



**La maternidad custodiada desde el campo de la salud.
Una experiencia centrada en la sala de internación de
maternidad de un Hospital General de Agudos del sur
de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: un abanico
de posibilidades para la intervención social.**

**Maternity guarded from the field of health. An experience centered
in the maternity ward of a General Hospital for Acute People in the
south of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires: a range of possibilities
for social intervention.**



Araceli Vidal

Lic. en Trabajo Social (UBA).

Residente de Trabajo Social en Salud de CABA.

araceli.vidal@hotmail.com

Fecha de recepción: 11 de Septiembre 2020

Fecha de aceptación: 25 de Octubre 2020

Resumen

El presente artículo es una puesta en común de reflexiones a las que llegué tras un período de rotación por la sala de maternidad de un hospital general de agudos del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud, durante el año 2019. Es una propuesta



para repensar las prácticas y abordajes de lxs profesionales de la salud sobre las mujeres y cuerpos con capacidad de gestar en el momento del parto. Se exponen algunas de las prácticas concretas que muestran ciertas formas de pensar y abordar la maternidad con las mujeres internadas y se realiza un recorrido histórico por los orígenes de la intervención del Estado en la salud de la población en general, y de la reproducción social y el cuerpo de las mujeres en particular. A su vez, se analizan las modalidades concretas que éstas adquirieron en Argentina. Por último, se presentan los debates y tensiones que afronta el campo de la salud en los abordajes actuales.

Palabras claves: Maternidad- control social- reproducción- salud.

Abstract

This article is a pooling of reflections that came after a period of rotation in the maternity ward of a general acute care hospital in the south of the Ciudad Autónoma de Buenos Aires, within the framework of the Social Work Residence in Health, during the year 2019.

It is a proposal to rethink the practices and approaches of health professionals about women and bodies with the ability to gestate at the time of delivery. Some of the concrete practices that show certain ways of thinking and approaching motherhood with hospitalized women are exposed, and a historical journey is made through the origins of the State's intervention in the health of the population in general, and of social reproduction and the body of women in particular. In turn, the specific modalities that these acquired in Argentina are analyzed. Finally, the debates and tensions faced by the health field in current approaches are presented.

Key words: maternity- social control- reproduction- health

CONSIDERACIONES INICIALES

El presente artículo es un ensayo guiado por una experiencia de dos meses de rotación en la sala de internación de maternidad de un Hospital General de Agudos del sur de la Ciudad de Buenos Aires, durante 2019, en el marco de la Residencia de Trabajo Social en Salud.

A modo de caracterizar brevemente la sala, esta cuenta con profesionales de planta y residentes de diversas disciplinas: ginecología, obstetricia, neonatología



y enfermería, principalmente. A su vez, si bien el servicio social del hospital cuenta con trabajadoras sociales consignadas a cubrir dicha sala, estas no permanecen en la misma, sino que intervienen a solicitud –por interconsulta– de lxs medicxs. Por lo que, si bien se articula para tomar conocimiento de la situación y se establece un canal de dialogo entre lxs profesionales, prepondera un abordaje fragmentado de cada disciplina.

Los interrogantes que se abrieron a partir de esta experiencia se vincularon con prácticas puntuales por parte de lxs profesionales de la sala que se orientaban a limitar las posibilidades de decisión de las usuarias, avanzando sobre los espacios de autonomía de las mismas. En este sentido, surgieron inquietudes acerca de la mirada de lxs profesionales sobre la mujer y la maternidad, y particularmente, acerca de la intervención del trabajo social en dicho espacio.

A partir de estos interrogantes se desprenden algunas preguntas generales en torno a las formas en que el género -y particularmente la salud de las mujeres- fue abordado históricamente por las sociedades modernas y en particular por nuestro país ¿Cómo se constituyeron la subjetividad femenina y los modelos de maternidad para el campo de la salud? y ¿cómo estos últimos alimentan los comportamientos, valores y significaciones que se les asignan a las mujeres y personas con capacidad de gestar?

Me propongo realizar una reflexión crítica para pensar a las personas con capacidad de gestar como sujetxs autónomxs, con necesidades propias, desde una perspectiva de la salud integral; y las formas en que el trabajo social puede contribuir en ese proceso. De esta manera, en primer lugar repongo algunas de las experiencias más concretas de la práctica que me permitieron abrir dichos interrogantes y cuestionarme acerca de los modelos de maternidad que se ponen en juego en las intervenciones y prácticas de lxs profesionales de la salud, para luego realizar un análisis reflexivo que historicice la incorporación de las mujeres como sujetxs de intervención en el campo de la salud. La importancia de la ciencia y medicina moderna en la justificación de los roles asignados a las mujeres como “naturales”, y en la construcción del “instinto materno” como forma de reforzamiento del vínculo madre-hijx en salud.

El primer acercamiento

Los interrogantes iniciales que surgieron durante los acercamientos a sala de internación de maternidad se vincularon con ciertas prácticas orientadas a la “custodia de esas madres o futuras madres”. Una custodia que no apela a



valorizar la subjetividad de esas mujeres o personas con capacidad de gestar, ni a garantizar sus necesidades propias, sino más bien se orientan a custodiar la maternidad, es decir: la capacidad de maternar y maternazgo. Acerca de estos dos conceptos, González (2004) explica que esta diferencia se utiliza para distinguir la práctica de gestar y parir, de la crianza y el cuidado: “Maternazgo es el ejercicio de las responsabilidades no biológicas de la crianza y el cuidado de la prole que, a pesar de no descansar en habilidades naturales, ha sido asociado con el género femenino” (González, 2004: 38). Ejemplo de esto es la imposibilidad que encuentran las mujeres embarazadas que cursan su internación en esta institución, de realizarse una ligadura tubaria –a pedido expreso de las mismas- o incluso de la colocación de un DIU, en el momento inmediato al postparto, sin una razón médica explícita, sino por propia negativa de lxs profesionales medicxs a cargo de la sala, afirmando que “lo podrían hacer luego”. Esta afirmación, que a primera vista podríamos definir como obstaculizadora del acceso a la salud, o como una clara reproducción del saber médico-hegemónico, implica más que ello. Define una forma de comprender –y de actuar frente- a las mujeres y al ejercicio de la maternidad, donde lo prioritario pareciera ser el cumplimiento con esa capacidad de cuidado y de maternazgo. Esto también se observa cuando indagamos entre las principales interconsultas que realizan lxs medicxs de la sala a lxs trabajadorxs sociales.

Los motivos de interconsulta son un listado de problemáticas sociales que lxs trabajadorxs sociales de la sala de maternidad del hospital elaboraron a fin de seleccionar la demanda específica a contener y orientar a lxs profesionales medicxs para su derivación. Estos motivos fueron construidos a partir de las situaciones problemáticas que consideraron que serían más urgentes para trabajar en el marco de una internación corta, y representan la única oportunidad para generar un espacio de escucha, contención e intervención por parte de unx trabajadorx social durante la internación.

Los motivos que más alertan la necesidad de la intervención de lxs profesionales son los embarazos sin controles obstétricos previos, las mujeres embarazadas menores de 16 años (aunque también -y sin distinción alguna- consultan por menores de 18 años), la diabetes gestacional, y en menor medida: consumo de sustancias, TBC, VIH, Sífilis y situación de calle. Estos motivos parecerían ser los más relevantes para lxs profesionales (tanto medicxs como trabajadorxs sociales). Sin embargo, los embarazos múltiples y la ausencia de red social o familiar, carecen de importancia para lxs mismxs, a sabiendas que dichas situaciones aparecen con frecuencia en el relato de las mujeres internadas y



podrían anunciar una multiplicidad de problemáticas para abordar desde una intervención interdisciplinaria e integral, tales como violencia de género, imposibilidad de decidir sobre su salud sexual reproductiva y no reproductiva, dificultades de acceso a métodos anticonceptivos o a la interrupción legal del embarazo, entre otras.

Si bien el motivo de una interconsulta -es decir, la forma en que se enuncia un posible problema de intervención- no define la práctica en sí, sino más bien, la razón por la que es enunciado como tal -y el tipo de intervención concreta que se aborde- resulta de relevancia resaltar ante qué enunciados se pone el peso de la mirada disciplinadora. Los motivos de interconsulta revelan que la preocupación fundamental de lxs profesionales de la salud es la capacidad de maternazgo de esas mujeres, es decir, maternidades que puedan ejercer su rol natural: el de cuidado. Por ello, los principales motivos de consulta manifiestan cierto riesgo a esa capacidad “innata” de las mujeres.

Acerca de esta aparente capacidad natural o innata, González (2004) la llama “mito del instinto materno” y consiste en una construcción socio-cultural e histórica a partir de la cual se esencializa y universaliza a la mujer como aquel sujeto biológicamente destinado a reproducirse y por lo tanto, designado a ejercer roles de cuidado. En torno a esto, Molina (2014) va a explicitar que esta naturalización de la maternidad va a implicar, contradictoriamente, prácticas de control sobre el cuerpo de las mujeres, y ante eso va a dejar expuesta la artificialidad del discurso sobre el instinto materno. La autora lo expresa de la siguiente manera: “las mujeres que optan por la maternidad, estarán bajo la mira, sus labores serán controladas, se hace necesario ser buena madre, es paradójico, ¿no es acaso natural?” (Molina, 2014: 4). Es así que la maternidad se vuelve un campo de disputas, de operaciones y discursos en tensión. Mientras se sostiene el mito del instinto materno basado en una verdad indiscutida de la ciencia biologicista, también se sostienen prácticas que tenderán a evaluar y regular esas maternidades.

Estas formas de entender la maternidad y las prácticas regulatorias que se fueron adquiriendo para garantizarla, fueron reforzadas por discursos religiosos, políticos, institucionales, científicos y médicos a lo largo de la historia. Ahora bien, ¿qué origen encuentran estas prácticas en el campo de la salud? y ¿cómo permearon esas formas de entender la maternidad en las prácticas biomédicas de nuestro país?



Los orígenes: la era del biopoder y el control social de la reproducción

Para reflexionar acerca de las modalidades en que el Estado Moderno comienza a pensar la intervención en la salud de la población, es necesario retrotraerse a Europa entre los siglos XVII y XIX, en donde se producirá el surgimiento de lo que Foucault (2014) denominó “biopoder”. Este concepto resulta de relevancia ya que explica el pasaje entre el poder de dar muerte que tenía el soberano, al poder de dar vida que tomarán como estrategia los Estados. A partir de este pasaje es que se comienzan a dar una serie de transformaciones en las formas de gobernar que se caracterizarán por el despliegue de un conjunto de tecnologías, prácticas, saberes y racionalidades políticas que tendrán como objetivo la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones (Foucault, 2014).

La biopolítica permite, en efecto, gobernar fenómenos considerados hasta entonces como accidentales a partir de dominar su racionalidad a través del “control del saber y de la intervención del poder” (Foucault, 2014: 135). Así es como se acrecienta la “preocupación a nivel estatal por el control sanitario, sexual y penal de los cuerpos de los individuos, así como también la preocupación por los movimientos poblacionales y su inserción en el ámbito económico” (Federici, 2010: 132). Se desplegarán, de esta manera, todo un conjunto de prácticas y saberes destinados a gestionar la seguridad, identificar la peligrosidad, regular la higiene pública, el control y gestión de las enfermedades y epidemias, etc.

Por lo tanto, el biopoder fue el elemento indispensable que permitió el desarrollo del sistema capitalista, tal como afirma el autor:

Este no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción y mediante el ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos. Pero exigió más, necesito [del reforzamiento y la docilidad de los cuerpos,] (...) requirió métodos de poder capaces de aumentar las fuerzas, las aptitudes y la vida en general, sin por ello tornarlas difíciles de dominar. (Foucault, 2014: 133)

De esta manera, la biopolítica implica la instauración de la norma como un mecanismo de orden y organización social, que abarca a toda la sociedad, y que las instituciones, en tanto aparatos del Estado, deberán asegurar. Se impone la necesidad de normalizar y disciplinar a los individuos, “La cárcel, el hospital, la fábrica y las escuelas son instituciones y mecanismos que reproducen de una u otra forma los imperativos sistémicos de la normalización del sujeto y los cuerpos, de los individuos y las colectividades” (Tejeda González, 2011: 78).



De esta forma, y a partir de lo que Foucault (2014) denomina “la era de la biopolítica”, comienzan a desplegarse una serie de mecanismos de control social sobre la población, de los que la salud formará parte intrínseca. La medicina, en tanto saber médico hegemónico, tendrá un rol fundamental en el despliegue de mecanismos de control social y disciplinamiento dirigidos hacia lxs destinatarixs de los servicios de salud.

Ahora bien, estas formas de control social no operarán de la misma manera ante los distintos grupos sociales.

Los sistemas de explotación (...) han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino, poniendo de manifiesto que los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos —lugares privilegiados— para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder (Federici, 2010: 27)

De esta manera, la intervención del Estado en el cuerpo de las mujeres, las formas de disciplinamiento y control que invisibilizaron conocimientos, saberes y atribuciones que se encontraban en manos de las mujeres, tomó un rumbo propio, convirtiendo a la medicina en un saber especializado y un espacio privilegiado del poder.

Según Federici (2010) el origen de la intervención del Estado en la procreación se puede ubicar tras la crisis demográfica y económica que afectó a todo el mundo, pero principalmente a Europa en el siglo XVII. A partir de allí, el Estado comenzó a desarrollar una serie de medidas que tendieron a inhibir las libertades de las mujeres para decidir sobre sus cuerpos, como lo fue la restricción sobre la anticoncepción, la prohibición del aborto, el control sobre la natalidad y la sexualidad no-procreativa, la masculinización de la práctica médica, sumado a la ejecución masiva de mujeres que continuó hasta finales del siglo XVIII.

El resultado de estas políticas –que duraron dos siglos- fue la esclavización de las mujeres a la procreación:

Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista (Federici, 2010: 138)

A partir de esta intervención el papel de la mujer en la sociedad dará un vuelco importante. El control sobre su cuerpo no sólo implicó la pérdida de autonomía



sobre la procreación o el corrimiento de saberes y prácticas elaboradas por ellas - para otorgarlas a la incipiente ciencia biomédica a cargo del varón-, sino que también inauguró la división sexual del trabajo, que implicó el corrimiento de la mujer del trabajo fuera del hogar, es decir de la esfera pública, para ubicarla en la esfera privada, en el hogar.

Es por ello que resulta fundamental incorporar en el análisis de las formas de abordaje de la salud de los cuerpos gestantes, los orígenes de la intervención del Estado Moderno y las tecnologías de poder que se despliegan a partir de estas, ya que no es ajena a las percepciones y modalidades concretas de pensar la salud, el género y las maternidades en la actualidad.

Incorporación de la maternidad en el campo de la salud en Argentina

La salud como un problema político del cual el Estado Nacional debe hacerse cargo emerge a partir del enfrentamiento entre las propias necesidades de conformación del Estado Moderno: de crear mano de obra como fuerza de trabajo disponible para producir y por lo tanto, de la inminente necesidad de “poblar” el territorio nacional y de garantizar la reproducción (Nari, 2004); como así también, emerge producto de la puja que grupos de inmigrantes -con tradición sindical y experiencia de lucha- importaron para garantizar sus propios derechos como trabajadorxs (de acceso a la salud, educación, trabajo, vivienda, etc.) creando incipientes organizaciones de autoprotección para la cobertura de necesidades sociales, como formas de organización autónomas (sociedades de socorro mutuo, hogares, asilos, hospitales y escuelas) que luego el Estado tomaría como modelo para garantizar el acceso a estos (Oliva, 2015). Es así, que la constitución de una política de estado en salud para principio del siglo pasado fue un complejo proceso de disputas y lucha de intereses.

Ahora bien, ¿cómo inició el abordaje Estatal sobre la salud de las mujeres particularmente? Según Nari (2004) previo a 1890 en Argentina no existían secciones o salas especializadas para atender embarazadas, puérperas, partos o recién nacidxs en los hospitales. Desde entonces, fundamentalmente motorizadas por la preocupación de reducir la mortalidad infantil, comenzaron a crearse lugares específicos de atención de la salud materno-infantil, entendida de manera indiferenciada. Así comienzan a aparecer los primeros servicios de obstetricia y ginecología para “dirigir y aconsejar” a las mujeres embarazadas. Es claro que las instituciones y las prácticas de lxs sujetxs que las conforman no son producto de



decisiones azarosas, sino más bien de decisiones político-institucionales que se forjaron en base a necesidades e intereses en determinados momentos históricos -y que no son estancas sino que están en constante movimiento-.

Siguiendo a Nari (2004) la preocupación por la maternidad y la maternalización de las mujeres por parte del Estado:

Se encontró vinculada a la necesidad de poblar el “desierto argentino” (...) Retomando el vínculo de las mujeres con la procreación, se biologiza la crianza, el cuidado, la primera educación, los sentimientos amorosos hacia los hijos y las hijas. Para buena parte de la sociedad, para el Estado, las mujeres se transforman en las responsables de los futuros ciudadanos y “productores” de la riqueza nacional (Nari, 2004: 18)

Así la natalidad, la maternidad y la crianza se constituyen en asunto de interés público y el cuerpo de la mujer sólo aparece adquiriendo sentido a través de estas. De esta manera, se abre un período de politización de la maternidad entre 1890 y 1940 donde debido a los cambios producidos a nivel demográfico se promoverán políticas natalistas y la maternidad se verá como obligación, se invitará a las mujeres a parir y se producirán medidas represivas que condenen el aborto y la anticoncepción (Molina, 2014).

Las mujeres perderán autonomía sobre su propio cuerpo, sus estrategias de cuidado y de anticoncepción serán desmanteladas. Las prácticas de control sobre la natalidad planificadas y conscientes serán tratadas como “degeneración” y corrupción moral por parte de las autoridades jurídicas, científicas y médicas. Las mujeres dejan de parir en sus casas con asistencia de las comadronas y pasaran a estar bajo la órbita de un médico -varón- y a ser atendidas en hospitales especializados. Bajo estas definiciones políticas se crea en 1892 la primera maternidad y para 1940 ya el 60 por ciento de los partos se realizaban en esas instituciones (Nari, 2004).

En este período se abre un proceso de “maternalización” de las mujeres, donde se accede a una progresiva confusión entre mujer y madre que invade los distintos ámbitos sociales e instituciones.

Dado que se justificaba en la naturaleza, pretendía ser universal, abarcar a todas las mujeres sin distinción de clases sociales. Iba más allá de la posibilidad real o los deseos de tener o no hijos. Alcanzaba incluso a las niñas (Nari 2004: 101)



Así, para la autora la maternalización no implicaba algo obvio -que las mujeres podían ser madres- sino que debían serlo. Todo otro posible uso del cuerpo (desde el trabajo asalariado hasta la sexualidad) amenaza esa posibilidad y desvía el fin ulterior. En este marco, la ciencia médica será la privilegiada para legitimar y justificar estas concepciones.

Concepciones viejas en tiempos actuales. Abordajes en tensión.

Estas ideas, modernas para su época, hoy cumplen 130 años. Podríamos imaginar cuan distintas son las necesidades y realidades de las mujeres y personas con capacidad de gestar, de las instituciones de la salud y de la sociedad hoy. Podríamos también preguntarnos qué instituciones, para qué sociedad, qué prácticas saludables para qué maternidades. Sin embargo, las preguntas de quién se inserta en una institución de salud y más aún en una institución hospitalaria, pueden no ser las preguntas de quienes las definen.

Hoy se puede observar cómo estas lógicas continúan presentes, sedimentadas en las instituciones y en las prácticas de lxs profesionales. No me refiero a una linealidad histórica, como si las instituciones fueran las mismas que con el surgimiento de la maternidad como problema de estado, sino a que lo profundo de los esencialismos y universalismos que fueron imprescindibles para la constitución de estas formas de pensar la atención de la salud de las mujeres, hoy tiene consecuencias –no lineales- en las prácticas concretas. Esto se ve por ejemplo, cuando se evidencian las disputas entre distintos servicios del hospital por la entrega y disposición de métodos anticonceptivos para las mujeres. Incluso para lxs profesionales medicxs de la sala, las trabajadoras sociales no podemos realizar consejería de métodos anticonceptivos, ya que esa información “corresponde” al personal médico.

Si bien estas concepciones y sus correspondidas prácticas no son generalizables a todxs lxs profesionales de la salud, ya que hoy existen multiplicidad de equipos que trabajan cotidianamente de forma interdisciplinaria y priorizando la garantía de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos de lxs sujetxs usuarixs del sistema de salud, este ejemplo resulta claro a la hora de comprender que para estxs profesionales medicxs la anticoncepción no es un derecho de las mujeres, sino más bien conocimiento específico, monopolio del saber médico para el control y cuidado de las mujeres.

Asimismo, el hecho que las mujeres no puedan egresar del hospital con un método anticonceptivo de larga duración luego del parto o cesárea, sin atender a



las condiciones socio-económicas y las situaciones de vulnerabilidad o subjetivas de esas mujeres -que muchas veces no tienen garantizadas las condiciones de accesibilidad al sistema de salud- y mucho menos respetando sus deseos, voluntades y derechos, explica que para estxs profesionales la prioridad continúa siendo la reproducción y la capacidad de crianza de esas mujeres y no tanto su autonomía -debido a que continúan decidiendo por sobre sus cuerpos- o su situación familiar, social, económica.

De esta manera, el saber médico hegemónico continúa custodiando estos modelos de maternidad a pesar de que esas prácticas muchas veces no sean conscientes o voluntarias. Así, muchas veces se continúa asistiendo a un control sobre el cuerpo y el conocimiento, sin una problematización que permita la promoción de la salud, de la autonomía de las mujeres y el acceso a la información para decidir. Aun así, la presencia de diversos actores con distintos intereses en el campo de la salud permite que esas lógicas no sean absolutas o estancas, más bien, se encuentren en constante disputa no sólo entre lxs diversxs profesionales o por parte de estas mujeres, sino que también estos debates atraviesan la propia subjetividad de cada unx de nosotrxs, incluso de lxs trabajadorxs sociales, ya que somos sujetxs históricxs que hemos incorporado esas formas de pensar y ver el mundo.

Estas prácticas no son sólo reproducidas por las profesiones biomédicas, sino que muchas veces, desde el trabajo social se sostienen intervenciones que regulan y limitan las propias capacidades de esas mujeres. Un ejemplo de esto es la exigencia de entrevistar familiares de las mujeres jóvenes (de entre 16 y 21 años aproximadamente), frente a la consideración de que por tratarse de “madres jóvenes” no van a poder afrontar en soledad su maternidad y los cuidados, a menos que gocen de un grupo familiar continente.

Es claro que no existen recetas únicas y válidas para todas las situaciones que se presentan y que cada una de ellas debe ser evaluada y reflexionada por parte de lx profesional. También es claro que hay situaciones que demandan conocer a la familia e intervenir en dicho espacio para garantizar el derecho de esx niñx recién nacidx a crecer en un ambiente cuidado, o mismo para garantizar los derechos de esas mujeres. Sin embargo, considero que es imprescindible poder leer y reflexionar cada situación para que no se conviertan en recetas repetidas que limiten las potencialidades y derechos de esxs sujetxs. Por eso es que estos modelos de maternidad no son absolutos, ni excluyentes. Encarnan conceptualizaciones y posicionamientos en torno a estxs sujetxs destinatarixs de la intervención, pero no están exentos de disputas en su interior. Por lo que la



reflexión constante permite abstraerse de la cotidianeidad de las prácticas, para pensar las lógicas que subyacen a las intervenciones que implementamos y la forma de acercarnos a ese otrx.

CONSIDERACIONES FINALES

Como he planteado a lo largo del presente ensayo, las prácticas concretas de lxs profesionales de la salud no son aleatorias, aisladas o ahistóricas, sino que se encuentran atravesadas por formas de entender y concebir la maternidad.

Esas concepciones se encuentran moldeadas por formas histórico-culturales que atraviesan nuestros cuerpos, nuestras formas de vivir, habitar y pensar el mundo. A su vez, sostengo que, como se puede leer en el desarrollo del ensayo, las formas históricas en que se ha construido la salud para las mujeres han tendido a reforzar estereotipos, valores, significaciones acerca de las formas de ser madre y también han reforzado prácticas de custodia y tutelaje sobre esas mujeres. Por lo que desnaturalizarlas o ponerlas en jaque implican un esfuerzo extra, aunque necesario de reflexión y cuestionamiento.

En la actualidad vivimos un momento de mucha agitación política, en donde el movimiento feminista permitió visibilizar, sensibilizar y cuestionar roles de género estancos, mandatos y opresiones que operan sobre las mujeres y cuerpos con capacidad de gestar.

En el campo de la salud, este movimiento también tuvo su repercusión permitiendo armar redes por el derecho a decidir, o construyendo en diversidad de efectores de salud proyectos y practicas tendientes a luchar y garantizar los derechos de las mujeres y disidencias.

Es un desafío para nuestra agenda y para el trabajo social continuar en el develamiento de las prácticas que custodian las libertades y limitan los derechos de las mujeres y disidencias. Continuar disputando espacios y prácticas, dismantelar esas concepciones caducas para construir nuevas formas de atención y cuidado con lx otrx que no recaigan en moldes estancos. En este sentido, se abre otro mar de inquietudes en torno a cómo construir prácticas de atención y cuidado de la salud de las mujeres y cuerpos con capacidad de gestar desde una perspectiva feminista en una institución hospitalaria, qué redes se pueden construir entre profesionales para avanzar en este horizonte, cómo



romper con formatos prefabricados, ajenos a las necesidades de la población y alejados de las preocupaciones más cotidianas de las mujeres y disidencias.

Quedan estos interrogantes para seguir construyendo una salud a favor de las necesidades sentidas de las mujeres y disidencias en particular, y de la población en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Collin, F. (1993). *Espacio doméstico. Espacio público. Vida privada*. En Ciudad y mujer. Actas del curso: Urbanismo y mujer. Nuevas visiones del espacio público y privado. p. 231-237. Recuperado de <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/espacio-domestico-espacio-publico-vida-privada.pdf>

Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.

Fidalgo, M. M. (2008). *Adiós al derecho a la salud: El desarrollo de la medicina prepaqa*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Foucault, M. (2014). *Historia de la Sexualidad I. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Gogna, M., Adaszko, A., Binstock, G., Fernández, S., Pantelides, E., Portnoy, F. & Zamberlin, N. (2005). *Embarazo y maternidad en la adolescencia: estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas*. Buenos Aires: CEDES.

Gomes, R., & Couto, M. T. (2014). *Relaciones entre profesionales de la salud y usuarios/as desde la perspectiva de género*. *Salud colectiva*, 10 (3), p. 353-363.

González, Y. Á. (2004). Desarmar el modelo mujer= madre. *Debate feminista*, 3 (30), p. 35-54.

Molina Torterolo, S. (2014). *El mito del instinto maternal y su relación con el control social de las mujeres*. (Trabajo final de grado). Universidad de la República, Uruguay. Recuperado de



https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_-_stefania_molina_tortero.pdf

Nari, M. M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos.

Oliva, A. (2015). *Trabajo Social y Lucha de Clases*. La Plata: Dynamis.

Pombo, M. G. (2012). La inclusión de la perspectiva de género en el campo de la salud. Disputas por la (des) politización del género. *Margen*, 66. Recuperado de https://www.margen.org/suscri/margen66/06_pombo.pdf

Senatore, A. (2014). La familia como sujeto de intervención. Procesos de judicialización de la vida cotidiana. En Mallardi, M. (Comp.), *Procesos de Intervención en Trabajo Social: contribuciones al ejercicio profesional crítico* (p. 267-281). La Plata: Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

Tájer, D. (2012). *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud*. En Tájer, D. (ed.) *Genero y Salud. Las políticas en acción*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Tejeda González, J. L. (2011). Biopolítica, control y dominación. *Espiral*, 18 (52), pp. 77-107.

Verea, C. P. (2007). La maternidad ejercida por varones. *Debate Feminista*, 35, 195-226.

NOTAS

1. A lo largo del presente artículo me limito a hablar de mujeres o madres, sin intenciones de desconocer la diversidad de xaternidades posibles ni de personas con capacidad de gestar. El motivo de esta enunciación se debe a la pretensión de circunscribirme a las observaciones que realicé durante el breve proceso de rotación por la sala de maternidad en el hospital.