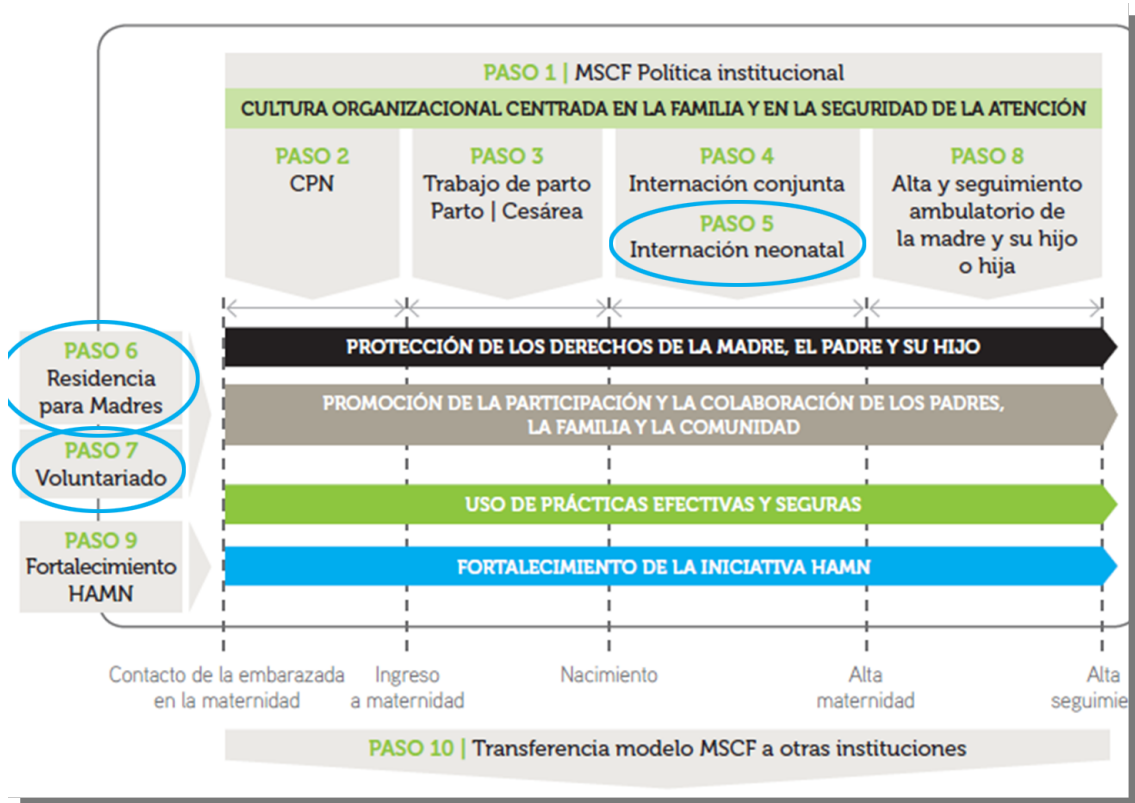
- Hospital interzonal general de agudos Dr. J. Penna, Bahía Blanca
- Provincia de Córdoba: Hospital Materno Provincial Felipe Lucini, Córdoba capital; Hospital Nuestra Señora de la Misericordia, Córdoba capital; Hospital Materno Neonatal Ramón Carrillo, Córdoba capital
- Provincia de Catamarca: Maternidad 25 de mayo, San Fernando del Valle de Catamarca
- Provincia de Santiago del Estero: Maternidad Faustino Herrera, La Banda
- Provincia de Jujuy: Hospital Dr. Jorge Uro, La Quiaca; Dr. Oscar Orias, Ledesma; Hospital Nuestra Señora del Rosario, Abra Pampa.
- Provincia de Mendoza: Hospital Luis Carlos Lagomaggiore, Mendoza

El principal objetivo de una Residencia Hospitalaria es facilitar que la madre pueda estar al lado de su hijo recién nacido el tiempo que ambos requieran. Tiene múltiples beneficios que se logran materializar cuando las maternidades poseen una residencia con la plazas necesarias, estimadas según la cantidad de nacimientos que registra, así como también es muy importante que puedan ofrecer comodidad, confort y cuidado a las mamás que deben permanecer en la institución para el cuidado de sus hijos durante la internación. La Residencia Hospitalaria de Madres se identifica con el Paso número 6 del modelo MSCF ( Figura 3).

Su existencia y funcionamiento mismo está muy relacionado al Paso 5, que refiere a Internación Neonatal de los niños más críticos y al Paso 7, que promueve la participación de la comunidad en el cuidado de las madres, sus hijos y sus familias, bajo la forma de organizaciones de voluntariado.

Entre los argumentos por los cuales se promueve este dispositivo institucional, se cuenta la participación activa de la madre en el cuidado de su hijo, mientras se promueve la lactancia materna y se acerca información útil en materia de educación para la salud. (UNICEF, 2014).

**Figura 3: Paso 6 de MSCF**



Se espera que esta iniciativa tenga efectos positivos a nivel de la institución hospitalaria (reducción en el número de días de internación), de los recién nacidos (mayor probabilidad de lactancia al momento del alta y seguimiento, disminución de las infecciones intrahospitalarias, mayor probabilidad de sobrevivencia), y de la madre y la familia (menor nivel de stress, menores gastos para la familia en transporte y alimento).<sup>20</sup>

Las Residencias Hospitalarias para Madres existen solamente dentro del sector público del área salud, aunque como se ha mencionado, financiadas para su construcción por el sector privado. Se ha formulado una propuesta básica tipo para su desarrollo arquitectónico, siguiendo el modelo de la Maternidad Sardá y habiendo capitalizado conocimientos y experiencias a lo largo de su funcionamiento de más de 35 años.

(Ver Anexo 1. Rey, O, en Larguía, Lomuto, Gonzalez. *Guía para la Transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia*, Bs.As. 2006.)

<sup>20</sup> [http://www.unicef.org/argentina/spanish/health\\_nutrition\\_childhood\\_21378.htm](http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm)



Distintos actores sociales han estudiado el costo operativo del funcionamiento básico de una Residencia para Madres (Ver Anexo 2, en *Larguia, Lomuto, Gonzalez. Guía para la Transformación de maternidades convencionales en Maternidades Centradas en la Familia, Bs.As. 2006*), cuyo valor actualizado a la fecha<sup>21</sup>, asciende a 60 \$ por persona por día. La internación promedio en el país de un niño en terapia intensiva neonatal en la gestión pública rodea los 2000 a 3000 pesos diarios por paciente.<sup>22</sup>

La totalidad de las Residencias Hospitalarias para Madres están coordinadas por miembros de distintos voluntariados. Es una consideración que hace al armado de la cultura organizacional dentro de las maternidades, en tanto son reconocidas como aporte de valor al proceso de salud materno infantil pero no alcanzan un estatus formal dentro de la lógica de recursos humanos de las instituciones. Representan el área de participación de la comunidad en el proceso del cuidado de salud madre, familia e hijo, que se grafica en el eje 3 de MSCF: “Promoción de la participación y colaboración de los padres, la familia y la comunidad”. La mayoría están integrados por mujeres, algunos tienen relación con la iglesia católica aunque no es excluyente. En la ciudad de Córdoba, existe el primer voluntariado a cargo de una Residencia Hospitalaria integrado por varones, ex padres de niños nacidos prematuros (año 2012. Hospital Misericordia, Córdoba). En la ciudad de Bahía Blanca, se gestó el primer voluntariado “MSCF” para coordinar y asistir a madres y familias dentro de la Residencia Hospitalaria y del servicio de Neonatología. (Año 2013. Hospital Penna, Bahía Blanca). La filial de la organización de Voluntarias Damas Rosadas de San Isidro, para los hospitales, es una de las organizaciones civiles de la sociedad más antiguas del país ligada a la asistencia materno infantil. Ha sido pionera, y continúa, como referente, para nuevas asociaciones que surgen en el país acompañando la iniciativa de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.

Todos los grupos de voluntariado cuentan con un estatuto que regula su ingreso al grupo, las licencias y las actividades que se comprometen a realizar. Existe una propuesta detallada sobre objetivos, acciones y beneficios esperados con la implementación de las Residencias Hospitalarias para Madres, que incluye los aspectos

---

<sup>21</sup> Febrero de 2015, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

<sup>22</sup> Comunicación personal de los médicos especialistas en UCIN de la maternidad donde se realizó la etnografía, a la fecha de diciembre 2014.

*Gonzalez Ma. Aurelia. Dispositivo Residencia Hospitalaria para Madres en una maternidad pública de la Ciudad de Buenos Aires. Prácticas y Representaciones. Tesis de Maestría Antropología Social y Política, FLACSO, Argentina. 2015.*

interculturales a considerar de acuerdo a la región que corresponda el establecimiento en el que funciona.

## Capítulo 3

# Residencia Hospitalaria Para Madres: La invención de un Dispositivo.

### 3.a La invención de un dispositivo.

#### ¿De que se trata un dispositivo?

*“Desenmarañar las líneas de un dispositivo es, en cada caso levantar un mapa, cartografiar, recorrer tierras desconocidas”. G. Deleuze, 1999.*

Intentando seguir el trazado del mapa tal como invita Deleuze, encontramos los aportes de la definición de *Dispositivo* de G. Agamben (2011), quien a su vez, retoma el pensamiento de M. Foucault (1997), ambos resultan iluminadores. La hipótesis de Agamben es que la palabra dispositivo es un término decisivo en la estrategia del pensamiento de Foucault, que lo utiliza a partir de los años setenta, cuando comienza a ocuparse de la “gubernamentalidad” o “gobierno de hombres”. Si bien es cierto que éste no ofrece jamás una definición en sentido propio, sí se acerca a ella en una entrevista de 1977, cuando refiere :

*“Aquello sobre lo que trato de reparar con este nombre es [...] un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones reglamentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. [...] Por dispositivo entiendo una suerte de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante [...].”*Foucault (1977, Dits et écrits, vol. III, pp. 229 y ss).

Agamben señala la función estratégica que presenta todo dispositivo e identifica tres puntos nodales al respecto:

- 1) El dispositivo se trata de un conjunto heterogéneo que incluye virtualmente cada cosa, sea discursiva o no: discursos, instituciones, edificios, leyes, medidas policíacas, proposiciones filosóficas. El dispositivo, tomado en sí mismo, es la red que se tiende entre estos elementos.

- 2) El dispositivo siempre tiene una función estratégica concreta, que siempre está inscrita en una relación de poder.
- 3) Como tal, el dispositivo resulta del cruzamiento de relaciones de poder y de saber.



Gilles Deleuze ofrece a su vez una representación muy interesante del concepto como red a desplegar: *“En primer lugar es una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilíneal. Está compuesto de líneas de diferente naturaleza y esas líneas del dispositivo no abarcan ni rodean sistemas, cada uno de los cuales sería homogéneo por su cuenta, sino que siguen direcciones diferentes”*.(Deleuze, 1999). Un ovillo es algo que preanuncia más de un destino posible. Tiene por delante la posibilidad de transformarse en algo nuevo, pero la malla no está en el origen, hay que tejérla, es “en potencia”. Las líneas de un dispositivo forman procesos siempre en desequilibrio. “Cada línea está quebrada y sometida a variaciones de dirección.”. Deleuze hace énfasis en la sinuosidad y complejidad de los recorridos propios de un dispositivo.

Este concepto “bisagra” tal como fuera entendido por Foucault, permite cartografiar las dimensiones del poder y del saber. Para este autor, Subjetividad, Saber y Poder son cadenas de variables relacionadas entre sí, sin bordes definidos. Intenta analizar los mecanismos de donde surge el poder, para resaltar así potencial productivo y no solo su esencia represiva. El poder así entendido, es algo múltiple, un juego de fuerzas que opera a través de los distintos dispositivos que recorreremos y orientamos en nuestras intervenciones. El poder produce y transita transversalmente, no está quieto en los individuos. El poder en las sociedades modernas es un poder de “hacer vivir o dejar morir”, lo que él llama el “biopoder”.

Los conceptos hasta aquí reseñados, nos permiten trazar un enlace en la comprensión de la biomedicina en general y del modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia en particular., en tanto dimensión crucial de la cultura occidental moderna. La biomedicina representa una de las múltiples posibilidades de tratar un problema general de nuestra cultura, una relación entre dimensiones cognitivas y emocionales que reflejan una tensión estructurante (Bonnet,2004). Una aproximación antropológica-etnográfica a la biomedicina, remite a la ciencia en acción. Siguiendo a Geertz (1989), el trabajo de campo del que se intenta dar cuenta pretende ser “un estudio en el hospital” y no “de los hospitales”, en tanto la organización hospitalaria interesa como objeto de reflexión sobre los aspectos más generales de la práctica que allí se origina y se desenvuelve.

### *Un recorrido histórico...*

La Biomedicina afecta a todos los que vivimos dentro de una sociedad. Nos obliga a tomar partido por ella, a rechazarla, nos asusta y nos maravilla por todos los hechos realizados en su nombre. Clavreaul (1983) dice que siempre nos exige una toma de decisión, ya que nos coloca continuamente en una posición de sometimiento o bien de rebeldía hacia esa ideología que intenta perpetuarse en el poder. Esta tensión no es exclusiva de la medicina, sino que comprende a todo lo concerniente a “la ciencia” o “lo científico” dentro de la cultura occidental. Es preciso identificar y separar el saber objetivo, del sentir subjetivo. Según Bonnet, la escisión se expresa de modo más radical entre los médicos, que entre antropólogos, psicoanalistas y sociólogos, en tanto los primeros definen su trabajo entre los bordes de la vida y la muerte, y mantienen la idea de que el “sentir” los puede perturbar en su “saber” racional respecto de que hacer y esa oposición se convierte en una tensión poderosa (Bonnet, 2004).

Las representaciones del proceso salud-enfermedad conjugan dos órdenes de realidades aparentemente contrapuestas: la biológica, y la social. Existen diferencias significativas de acuerdo a la importancia que cada sociedad otorgue a uno y otro orden. Dentro de la cultura occidental moderna, tiene preeminencia el conjunto de representaciones y prácticas del orden biológico, para abordar la salud y la enfermedad. Tal configuración es la que se conoce como “modelo biomédico” o biomedicina. Este modelo se impone como un saber sobre el dolor y la enfermedad y es ejercido y manejado por un cuerpo de especialistas o de instituciones específicas (modelo médico hegemónico), conocido como “ciencias médicas”, tal como se refleja la asistencia de los nacimientos a partir de la institucionalización del parto. El modelo biomédico está basado en la biología molecular y va a intentar dar respuestas exclusivamente desde variables bio somáticas observables y mensurables, excluyendo las dimensiones sociales, psicológicas y comportamientos que tienen influencia en el eje salud-enfermedad.(Engel, 1977:129)<sup>23</sup>. Tal criterio presenta bases reduccionistas biologicistas, según las cuales toda dolencia puede ser explicada por el lenguaje de las variables físico químicas, al igual que las enfermedades mentales se explicarían por su correlato en trastornos de origen físico subyacentes.

Los progresivos avances ocurridos entre los siglos XV y XVII fueron llevando a la medicina a desenvolverse como un disciplina científico racional de modo excluyente<sup>24</sup>. Este marcado giro hacia la biomedicina, ha sido correlato de la visión de hombre y del mundo de determinadas épocas. Es preciso resaltar que este enfoque de la salud como algo meramente biológico, tiene consecuencias directas en toda práctica médica. Al decir de Le Breton (1995:189) “*Las razones de la eficacia de la medicina serán también las de su falla: recorrer un cuerpo que no incluye al hombre*”. Y agregamos en este caso, tampoco a la mujer ni a la madre.

El Hombre surge como individuo y se produce un marcado dualismo entre el concepto de cuerpo (anatómico, material) y lo espiritual. Surgen allí las bases para una tensión estructurante de la biomedicina, que asimila lo objetivable al cuerpo y el espíritu a lo

---

<sup>23</sup> Citado por Bonnet, O. en “Sentir y saber...”. 2004.

<sup>24</sup> Entre los siglos XV y XVII en Europa Occidental, se produce una ruptura epistemológica a partir del surgimiento de la filosofía mecanicista, representada por las ideas de Copérnico, Kepler y Galileo. Se produce así el pasaje de las explicaciones religiosas a las explicaciones matemáticas y físicas, sobre el mundo y la naturaleza. El mundo y el hombre se piensa en analogía con la máquina, combinación de elementos y movimientos. Se pasa así de la ciencia contemplativa con sus explicaciones religiosas a las explicaciones racionalistas.

intangibles, lo psicológico, lo social y entre ambos polos, una jerarquía que llega hasta nuestros días, sobre el valor del cuerpo por sobre lo anímico o también llamado espiritual.

Posturas críticas a la Biomedicina cuestionan fundamentalmente el enfoque reduccionista que habría ocasionado una hiper especialización o medicalización de la sociedad. Para Taussig (1992), los signos y síntomas de las dolencias, además de entidades físicas, incluyen también relaciones sociales que permanecen ocultas. Argumenta que, en cualquier sociedad, toda relación médico pacientes más que algo técnico, es "...ante todo una interacción social que puede reforzar premisas básicas de una manera poderosa" (Taussig,1992: 86).

Medicalizar significa literalmente "transformar en médico un problema que no lo es, usualmente, en términos de enfermedad y desorden" (Conrad, 1980). Ampliando esta definición, podemos decir que se entiende por medicalización, la forma en que el ámbito de la medicina moderna se ha expandido en los años recientes y abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. Incluye gran variedad de manifestaciones, como las fases normales del ciclo reproductivo y vital de la mujer, la vejez, la infelicidad, la soledad y el aislamiento por problemas sociales, así como la pobreza o el desempleo. Menendez (1983,1984) ha denunciado reiteradamente el entramado con intereses de sector y sistemas político-económicos, debido a sus funciones de control y normatización. Estas funciones operarían construyendo un sujeto pasivo, burocratizado, "paciente", que reproduce criterios médicos más allá de su eficacia terapéutica, a partir de una relación de subordinación con la autoridad médica.

Para finalizar en esta sección la contextualización general del trabajo etnográfico realizado, citamos a Illich (1986), reconocido como un profundo crítico al reduccionismo médico, quien subraya la transformación acontecida en la sociedad occidental moderna, en una sociedad medicalizada. Esta transformación tiene efectos sobre la desarticulación de los mecanismos sociales de "asistencia mutua". Dicho autor mencionará en tal sentido que existen tres tipos de iatrogenia: clínica, social y cultural. Muy particularmente en el ámbito de la salud pública, Illich advierte sobre la compartimentalización de los dominios, como consecuencia del avance de la biomedicina. De este modo la salud pasaría a ser un ítem estandarizado que no será de competencia de la sociedad, sino de agentes especializados al servicio de un sistema



industrial. La “némesis” médica sería esa expropiación de las capacidades del hombre para enfrentar el dolor, la enfermedad y la muerte.

El proceso por el cual las mujeres comenzaron a parir a sus hijos en hospitales y dejaron de hacerlo en sus casas, rodeados por otras mujeres y familiares (como sucedía hasta la primera mitad del S XX), se conoce como “Institucionalización del parto”. Este progresivo avance de la institucionalización de la atención perinatal ha representado un salto en la sobrevivencia y en la calidad de vida de las mujeres embarazadas y sus hijos recién nacidos. Sin embargo, y a pesar de ventajas que se reflejan en datos epidemiológicos claros, la “mudanza” hacia instituciones de salud pensadas para tratar enfermedades o con criterio asilar trajo aparejado un efecto indeseado, como resulta ser “la medicalización”<sup>25</sup> de la atención del embarazo, el parto y el recién nacido.

A lo descripto, debe agregarse el alcance de sobrevivencia cada vez mayor de niños recién nacidos prematuros, a partir del avance de la ciencia y la tecnología. Los mismos, acompañados de sus madres, deberán permanecer hospitalizados por largos períodos (entre 30 días y 3 meses, inclusive más en casos de patologías extremas), introduciendo nuevas tensiones en el ámbito institucional diseñado originalmente para intervenir en situaciones agudas.

La suma de la tecnología y un equipo de salud cada vez más especializado, enfrentan las tensiones que representa hacer lugar a los padres en un ámbito restringido por definición para las prácticas médicas, como son las terapias intensivas neonatales. Por su parte, las mujeres deben desarrollar recursos que les permitan enfrentar una situación alejada del ideal individual y familiar, que superpone en términos simbólicos, un acto trascendente como es el nacimiento de un hijo, con la incertidumbre por las condiciones de vida y de calidad de vida (riesgo de secuelas motoras, cognitivas, retrasos en el

---

<sup>25</sup> Ampliamos la definición, en los términos de Foucault: La medicalización es el hecho por el cual el comportamiento, el cuerpo y toda conducta relacionada con él, se incorporan a partir del S XVIII en una red cada vez más amplia y densa que cuanto más funciona, menos se escapa de la medicina.(Foucault, 1974).

Medicalización es el proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales. La medicalización es un proceso continuo que se autoalimenta y crece de forma constante, facilitado por una situación en la que la sociedad va perdiendo toda capacidad de resolución y su nivel de tolerancia. Su origen es multifactorial, existiendo diversas causas y actores implicados (sociedad, medios de comunicación, industria farmacéutica, políticos, gestores y profesionales sanitarios), jugando el sector sanitario un papel fundamental en dicho proceso. Los profesionales sanitarios son, a la vez, actores y víctimas de dicho proceso. Orueta Sanchez, 2011.

desarrollo, etc.). La recuperación exitosa, en términos médicos, de niños muy prematuros, es producto de la modernidad. La maternidad es expresión de una construcción social y no se restringe meramente a un hecho biológico, desde esta posición es necesario re dimensionarla en los nuevos escenarios tecno – médicos.

### 3. b. Creación de la primera Residencia Hospitalaria para Madres.

En 1945, René Spitz, médico pediatra y psicoanalista, postula a partir de sus numerosas observaciones de niños asilados como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial, la conclusión de que la recuperación de un niño hospitalizado es significativamente mejor cuando las demandas vitales y los cuidados técnicos son acompañados además de cuidados afectivos, subjetivantes, que son aquellos que pueden proveer los padres o familiares.

En Argentina, a finales de la década de 1950, el Dr Florencio Escardó, médico pediatra, en coincidencia con dichos antecedentes, genera un cambio radical en la cultura hospitalaria, al impulsar la presencia y compañía de las madres junto a los pacientes pediátricos internados en el Hospital de Niños R. Gutiérrez ( mediados años '70), de la Ciudad de Buenos Aires. Entre sus discípulos, el Dr. Miguel Larguía y equipo, traslada este modelo a las prácticas de la novedosa especialidad Neonatología, que permite y alienta tanto la presencia como la activa participación de los padres de prematuros, durante la internación en terapia intensiva y hasta el momento del egreso. Tiene lugar así la creación de la primera Residencia Hospitalaria para Madres en la Maternidad pública Ramón Sardá. Esta propuesta fue en sus orígenes resistida por las estructuras académicas hospitalarias, que no aceptaban roles que no se ajustaran a las categorías clásicas del modelo médico hegemónico: médico o paciente. Es que todo “hospital“ es reconocido socialmente como una institución socializante fundamental, que por su organización jerárquica y por su lógica científica, en la cual se legitima, asegura la permanencia de su posición dominante (Baszanger,1981: 240). Con el tiempo, la Residencia resultó una estrategia facilitadora para la permanencia de las madres en la institución y un valioso aporte para el estímulo y sostén de la lactancia en este grupo de pacientes. Los expertos estadounidenses en neonatología, Marshall H. Klaus (pediatra y neonatólogo) y John Kennell (psicoanalista), fueron precursores del concepto de “bonding” en 1972 y subrayaron la importancia de facilitar el apego entre la madre y su

hijo, aún en situaciones especiales como la prematuridad, de modo de potenciar los beneficios de ese período altamente sensible, que da origen a lazos afectivos entre madre-hijo desarrollando interacciones complejas y una unión permanente entre ellos. Klaus y Kennell conocen la experiencia argentina en la década del ochenta, alentando a reproducir sus estrategias, ya que entendían ese contacto primario como factor estimulante y protector para un desarrollo ulterior óptimo en el niño. El énfasis en los comentarios de tales referentes, reconocidos exponentes del saber médico en países centrales, resultó favorecedor para instalar estrategias hospitalarias menos invasivas, y alentó el modo de internación conjunta madre, hijo recién nacido sano, o “rooming in”. Hasta ese momento, la práctica frecuente consistía en separarlos precozmente, los niños eran alojados en salas de Neonatología también llamadas “Nursery”. La creación de la Residencia Hospitalaria para Madres, intenta reproducir y facilitar, dentro de las condiciones posibles, dicha proximidad física y afectiva, esta vez entre las madres y sus hijos internados con problemas clínicos.

En este contexto histórico, el Dr. A. Miguel Larguía, pediatra y neonatólogo, Jefe de la División Neonatología del Hospital Materno Infantil Ramon Sardá, impulsa la creación de este nuevo dispositivo. Durante una entrevista realizada durante el trabajo de campo, el Dr Larguía señalaba:

*M.L- “En realidad la Residencia de Madres de la Maternidad Sardá, no surge como la iniciativa individual de una persona sino como una consecuencia filosófica y ética de la atención. Veníamos del Hospital de Niños “R. Gutierrez”, somos pediatras y por ello reconocidos como médicos de familia y con compromiso social. Cuando médicos pediatras con este perfil desembarcan en una maternidad pública para atender a una población con necesidades postergadas, inicialmente uno se preocupa por su salud y por recuperarla en el caso en que estén enfermos. Uno empieza a mirar a su alrededor y rápidamente se da cuenta, que los recién nacidos a quien más necesitan es a sus padres, especialmente a su madre. Entonces las propias madres se empiezan a acercar y cuestionan el horario de visita. Hoy sabemos que los padres “no son visita”, son los dueños de casa...La separación del niño de su familia es injusta. No es premeditada, pero es injusta.” (Entrevista realizada el 15 de Febrero de 2015, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.)*

Del relato se desprende que existe una fuerte tensión que existe alrededor de las prácticas en los sectores de cuidados neonatales. Todos los recursos están dirigidos a

ayudar a vivir o a curar al niño grave o prematuro, para que éste pueda estar con su familia. Sin embargo, de modo paradójico, es necesario mantenerlo internado y vigilado por médicos y aparatología. Para poder estar juntos primero deberán todos los involucrados: el niño, su familia y el equipo de salud, tolerar esta separación impuesta en el inicio de la vida.

*M.L- :.. “Se propone entonces que la madre se quede más tiempo, para ello se le ofrece una “reposera” incómoda, pero no se aleja de su hijo. Y así una madre, dos, muchas...entonces entre varios pensamos: hay horarios de visita restringidos, carteles que dicen no pase, espere, no golpee...y comienza un horario de visita a la tarde. Surge así una idea, ¿por qué no hacemos estancias más prolongadas?. El diseño de los hospitales era sólo para la mañana, expulsivo, de modo de no comunicarse con los “dueños de casa”, es decir la gente. Para no escuchar, para no brindar servicio. Entonces se puso la visita vespertina, y lo que parecía que iba a incomodar no resultó tal cosa. No solamente no incomodaban, sino que se integraban al servicio. Empezaban a preguntar y nosotros médicos a aprender de sus preguntas. Así empezó una secuencia...Entre varios dijimos, en el tercer piso había un lugar que se ocupaba parcialmente por ginecología y por nosotros, neonatología, y de repente se nos ocurrió: en vez de reposera, horario vespertino, vuelta a casa y despedidas...¿por qué no usan estas camas?. En realidad no dormían porque estaban junto a sus hijos. Así ocurrieron las cosas, una fuerza extraña, como un designio para que ocurran ciertas cosas que debían ocurrir.”*

El espacio físico se recorta sobre un horizonte normativo: la mejor cuidadora para un niño es su madre, ahora dentro del hospital.

*M.L : “Hoy en día los modelos arquitectónicos prevén casas contiguas, sobre todo para casos de niños con enfermedades de tratamientos prolongados, como las oncológicas, donde poder alojar a la familia. En la Maternidad Sardá, los censos ocupacionales de aquel momento eran 20 o 30 madres. Ocupar un espacio para este grupo resultó viable: allí tenían comida, camas, seguridad y además las madres se convirtieron en parte irremplazable de la atención de sus hijos recién nacidos, justamente por su condición: necesitan ser alzados y amamantados...”*

*E- ¿Cuál fue la primera Residencia de Madres del país?*

*ML- “Probablemente lo que encontramos cuando llegamos a la Maternidad. En lo que llamaban Neonatología, como no había incubadoras, existía “una habitación incubadora” que permanecía a 28° C de temperatura, de manera que*

*prematuros pequeños permanecían en cunas. La mayoría de ellos eran niños con retraso de crecimiento intrauterino, de lo contrario no hubieran podido sobrevivir siendo tan pequeños a la falta de recursos y tecnología apropiada de esa época. Una enfermera encargada de esa área, se dio cuenta que sola no podía atender a todos esos niños, que eran alrededor de 15. Esta enfermera dejaba pasar a las madres, de manera que en esa “habitación incubadora” se asistían prematuros en cuna, con sus madres. Esa diría que fue la primera Residencia de Madres, por obra y gracia de una enfermera de gran compromiso, la Sra Haydeé Peñalba y un Jefe de Neonatología de aquella época, Norberto Iribarne que no se opuso porque vio que le resolvía un problema. Si bien no estaba capacitado como neonatólogo, especialidad novedosa al principios del siglo XX, aceptaba esta metodología como apropiada para la sobrevivencia de prematuros. Los resultados eran buenos, las madres se sacaban leche, se les proveía leche materna enriquecida con proteínas, tal como se sugiere en la actualidad. No había infecciones intrahospitalarias porque las madres atendían sólo a sus hijos y la enfermera mencionada, muy dedicada, las supervisaba con técnicas de higiene muy rigurosas.*

En relación con lo mencionado en la entrevista y lo observado durante el trabajo de campo, la higiene y el amamantamiento se destacan como dos dimensiones que atraviesan toda la experiencia de la internación. La inclusión de otros en áreas reservadas a profesionales y técnicos es a cuenta de garantizar que no habrá infecciones. Existe un fuerte componente de seguridad institucional enlazado a la prevención de infecciones. El acceso restringido a los sectores de internación responden a este interés, que cuenta con la vigilancia y seguimiento de un equipo especial (Comité de Prevención de Infecciones). Todo lo proveniente del mundo extra hospitalario conlleva el riesgo de la contaminación, el sesgo de lo impuro y en consecuencia del peligro (Douglas, 1991). Este fenómeno de la restricción puede pensarse siguiendo a M. Douglas (1986), quien ubica a la medicina afectada por dos procesos sociales esenciales: *culpar y criticar*. Toda enfermedad y todo desequilibrio corporal constituyen un terreno que exige cierta justificación y por lo tanto otorga material para el proceso de culpar y justificar. Así una enfermedad da lugar a una acusación, que no recae solamente sobre la persona enferma, sino también sobre otros actores como su familia, instituciones como escuela u hospital y el estado. En este contexto de recriminación mutua, el cuerpo es un medio

para ejercer control, y señalar un cuerpo como enfermo es una amenaza contra alguien que pueda ser considerado responsable.

Para poder sostener prácticas como el ingreso y la participación activa de los padres en la internación o la Residencia de Madres, los médicos realizan una traducción a indicadores cuantificables. Por ejemplo, la tasa de infecciones intrahospitalaria y el porcentaje de niños alimentados a pecho al momento del alta. Ambas variables son monitoreadas periódicamente como reaseguro para la vida institucional.

Algo se enlaza entre lo dicho y lo no dicho, a la manera de una red entre distintos elementos. Esa red es el dispositivo mismo, que surge en un momento para responder a una urgencia (Foucault, 1977) y tiene así una función estratégica dominante. Esta fuerza dominante puede representar una tensión (la obligatoriedad de la presencia, la fuerte recomendación del amamantamiento, el control de la higiene), pero al mismo tiempo una tensión productiva de nuevos efectos (la proximidad en el vínculo con el hijo, la jerarquización de los roles parentales en escenarios médicos).

A lo largo de la entrevista, el Dr A. Miguel Larguía describe los obstáculos sorteados para poder concretar el proyecto. Entre ellos menciona la disputa por el espacio físico, presente en todas las instituciones de salud y la resistencia al cambio del equipo médico. Así relata:

*M.L: ...La resistencia al cambio es innata. De manera que conseguir que las camas no fueran reclamadas por otros sectores, que se les ofreciera a las madres las comidas sin cobrar, por supuesto, que el lavadero se ocupara de las sábanas, que accedieran a sanitarios con estructura mínima...fue una sucesión de casualidades o milagros. Era preciso justificar esos gastos, para ello figuraban al principio como “internadas” con alguna patología. Es decir, no figuraban como madres sanas cuidando a sus hijos, era un disfraz....para poder pasar las raciones de estas 30 a 50 madres y para que el lavadero se encargara de la ropa de cama.*

*Nota de campo:* Se calcula que el costo hospitalario de una madre en Residencia Hospitalaria es de 60 \$ por día (valor ajustado por inflación a Diciembre 2014), el costo de internación por día de un niño en terapia intensiva neonatal está alrededor de los 3000\$ por paciente).

*M.L: Como inversión, el costo no es significativo, siendo que de esta manera uno fortalece algo tan importante como el vínculo del niño con su madre, padre,*

*familia. Además la madre provee la leche materna, “gold standard” para alimentación del prematuro, realiza tareas de enfermería en el cuidado de su hijo, controla mejor que cualquier aparato la salud de su hijo, se lava las manos mejor que nosotros, atiende solamente a su hijo. Aprende técnicas como reanimación cardiopulmonar y sobre prevención de enfermedades respiratorias, clave en la época de otoño invierno....,de manera que adquirir un recurso humano incorruptible, comparado a la “tecnología más avanzada” y que provea la mejor alimentación para su hijo, si tuviéramos que proponer un precio no alcanzaría la plata del mundo.*

Este hospital promueve la Iniciativa de Hospital Amigo de la Madre y el Niño (Política de difusión y protección de la lactancia materna, promovida por UNICEF), que implica informar y conocer las ventajas de la alimentación a pecho, y ha certificado como tal por OMS, UNICEF en tres oportunidades. Cuando se interroga sobre la posible elección de una mujer de no amamantar, la respuesta es que “*se busca la promoción de la lactancia sin integrar una concepción fundamentalista*”.

Desde sus orígenes, la Residencia de Madres está a cargo de una organización civil de la sociedad, es decir que no participan médicos ni otros profesionales de la institución. Esta particularidad se presentó por “decantación”, luego del rechazo inicial de la enfermería a ocuparse del cuidado de las madres de los niños internados.

*M.L: Cuando aparece otro agente de salud, es decir las madres, y se les impone la responsabilidad de su cuidado, genera rechazo. Ante esa realidad, surgió el voluntariado. Así llegó una organización con mucha trayectoria en hospitales aunque no en Residencia de Madres en ese momento, las Damas Rosadas de San Isidro, por invitación de una asistente social que las conocía, descubrieron una función novedosa y empezaron. Actualmente son más de 60 voluntarias, que se ocupan no solo de la Residencia. Están en sala de partos, en las salas de internación de obstetricia, en los consultorios de pediatría.*

El grupo del voluntariado está desde su origen muy próximo a la iglesia católica. Incluso el actual Papa Francisco, cuando era el Cardenal Bergoglio, oficiaba misa en la capilla del hospital en fechas significativas. Se trata de una filial dentro de una organización no gubernamental de larga tradición y presente en muchas instituciones de salud. La filial en esta maternidad es reconocida por el resto de su organización como el grupo más

“progresista”, según refieren sus coordinadoras. También son vistas como un grupo de voluntariado muy integrado al hospital. Participan de cursos y talleres, como la actividad descripta, además de espacios de información general sobre prevención de VIH, lactancia y planificación familiar, algo que no sucede con el resto de las filiales.

*E - ¿Cómo se ingresa a la Residencia para Madres?*

*Beatriz- : Cuando las madres tiene el alta en la sala de obstetricia, si sus hijos tienen que quedar internados por algún motivo, el que sea...vienen a nuestra oficina a pedir cama en la Residencia. Vienen con un papel que dice que están de alta, generalmente es después del mediodía, porque las altas se dan cerca de esa hora...Cualquiera de nosotras las recibe y les explica, pero la mayoría de las veces es Carina., que está de tarde. Se les explica el funcionamiento, todo lo que tienen a su disposición, el lugar, las cuatro comidas del día, un armario para guardar sus cosas, el comedor, el lavadero...en fin todo. Les decimos también que estamos para ayudarlas a ellas para que puedan cuidar a sus hijos. Algunas prefieren anotarse como “madres de día”, es decir que no se quedan a dormir, pero sí están contadas para las comidas y figuran en nuestro registro. Les damos las sábanas y si necesitan ropa o alguna cosa también. Desde hace un año, antes de ingresar firman un “acuerdo de convivencia”. Se lee con ellas primero y luego lo firman, eso fue a raíz de algunos problemas que hubo con madres que agredieron a compañeras, o que se sabía que consumían acá adentro. Pero son pocos casos por suerte. Tuvimos que poner este requisito de común acuerdo con los médicos, las psicólogas y las asistentes sociales. La sociedad cambió mucho en estos años. Antes no había tanta violencia, tanta irritación. Es necesario organizar el lugar, sobre todo para las horas en que no queda ninguna de nosotras, a la noche. La mayoría de los problemas surgen a la noche, cuando hay poco personal y nosotras no estamos. Pero a pesar de los problemas el trabajo es gratificante, muchas madres vienen después de meses y nos saludan, nos muestran a sus hijos. Es reconfortante.”(Beatriz. Voluntaria, 66 años, argentina).*

Para finalizar, durante la entrevista, el Dr Miguel Larguía, subraya el rol de las madres como “agentes de salud”, desde un modo de intervención más del tipo “agencia”, según el cual las madres habitan el hospital, inaugurando una categoría inusual. Están allí sin ser entendidas como “pacientes”, enfatizando el valor del recurso descripto.

*M.L: En la actualidad, todo proyecto de construcción que implique una maternidad debe contemplar un espacio para Residencia de Madres. No hacerlo equivale a mal*



*práctica, a iatrogenia, deben incluir servicios para la familia, estar para padres, área de Residencia. El que proyecta una maternidad sin considerar estos aspectos está cometiendo un delito. La madre y el padre de un niño internado están allí sufriendo por un hijo, están enfermos de estrés y de angustia, tienen miedo que sus hijos se mueran. Lo terapéutico es la propia Residencia de Madres. Las personas que utilizan la Residencia, tienen en común un hijo que necesita asistencia, de modo que tienen temas y además códigos de comunicación en común.*

## Capítulo 4:

### Etnografía en una Residencia Hospitalaria de Madres.

## Capítulo 4

### Etnografía en una Residencia Hospitalaria para Madres.

La entrada al campo se inicia con la recorrida por esta Residencia Hospitalaria de Madres en horarios diversos, a partir de la presentación de las voluntarias que más conocen el sector. Los matices en la misma van variando de acuerdo al momento del día. Continuamente ingresan mujeres y se marchan otras. Los estados de ánimo son contrastantes entre ambos grupos, fácil de identificar a las recién incluidas por el tono angustiado de su voz y la reticencia a compartir con otros en los primeros días. Las que se van finalmente de alta, como se dice en el sector, necesitan compartir con quienes fueron compañeras de este recorrido institucional. Hay abrazos y ayuda para reunir la ropa y los bolsos que se van acumulando durante esas semanas o meses, tan iguales, tan parecidas, salvo por mojonos que la evolución de cada niño representa.

Las redes sociales se tejen de continuo entre las madres, las voluntarias y el equipo médico, ese entorno relacional invita a incluirme, con muchas preguntas acerca de cuál es mi rol y el interés por la vida y la rutina del grupo. La toma de distancia para escribir y re pensar situaciones, resultó una estrategia eficaz para asegurar ese necesario sentimiento de extrañamiento requerido para la observación antropológica, como sugería Malinowski. Recupero a Wacquant (2003), cuando señala la importancia de las relaciones de amistad tan necesarias para el desenvolvimiento en el campo, aunque sin dejar de apropiarse de esas relaciones de modo reflexivo. Bonnet, por su parte, describe el trabajo etnográfico como “mezcla exquisita de observación y aislamiento, participación y entrometimiento” (Bonnet, 2004).

Todo trabajo de campo hace una construcción del “otro”, y en este recorrido que imbrica los constructos teóricos y la práctica encarnada en los sujetos, la reflexividad es la estrategia que protege de la “exotización” de lo diferente. Desde esta posición intento conocer y reflexionar sobre las representaciones de mujeres que cuidan, temen, alientan,

sufren y se emocionan por sus hijos recién nacidos, internados en terapia intensiva, mientras habitan una Residencia Hospitalaria para Madres

El Sector de Residencia de Madres está situado en el tercer piso, a 20 metros del ingreso del área a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), donde se encuentran internados los niños de mayor gravedad y que requerirán tiempos de internación más prolongados, entre ellos niños nacidos prematuros, con malformaciones graves o muy enfermos.

El sector cuenta con 36 camas, distribuidas en 6 habitaciones de 6 camas dobles . Esto significa, que ante la llegada de una madre puérpera, el grupo debe acordar ceder las camas de abajo a la misma, por razones de movilidad física.

Tiene además un área grande de sanitarios, un lavadero y un Sector de Usos Múltiples, habitualmente llamado el “Comedor”. En este último es donde se desarrollan la mayoría de las actividades y donde se comparten las comidas del día y los momentos de esparcimiento. Donaciones recibidas de fundaciones, donantes individuales y otras colaboraciones del sector privado, han facilitado poder contar con un televisor LCD, un horno a microondas y heladera. Hay un pizarrón donde se registra el nombre de cada madre y la habitación y la cama asignada. Las habitaciones están identificadas por letras y las camas por números. Físicamente el corredor de acceso está separado por una puerta simple de la circulación del pasillo central del piso. Comparte “puertas adentro”, la privacidad de otros espacios institucionales, como el banco de leche y el lactario.

A éste último acuden tres o más veces por día, las madres de prematuros, para la extracción de leche materna con bombas mecánicas, hasta tanto sus hijos están en condiciones de succionar y ser amamantados. Esa leche es utilizada para alimentar a los niños por sonda nasogástrica, y es fortalecida con minerales y nutrientes específicos. La proximidad física del lactario favorece esta rutina. La extracción de leche materna es una práctica muy valorada por las madres. Es la acción directa del cuidado sobre el niño que ellas pueden ejercer durante las etapas más críticas. Inaugura un hilo de conexión vital con el hijo internado. Dicha acción sin embargo puede volverse frustrante con el correr del tiempo, si por motivos de cansancio o falta de estímulo, las madres logran extraerse muy poca leche.

*“Vas al lactario y al final es una tortura, solo sale un poquito de leche, una o dos rayitas nada más...y yo digo, así no nos vamos a ir más a casa...no le alcanza lo que yo le doy...”( Ana, 25 años, argentina).*

Nota de campo: Los nombres de las personas entrevistadas son de ficción. Los nombres verdaderos se mantienen en reserva.

En una institución de 80 años de existencia y de progresivo crecimiento asistencial, la falta de espacio físico plantea una lucha velada que por momentos se vuelve muy explícita.

Resulta muy difícil ganar más espacio en el actual edificio, de hecho existen continuas reformas y mejoras para maximizar el uso de las instalaciones y los dinámicos procesos de asistencia. Dentro del sector aislado del corredor, coexisten la Residencia de Madres, el Banco de Leche Humana y el Lactario, el dormitorio de Médicos Residentes de Neonatología, el despacho del Jefe de Unidad de Neonatología y el vestuario de enfermería del sector del tercer piso.

La Residencia ha vivido varias mejoras edilicias y de equipamiento, siempre consecuencia de la gestión del Voluntariado de las Damas Rosadas que tienen a cargo su coordinación y el apoyo del jefe de División Neonatología. Sin embargo, en momentos de crisis institucionales (en las que participaron referentes gremiales e incluso la Dirección del Hospital de turno) se han debido ceder algunas de estas habitaciones destinadas a las madres-usuarias, ante el reclamo de agentes de salud por falta de espacio para ellos. La tensión se plantea en términos de jerarquías y de representaciones: quienes son más importantes, ¿los que trabajan por la salud de los hijos de estas mujeres o ellas mismas? Susana Ramírez, en su trabajo de campo en Hospitales Interculturales en Bolivia (2007), advierte sobre las tensiones entre agentes sanitarios y enfermeros, y el grupo de pacientes: cuanto más próximos están los primeros de los segundos en términos de clase social, las tensiones se agudizan. La falta de reconocimiento y jerarquización y la remuneración deficiente, instalan disputas sobre los derechos de los otros más vulnerables y afectan la relación con las usuarias y los pacientes.

La Dirección del Hospital incluye, actualmente, en la gestión de sus recursos humanos y de presupuesto, la limpieza y mantenimiento de los sectores comunes (comedor,

sanitarios, corredor, etc) y la provisión de las cuatro comidas diarias a todas aquellas mujeres que hacen uso del sector. El orden y limpieza de cada cuarto es responsabilidad de las madres alojadas y supervisado por las voluntarias del sector.

Una organización de voluntarias civiles de la sociedad, tienen a cargo la coordinación, gestión y supervisión de este dispositivo institucional desde su origen. Reportan a la Jefatura de División Neonatología, en forma directa y a la Dirección del Hospital.

Las voluntarias rotan cada día. Distinguen sus funciones en Jefas de Día y tres coordinadoras elegidas por cierto período, voluntarias y aspirantes. Todas pagan un aporte mensual obligatorio. Mantienen un prolijo sistema de comunicación escrito sobre los sucesos de cada día, de modo que quien tome a cargo las actividades pueda estar al tanto de los mismos. El horario que cubren es de 8 a 13 hs, incluyendo los fines de semana. A partir de las 14 hs Hay una persona contratada por ellas y con remuneración, (desde hace más de dos décadas) que cumple con las funciones de coordinar la Residencia hasta las 18 hs. Luego de esa hora, no hay agentes de salud ni voluntarios a cargo del sector, tampoco agentes de la seguridad privada del hospital referidos a esta área.

Hay una voluntaria encargada del registro y seguimiento de los datos de la utilización del sector. En el año 2013 se registraron 1478 usuarias; en el año 2014, ocurre un leve descenso que acompaña el período de obras y restricción de internación de la institución, llegando a 1303 mujeres madres. (Tabla N° 3).

Tabla N° 3: Utilización de la Residencia de Madres Años 2013 y 2014, según lugar de residencia y nacionalidad materna.

Año	N° total Madres	Residen Capital	Residen Provincia	Nac. Argentina	Nac. Bolivia	Nac. Paragua y	Nac. Perú	Otras
2014	1303	482	821	758	303	126	100	16
2013	1478	587	891	821	379	145	121	12

La mayor proporción corresponde a familias que residen fuera de CABA, con frecuencia en Gran Buenos Aires y en menor proporción resto del país. Entre la población asistida en esta maternidad, el 40 % corresponde a mujeres migrantes, y está

característica se refleja en el uso de la Residencia para Madres. Tienen más representación los países limítrofes, aunque empiezan a llegar madres chinas y también dominicanas.

Los datos reflejados en la Tabla 3, son provistos por el Servicio de Voluntariado. Ellas se encargan del llenado y análisis de los mismos por propia iniciativa. Durante este trabajo de campo ocurre el retiro laboral del Jefe de Neonatología que más apoyo formal les ha otorgado. Una de ellas se pregunta por el valor de ahora en más, de la tarea de reflejar en números el uso de este espacio.

*Celia- Yo me encargo de seguir los datos desde que entré al hospital, porque tengo la experiencia de haber trabajado con un contador muchos años. Acá cada una hace lo que mejor sabe hacer. Pero ahora que él no está, nadie me pidió estos datos. Yo le dije a mis compañeras, ¿para quién vamos a hacer este trabajo ahora?, ¿tiene sentido?, ¿le interesa o le sirve a alguien? (Celia Voluntaria, 72 años).*

Un aspecto a destacar, es que los datos referidos a la ocupación y tiempo de permanencia en la Residencia de Madres están en directa relación con el censo ocupacional de las áreas de internación neonatal, sin embargo los mismos no figuran en el volcado de las estadísticas formales de este hospital. Este modo de “invisibilizar” los datos de lo que allí ocurre, puede leerse como un efecto de ese lugar “liminar”, en los “pliegues”, de lo que aquello considerado de interés epidemiológico para el control médico.

Las madres que utilizan la Residencia de Madres no son consideradas “pacientes”, en tanto han obtenido su alta médica y el motivo de su permanencia está ligada a la internación de sus hijos. Como se describió anteriormente, este sector no cuenta con supervisión de médicos ni de enfermería. En aquellas ocasiones en que alguna madre requiere de asistencia clínica, debe dirigirse a la guardia médica en la planta baja para consulta ambulatoria.

*Elsa María - Ayer me dolía mucho la cabeza, ...yo tenía miedo que fuera la presión alta...porque yo tuve la presión alta durante el embarazo, por eso parece que él (su hijo prematuro internado) nació antes, nació prematuro...*

*Entrevistadora- Entonces, ¿consultó al médico?*

*E.M- Sí, yo le dije al médico de neo, pero ellos son médicos del bebé nomás, me dijo que fuera a la guardia de acá abajo. Yo fui, pero había tanta*

*cola...muchas mujeres esperando embarazadas, que venían con contracciones...me vine otra vez arriba porque se pasa la hora de darle de comer a mi bebé. El doctor me preguntó después si había ido...hoy voy a ir otra vez...para que me tomen la presión. (Elsa María, madre de un niño prematuro internado, 27 años. Boliviana.)*

Algunas mujeres eligen no pernoctar durante el lapso de la internación de sus hijos, y se incluyen como “Madres de Día”. Esto significa que permanecen en el sector solo en horas de la mañana y de la tarde. Al intentar profundizar en las razones de este uso, alegan diferentes motivos, el de mayor frecuencia se debe a la necesidad de cuidar de sus otros hijos.

A pesar que en los últimos años, las Residencias son ofertadas en distintos hospitales como una variante del modelo “Hospital de Día para Embarazadas”<sup>26</sup>, en esta Maternidad, es excepcional dicha utilización. Sí tienen lugar consideraciones especiales para madres con discapacidad o muy jóvenes, provenientes de localidades alejadas, quienes luego de obtener el alta para ellas (alta obstétrica), se les permite alojarse en Residencia de Madres con una acompañante mujer, generalmente su propia madre. Estas ocasiones son muy puntuales, dado el limitado espacio físico para dar respuesta a la demanda continua que existe sobre este sector.

La convivencia por tiempos prolongados entre estas mujeres, genera un universo relacional donde tienen lugar lazos de reciprocidad e identificación, que no excluye las tensiones al interior del mismo. De hecho, las tensiones están presentes desde el origen mismo de la Residencia, al abrir un espacio dentro del hospital que no está dirigido a pacientes ni a trabajadores del lugar; y que sin embargo comparte espacios, circulación, beneficios, derechos y algunas obligaciones.

Las mujeres que utilizan la Residencia de Madres tienen acceso al uso de ropa de cama y demás artículos que proveen las voluntarias. A su vez, asumen el compromiso de mantener el orden y limpieza de las habitaciones del área comedor y el cuidado de las instalaciones en general y de los artículos electrodomésticos que se comparten. Sobre esta reciprocidad de compromisos, es frecuente la queja entre madres convivientes y

---

<sup>26</sup> “Hospital de Día para Embarazadas”: facilita la asistencia oportuna de mujeres embarazadas con antecedentes de riesgo obstétrico y/o difícil accesibilidad a las instituciones de salud, como estrategia anticipatoria a partos prematuros o morbilidades obstétricas, frecuente en zonas como NOA y NEA.



voluntarias, respecto de grupos que no cumplen con las reglas básicas y resulta generador de conflictos.

La implementación del dispositivo descrito, introduce un nuevo escenario en la complejidad de intercambios de la institución hospitalaria. Analizando el recorrido de los precursores, tanto la inclusión de las madres en las salas de internación pediátrica en el Hospital Gutiérrez, como en la Residencia Hospitalaria en la Maternidad Sardá, tuvo lugar una ruptura del orden institucional establecido, muy relacionado con la dimensión del poder sobre la salud y la enfermedad. Las figuras médicas que lideraron ese quiebre, debieron enfrentar, en cada caso, críticas y cuestionamientos del poder colegiado y autoridades ante decisiones tan dramáticamente novedosas y contrastantes con el modelo médico hegemónico. Comienza a instalarse así, el antecedente de cuidados médicos altamente especializados y con soporte tecnológico, integrados – y no contrapuestos - a prácticas que favorezcan la inclusión de un “otro” social, reconocido en sus derechos y en su aporte subjetivante, para el cuidado de niñas y niños y recién nacidos.

La pertenencia a diferentes universos relacionales, se evidencia como conflictiva en las prácticas compartidas en este espacio en común: las voces discretas opuestas a los comentarios en voz alta, las rutinas de aseo y vestido y el uso de los sanitarios, son algunos de los puntos de fricción. Daniela, médica neonatóloga residente, de 31 años, argentina, así lo describe:

*D- “Algunas madres no entienden de que se trata tener un hijo internado acá, parece. Nadie quiere que esto sea un iglesia...pero algunas se desubican...Nosotros tenemos la habitación de médicos residentes en el mismo pasillo,...fuimos dos veces con mis compañeras, hace dos noches, a pedirles que bajaran el volumen de la tele y nada...A la madrugada volví yo y les pedí que bajaran el volumen de la radio, meta música como si fuera un baile...Las madres que quieren dormir no pueden y nosotros que tenemos un rato para descansar durante la guardia tampoco*

Por su parte, Teresa, voluntaria de 55 años de edad, argentina amplía:

*T- Nos ha tocado enseñarles a algunas mamás como usar el inodoro, donde descartar los apósitos, en fin...cosas ingratas, pero uno entiende que muchas de estas mujeres vienen de lejos, tienen otras costumbres, algunas nos cuentan que*

*no tenían agua potable en la casa, o el piso de la casa era de tierra. El tema de la higiene del baño es lo más difícil de entender...*

Otras tensiones se hacen visibles en términos de horizontes normativos: cuál es la representación que tiene cada una de ellas y el grupo que conforman sobre lo que significa ser “una buena madre”. Los juicios morales sobre lo que se debe hacer, circulan de continuo y permiten diferenciar algunas dimensiones, como ser:

- la administración del tiempo dentro del hospital: donde corresponde pasar mas tiempo, en la unidad junto al niño o en la sala de madres.
- el tiempo de permanencia dentro y fuera del hospital. Aquí se pueden encontrar matices: parece no existir sanción moralizante cuando una mujer tiene otros hijos y debe repartir su tiempo entre ellos y el hospital, en oposición surge una opción dicotómica, en caso de tener que elegir cuidar al marido o al recién nacido.
- la voluntad y persistencia para extraerse leche para su hijo: las “buenas madres” se incluyen entre aquellas que intentan y perduran en la alimentación a pecho, a pesar de todas las interferencias iniciales. La rutina del lactario, aun cuando los resultados no resulten exitosos es leído como de verdadero interés de una madre por su bebé.

Estas son algunas de las representaciones que moldean el imaginario de la “buena o mala madre”, que actúan como generadoras de cohesión y al mismo tiempo de conflicto entre ellas. Estas valoraciones subjetivas son generalmente compartidas con el equipo de salud.

En la actualidad no existe consenso unívoco en la literatura sociológica, antropológica, histórica o psicológica que refiera al término “buena madre”, el cual se utiliza para referirse a diversos aspectos de la maternidad. Sin embargo existen acuerdos sobre cuales actividades se enlazan a su enunciado. La categoría clase social no limita necesariamente la condición de tal (Hays, 1998; en Castilla, 2005), por el contrario, desafía desde cualquier posición de clase el predominio de la ideología de la “maternidad intensiva”, caracterizada por una alta demanda de tiempo y por requerir una gran cantidad de recursos sociales y humanos. En la Italia de las décadas de 1920 y 1930 la buena madre se caracterizaba como una mujer con gran cantidad de leche, que amamantaba a sus hijos hasta edades avanzadas (Dixon Whitaker, 2000). En la Nicaragua sandinista, las mujeres encontraban estrechamente vinculada la buena maternidad a la actividad política que podría asegurarles un mejor futuro a sus hijos (Mulinari, 2000). El aporte de las teorías psicoanalíticas del holding (sostén materno entendido como sostenimiento físico y afectivo) para Winnicott,

apego para Bowlby y los vínculos primordiales de los primeros años descriptos por Freud (primera mitad del siglo XX hasta la actualidad) han permeado las representaciones de buena maternidad en distintos sectores sociales, sin diferenciación de clase ni edad.

En el universo de la Residencia de Madres, según se desprende del discurso de las mujeres usuarias, la “buena madre” es aquella que permanece la mayor cantidad de tiempo en el hospital y especialmente dentro de las unidades de neonatología junto a sus hijos internados.

Un importante número de las interconsultas que se hacen a los profesionales de Trabajo Social y de Salud Mental, tienen que ver con la ausencia o escasa concurrencia de las madres de algunos pacientes internados. El primer dato a despejar por el equipo es si en la familia hay otros hijos y si cuentan con ayuda para cuidarlos. Sin embargo, si la madre es primigesta y no permanece junto al niño, las demandas de enfermería en particular aumentan. Marcela es trabajadora social y tiene asignado este sector:

*M- “Hemos aprendido que cuando una madre dice que no puede venir porque no tiene con quien dejar a sus hijos, hay que ayudarla. Por algo esta mujer entiende que este hijo, el que está internado, aunque esté grave, está más protegido que el resto”. (Marcela, trabajadora social, 44 años, argentina).*

Se suma el aporte de una médica pediatra rotante de otro hospital:

*A.- “Algunas madres se sienten más tranquilas respecto de este hijo, internado, cuidado por médicos y enfermeros las 24 hs, en cambio los otros chicos quedan solos por horas en sus casas y temen que les pueda pasar cualquier cosa. Que se lastimen, que se escapen o incluso que alguien pueda abusar de ellos. Cuando nos damos cuenta de situaciones como esas, conversamos con la trabajadora social y con salud mental, alentamos a las madres a que vayan a su casa, ordenen lo que necesiten, estén con sus hijos y vengan en horarios en que estén más tranquilas”.*

*(Andrea, Médica pediatra residente rotante, 27 años. Argentina)*

Resulta necesario conocer y transmitir los motivos de ausencia materna a las enfermeras y voluntarias, a condición que no sobrevuele el prejuicio de una valoración que no alcanza a ser satisfactoria para el ideal común.

Aquellas mujeres que tienen otros hijos, se ven obligadas durante internaciones prolongadas a desarrollar estrategias alternativas. En su mayoría ellas son las encargadas del cuidado de los niños y de la casa, y también llevan adelante algún trabajo de tipo informal. Así eligen, pasados los primeros días de internación que suelen ser las etapas de mayor gravedad, permanecer en sus casas durante el día y concurrir por la noche, luego del relevo con sus parejas al regreso de la jornada laboral.

Voluntarias y agentes de salud refieren que éste modo de uso se instaló en años recientes. Esta práctica en el uso del espacio de Residencia, se asocia a la salida laboral de las mujeres a partir del año 2001 (Lupica, 2010; Lupica, Cogliandro, 2010) de tal modo que la generación anterior que se inscribe en la genealogía de la abuelidad, modifica el rol de cuidador que presentaba en las décadas anteriores. Las abuelas, sobre todo en condición de jefas de hogar, necesitan trabajar y no pueden cuidar al resto de los hijos y nietos. Este grupo de madres no es mayoritario, sin embargo implica un cuidadoso análisis de la situación familiar y de los juicios valorativos que se construyen alrededor de la misma.

Según lo registrado, entre los profesionales médicos existe una diferenciación de roles muy marcada y con efectos en la práctica. Se llama profesionales de planta, a aquellos que concurren todos los días y conocen a los niños desde el inicio de internación hasta su egreso. Son los encargados de tomar decisiones relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de los niños y tiene a su cargo la comunicación sobre pronóstico, procedimientos de estudio e indicación de alta hospitalaria. Su horario es por la mañana muy temprano hasta las 16 hs. Igual franja horaria para especialistas e interconsultores. Además se encuentran los médicos de guardia, que comparten la atención de los pacientes, pero dependen formalmente de otra jerarquía institucional, el Área de Urgencias. Estos médicos solo concurren un día por semana, durante 24 hs. Todos coinciden en un fragmento horario en el cual acuerdan acciones terapéuticas a seguir. Los médicos de guardia relatan que no siempre es viable cumplir con lo acordado porque suceden imprevistos que deben asistirse en el marco de lo agudo: bebés que se desestabilizan, traslados, nuevos ingresos, etc.

Indudablemente la intensidad de la vida hospitalaria transcurre durante el día. Es cuando se toman decisiones en términos clínicos, sociales y subjetivos. Las madres que concurren de noche tienen dificultades para comunicarse con los responsables de estas decisiones y también para la extracción de leche (el lactario está cerrado después de las 18 hs). La interpretación rigurosa de lo que

las enfermeras de cada turno vuelcan en su reporte, así como el libro de registro de las voluntarias, son los instrumentos que permiten interpretar el modo posible que tiene cada mujer de acompañar su hijo internado.

Es preciso articular todos estos datos para evitar el peligro de caer en valoraciones morales estigmatizantes, tal como surge en el comentario de una enfermera, preocupada por la ausencia de una madre y la soledad del niño internado:

*I- “esta madre viene muy poco, ya avisé a “acción social”,...esta madre no viene, ¿que tendrá que hacer que no está acá con su hijo?...” (Irma, Enfermera de turno mañana y tarde. 59 años, Argentina). .*

Otra frecuente situación de conflicto se presenta respecto de una regla taxativa en el acceso a la Residencia de Madres: no está permitido el ingreso de varones.

Para algunas familias, esta exclusión por género, sumado al tiempo de permanencia en la institución (el cual puede variar de semanas a meses), favorece tensiones en el imaginario de la pareja. Se han registrado agresiones verbales y físicas entre parejas, así como acusaciones de maridos sobre temidos engaños y romances con los varones del equipo de salud (camilleros, médicos, enfermeros, oficiales de seguridad). De acuerdo a la historia previa de cada familia y del armado de sus vínculos, será como se pueda tramitar la separación impuesta por el nacimiento de un hijo en situaciones especiales y la institución. La prohibición del ingreso de varones a este sector data de sus orígenes. Como transmisión oral, circula que es una regla que protege la privacidad de las mujeres madres. Las salas son grupales, distintos interlocutores (madres usuarias, voluntarias, médicos y personal de seguridad= refieren que a ninguna le gusta la idea de ser observada o sorprendida por un varón que no sea su pareja.

Para Olga (32 años, Argentina, madre de un bebé prematuro, 3 hijos anteriores), esta regla le aporta tranquilidad.

*O – “Es más tranquilo así, una se puede cambiar tranquila o salir de las duchas en toalla sin peligro de chocarse con hombres y sentirse incómoda.*

*A mi marido le da lo mismo. No es que entra un padre sí y otro no. Además él sabe que yo estoy todo el tiempo con mi hijo, para que se ponga bien e irnos pronto. Es un gran sacrificio para la familia, no tengo cabeza para otra cosa.*

Olga continúa relatando: *Hay algunas chicas muy jovencitas que no entienden que significa estar acá. Arman lío, conventillo, “Que tu novio me miró...que el*

*enfermero de la noche está fuerte”, que se yo...pavadas...y a veces termina en pelea”.*

Las voluntarias relatan que existen situaciones de violencia al interior de algunas parejas, y ellas suelen ser testigos. Surgen por celos cuando los varones llegan y las madres salieron a dar una vuelta o por estar dentro del sector al que no pueden ingresar y no les responden los llamados.

Fabiana es madre de varones gemelares prematuros, tiene 27 años, argentina. Refiere que su marido le insiste en que vaya a su casa y no se quede a dormir en la Residencia. La insistencia del esposo adquiere forma de presión física, de modo que motiva el pedido de ayuda de las voluntarias a Salud Mental y Servicio Social.

*F.- “Yo la le dije que me quiero quedar, porque tengo que cuidar a los chicos...no importa que haya enfermeras, la madre soy yo. Encima nosotros vivimos en Monte Grande, es re lejos y no tenemos plata para viajar todos los días. Yo me voy a quedar hasta que los bebés estén de alta. Si él no lo entiende, problema de él”.*

Paola, tiene 21 años, es argentina y este es su primer hijo. El niño es un prematuro extremo, de los que se considera requieren mayor tiempo de internación.

*P.- “El papá de mi hijo me gritó y me insultó, por eso yo le avisé a la persona de seguridad y a la médica. Ahí, bajó!,...él sabe dónde hacerse el loquito. Me pregunta: ¿con quién estás?. Él ya se dio cuenta que no voy a volver a vivir con él. Nos juntamos por el embarazo, pero yo quiero estar tranquila, con mi familia. Él viene de noche, cuando termina de trabajar y yo por ahí, estoy durmiendo. Como no puede entrar a la Residencia me hace llamar por la de seguridad o por otras madres. Y yo no bajo. Yo quiero dormir un rato, le doy de comer a mi hijo cada tres horas, de noche también...¡y entonces él se pone loco!!...*

Toda apreciación respecto a la sexualidad de las mujeres madres genera situaciones de incomodidad durante la internación. Se enlazan así mitos institucionales (hombres y mujeres se encuentran solo para tener relaciones sexuales) y las demandas concretas de las parejas. Las mujeres que permanecen tiempo completo y van en contadas ocasiones a sus hogares, refieren no tener tiempo ni ganas para pensar en la intimidad. Sus compañeros en cambio las demandan como parejas sexuales. Entre las actividades frecuentes que se

proponen en el SUM, figuran las charlas de “Planificación Familiar”, en las que participan psicólogas, una obstétrica y voluntarias.

A las usuarias alojadas les resulta interesante este encuentro, donde participan con entusiasmo, vencida la resistencia inicial. Mitos sobre la llamada “cuarentena”, el “alivio” que puede representarles la duración de la misma, las exigencias de sus compañeros y esposos, dan cuenta de diferencias de roles y expectativas sobre la intimidad.

Mariela dice” *por suerte existe la cuarentena, y además estoy acá todo el día...yo pienso todo el tiempo en mi hijo. Lo que él necesita, si aumentó de peso, si deja el oxígeno...mi cuerpo no es solo para mí, es para hacer piel a piel<sup>27</sup>, para sacarme leche, para mi hijo”.*

Otras mujeres demuestran su conocimiento en el uso de los condones (realizan la demostración junto con la obstétrica), método fuertemente sugerido por las instituciones de salud como prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual, combinado con otros métodos anticonceptivos. Durante esa actividad, el plano de la singularidad y del deseo ganan lugar en el marco general de la salud-enfermedad. La obstétrica introduce conceptos sobre que significa relaciones consensuadas, la importancia que se trate de una decisión de ambos, del “deseo” de ambos, erosionando el arraigado mito de la obligatoria cuarentena<sup>28</sup>. Este encuentro grupal representa uno de los pocos espacios donde la sexualidad emerge diferenciada de la reproducción. La preocupación por ampliar el período intergénésico en el grupo de madres muy jóvenes o con niños con patología, que tendrán por delante largos períodos de internaciones, está presente en el interés de todos los agentes de salud que intervienen.

*Silvina- ...A pesar de que participan y demuestran interés, son muy pocas las que bajan al consultorio de planificación familiar. Y eso que están acá, no tienen que viajar ni esperar mucho tiempo por los turnos...”.(Licenciada en obstetricia, argentina,34 años).*

Al respecto, las voluntarias relatan el giro que significó para ellas trabajar en conjunto con el Servicio de Salud Mental.

---

<sup>27</sup> Contacto Piel a Piel, madre-Hijo Prematuro: consiste en una estrategia de contacto precoz, sin interferencias, entre la madre y el hijo prematuro asistido, colocado sin ropa en posición vertical sobre el pecho de la madre durante lapsos establecidos. Ha demostrado ser una práctica beneficiosa que ayuda a la estabilización del patrón de sueño, a la disminución de pausas respiratorias en el neonato y a una mejor organización del neurodesarrollo. Favorece el vínculo precoz entre la madre y el niño. En un origen de indicación exclusiva para la madre, actualmente lo realizan los padres también. (Larguía et al, 2006)-

<sup>28</sup> Cuarentena: período de alrededor de 40 días posteriores al parto de obligada abstinencia sexual para la mujer.

*Voluntaria Mirna: "Hace unos años yo le conté a la psicóloga que vino una chica muy joven, que tenía un hijito internado en neonatología, a mi oficina a pedirme preservativos<sup>29</sup>. Yo le dí, pero le dije "¿no te parece que tendrías que estar haciendo otra cosa...estudiando por ejemplo?. La psicóloga me dijo que entendía mi preocupación, pero que ese no era el momento de decírselo, al menos no así. Que era importante que una joven se acerque y pida ayuda para prevenir un embarazo que no quiere, que contestarle de esa forma era desanimarla a que confiara en nosotros y que se pudiera cuidar. Me sentí mal al principio pero me di cuenta de lo que me dijo. A partir de allí, cada vez que dan cursos o charlas, sobre anticoncepción o sobre VIH, participo, y otras compañeras también. Aprendí a colocarlo sobre el modelo de plástico que trae la partera...Al principio las madres se ríen o les da vergüenza, pero aprenden, yo no sabía antes de esto. ...Incluso el sacerdote que viene al hospital, la primera vez que vio los preservativos en la oficina nos retó, no le gustó. Ahora ya se acostumbró, porque lo importante es lo que necesitan estas madres. Ya no dice nada, aunque no le guste..." (Voluntaria de Residencia de Madres, 59 años, argentina).*

Los discursos de los distintos actores institucionales se entremezclan todo el tiempo, variando su peso y su jerarquía de acuerdo a la necesidad imperante. El sacerdote que visita el lugar cuando acude al voluntariado, las reglas de la convivencia establecidas por las voluntarias o los requerimientos del equipo de infectología en determinadas ocasiones son ejemplo claro. Citando a Deleuze (1999), una vez más, podemos leer en términos de dispositivo, como los actores intervinientes y sus valoraciones, representan ese ovillo multilineal, cuyas líneas están siempre en desequilibrio y sometidas a variaciones de dirección.

Durante las horas del mediodía la actividad es muy intensa. Las madres coinciden en el comedor, punto de reunión, en los horarios de las comidas y ocurren intercambios entre ellas. Las más antiguas en el sector, son las que re traducen la jerga médica a las recién llegadas, desplegando de este modo los hilos que arman red en este dispositivo.

*Gabriela- "No te preocupes si tu bebé "des satura", al mío le pasó varias veces y después mejoró. Es porque no se le formaron bien los pulmones, porque es prematuro..." (Gabriela, 28 años, segundo hijo prematuro, argentina).*

---

<sup>29</sup> En el hospital, actualmente hay dispenser en áreas comunes con preservativos para que el público que asiste retire en forma directa. Además se entregan preservativos en consultorios y área de internación.



*Romina- “Yo hace una semana que estoy, al principio no dormía, por los ruidos, por el susto de que le pase algo a mi bebé. Ahora las voy conociendo y cuando una se viene a dormir, las otras se fijan en tu hijo. Porque no comen todos a la misma hora, por ejemplo. Si tu hijo llora, viene una de tus compañeras y te avisa, te despierta y entonces vas a neo, así nos apoyamos entre nosotras...” (Romina, 19 años, madre de una niña muy prematura, argentina)*

La reciprocidad entre estas mujeres es una dimensión presente y muy valorada, directamente relacionada con el motivo de pertenencia a este colectivo de madres.

Las voluntarias a cargo de Residencia de Madres tienen en general buena relación con las usuarias de la misma. En casos muy puntuales solicitan intervención del Servicio de Salud Mental con el que mantienen una fluida comunicación y con las trabajadoras sociales. Por temas de infraestructura o edificios, recurren a los médicos o a la Directora del Hospital.

Dentro de esos motivos, figuran los frecuentes robos entre las mismas madres, contracara de la reciprocidad y el acompañamiento que demuestran en otras oportunidades.

Dependiendo de los grupos, estos robos aumentan hasta generar importantes fricciones entre ellas. Cuando esta situación se impone de modo muy evidente, junto con las psicólogas, realizan “talleres de convivencia”. La entrevista con Raquel nos aproxima al contexto:

*E. “ ¿Qué cosas roban?*

*Voluntaria Raquel: “Todo, se roban entre ellas cosas impensadas, injustificables, porque nosotras todo el tiempo les estamos dando cosas que nos llegan por donaciones. Se roban ropa del bebé, ropa de ellas, mantitas, hasta alguna comida que alguna dejó en la heladera para la tarde...Es lo más difícil y frustrante...No podemos estar revisando los bolsos o los cuartos. A pesar de que cada una tiene un armarito con candado. Las madres siempre saben quién es, pero es difícil acusar sin pruebas. Alguna vez, cuando fue un tema serio, como celulares o cartera, avisamos a la seguridad y vino y revisó las habitaciones...No es lindo, no es para eso que están acá ni para lo que estamos nosotros. No valoran lo que significa la Residencia de Madres, las que se tienen que ir a otro hospital, vienen de visita o a pedirnos ropa y nos cuentan...Dicen que quieren volver acá, pero no se puede, porque el bebé necesita otra cosa que en esta neonatología no se le puede dar.*

*Todo el tiempo nos donan ropa, mantas nuevas, juguetes...y todo se los damos, a todas las que están...no se entiende por qué el robo.*

*Cuando se hace inmanejable llamamos a la psicóloga, hablan no solamente de los robos, de todo, para qué están acá, para qué sirve la Residencia de Madres, y por un tiempo se calma la cosa...pero todo el tiempo entran madres nuevas y se van de alta otras...Hacemos lo que podemos, lo mejor que podemos...”(Raquel, Voluntaria Coordinadora. 62 años, argentina).*

Según lo observado, los profesionales de Salud Mental refieren que esas reuniones, sin periodicidad fija, muchas veces a demanda, se piensan como estrategias de prevención inespecífica.

La separación de sus familias, la convivencia forzada con otras personas con costumbres y tradiciones distintas y la angustia por la internación de sus hijos es una combinatoria que suma tensión en un escenario de gran vulnerabilidad. Hay quienes dicen sentirse en una “cárcel”, otras por su parte agradecen haber sido tratadas “mejor que en su propia familia”, poder disponer de agua caliente todo el día o un televisor LCD, como no tienen en sus casas, la valoración dependerá en cada caso de las experiencias previas de quienes pasen por este sector.

Durante la entrevista con Rocío, de 18 años, madre de una niña prematura extrema internada en terapia intensiva, ella dice:

Rocío- “...*Las chicas no se dan cuenta de lo que tienen...no lo valoran...A mí me pasaba lo mismo al principio. Ahora pienso, con mi hija grave, acá, yo vengo todo el tiempo, duermo un rato y vengo, de día y de noche, conozco a todos los que trabajan con mi hija y ellos me conocen a mí. No podría ser así si no estuviera la Residencia, ¿qué hago?, me quedo en el pasillo, pero no es lo mismo.... Yo pienso que las voluntarias, los médicos o los psicólogos tendrían que explicar todo lo que hacen las voluntarias acá...*

*E-¿Qué hacen ..?*

Rocío- “*Yo vi un documental, de casualidad, por televisión, un día que estaba en mi casa y hablaban de los voluntarios de los hospitales y mostraron los de acá y la Residencia. Es más que darte ropa o comida. Ahí entendí que las voluntarias no vienen solamente porque tienen más plata o tiempo libre. Tenés que querer venir y ocuparte de esto...Yo ahí entendí lo importante que es tener una Residencia en el hospital, y les digo a las chicas....”.*

Rocío dejó el colegio a raíz del parto prematuro. Piensa en que hará más adelante, cuando pueda salir del hospital. Su pareja tiene su misma edad y aún no conviven. Las familias de ambos los ayudarán y verán dónde y con quiénes convivir. Se precipitan responsabilidades y decisiones que no tenían previstas para esta etapa de sus vidas. Ella por su antigüedad en la unidad que se extiende más de 30 días, es una de las figuras que re traduce los términos e indicaciones médicas y tranquiliza a las nuevas, ante los imprevistos que suelen aparecer en la evolución clínica de los niños.

Tanto médicos, enfermeras y voluntarias en general, identifican a algunas madres como referentes para el grupo de padres y muy puntualmente para la mejor convivencia en la Residencia de Madres.

Así ocurre con Rocío, a pesar de ser tan joven y también con Roberta. Ésta última es una madre “muy presente”, como se define en el universo de significados sector a las mujeres que pasan mucho tiempo dentro del sector de internación. Roberta vino de Bolivia con su marido hace 5 años. Tienen un hijo de esa edad del que refiere que “tiene problemitas para aprender”. Durante las visitas de hermanos a la unidad, actividad coordinada por el equipo de Salud Mental, se plantea el diagnóstico de autismo para este niño. Comienza así un periplo por distintas instituciones, apelando a redes formales e informales, que permitan acompañar a esta familia. Por su parte, el niño internado presenta un cuadro muy grave asociado a su prematuridad, que requiere derivación a otro hospital para intervención quirúrgica de urgencia. Durante ese lapso, Roberta se acerca nuevamente a la maternidad a pedir si puede regresar a la Residencia.

*Roberta- “En el otro hospital es nada que ver...porque además no te dejan entrar a estar con tu hijo como acá, ahí es cada tres horas, sí o sí...no importa si el bebé está llorando, te hacen salir igual si es el horario de salir. No quiero estar allí, espero que me manden acá otra vez.*

*Allá hay una Residencia, que es más moderna pero no me gusta. Las madres se roban más que acá, no se hacen amigas, no hay psicólogos ni tampoco voluntarios todo el tiempo como acá. Yo no me quiero quedar allá”.(Roberta, 29 años, madre de un niño muy prematuro internado y de un niño de 5 a. con diagnóstico de trastorno de espectro autista, boliviana.)*

Las mujeres migrantes atraviesan con frecuencia, mayores dificultades durante la internación, al contar con menos lazos familiares que las ayuden a sostener el frágil equilibrio entre el hogar y el acompañamiento a sus hijos recién nacidos internados.

Roberta por ejemplo, enfrentó a su familia política por razones económicas y cuenta solo con su esposo para dividir tareas y consultas.

Li es una madre de origen oriental, madre de un niño prematuro internado. Resulta muy difícil entender si proviene de China efectivamente, pero pasa a ser conocida como “la madre china” para el equipo y el colectivo de madres del lugar. Li dio a luz un niño muy prematuro, la particularidad de su situación es que se encuentra alojada en el penal de Ezeiza y es referida a este hospital para su atención. Mientras dura la internación en obstetricia, cuenta con custodia policial las 24 hs. La internación del niño en Neonatología implica repensar estrategias. Por su condición de privación de libertad, puede permanecer solo como madre de día. Llega temprano y se retira todos los días después de las 17 hs, acompañada siempre con custodia policial (hombres y mujeres), con los que tiene buena relación.

*Custodia policial mujer 1: "Ella es una reclusa tranquila, no da problemas...está todo el tiempo con su hijo, yo ya le entiendo bastante lo que habla. Hay otras que son conflictivas o agresivas, ella no es el caso..."*

Li habla muy poco español, apenas lo necesario como hacerse entender. Está imputada por cómplice de una estafa. La institución abona el mito de “la mafia china” y venganzas varias. Su marido acusado en la misma causa permanece alojado en otro penal.

La maternidad recibe con frecuencia mujeres embarazadas alojadas en el penal de Ezeiza. Estas dicen preferir este hospital antes del que les correspondería por región, porque acá las tratan mejor. De hecho la situación no parece asombrar a enfermeras, médicos, ni voluntarias. Incluso se estipula que la madre ingrese a la unidad sin custodia, para estar tranquila con su hijo. El cumplimiento de esta regla dependerá del criterio de la custodia policial asignada. Las mujeres policías muestran su identificación con Li, “*por ser madres y saber lo que se sufre por un hijo*”. (Custodia policial mujer 1, entrevistada).

Li es cuidada por todos los que participan del escenario de la unidad. Las voluntarias le asignan una cama para que descansa durante las horas que está en el hospital, comparte el comedor y desarrolla recursos para hacerse entender y proteger. Una de las custodias, plantea al equipo de profesionales si es posible que la madre se quede de noche en la Residencia.

*Custodia Policial Mujer 2: "Li entendió que el bebé bajó de peso porque ella no está para amamantarlo de noche". Esta policía femenina re traduce al resto de la institución las expresiones de la madre, con quien parece identificarse en*

*sucondición de género y de función materna. “Li dice que ella quiere darle su leche para que se haga fuerte y se vaya rápido con ella de alta.”*

El alta en este caso significa que se irá al penal donde convivirán por el tiempo que la justicia establezca. Ella tiene planes, cuenta que volverá a su país cuando recupere su libertad al igual que su marido. Ese lugar alejado, añorado y a la vez idealizado, es para ella mejor para criar a los niños. Dice en un castellano trabado que “hay más juguetes y más cosas para darle a los hijos, acá todo es caro”...que no va a volver. (Li, madre de un niño prematuro internado, alojada en el Penal de Ezeiza. 32 años. Nacionalidad china según consta en historia clínica).

La condición de pertenencia a este dispositivo está dada por la vulnerabilidad que representa un hijo recién nacido enfermo, por encima de diferencias de origen social y cultural. Finalmente Francisca lo resume en una expresión abarcativa:

*F- : “Ninguna de nosotras elige quedarse acá, es por nuestros hijos que nos toca hacerlo” (Francisca., 24 años, madre de una niña prematura internada, argentina).*

Esta pertenencia a un colectivo común, promueve por un lado, identificaciones entre las mujeres usuarias y una fuerte cohesión grupal, al mismo tiempo que facilita los desencuentros en la vida cotidiana. Las tensiones en este escenario aparecen como inevitables, de acuerdo a los horizontes normativos vigentes que ordenan sus prioridades y las sanciones morales entre ellas.

Dentro de los avatares institucionales, se observa un frecuente entrecruzamiento entre el ámbito salud y el judicial, particularmente desde la implementación de la ley N° 114, sobre protección integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (CABA, 2006). Toda sospecha o confirmación de vulneración de derechos a estos actores sociales, debe ser reportada a organismos como la Guardia Permanente de Niños, Niñas y Adolescentes o Defensorías, ambos dependientes de la esfera judicial. La existencia del dispositivo de Residencia de Madres es conocida en este último ámbito y permite dilatar tiempos en la toma de decisiones, en comparación con otras instituciones materno infantiles.

Susana tiene hoy 19 y hace tres años que tuvo a su hija prematura en esta maternidad. Cada vez que viene al seguimiento de pediatría sube a la Residencia de Madres, a saludar a algunas enfermeras, voluntarias y otros miembros del equipo que ella conoce bien.

Susana vino de Bolivia a los 15 años con miembros de su familia extendida. Tuvo una niña prematura, un embarazo sin control consecuencia de un abuso sexual y estuvo en condiciones de explotación laboral. Tal contexto de vulnerabilidades motivó la intervención de la Defensoría de Niños, Niñas y Adolescentes pertinente. Se cuenta que estuvo internada y vivió en la Residencia más de tres meses.

*Susana- : “Yo al principio no la quería tener a mi hija, ... no podía tenerla. Mi mamá en Bolivia cuando se enteró me dijo que no fuera, que me quedara acá en Argentina porque a las chicas como yo, sin padre para su bebé, no las quieren en mi pueblo, no les va bien. Yo pensé así también y cuando nació dije que no la quería... Después me encariñé, y estuve tiempo acá. Aprendí muchas cosas, todas las voluntarias me trataron bien, me regalaban cosas, ... las enfermeras también me enseñaron... y pensé... y quise tener a mi hija. Y después vino mi prima, la que me trajo acá, que me quería llevar con ella otra vez, pero el juez dijo que él iba a decir donde vivía yo. Y me preguntaron a mí que quería hacer. Yo pensaba si vuelvo a la Villa con mi prima voy a ver al padre de mi hija. Por ahí hasta me la va a querer sacar, porque por algo es el padre... Y mi prima quería que me vaya con ella para que le cuide el hijo, para poder salir a trabajar. Pero yo mientras estuve acá, en el hospital y en la Residencia, me enteré que podía estudiar... el Juez me dijo también que podía estudiar. Mi prima le dijo a mi mamá cuando me trajo que me iba a hacer estudiar... por eso vine. Estuve mucho tiempo acá internada, me trataban todos bien y yo estaba más tranquila. Algunas chicas de la Residencia se pusieron celosas y me peleaban mucho. Una vez le dijeron a las voluntarias que yo les había robado el celular... Yo no robo! Nunca hice eso... y las voluntarias no les creyeron. Ahora vivo en un Hogar acá cerca, yo voy a la escuela y mi hija empezó a ir al jardín. Yo voy a estudiar algo para ayudar a los prematuros, no se bien qué, algo que les sirva. Porque mi hija nació prematura pero es muy inteligente....”.*

La existencia de la Residencia de Madres le permitió a Susana durante el tiempo de permanencia conocer otros recursos posibles para su vida y la de su pequeña hija.

Ella sabía cocinar desde los 6 años de edad, manejar herramientas para el trabajo agrícola, tejer y otras actividades que jóvenes de su misma edad y de distinto origen cultural no contaban. Insiste sin embargo en todo lo que “le enseñaron” mientras estuvo en el hospital. Las habilidades sociales que fue adquiriendo, el manejo de un castellano más fluido y el

conocimiento de derechos civiles que la amparaban como sujeto adolescente, le permitieron llegar a la decisión conjunta retornar con su familia de origen.

Distintos interlocutores interpretan que es mucho lo que se le demanda a la Residencia de Madres en tanto tal. Así, aún con sus hijos en condiciones de egreso de la institución, se han registrado en esta Residencia Hospitalaria, casos de madres que permanecieron durante largo tiempo hasta tanto se resolvieran temas habitacionales, de guarda en caso de discapacidades, enfermedades psiquiátricas, o de violencia doméstica.

*Martina- : “ No es la finalidad de la Residencia, no le hace bien a la madre que se queda ni a las demás. El chico queda por más tiempo dentro de neonatología, cosa que no le hace bien tampoco. Se confunde todo y más tarde o más temprano terminan surgiendo problemas. Los juzgados se toman su tiempo porque saben que acá la madre tiene techo y comida, pero este no es el lugar para resolver esos problemas” ... (Martina, Voluntaria coordinadora, 44 años, argentina).*

En resumen, las mujeres madres construyen su lugar junto al hijo, en la medida que aprenden a interpretar el escenario tecnológico y de especialistas que rodean las incubadoras. Su participación en las tareas de alimentación, el contacto piel a piel, la atribución de sentidos a los cuidados y las respuestas de cada bebé, son las estrategias de las que se sirven para la construcción de un rol que resultó interferido. Paradoja de la modernidad, que para ayudar a cuidar a los más vulnerables, los obliga a separarse de sus cuidadores primarios.

Roberta argumenta sobre la importancia de su presencia y sus cuidados, lo aprendió a fuerza de permanencia en el hospital.

*”Yo me doy cuenta enseguida si le pasa algo, si está inquieto, o al revés, si no se mueve...él no puede decir que le pasa pero yo lo conozco y me doy cuenta. A veces los doctores o las enfermeras te dicen ”no pasa nada”, “los prematuros son así”, pero yo insisto hasta que lo revisan y me quedo tranquila. Yo sé que piensan que soy exagerada, que parece que quiero que atiendan más tiempo a mi hijo,...pero las veces que dije “le pasa algo” tuve razón”.*

Algunas mujeres priorizan pasar tiempo junto a las incubadoras, sin ir durante días o semanas a su casa, capaces de dormir sobresaltadas, con cortes horarios impuestos para ocuparse de la alimentación por sonda de los niños o por desconfianza en los cuidados de algún turno de enfermería. Las “buenas madres” se describen como aquellas que no se

involucran en cuestiones de intercambio que no tengan que ver con el estricto cuidado del niño y que aprenden hasta niveles profesionalizados. Las ausencias toleradas son aquellas que tienen que ver con la preservación física y emocional del resto de los hijos.

Se desliza de continuo la polarización “instinto materno” versus “discurso científico”. La oposición de estas categorías foguea las tensiones dentro del escenario institucional. Sin embargo, la observación de la rutina de madres y agentes de salud alrededor de los niños internados, permite problematizar estas categorías, y enriquecer el planteo inicial a la luz de consideraciones tales como el deseo por el niño, la diferencia entre cuerpo y organismo, los cuidados físicos que contemplan el neurodesarrollo y al mismo tiempo la subjetivación del paciente niño. El rol de la tecnología y del conocimiento médico intenta hacer lugar al niño y sus demandas y a su familia, aún cuando este intento no está exento de tensiones.



## Capítulo 4:

### Lugares Practicados

### Hay Espíritus en la Residencia de Madres.

Capítulo 4: Lugares Practicados. Hay Espíritus en la Residencia de Madres.

Nuevos escenarios tecnológicos: los espíritus y lo inesperado

Durante el transcurso del trabajo de campo tiene lugar la siguiente situación.

El grupo de voluntarias a cargo del funcionamiento de la Residencia recibe a modo de confidencia, un secreto que gradualmente se vuelve público: *“Las madres no duermen de noche porque temen a un espíritu que se hace presente”*.

El relato inicial ubica como escenario de partida una de las habitaciones de la Residencia de Madres, identificada con la letra “H”. Sus ocupantes comparten además el mismo sector de internación, conocido como Canal 1, que corresponde a los niños recién nacidos que permanecen internados por largos períodos, niños prematuros extremos que, luego de cumplida la etapa más crítica de su asistencia,

requieren de cuidados específicos durante su progresiva evolución hasta poder irse de alta. Son los niños y las madres que permanecen más tiempo internados en esta unidad.

Más tarde se suma el pedido de una enfermera que dice

*Enfermera: “Tienen que hacer algo, estas madres ya no duermen nada, están sobresaltadas, no quieren ir a la Residencia”.*

La primera madre entrevistada es aquella individualizada por la voluntaria como la portavoz de la situación de “malestar”. Acepta hablar sobre el tema, se la observa cansada, de mal humor y dice no haber dormido en días. Refiere que lo acontecido no ha sido solo en su cuarto, sino que afecta a toda la Residencia.

Se propone una reunión en el comedor que funciona dentro del lugar, mientras ella se ofrece a avisar al resto de sus compañeras, porque entiende que es un tema muy serio que no les permite descansar y por ende, no pueden cuidar bien a sus hijos.

Las voluntarias se suman a este espacio de reunión junto a las madres. Una de ellas aporta un dato a tener en cuenta, “las madres no querían hablar con las psicólogas ni con el sacerdote” del hospital.

### ***La Reunión en el Comedor***

El encuentro grupal se promueve como espacio de escucha de los diversos actores sociales involucrados, en tanto estrategia posible para acceder al universo de significaciones en intercambio.

La concurrencia resultó importante, aunque con una actitud reticente al principio. Se hace explícito el motivo del encuentro: la preocupación de todo el equipo de salud por el cansancio y la angustia de las madres, y la intención de cuidarlas para que ellas a su vez, pudieran cuidar a sus hijos.

La reunión toma su curso sin pausas ni urgencias, en un ámbito que reconocen como de su dominio, a diferencia del área de internación, hecho que facilita el acceso a la palabra y los relatos personales<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Nota: El contexto desempeña un papel crucial durante el desarrollo de esta actividad. En rigor, en toda entrevista es posible identificar un contexto ampliado, que refiere a las relaciones que engloban tanto al entrevistador como a los interlocutores, en su dimensión política, económica, cultural, y el contexto restringido, que se refiere a la articulación concreta entre lugar-personas-actividades-tiempo. En tal sentido, resulta relevante que la reunión se lleve a cabo en un medio familiar a los actores.

Comienzan a aparecer cuestiones ligadas a presencias desconocidas: alguien que abre y cierra las ventanas y una voz que avisa a una de las madres “*que ya es hora de amamantar a su bebé*”. Relatan que escuchan ruidos en el techo, pisadas, “*tacos de mujer*”, ruidos metálicos en la madrugada; una habitación (la H) en la que casi no se puede estar, porque es muy fría y es donde se alojaban los fantasmas.

Son diferentes madres las que refieren vivir estas situaciones, que generan nerviosismo y malestar compartido. Una de ellas describe cómo es que se le apareció durante la noche, “*entre sueños*”, una enfermera:

*A.: yo estaba medio dormida medio despierta, porque duermo con un ojo abierto, como digo yo. Para no pasarme la hora de ir a darle de comer a mi bebé. Pero el cansancio me tira en la cama...y ahí entre sueños, se me aparece una enfermera que no conozco, de blanco, que me dice “levantate, es la hora de darle la toma a tu hijo, él está llorando...” y yo me asusté. Me fui rápido al canal y él estaba tranquilo por suerte. Pero me quedó una impresión ...después se lo conté a ella (señala otra madre de su grupo) y a ella le pareció que había oído algo también”.*

*D.: Yo también escuché algo, pero igual que A., yo estaba medio dormida...me decía “andá a cuidar a tu hijo”. No tenía aspecto de mala, pero me asustó, no es lindo que los muertos te aparezcan así, de la nada, y a la noche.”*

Al comentarlo durante la cena todas empezaron a tener miedo de que la escena se repitiera. Describen además, un “viento raro” que abre las ventanas y una mujer semidormida a quien se le apareció un hombre enfermero para que se despertara y fuera con su hijo. En esas ocasiones todas se reunían en el comedor para hacerse compañía.

Entre varias refieren que “Alguien” dijo que vio un hombre durmiendo en el comedor durante el fin de semana y por eso no quieren quedarse solas en ese lugar.

*Madre en el comedor- “Alguien nos contó que en este comedor se murió una enfermera, hace mucho, ¿se murió de verdad...?,capaz que es ella que quiere quedarse...”*

Ese “alguien” que se repite durante la larga charla, resalta la ausencia de nombre propio, de una voz particular que no se alcanza a precisar.

El comedor actual es el antiguo vestuario de enfermeras, para ellas ese es el motivo por el cual el espíritu sigue “apareciendo” en el lugar y siempre en horas de la noche.

Por ello tratan de permanecer juntas en el mismo cuarto o bien optan por quedarse en los sectores de internación, durmiendo en sillas al lado de las incubadoras de sus hijos.

### ***La escucha como intervención.***

La intervención en este episodio apunta a facilitar el acceso a la palabra, sin desmentir ni desautorizar, privilegiando una escucha singular que intenta no cuestionar desde la ideología (Sotelo, 2009), sino que permita atribuir al fenómeno su rango de verdad, una verdad construida grupalmente desde las representaciones de los actores sociales que participan.

El grupo de madres luego de un prolongado intercambio de anécdotas, refiere que se fueron “contagiando el susto”. Las voluntarias, presentes, tomaban nota y anticipaban que se ocuparían de hacer el pedido a mantenimiento para la reparación de la calefacción de la habitación H y a la par, de pedir más frazadas.

Con respecto al hombre durmiendo en un banco que una de las mujeres (que no se hallaba presente) dijo haber visto durante la noche, el grupo llega a una conclusión: ese no era un espíritu, debe ser un familiar que no respetó las reglas vigentes para la Residencia, transgresión algo frecuente durante los fines de semana. Durante el relato que se va construyendo, dos de ellas retoman el estado de somnolencia casi continuo durante la franja nocturna.

*Delia: “...No es fácil dormir acá, cada dos tres horas tenés que darle de comer al bebé, si no hay enfermeras te llaman para que te quedés, ...no sabés en que día vivís...”*

El agotamiento y el estado de ansiedad que genera la internación se vuelven así el tema central de la reunión. La categoría temporal se mide por los días que cada una lleva sin ir a sus casas, sin ver a sus otros hijos, a sus parejas.

*Marta: Acá te dan todo, comida, agua caliente como no tenés en tu casa, hasta el televisor es más grande que el que tenemos...pero uno extraña su lugar, su cama, su gente..*

*Adela: Mi marido me dice, “vos no te preocupes, quedate allá hasta que el bebé esté de alta.” Pero son casi dos meses, yo lo hago por mi hijo, para que nos vayamos pronto...pero estoy agotada (se larga a llorar).*

Lentamente, el peso de las certezas y la angustia de los últimos días, parece relajarse. Las voluntarias y el equipo de Salud Mental preguntan si conocen alguna Residencia de Madres, por ellas o familiares. La mayoría dice no, salvo una participante cuya cuñada tuvo un hijo prematuro internado en esta maternidad hace dos años. Se retoma la historia de la creación de la Residencia Hospitalaria Madres hasta el momento desconocida para ellas.

Este área cuenta con más de 30 años de existencia y fue resistida fuertemente en su origen por las autoridades del hospital, dentro de un marco ideológico donde el modelo médico hegemónico no encontraba acertado ni necesario, que las familias de los pacientes internados tuvieran participación en el proceso de recuperación de los mismos.

El diseño y construcción de los primeros hospitales se hizo según el modelo sanitarista marcado por la preocupación de las enfermedades infecto contagiosas (Foucault, 1974, 2004). Cuando mujeres madres, ya no en condición de pacientes, accedieron a un espacio físico y por ende a una función reconocida dentro del armado hospitalario, significó flanquear las puertas de instituciones altamente medicalizadas (Larguía et al; 2006), escudadas en el saber de la ciencia y en la amenaza permanente del “contagio” que el mundo extramuro representaba para los pacientes, objeto de su práctica.

¿Qué lectura posible en dicho escenario, tiene entonces esta producción grupal de temores y ansiedades amenazadoras, asociadas a espíritus o fuerzas sobrenaturales y escenarios tecnológicos?

La estrategia grupal promueve aquí la escucha como modo de intervención. Permite así el despliegue de las representaciones que estaban operando en dicho espacio, sin desconocer las relaciones de asimetría que se ponen en juego por diferencias de status social e intelectual (Bourdieu, 2005). Como subraya Cardozo de Oliveira (1996), las disciplinas y sus paradigmas son condicionantes tanto de nuestro mirar como de nuestra escucha. La advertencia protege contra posiciones etnocéntricas.

Durante esta experiencia, se da marco entonces al motivo de la permanencia de las madres en el sector de Residencia y su función en la misma, no son “pacientes” de la institución. Se hace explícito el reconocimiento al esfuerzo que cada mujer y su familia realizan para acompañar al niño internado durante su recuperación, mientras

sobrevuela la angustia ante la continua pregunta sin garantías, sobre la posibilidad de sobrevivir de sus hijos. El grupo habla desde sus marcos culturales de referencia, los mayores obstáculos están en las diferencias de esos “idiomas culturales” (Cardozo Oliveira,1996), entre el mundo del entrevistador y sus interlocutores. Entre las madres que cuentan y la institución que tiene que escuchar.

El fenómeno grupal acontecido interpela a todos y se enlaza a numerosos interrogantes: ¿Por qué tuvo lugar este acontecimiento en ese momento en particular?, ¿Por qué alcanzó tanta repercusión?, ¿Qué situaciones institucionales ocurrieron en esa semana en el servicio de Neonatología?, ¿Cuál es el peso de las prácticas y representaciones culturales de las distintas mujeres que conformaron este grupo de forma azarosa?. Finalmente, ¿Por qué asustaba el alma de una enfermera supuestamente muerta en el lugar, si a metros de ellas la muerte es una evidencia tangible que intenta no ser nombrada?. Los miembros del equipo de salud que participaban de este encuentro, desgranaban estas preguntas a la luz de lo compartido por las madres en el comedor.

No se trata en este caso de refutar que los fantasmas existan o no tengan influencia. Escuchar a las personas mientras hablan y se comunican y aprender a hablarles como ellas lo hacen es la base del trabajo de campo, que se hizo visible en esta oportunidad. Toda práctica etnográfica se basa primordialmente en la comunicación y el lenguaje (Fabian, 2001). La posición ética al escuchar un relato y un malestar, intenta a lo largo del proceso, no desvalorizar las representaciones culturales de cada uno de los implicados, muy particularmente aquellas que pudieran estar operando sobre la vida y la muerte.

Como elemento recurrente en los relatos, se recorta la sucesión de apariciones, así como sentimientos de inseguridad, angustia y temor a la soledad, durante el transcurso de la noche. Aportes de la antropología, señalan lo oportuno de investigar conceptos que profundicen este objeto de interés epistemológico como es la noche, en las más variadas culturas de las que se tiene registro. El concepto de “nocturnidad”, puede ser entendido como una categoría espacio-temporal, tanto como de estados físicos y psíquicos, que cada cultura define como “la noche” (Galinier et al, 2010). Diversos autores (Bordin,2002; Basso,1985; Alvarez,1995 citados en Galinier, 2010) establecen a partir de sus observaciones y lecturas, que las representaciones de lo nocturno, son la vía regia para acceder a las ideas de

peligro, sacrificio, ajenidad, ruptura y también recomposición al interior de cada cultura. Los abordajes multidisciplinares, son la herramienta para iluminar los contrastes existentes entre las representaciones que se asignan a la vida diurna y la vida de noche, tanto a nivel colectivo como individual.

Existe al respecto, una organización específica del espacio, del uso y del sentir del cuerpo durante el sueño, una necesidad de protección del ambiente, así como actividades rituales y acciones específicas.<sup>31</sup> En las sociedades posmodernas, existen pocas referencias a las experiencias de amenaza latente, enigmáticas que suelen asociarse a la vida nocturna, como si hubieran sido arrancadas de la propia cosmología, en un intento de “aculturación”.

Todas las instituciones de salud presentan un marcado contraste entre la vida diurna y la nocturna. Pasillos y áreas desolados, menor cantidad de personas, la percepción de los sonidos muchas veces no identificados, la ausencia de contacto con el grupo familiar directo, dormir lejos de casa. Dentro del escenario sanitario se suman además, otras variables: la escasez del recurso de enfermería, más acentuado durante los turnos de la noche, obliga de un modo solapado, a una mayor exigencia para con las madres. Ellas están más pendientes aún que durante las horas del día, de los cuidados básicos y de alimentación, comparten un sentimiento de desconfianza generalizada hacia los turnos de la noche. Esta compleja competencia de funciones y habilidades, genera tensiones entre el equipo de enfermería y las familias, que se profundizan cuando acontecen internaciones con mucha carga asistencial. En el sueño descrito, la enfermera errante, que habita aún en esos pasillos, aparece para recordarles que se despierten para ir a cuidar a sus hijos. Su advertencia es vivida con temor, al igual que la aparición “entre sueños”, de un enfermero que reclama algo similar... Durante la noche y los sueños, los conflictos parecen emerger con el color de las valoraciones sociales en juego: de que se trata ser una “buena madre”, con los matices del universo de significación cultural de cada sujeto.

En entrevistas con las enfermeras y los médicos del sector, junto al reporte del censo diario de internación, encontramos que en los últimos 10 días habían fallecido tres

---

<sup>31</sup> Entre las teorías Mayas, así como en poblaciones Amerindias, se considera que durante la noche el alma viaja y comunica imágenes y sentimientos del cuerpo durmiente. Entre los Inuit, la sombra que es parte constitutiva de la persona, deja el cuerpo durante el sueño y viaja a través del espacio, en particular a la tierra de la muerte, donde engendra los sueños. Muchos saberes incluso, son estimados muy especialmente por haberse adquirido justamente durante la noche. Galinier, 2010.

niños en condiciones clínicas de extrema gravedad, sobre los cuales se proyectó un gran silencio. La madre que describía con mayor énfasis la existencia de las apariciones tiene un niño afectado por un síndrome genético poco habitual.

Marizabel proviene de la región andina de Bolivia, reside hace menos de un año en el país y refiere :

*“ Yo no me animo a preguntarle a los médicos que tiene mi hijo,... “tengo miedo de lo que me vayan a decir,...que mi hijo no está bien o no se va a curar”.*

Durante ese lapso también se produjeron diferencias de convivencia con otra de las madres residentes, a punto tal que un pequeño grupo propuso “echarla” del sector de internación Canal 1, porque su presencia les resultaba “insoportable”.

En esas previas semanas, ocurrió además la coincidencia de mujeres provenientes de ámbitos rurales y de países limítrofes, con prácticas culturales contrastantes entre sí y fuertes creencias arraigadas en lo mágico. Algunas de ellas relataron que no conocían los ascensores, ni contaban con servicio de sanitarios y agua caliente en sus hogares. Sin adaptación previa, por las razones asistenciales que involucran a sus hijos, todas se ven compelidas a interactuar súbitamente, con expresiones de la última generación tecnológica: monitores, respiradores e incubadoras, al tiempo que inauguran categorías semánticas y cognoscitivas: prematuros, cardiopatía, ductus arterioso, alimentación nasogástrica.

Salman Rushdie (1985) alertaba sobre lo que él dio en llamar “la sensibilidad migrante”, definida como la capacidad de los individuos desplazados de tener una actitud de suspicacia ante la realidad, porque ellos han experimentado otros modos de ser, comprendiendo corporal e intelectualmente la naturaleza ilusoria de la realidad. Es por ello, que una determinada realidad social y cultural dada se les aparece como una posibilidad entre otras. Los migrantes “por necesidad, producen una nueva relación imaginativa con el mundo por la pérdida de los hábitos familiares “(Rushdie, 1985) combinan así rasgos de la periferia con los de las metrópolis (Wright, 2008).

El fantasma de la enfermera, remite en su esencia a una ausencia, cuyo efecto permite simbolizar y poner en palabras algo del orden del miedo a la muerte, de la desaparición y del silencio. El surgimiento de esta compleja construcción grupal, da cuenta del



dispositivo de la Residencia de Madres como lugar practicado<sup>32</sup> (De Certeau,1984), escenario de relaciones humanas, de identificaciones, de redes sociales diversas que convergen y producen modos idiosincrásicos de soportar(se) allí.

Al día siguiente a la reunión, las voluntarias propusieron cambios de habitaciones hasta tanto se solucione el desperfecto de la calefacción. El grupo en general retomó sus rutinas y horarios, sin que se supiera de nuevos episodios y algunas mujeres fueron obteniendo el alta médica de sus hijos. La señora temerosa del informe de los médicos, le hace saber al equipo médico que ella se quedó pensando que en su comunidad, “*los niños así enfermos no se ven, no hay...aquí sí los hacen vivir...*”

El enfoque biomédico desarrolla en relación al proceso salud-enfermedad-atención, una concepción unificada del cuerpo y del padecimiento, anclada sobre una expresión dualista cuerpo-mente, cultural-biológico (Menéndez, 2001). El aporte de una escucha y una lectura antropológica, recupera una visión crítica y compleja de la experiencia en el mundo. La superación de la dualidad mente-cuerpo es posible, en tanto inscripción *de la experiencia en el mundo*, experiencia ontológica e intercultural. El análisis antropológico permite descubrir dos aspectos de este orden de la *experiencia de ser en el mundo*. Un costado universal humano, aquello que se explica por la finitud que conecta en todas partes a la gente con la vida, la muerte y el sentido (Wright, 2008) y al mismo tiempo, una construcción social localizada, en tanto que ningún hecho aparece puro y transparente, sino contextualizado en sociedades y grupos específicos (Wright, 2008).

Diferentes lugares producen diferentes cuerpos, de esta forma es posible comprender que se pase de sujetos y narraciones universales a sujetos y narraciones localizadas en alguna parte, con un alcance parcial de verdad y adecuación (Wright, 2005).

## Reflexiones

La participación en este escenario resulta al estilo de la intervención. Intervenir, como se planteó en esta oportunidad, “significa tomar parte en un asunto, interponer su valimiento, pero desprovisto de un matiz moralizante o pedagógico” (Sotelo, 2009). No es asistencia ni psicoterapia, es el reconocimiento de una puntuación

---

<sup>32</sup> Michel de Certeau: un espacio es un lugar practicado. La acción humana es la que transforma lugares en espacios; no existen lugares a priori, como tampoco lugares vacíos, sin significado. A diferencia del lugar, carece pues de la univocidad y de la estabilidad de un sitio "propio". El espacio es al lugar lo que se vuelve la palabra al ser articulada ( La invención de lo Cotidiano. I, Cap IX, Lugares y Espacios.

sobre una situación disruptiva, a la que le corresponderá la asignación de un significado por parte de los sujetos protagonistas. Son precisamente los momentos de desencuentro, crisis comunicativa y de contradicción los que suscitan el cuestionamiento del entrevistador y obligan a revisar su propio modelo para interpretar lo que ocurre.

Las intervenciones demuestran su eficacia a cuenta de que no se instalen al modo de una moral o dirección de conciencia. Se trata retomar el rasgo de lo particular que caracteriza una forma de producción de subjetividad, que atraviesa a cada familia y a cada persona, más allá de lo universal de las normas y representa un ejercicio de reflexión sobre la práctica cotidiana, de la cual es preciso no desentenderse. En el proceso de conocimiento, las preguntas y respuestas no representan dos bloques separados sino partes de una misma lógica y reflexión, que es la del que interroga. Para comprender los términos de una cultura o de un grupo social, desde la perspectiva del actor, es preciso reconocer que el mundo de los “Otros”, llamados nativos, es diferente del mundo del entrevistador-investigador, premisa vigente para el estudio de todos los grupos humanos, en tanto les reconozcamos una lógica propia para organizar su universo en función de su específica ubicación social. Es preciso estar atento al desliz siempre latente, de la proyección de los supuestos propios sobre el discurso de quienes entrevistamos, como modo de precaución de una posible postura sociocéntrica, que cierre el acceso a un universo de sentidos por conocer.

## CONCLUSIONES FINALES

### CONCLUSIONES FINALES:

El trabajo de campo realizado en una Residencia para Madres de una maternidad pública de la Ciudad de Buenos Aires, permite articular los siguientes operadores teóricos:

La expansión de la biomedicalización, es un hecho reconocible en el continuo incremento de la esperanza de vida en prácticamente todas las sociedades, y muy especialmente en las capitalistas desarrolladas, así como el aumento incesante de sujetos que padecen enfermedades, invalidez o problemas crónicos. La asistencia de embarazos de alto riesgo y la recuperación de niños cada vez más prematuros, por parte de obstetras y neonatólogos son aspectos evidentes de este avance. Los sujetos se ven compelidos a

organizar su modo de “estar en el mundo” alrededor de estas variables, que normalizan de tal forma su vida y la de sus grupos. Ocurre así la biomedicalización de los saberes cotidianos (Menéndez, 2001), tal como se observa en la Residencias de Madres.

Este proceso genera continuas tensiones, apoyadas en los avances científicos y tecnológicos que repercuten en varios planos de la vida de los sujetos a los que incluye.

La incorporación de la familia, especialmente de quienes sostienen funciones parentales, en escenarios altamente especializados y tecnologizados, surge como intento de respuesta a las consideraciones sobre cuerpo y subjetividad. Se revela una diferencia fundamental: el concepto de cuerpo es mucho más amplio que el organismo. El cuerpo humano se construye a partir de los recorridos inaugurales de las vivencias de placer/displacer que se descubren en el encuentro con el Otro (Lacan, 1962 citado en Sotelo, 2009). Desde esta perspectiva, el Dispositivo de Residencias Hospitalarias para Madres, abre nuevos espacios para posibles encuentros entre las prácticas de la maternidad y la regulación normatizada desde la biomedicina.

Subrayamos en esta observación la idea de espacio como lugar practicado, en términos de De Certeau. *“Un lugar es el orden, cualquiera que sea, según el cual los elementos se distribuyen en relaciones de coexistencia. La acción humana es la que transforma espacios en lugares; no existen lugares a priori, como tampoco lugares vacíos, sin significado”*. El lugar físico adjudicado a la Residencia se transforma por la intervención de las mujeres que la habitan y otorgan sentido a esos espacios, al igual que todos aquellos que se involucran de distintos modos en su cotidianeidad.

La maternidad de las mujeres usuarias de esta Residencia de Madres, revela tensiones, negociaciones y contradicciones que se despliegan en un campo conflictivo de encuentros y desencuentros entre múltiples actores, ubicados de modo asimétrico en el mismo escenario.

La lectura planteada sobre Residencia Hospitalaria para Madres como dispositivo se construye a partir de lo observado y su amalgama con los teóricos citados.

Retomamos los puntos nodales que definen su armado y su función estratégica (Agamben, 1999):

- 1- Red entre elementos heterogéneos: identificamos los distintos actores sociales, entre ellos, las madres, las voluntarias, el equipo de salud ampliado, al mismo tiempo que las leyes y ordenanzas vigentes y reglamentos. Su ubicación espacial, el origen arquitectónico de este lugar, impuesto y solapado desde su origen hasta llegar a la actualidad, como indicador de calidad institucional. Los conceptos

filosóficos y los supuestos ideológicos que atraviesan las reglas de convivencia y las representaciones de “una buena madre”, de acuerdo a la determinación de la época.

- 2- Su función estratégica inscripta en una relación de poder: mujeres madres que viven y usan el espacio institucional, estableciendo reglas propias a la vez que y negocian con las demandas de los referentes institucionales y del saber médico.
- 3- El dispositivo como entrecruzamiento de relaciones de poder y saber, sobre la salud y la enfermedad, sobre el modo de vivir la sexualidad y la reproducción y las relaciones sociales entre pares y en asimetría.

Asoman en este escenario, sujetos involucrados en los procesos de salud-enfermedad, desde una categoría diferente a la oposición clásica médico-paciente y a los supuestos epistemológicos clásicos sobre la salud y la enfermedad, aún dentro de la avanzada científica en la posmodernidad. El sujeto padeciente aislado, separado de su grupo de pertenencia, comienza a ser visto como parte de un grupo familiar y comunitario que lo antecede y lo acompaña, visibilizado en el caso de niños y especialmente de los recién nacidos.

Para finalizar, estos modos de significar los espacios y las prácticas, generan continuas tensiones al interior de la institución y de los dispositivos, al mismo que tiempo que promueven identificaciones y prácticas de cohesión social.

La sociedad, aun fuertemente medicalizada, no puede evitar la creación de espacios alternativos de “cierta Luz”. Como señala Deleuze, “cada dispositivo tiene su régimen de luz...Cada uno tiene sus líneas de visibilidad, de enunciación, líneas de subjetivación, líneas de ruptura, de fractura que se entrecruzan y mezclan mientras unas suscitan otras a través de variaciones o hasta mutaciones de disposición”.

Retomando a Foucault, con quien iniciamos este escrito, recordamos su idea de dispositivo como redes de relaciones entre los enunciados científicos, las instituciones, sus discursos y sus legalidades. En todo dispositivo será preciso desenmarañar y distinguir las líneas del pasado reciente y de lo actual, la parte de la historia y del acontecer, que impregnan y dirigen nuestros modos de relación con los otros, en búsqueda de esa luz que de sentido a nuestras prácticas.

## Bibliografía

1. Agamben,G. “Qué es un dispositivo”. 2011.Sociológica, año 26, número 73, pp. 249-264.Mexico. <http://www.revistasociologica.com.mx/pdf/7310.pdf>. Ultima entrada 28/01/15.
2. ASUMEN.2009. Alianza Argentina para la Salud de la Madre y el Niño. [www.asumen.org.ar](http://www.asumen.org.ar)
3. Badinter, Elizabeth.1982.“ ¿Existe el instinto maternal?”. Editorial Alianza, Madrid.
4. Baszanger,I. 1981. Socialización profesional y control social. Revista Francesa de Sociología, XXII:223-245.
5. Bonnet, O. 2004. Saber e sentir: una etnografía da aprendizagem da biomedicina.Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

6. Bourdieu, P. 1976. Le champ scientifique. Actes de Recherche en Sciences Sociales.2-3:88-104
7. Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loic. 2005. Una invitación a la sociología reflexiva. Editorial Siglo XXI editores, México.
8. Briggs, Charles 1986 Learning how to ask. A sociolinguistics appraisal of the rol of The interview in social science research. Cambridge: Cambridge University Press, Introduction, Caps. 3, 4,5.
9. Cardoso de Oliveira, R. 1996. El trabajo del antropólogo: mirar, escuchar, escribir. Revista de Antropología, Número 39: 1. Facultade de Filosofia, Letras e Ciencias Humanas, Universidade de Sao Paulo, Sao Paulo. Págs. 13-37.
10. Castilla Conles, M.V. 2009. Mujeres Madres: Continuidades y cambios en los sentidos y experiencias de la maternidad en Argentina. Tesis de doctorado, CIESAS, México.
11. Castilla, M.V. 2005.La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad. Revista La Ventana, Num 22.
12. Clavreaul, J. 1983. El Orden Médico. Editorial Argot. Barcelona.
13. Conrad, P.: “Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social”, en INGLEBY, D.: *Psiquiatría Crítica: Política de Salud Mental*. Barcelona, Crítica, 1982, pp.129-154.
14. De Certeau, Michel, 1984: *The practice of Everyday Life*. Chapter IX. Berkeley, University of California Press.
15. Deleuze, G. 1999. Michel Foucault, filósofo. Editorial Gedisa, Barcelona.
16. Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación: web [www.deis.gov.ar](http://www.deis.gov.ar) Anuario 2014.
17. Dixon, Whitaker. *Measuring Mamma’s Milk. Fascism and the Medicalization of Maternity in Italy*. The University of Michigan Press, Michigan,2000. Citado en Castilla,M.V. 2005.
18. DOUGLAS, Mary. 1986. *Cómo Piensan las Instituciones*, Madrid: Alianza.
19. Douglas Mary. 1991. Pureza y peligro: un an.lisis de los conceptos polución y tabú, Madrid, Siglo XXI.
20. Engel,G. 1977. The need of a new model: a challenge for biomedicine.Science, 196: 129-136.
21. Esandi Ma. Eugenia. REsidencias de Madres, el valor de las alianzas compartidas. Comunicación personal durante la Cumbre MSCF. UNICEF. 3 al 5 de junio 2015. Buenos Aires. Disponible en <http://unicefcampusvirtual.org.ar/salud/cumbre-maternidad-segura-centrada-en-la-familia/> Ultima entrada 10 de junio 2015.
22. Fabian Johannes, 2001. Anthropology with an attitude. *Critical Essays*.With so much Critique and reflection around, who needs theory?. Prelude Stanford University Press.
23. Fassin Didier. 2004. “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida: hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología* , volumen 40, Bogotá.pp. 238-318.
24. Felitti Karina (coordinadora).2011. Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina. Ediciones Ciccus, Buenos Aires.
25. Fernández, Ana María. “Los Mitos Sociales de la Maternidad”, No. 39. Buenos Aires-Argentina: Centro de Estudios de la Mujer, Universidad de Buenos Aires.1983
26. Fontenla,Marta.2008. “Patriarcado” en GAMBA, Susana(Coord.) . *Diccionario de estudios de género y feminismos*, Biblos, Buenos Aires, 2008.
27. Foucault, Michel (2002). *Historia de la sexualidad*. Tomo I: La voluntad de

- saber. Siglo XXI Editores Argentina, Buenos Aires.
28. Foucault, Michel “Historia de la medicalización”, Segunda conferencia dictada en el curso de medicina social. Instituto de medicina social, Centro biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Educación médica y salud, Volumen 11, N° 1, 1974, pp.3-25. 1974.
  29. Foucault, Michel, 1977. Entrevista. (Dits et écrits, 3,299). Citada por Agamben en “¿Qué es un dispositivo?”.
  30. Galinier, Jacques et al. 2010. Anthropology of the night. Cross-disciplinary investigations. Current Anthropology vol 51 N° 5 November 819-847 XXX
  31. Geertz, C. 1989. El Antropólogo como autor. Editorial Paidós. Barcelona.
  32. Guber, R. 1991. El salvaje metropolitano. Buenos Aires: Legasa.
  33. Hays, Sharon. 1988. Contradicciones culturales de la maternidad. Paidós, Barcelona.
  34. Hirsch, Silvia M. 2008. Maternidad, Trabajo y Poder: Cambios generacionales en las mujeres guaraníes del norte argentino En, “Mujeres indígenas de la Argentina: cuerpo, trabajo y poder”, Silvia Hirsch, compiladora. Biblos :Buenos Aires, 2008
  35. Hirsch, Silvia y Amador Ospina Marcela, 2011. La maternidad en mujeres jóvenes guaraníes del norte argentino. Encrucijadas de la familia, la salud pública y la etnicidad. En Felitti Karina (coordinadora). 2011. Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina. Ediciones Ciccus, Buenos Aires
  36. Illich, I. 1986. Némesis Médica: la expropiación de la salud. Editorial Planeta. México.
  37. Klaus, M; Kennell, JH. 1994. La relación Madre Hijo. Editorial Panamericana. Buenos Aires.
  38. Lagarde, Marcela. 1993. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. México: UNAM, Colección Posgrado.
  39. Larguía, M, Lomuto C, Gonzalez Ma. A. 2006. Guía para la transformación de maternidades convencionales en maternidades centradas en la familia. Ministerio de Salud de la Nación. [www.funlarguia.org.ar](http://www.funlarguia.org.ar)  
<http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Guia-para-transformar-maternidades-tradicionales-en-maternidades-centradas-en-la-familia> (último acceso 20/11/2014)
  40. Larguía, A. M et al. 2008. Guía para padres de niños prematuros. Fundación A. Miguel Larguía. Argentina. <http://www.funlarguia.org.ar/Herramientas/Lectura-para-padres/Guia-para-Padres-de-Prematuros>. Última entrada 20/2/14.
  41. Le Breton, D. 1995. Anthropologie du Corps et Modernité. Editorial PUF. París.
  42. Levi-Strauss, Claude. 1958. Tristes Trópicos. Buenos Aires: EUDEBA, Caps 29 y 38.
  43. Ley 25929, Ministerio Salud de La Nación, 25 de agosto de 2004. [www.msal.gov.ar/legislaciones](http://www.msal.gov.ar/legislaciones).
  44. Lorenzetti, Mariana (2010). Salud Intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
  45. Lorenzetti, Mariana Isabel. 2012. Alteridades y configuraciones interétnicas en el Chaco Salteño a través de la Atención Primaria de la Salud. Estudios en Antropología Social. CAS / IDES1669-5-186 Vol. 2 - No 1 -
  46. Lupica, Carina, Cogliandro G. “Vivencia de la maternidad en las mujeres formoseñas”. Boletín de la Maternidad. N° 9. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, Junio 2010.



47. Lupica, Carina. "La maternidad en la región del Gran Buenos Aires", Boletín de la Maternidad. N° 9. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, Junio 2010.
48. Lupica, Carina. "Las brechas regionales", Boletín de la Maternidad. N° 9. Observatorio de la Maternidad. Buenos Aires, Junio 2010.
49. Marcus, G. y M. Fischer 2000 (1986). *La Antropología como Crítica Cultural* Buenos Aires: Amorrortu Eds
50. Martínez Escoriza JC. Parto en domicilio: ¿hay suficientes evidencias como para proponerlo como alternativa al parto en el hospital?. Evidencias en Pediatría, septiembre 2010. Volumen 6. número 3, [http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/\\_LLP3k9qgzIh7aNQBiadwmVVVkw\\_p7qRxmIyOzkMPhe9HJ9yDvh-MHZqOeUZQwwBtSMIHvmf1IVZEixjxMXY0Q](http://www.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzIh7aNQBiadwmVVVkw_p7qRxmIyOzkMPhe9HJ9yDvh-MHZqOeUZQwwBtSMIHvmf1IVZEixjxMXY0Q)
51. Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis. Joseph R. Wax, MD; F. Lee Lucas, PhD; Maryanne Lamont, MLS; Michael G. Pinette, MD; Angelina Cartin; Jacquelyn Blackstone, DO. [www.AJOG.org](http://www.AJOG.org)
52. Menendez Eduardo, 2001. *Alteridades: Cuerpos, culturas y vida cotidiana. Biologización y racismo en la vida cotidiana.* Universidad Autónoma Metropolitana, México, 11 (21): 5-39
53. Menéndez, E. 1983. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud.* México, Cuadernos de Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
54. Mulinari, Diana. 2005 "Uno hace cualquier cosa por los hijos. Motherwork and Politics in Sandinista Nicaragua", en Ragoné, Helena y France winddance twine (eds.). *Ideologies and Technologies of Motherhood: Race, Class, Sexuality, Nationalism.* Routledge, Nueva York, 2000. Citado en Castilla, M.V, 2005
55. Ortiz Z, Largaía A.M (autores y compiladores). *Manual de conceptualización para Maternidades Seguras y Centradas en la Familia.* UNICEF, Editado por UNICEF Argentina. Año 2011.
56. Ortiz, Z, Largaía. A.M et al. *Manual para la Implementación de Maternidades Seguras y Centradas en la Familia, con enfoque intercultural.* UNICEF, Argentina. 2da edición. 2012.
57. Orueta Sanchez, R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E et al, 2011. *Medicalización de la vida.* Revista Clínica de Medicina de Familia. versión impresa ISSN 1699-695X Rev Clin Med Fam vol.4 no.2 Albacete jun. 2011
58. Ramirez Hita, Susana. *Políticas De Salud Basadas En El Concepto De "Interculturalidad".* Los centros de "salud intercultural" en Bolivia". IX Congreso Argentino De Antropología Social Posadas, provincia de Misiones, Argentina. 5 al 8 de agosto de 2008
59. Revista del H.M.I.R. Sardá Año 2012, N° 3, estadísticas vitales y Año 2015, N° 1, estadísticas vitales. [www.sarda.org.ar](http://www.sarda.org.ar)
60. Romero Ma. Nubia y Romero, Díaz, M, "La maternidad como conflicto: una expresión de inequidad social y de género". *Colombia Médica.* 2001; 32: 25.
61. Ruiz Ana Lia. 2002. *Cuidados de los padres en la unidad de terapia intensiva neonatal.* PRONEO, tercer ciclo, módulo 1, Panamericana. Buenos Aires.
62. Rushdie Salman, 1985. *The location of Brazil.* American Film 10:5-53.
63. Sotelo, Inés 2009. *La urgencia de La maternidad, Perspectivas de La Clínica de La Urgencia.* Editorial Grama, Buenos Aires.
64. Spitz R, 1945. *Hospitalism: An inquiry into the génesis of psychiatric conditions in early childhood.* International. University Press, New York.

65. Taussig, M. 1992. *The Nervous System*. Nova Iorque: Routledge.
66. UNICEF, Argentina.  
[http://www.unicef.org/argentina/spanish/health\\_nutrition\\_childhood\\_21378.htm](http://www.unicef.org/argentina/spanish/health_nutrition_childhood_21378.htm).  
Ultima entrada 16/2/2015.
67. Valladares Mendoza B “Maternidad y medios masivos de comunicación: Un análisis de artículos periodísticos y propaganda comercial” 2005. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba, CUBA.
68. Velho, G. *Observando o Familiar*, 1978. En Nunes, E. *A aventura sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar. Citado en Bonnet, O.
69. Wacquant, L. 2003. Conferencia en Río de Janeiro. Citado en Bonnet, O.
70. Wright, Pablo. 2008. *La antropología y el mundo*. En: *Ser-en-el-sueño. Crónicas de historia y vida toba*. Buenos Aires: Biblos, Colección Culturalia, Cap.6.
71. Wright, Pablo. 2009. Seminario Métodos y Técnicas en Antropología. Titular Dra Spadafora. Clase Virtual nº IV, agosto 2009. FLACSO Argentina. Material de circulación interno.
72. Wright, Pablo. 2005. *Indiana 22. Cuerpos y espacios plurales: sobre la razón espacial de la práctica etnográfica*. Instituto Iberoamericano de Berlín., 55-72.

## Anexos

- 1- Programa Arquitectónico de una Residencia para Madres. Rey Osvaldo. 2006.
- 2- Costo operativo estimado para el funcionamiento de una Residencia para Madres. Servicio de Voluntarias Damas Rosadas de San Isidro, Filial Sardá. 2006
- 3- Paso 6 del Modelo Maternidades Seguras y Centradas en la Familia. Contar con una Residencia Hospitalaria para Madres. Año 2012.

*Gonzalez Ma. Aurelia. Dispositivo Residencia Hospitalaria para Madres en una maternidad pública de la Ciudad de Buenos Aires. Prácticas y Representaciones. Tesis de Maestría Antropología Social y Política, FLACSO, Argentina. 2015.*