


Artículo


## Agencia parental en los servicios de atención neonatal: una cuestión discursiva y de género

CAROLINA GARZÓN-ESGUERRA<sup>1</sup>

 0000-0003-2954-1372

Universidad de Salamanca, España

LOURDES MORO-GUTIERREZ<sup>2</sup>

 0000-0003-2009-0413

Universidad de Salamanca, España



### Resumen

El objetivo de esta etnografía es analizar el constructo de la agencia de madres y padres, en los servicios de atención neonatal. Se desarrolló en los servicios de vacunación y atención al recién nacido, denominados por la normativa colombiana como: actividades de protección específica. Se utilizaron como técnicas etnográficas: la observación participante, grupos focales y entrevistas semiestructuradas a 12 padres y madres de neonatos y lactantes. Como resultado se identificó una estructura socio política vertical en la toma de decisiones sobre la salud de sus hijo/as, basada en discursos de responsabilidad institucional, espacios feminizados de atención y significados corporales.

**Palabras claves:** género, agencia, cuerpo, responsabilidad, neonatología.

---

<sup>1</sup> Carolina Garzón Esguerra – [cgarzone@usal.es](mailto:cgarzone@usal.es)

<sup>2</sup> Lourdes Moro Gutiérrez – [moro@usal.es](mailto:moro@usal.es)



**Abstract:** *Parental agency in neonatal care services: a discursive and gendered issue*

The aim of this ethnography is to analyze the construct of mother's and father's agency in neonatal care services. It was carried out in vaccination and newborn care services, which Colombian regulations refer to as: specific protection activities. Ethnographic techniques were used: participant observation, focus groups and semi-structured interviews with 12 parents of newborns and infants. As a result, a vertical socio-political structure was identified in decision-making about their children's health, based on discourses of institutional responsibility, feminised spaces of care and meanings of the body.

**Key words:** gender, agency, body, social responsibility, neonatology.

## Introducción

Los servicios de salud materna y neonatal como vacunación, ginecología, neonatología, crecimiento y desarrollo; han sido históricamente vinculados a la mujer (Sánchez López, 2013). El rol de cuidado de lo/as niño/as, convierten a la madre en el acudiente principal y determinan las dinámicas parentales. A partir del concepto biomédico de la diada, se da valor y significado a su presencia, siendo necesaria y vital. Madres, padres, abuelas, tías y otros miembros de la familia actúan como agentes responsables del recién nacido (März, 2022). Los símbolos culturales, los conceptos normativos, las nociones políticas e institucionales, las organizaciones sociales y la identidad subjetiva, se entrelazan para conformar el concepto de género (Scott, 1986), que se reproduce en los espacios de atención neonatal.

Los protocolos institucionales actúan como generadores de sesgos de género, al establecer y definir un ingreso diferente para madres y padres a los servicios. Al igual que los equipos sanitarios femeninos, que naturalizan la presencia permanente y continua de la mujer en el proceso salud-enfermedad-atención de los neonatos y lactantes. Estos sesgos se generan en dos dimensiones: por el orden y por la construcción de género, es decir el valor otorgado a la mujer por la sociedad y las preconcepciones sociales de género (Hamberg, 2008), donde el cuidado es una responsabilidad femenina.

La puericultura, está orientada a la preservación de la salud infantil mediante métodos de crianza “racionales y científicos”, que se traducen concretamente en un conjunto de reglas sobre el tratamiento del cuerpo del niño. (Scoccola, 2013, p.32)

Desde allí, la medicina ha contribuido a la representación del niño como individuo que requiere la tutela de un adulto, por presentar diferencias físicas y emocionales que lo ubican en una relación de poder de desventaja. El concepto biológico de deficiencia racional del menor, lo define como un ser ausente, incapaz de transformar las estructuras sociales que coartan su acción (Mougel, 2022). En esta relación, los adultos controlan su cuerpo y se sustenta su condición de vulnerabilidad y dependencia, hablan en su nombre y expresan lo que desean para sus hijos (Fay et al., 2021). La toma de decisiones se basa en un proceso fluctuante en el que se evalúa: el posible daño, la autonomía parental limitada, el interés superior del niño, las alternativas médicas, la responsabilidad y la coherencia. Una actividad de agencia parental, dinámica y compleja, mediada por los contextos socioculturales, conformada por los niños, los padres y el personal médico. (Szabat, 2023). En esta triada, los servicios de salud cuentan con instrumentos biomédicos y estatales como: el consentimiento informado, el código de infancia y adolescencia y la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) - materno perinatal, entre otras; que legitiman las acciones parentales. Además, los sanitarios representan eslabones de poder estatal que controlan el cuerpo de lo/as niño/as y condicionan las decisiones de madres y padres (Foucault, 2006). De manera tal, que refuerzan los discursos socioculturales de responsabilidad parental y establecen un espacio de cuidado con acciones repetitivas, que construyen las identidades corporales y de género.

Por lo anterior, nos preguntamos: ¿las madres y padres tienen agencia en el espacio de atención y prestación de los servicios de salud neonatal? ¿Existe una predeterminación de género en la toma de decisiones de la salud de los neonatos? Teniendo en cuenta que agency se define como: “la capacidad de acción que las relaciones específicas de subordinación, históricamente permiten y crean” (Parpart y Parashar, 2019, p.203). Se analizaron los elementos meta institucionales (valores y creencias socioculturales), institucionales (reglas y aparatos de control y validación social) y para institucionales (prácticas recurrentes y ordenamiento de espacios) (Corrado, 2014), desde una perspectiva de género. Encontrando múltiples factores

que construyen la agencia parental y definen las conductas dirigidas al control del cuerpo del recién nacido.

Esto permite re-interpretar a madres, padres e infantes como generadores de transformaciones. Los cambios en los servicios sanitarios no solo se dan por los avances de la ciencia, el aumento del personal, el mejoramiento de la infraestructura; sino por la agencia de los sujetos de cuidado y atención médica. En este caso, ambos progenitores, por medio de sus acciones pueden modificar las estructuras socio políticas, e institucionales que condicionan y dominan su capacidad de decisión y praxis (Szabat, 2024). Al igual que los niños pueden influir en la cotidianidad, emociones y responsabilidades de sus madres y padres (Duque Paramo, 2011).

## **Métodos**

Esta etnografía forma parte de una investigación realizada en los espacios de protección específica, en una institución que presta servicios de salud a población del régimen subsidiado y contributivo, en Bogotá (Colombia), cuyo objetivo es analizar el constructo de la agencia de madres y padres, en los servicios de atención neonatal. Desde una perspectiva biopolítica, se configura un escenario de visibilización y resignificación de las disputas históricas entre género, cuerpo y poder institucional, que incluye las prácticas discursivas de carácter político, científico y biológico (Foucault, 1997).

A partir del involucramiento intersubjetivo de lo/as investigadore/as en el contexto, se generó un proceso de reelaboraciones progresivas que se configuran en y por las trayectorias de las posiciones epistémicas de los mismos (Martínez Hernández, 2008); y que reflejan una realidad situada.

Se utilizaron las técnicas de observación participante, grupos focales y entrevistas semiestructuradas a 12 adultos (6 padres y 6 madres de neonatos) que asistían a los servicios de: vacunación y atención al recién nacido, en las que se incluyeron las consultas de seguimiento y de rehabilitación. El instrumento incluía entre los apartados: roles de padres y madres en el cuidado de los hijos, acceso de los padres y madres a los recursos sanitarios (información, áreas y especialidades, servicios) y promoción de la participación compartida del cuidado.

Para la selección de la muestra se tuvo como criterio de inclusión: madres y padres de neonatos y lactantes (1mes - 2años), independiente del régimen de afiliación al sistema de seguridad social en salud (contributivo y subsidiado). Se utilizó muestreo aleatorio simple y por saturación de la información. La participación fue voluntaria posterior a la explicación del objetivo de la investigación, a través de la firma del consentimiento informado.

El análisis de la información se realizó a partir de la triangulación de las narrativas de los grupos focales, diario de campo y transcripción de las entrevistas. Lo que hizo posible, comparar lo personal con lo institucional y su codependencia (Esteban y García, 2018), situándonos en el momento actual de las dinámicas socio familiares de los participantes, en el cuidado de los recién nacidos y lactantes.

## **Resultados y discusión**

### **Discursos de responsabilidad institucional**

Las instituciones han atribuido formas específicas de responsabilidad parental de acuerdo al género (Gheyoh Ndzi y Holmes, 2023). El Estado a través del aparato normativo establece actividades y designa actores, con una lógica vertical de intervención (Ley 1098 de 2006). Los servicios sanitarios por medio de la teoría médica, organización y praxis, determinan espacios de gestión y control del cuerpo del niño (Fay et al., 2021). Y las familias en su constitución sociocultural y económica, asignan los tiempos y obligaciones para con los hijos (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021).

En Colombia de acuerdo a la Ley 1098 de 2006, existe una corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado para la atención, cuidado y protección de la infancia, en donde cada actor tiene obligaciones específicas. El Estado debe:

Garantizar y proteger la cobertura y calidad de la atención a las mujeres gestantes y durante el parto; de manera integral durante los primeros cinco (5) años de vida del niño, mediante servicios y programas de atención gratuita de calidad, incluida la vacunación obligatoria contra toda enfermedad prevenible, con agencia de responsabilidad familiar. (Ley 1098 de 2006, Art.41)

El Sistema de seguridad social en salud: se enfoca en el diseño de programas de promoción de la salud, detección temprana de alteraciones, atención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, y educación a la familia (Ley 1098 de 2006, Art.46). Estos programas son ejecutados en centros de salud y hospitales de carácter público y privado; con un enfoque discursivo de orientación a las familias. Sin embargo, en la praxis se evidenció un enfoque direccionado a las madres, a través de los discursos de los profesionales de salud, en los que predominaban los principios de la perinatología, siendo la madre el eje central en la vida del recién nacido. Estos discursos médicos, actuaban como discursos normalizadores y performativos capaces de moldear las conductas, disciplinar los cuerpos y comportamientos (Santoro, 2019) de las madres.

Además, la conformación matriarcal de los equipos de salud compuesto por enfermeras, auxiliares de enfermería, pediatras y terapeutas, proponía una jerarquía de sujetos responsables de la crianza y el cuidado del recién nacido, asignada al género femenino. En la base estaba la madre, en el medio, otras figuras femeninas de la familia, y en la cúspide el padre. Ante cualquier dificultad expresada por las madres, las profesionales respondían que, en su reemplazo, el cuidado se podía delegar a cualquier otra mujer de la familia.

Para eso están las abuelas, para cuidar y malcriar a sus nietos. (Pediatra)

Alguna hermana, la puede acompañar o también decirle que se quede con el otro niño mientras la bebé viene a la oximetría. (Enfermera)

Por su parte, las narrativas de las mujeres entrevistadas describían como cada familia determinaba el tiempo de dedicación al cuidado de lo/as hijo/as, otorgándole un valor diferencial a la dedicación materna y paterna. Las actividades de cuidado como alimentar, estimular, bañar, asistir a controles médicos, se generizaban en función de la actividad laboral y las tradiciones culturales, siendo distintas las trayectorias de maternidad y paternidad (Gheyoh, Ndzi y Holmes, 2023). Durante las entrevistas, existía un relato repetido sobre el rol de la mujer como cuidadora y del hombre como proveedor del dinero para la satisfacción de las necesidades, evidenciando la persistencia de los modelos tradicionales de género (Zapata Martínez, 2020).

Dependiendo la responsabilidad de cada uno en el hogar, él trae lo de la papita y yo estoy con mi hija y mi nieta. (Cleotilde)

Las narrativas de algunos padres describen una imposibilidad en la participación de los procesos de salud-enfermedad-atención del neonato, impuestas por los centros de salud de atención primaria, hospitales y empresas. Lo que limita la corresponsabilidad y les genera sentimientos de culpa y frustración. Para ellos, estar no es una decisión autónoma, sino determinada por el contexto sanitario y laboral. Esta situación, muestra la relación entre afectividad y responsabilidad, implícita en la ética del cuidado. La cual se construye y deconstruye a partir de la preocupación por el otro, la empatía y disposición, la capacidad y entrenamiento para cuidar, y el para que (Tronto, 1987), elementos que no requieren a un género específico.

Si uno está involucrado siente más amor por ellos y se hace más responsable.  
(Pedro)

No es lo mismo enviarlos en un carro que uno venir. (Juan)

Las narrativas muestran afirman que involucrarse genera un vínculo que surge de un proceso de aprendizaje social y una práctica relacional. Es así como se genera una relación directamente proporcional, en donde a mayor involucramiento del padre, hay mayor empatía y vínculo (Petts et al., 2020; Culot y Gaugue, 2023). Además de destreza en las actividades de cuidado (Keller, 2007) y por consiguiente mayor responsabilidad (Scoccola, 2013; Blomqvist et al., 2012).

En el escenario pediátrico, los profesionales asumen un papel de guía, ya que no existe una toma de decisiones compartida (März, 2022), de tal forma que la responsabilidad se delegaba a la madre. Se evidenció que el discurso era rígido y estático, lo que establecía códigos morales en los que se juzgaba la ausencia de la madre en las actividades de protección específica. En varios momentos, los sanitarios calificaban de irresponsables o poco conscientes a las madres que enviaban a sus hijos a los servicios con otro familiar. Como lo explica Santoro (2019), los discursos preventivos tienen un tinte moralizante, que configuran los sujetos y sus corporalidades. En ellos se plantea un sentido moral que disciplina, normaliza y regula, generándose dos modelos de sujetos: bueno y malo. El bueno es aquel que cumple con las indicaciones médicas, asiste a los controles, evita prácticas de riesgo, es responsable y racional. El malo es quien no sigue el plan médico y terapéutico, siendo calificado de peligroso e irracional (Santoro, 2019).

Es mejor que venga la mamá, porque con ella es más fácil realizar la identificación de patrones de movimiento. (Terapeuta)

Puede llamarla para que me dé la información que necesito, por favor. Ella sabe que debe asistir con el niño. (Pediatra)

Durante las entrevistas se identificó una semiótica femenina, que excluye la responsabilidad del hombre como progenitor, reflejado en las palabras ayudar, colaborar, respaldo, acompañamiento. Las mujeres en su rol de madres, abuelas y trabajadoras sanitarias, reproducían las formas de pensamiento patriarcal y construían las dinámicas generizadas del cuidado, dentro de los servicios sanitarios. La observación participante mostró como durante las consultas y la vacunación se restaba importancia a la ausencia del padre, y se exaltaba que la madre atendiera a las indicaciones de higiene, alimentación, sueño y signos de alarma. De manera tal, que los espacios eran delimitados por una comunidad de mujeres en comunicación y movimiento constante.

Él no puede porque está trabajando. (Yurani)

No pudo tomarse la licencia de paternidad. (Sandra)

Tienen que estar con la mamá o alguien que le colabore. (Carlos)

Los relatos de algunos padres mostraban como evadían su responsabilidad parental, trasladándola a la abuela. Esto generaba una transposición del sujeto, sustentada en el imaginario colectivo de la reproducción y el cuidado, como forma natural del género femenino (Comas-d' Argemir y Bofill-Poch, 2021). De acuerdo con Foucault (1978), el discurso no es solo un conjunto de signos o elementos significantes que representan una realidad, sino un conjunto donde puede determinarse la dispersión del sujeto y su discontinuidad consigo mismo (Foucault, 1978). En esta línea, el discurso parental definía las condiciones de estar, actuar, moverse, permanecer y a su vez mostraba las diferentes interpretaciones de sí mismo en su rol de padre.

El padre participa en la casa. En el nacimiento estuvo, pero tuvo que seguir trabajando porque es el que lleva el dinero a la casa. (Diana)

No es porque yo no quiera, sino por disponibilidad de la empresa, igual para eso está la mamá. (Mario)



Si bien la normativa obliga<sup>3</sup> a la familia a llevar a los niño/as a controles periódicos de salud, vacunación y demás servicios médicos; y establece que el cuidado, acompañamiento y crianza, debe ser compartido y solidario entre el padre y la madre. La Ley en sí misma no construye la realidad, ni garantiza que se transformen las formas de actuar y pensar históricamente reproducidas (Fraisie y Domènech Figueras, 2016). Las madres y padres, reconocían una distancia entre lo descrito en la normativa y su cotidianidad, haciendo énfasis en que la responsabilidad del cuidado está desigualmente ejercida por las mujeres. Al igual que en otras investigaciones, las abuelas se hacen cargo del cuidado, a través de una crianza compartida, o co-parentabilidad, designada culturalmente (Hank y Buber, 2009; Aubel, 2012).

No se debe dejar toda la obligación a la madre, ...y si la mamá se enferma.

(Mario)

El hijo es de los dos y tienen las mismas responsabilidades con los niños.

(Fanny)

Todo incurre en ella, el cuidado del bebé y el de ella misma. (Cleotilde)

Se hacía eco del discurso estatal utilizando argumentos sobre la procreación, el autocuidado de la mujer y su vulnerabilidad material a enfermar. La responsabilidad femenina incluye la de sí misma y la de los demás, a diferencia de la masculina que se basa en la libertad individual. Como lo describe Giolo (2023), la madre, encargada del cuidado de los Otros se ve sometida a una relación de dependencia, mientras que el padre utiliza el símbolo de la exclusión para concentrarse en sí mismo.

### **Espacios feminizados de atención neonatal**

Los servicios de neonatología contemplan aspectos morfofisiológicos y discursivos que generan la necesidad de la presencia femenina. La lactancia materna, los antecedentes gineco-obstétricos, los controles prenatales, la atención del parto, se mostraban como elementos vinculantes entre las mujeres y el personal

---

<sup>3</sup> La responsabilidad parental es la "obligación inherente" describe la Ley 1098 de 2006, entendiéndose como natural e inseparable, lo que refuerza la teoría de la reproducción y sus significados asociados al género femenino. Por otra parte, si se interpreta no como un hecho natural, sino construido contextualmente y naturalizado, observamos que igualmente ésta, recae sobre las mujeres.

sanitario. El peso del cuidado recaía principalmente en las mujeres de la familia (Comas-d'Argemir y Bofill-Poch, 2021). Madres, abuelas, tías, hermanas eran las informantes del estado de salud o enfermedad de los recién nacidos y las receptoras y ejecutoras de las instrucciones sanitarias, ya que al ser mujeres compartían el cuidado (Zapata Martínez, 2020). Por su parte, los padres relataban que temas como la lactancia materna eran propios de la madre, motivo por el cual las enfermeras dirigían la educación a ellas. Además, del ingreso a consultas especializadas, en los que debían esperar fuera, sin posibilidad para escuchar y preguntar.

La lactancia materna es un tema de ella. (Jorge)

Siempre la prioridad a las mujeres, dicen: que solo entre la mamá. (Mario)

Las madres entrevistadas referían que asistían a los controles sanitarios y actividades de protección específica, porque era una responsabilidad social y familiar. Aunque también mencionaban que, en los servicios de atención, preferían que la madre asistiera, ya que podían dar respuesta a los cuestionamientos médicos sobre la gestación y el nacimiento. Durante las consultas se identificó que el personal de salud, otorgaba un significado de verdad a los datos (antecedentes gineco obstétricos vacunas, peso y talla al nacer, y hábitos urinarios, de evacuación y sueño) que provenían de la madre, por lo que demandaban su presencia las pocas veces que no asistían. Aunque la Resolución 1995 de 1999 y la Ley 2015 de 2020 (Ministerio de Salud de Colombia, 1999), que regulan el uso de la historia clínica no plantean la veracidad de la información de forma generalizada, en el espacio relacional se otorgaba mayor valor al relato materno. Además, al revisar los elementos institucionales como los protocolos clínicos, se describen algoritmos en los que la presencia de la figura femenina se impone desde el inicio hasta la salida, siendo las madres un sujeto indispensable durante los procesos de atención. Sumado a lo anterior, la lactancia materna representa un símbolo de anclaje, por la diversidad de significados asociados: mayor vínculo parental (Stuart-Macadam y Dettwyler, 2017), fortalecimiento del sistema inmunológico (Ballard y Morow, 2013; Berger et al., 2020; Zuvelde et al., 2020; Natividad et al., 2020; Reniker et al., 2023), maduración del sistema nervioso central del bebé y neurodesarrollo (Georgieff et al., 2018; Strøm et al., 2019; Plunkett et al., 2021; Belfort et al., 2022), disminución de la depresión

posparto (Ystrom, 2012; Figueiredo et al., 2013), menor incidencia de cáncer de mama (Zhou et al., 2015; Victora, 2016; WHO & UNICEF, 2018; Babic et al., 2020; Stordal, 2023) etc., que fortalecía las demandas de presencialidad.

Al indagar por la educación recibida por el personal de salud, se encontró que los padres y madres la perciben de manera desigual y generizada. A pesar de que en la RIAS materno perinatal en el componente de información en salud, se incluye la promoción del papel de los hombres como parejas y padres. La información sobre signos de alarma de dificultad respiratoria en los neonatos con oxígeno domiciliario, reacciones secundarias de la vacunación, indicaciones sobre lactancia materna y sueño, crianza y ejercicios de estimulación temprana, estaba direccionada al género femenino; a través de conceptos sanitarios que fortalecían la toma de decisiones por parte de las madres. Ellas, al estar más informadas que los padres, se insertaban en la estructura organizacional de los servicios de manera rápida y natural.

Siempre se le enseña más a la mamá, aunque si el papá realmente va a estar se va a aprender todo (Carmen).

Le dan más información a la mamá porque a uno le toca aquí afuera (Javier).

Se evidencio como la distribución del espacio, los horarios de atención, el lenguaje de los médicos y enfermeras, creaban un lugar donde los tiempos y movimientos se ajustaban indirectamente a las acciones de cuidado de las madres. La vacunación se efectuaba de 08:00 a 14:00 h., las consultas y terapias hasta las 16:00 h., y la disponibilidad de supra especialistas era mayor en la jornada de la mañana. La jornada laboral de tiempo completo de los padres, no era compatible con la organización y la oferta de atención en los servicios de protección específica. A esto se le suma, que en Colombia la licencia de maternidad establece un mayor número de semanas (18), que la de paternidad (4), con una diferencia de 14 semanas entre ambos géneros. Lo anterior, muestra como influyen las normas de género y percepciones de masculinidad hegemónica, en las disposiciones normativas de las licencias y las culturas laborales actuales. En este sentido, la licencia de paternidad al ser tan corta, no permite la creación de un vínculo con el recién nacido, ni la adaptación al rol de padre. Además, las culturas laborales perciben las licencias como intrusión de las responsabilidades del trabajo, desalentando a los padres a tomar la licencia (Gheyoh, Ndzi y Holmes, 2023). Como lo manifestaban algunos participantes,

que referían no haber podido tomarse la licencia de paternidad por ausencia de personal e impactos económicos para las empresas.

No pude tomarme la licencia de paternidad, pero mi hermano y mi papá estuvieron pendientes de él. (Javier)

Durante el COVID, la mamá podía entrar todos los días, los padres días impares y solo en la tarde. (Diana)

Los hombres ven desplazado su rol paterno, a causa de su ausencia en los espacios de vacunación, consulta especializada, fisioterapias, incluso imagenología. Al no estar materialmente presentes, se plantean consecuencias negativas en la crianza y en su lugar tradicional de tomador de decisiones al interior de la familia. El concepto biomédico de binomio madre-hijo, se percibía por los padres como indivisible, de manera tal que la mujer debía asistir con su hijo/a como unidad, y ellos representaban un elemento externo y accesorio. Como lo describen otros estudios, existe una falta de información sanitaria a los padres sobre el cuidado de su bebé (Sloan et al., 2008; Garten et al., 2013; Thomson-Salo et al., 2017; Merritt et al., 2022;), y una atención enfocada en la madre y el recién nacido que los hace sentir como extraños (Govindaswamy et al., 2020), excluidos y olvidados (Hines, 1971); lo que dificulta la interacción con su hijo.

Me gustaría que lo dejen entrar a la consulta, que lo dejen participar, ...por lo que veo ellos quieren saber. (Sandra)

Siento que se pierde la conexión con el bebé desde pequeño. (Jorge)

Al preguntar sobre como involucrar a los padres en estos espacios condicionados, las mujeres proponen dinámicas enmarcadas en el modelo capitalista de la competitividad. Una estrategia que podría generar una participación promovida por el deseo de figurar, más no por el interés de ser y estar para su hijo. En la que se plantea una acción que estimula una ética contradictoria, en la que el hombre actuaría para ser reconocido en la esfera pública por los Otros, y no para ser conocido por el Otro (hijo/a).

Podrían dar un diploma al mejor padre, el que más asista y este pendiente de su hijo. (Yurani)

El hombre no se siente capaz de..., hay que enseñarle todo. (Martha)

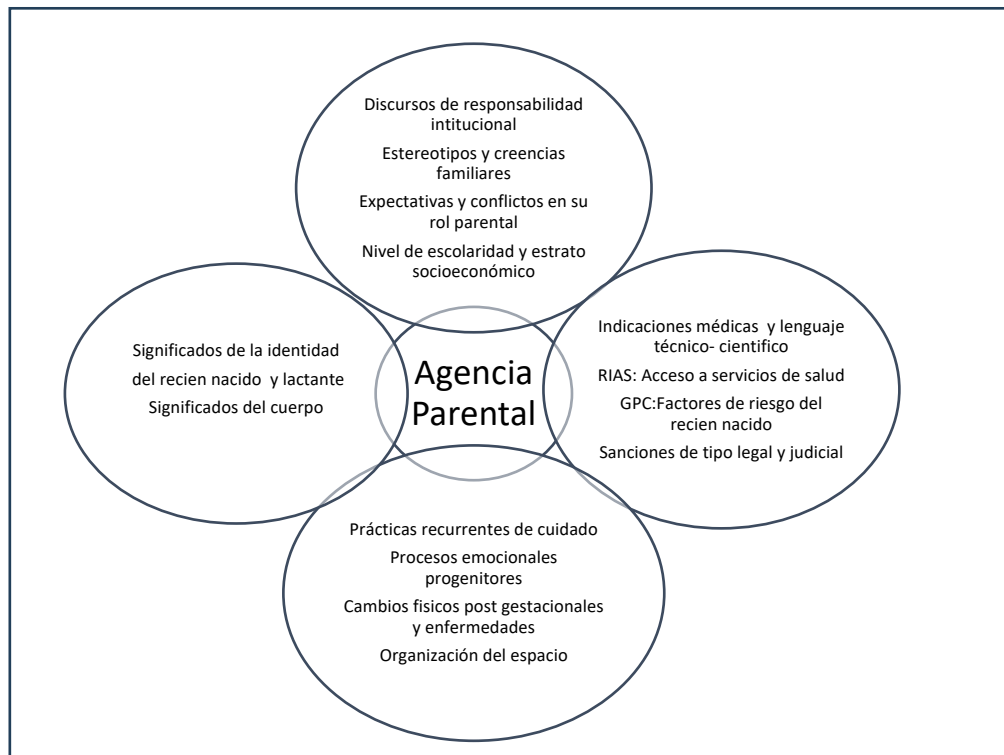
La construcción estereotipada de los servicios de atención neonatal ha feminizado el espacio con interacciones fijas y difícilmente permeables. La mujer es irremplazable en su papel de cuidador del recién nacido, manteniendo los privilegios individuales de los hombres. Al ligar el género a estos lugares, se reproducen los discursos existentes a nivel familiar y social, lo que dificulta su transformación. Así mismo, su vitalidad se fundamenta en la repetición (Fraisie y Domènech Figueras, 2016) de diálogos sobre la maternidad en solitario, trayectos circulares de vacunación a pediatría, e indicaciones rutinarias de cuidado.

### **Deconstruyendo el cuerpo, construyendo agency**

La agencia de hombres y mujeres está condicionada a las relaciones de poder y los espacios de apropiación del cuerpo (Esteban, 2004). Las mujeres han sido destinadas a la toma de decisiones sobre el cuerpo del recién nacido y del propio, de forma paralela, lo que requiere de autonomía y empoderamiento. Esta capacidad de acción se desarrolla a través del establecimiento de relaciones con la familia, los amigos, la pareja, la sociedad, su cultura e instituciones; construyendo una agencia relacional inmediata o distante. La primera se basa en la influencia de las relaciones cercanas y la segunda en la influencia de las estructuras socioculturales, como los sistemas de salud, las normas de género y reproductivas, las políticas públicas y el entorno económico (Olwanda et al., 2024).

A partir del análisis de los resultados de las entrevistas y otras técnicas etnográficas, se identificó que la agencia parental se construye en dos sentidos: el primero, vinculado con el rol parental y el segundo, con la identidad del neonato o lactante. Se encontró que la capacidad de actuar de madres y padres se genera en la intersección de un conjunto de determinantes. Entre ellos están: los institucionales, metas institucionales y para institucionales. Los primeros se refieren a elementos como: pautas de comportamiento (indicaciones médicas y rutas de acceso a los servicios de salud), reglas (normativa estatal y sanitaria) y aparatos de control y validación social (Protocolos y Guías de Práctica Clínica (GPC)). Los segundos, a los valores y creencias que dan significado al sistema de reglas institucionales, tales como: estereotipos y creencias familiares de género, expectativas y conflictos en su rol parental. Y los últimos, no están constituidos por las reglas, pero están subordinados a la institución (Corrado, 2014). Entre los que se incluyen: prácticas

recurrentes de cuidado, procesos emocionales de los progenitores, cambios físicos post gestacionales y enfermedades de la madre (Figura 1).



**Figura 1:** Determinantes de la agencia parental. Elaboración Propia, 2024.

En segundo sentido, aparece como elemento para institucional, el significado de la identidad y del cuerpo del neonato y lactante. Así bien, el cuerpo del recién nacido era interpretado por madres, padres y sanitarios como objeto de cuidado sin voz (Mendola y Righetto, 2020), no como un agente (Connell y Artigas, 2003). Sin embargo, el cuerpo transita entre sujeto y objeto, y desde allí se expresa y habla (Fraisse y Domènech Figueras, 2016), a través gestos como el llanto, el movimiento, el sueño y la respiración.

Son tan pequeñitos..., hay que bañarlos, cambiarles el pañal, limpiar el ombligo, darle de comer, dormir... todo. Hay que hacerles todo, pero por el trabajo él solo está en la noche. Ahorita porque está en licencia ha sido un apoyo: harto. (Diana)

La narrativa expresa la conexión entre fragilidad y dependencia, describiendo al recién nacido como un cuerpo que requiere de cuidados de forma permanente. Lo

que se articula con el concepto médico de infancia, que se define a partir de la necesidad y la vulnerabilidad (Scoccola, 2013). La definición de infancia no se trata de un simple concepto, sino de un fenómeno político que establece límites, orden y distribuye el poder (Colángelo, 2003). Así como, normas que generan sentimientos de exclusión y aislamiento, que incapacitan al padre para cuidar y tomar decisiones sobre su hijo (Sisson et al., 2015), como lo describían algunos participantes. De manera histórica, los padres, madres y médicos han invisibilizado la influencia de los niños en las relaciones socioculturales, lo que niega como se ven afectados por las estructuras sociales y su influencia en ellas (Scoccola, 2013). Se desconoce la relación de interdependencia o soporte mutuo en la que los adultos dependen de los niños para producir, mantener y confirmar su estatus de adulto, así como los niños dependen de los adultos (Schildkrout, 1978; Montgomery, 2009). Esta relación es más evidente en el área pediátrica, requiriendo un equilibrio entre la agencia de los niños y la voluntad de los adultos (médico/as, padres, madres y tutores), que surge a partir de la evolución del concepto de infancia y el reconocimiento del niño como sujeto (Favretto y Crocetta, 2020).

Las nociones de agency subrayan de qué modo la capacidad de actuar de las personas puede influir y modificar las estructuras sociales y políticas y, al mismo tiempo, de qué manera tales estructuras tienden a influir, condicionar o dominar la capacidad de los sujetos. (Pizza, 2005, p.18)

El actuar por los demás implica actuar para sí mismo y viceversa, ya que ambos aspectos de la agencia son separables sólo retóricamente, pero no en la realidad (Giolo, 2023). Estudios muestran que las decisiones de los progenitores tienen un impacto sobre ellos mismos (Szabat, 2023), y que a su vez aprenden a convertirse en mejores madres y padres. Siendo sus hijos los motivadores de cambios personales que los conducen a avanzar en su rol parental (Duque Páramo, 2011). La agencia parental se considera como un proceso relacional y fluctuante, para la que se requiere una combinación de diferentes habilidades como: observar, intervenir, decidir y organizar. Su desarrollo, tienen lugar en un contexto socio cultural específico, en el que se actúa de acuerdo con los valores y creencias de madres y padres. Se constituye a partir del permiso, la autoridad y la toma de decisiones (Szabat, 2023).

Por qué no vino la mamita... para el próximo control necesitamos que ella venga. (Auxiliar de enfermería)

El martes es el único día que viene el oftalmólogo pediátrico, él dirá cuál es el paso a seguir. (Pediatra)

Se encontró un condicionamiento institucional sobre los progenitores, a través de las acciones observadas y narrativas anteriormente descritas. Al igual que una relación terapéutica de control sobre la salud y el cuerpo de la mujer y su hijo/a, donde existía un único código moral, de carácter universal. Además de un trato paternal, por medio del uso de diminutivos como "mamita", en el que las mujeres sienten que se les falta al respeto tratándoles como niñas incapaces de decidir (Blázquez García, 2008). En este sentido, las organizaciones sanitarias estructuran las decisiones médicas, la autonomía de los sujetos y la lógica familiar. Al ser los padres y madres quienes tienen la obligación legal de cuidar a sus hijos, la toma de decisiones específica de estas organizaciones produce un efecto importante en el curso de los cuidados y en el resultado social de la enfermedad (Carof, Pombet, y Schultz, 2021).

Por otra parte, la observación participante mostró que las madres asistían a consulta solo con sus hijos, lo que ellas describían como natural. Sin embargo, no es un acto natural, sino una naturalización de los modelos patriarcales de cuidado, que asignan la responsabilidad a la mujer y mantienen los roles de género tradicionales (Zapata Martínez, 2020). En Colombia, el reconocimiento social y legal de la "madre cabeza de hogar" que figura como única responsable de sus hijos/as, ha tejido un tapiz cultural que sobrecarga todo el cuidado en las mujeres. Quienes también están inmersas en un proceso físico-emocional, medicamente descrito como depresión posparto<sup>4</sup>, que es silenciado por el modelo de atención (Sánchez López, 2013). Las mujeres toman desde el nacimiento el control de la crianza de los/as hijos/as (Barbieri, 2004), siendo este un elemento meta institucional que junto con el nivel de escolaridad y estrato socioeconómico configuran el contexto agencial. Olwanda y et al. (2024), en su estudio sobre la autonomía de las mujeres y toma de decisiones sobre salud materna en Kenia, muestran como las restricciones en la agencia se ven

---

<sup>4</sup> La depresión posparto (DPP) aparece entre las 4 y 30 semanas del puerperio con síntomas incapacitantes como irritabilidad, rabia, anhedonia, abulia, confusión, olvido, culpa, incapacidad de afrontamiento y ocasionalmente, pensamientos suicidas, que pueden exacerbarse por falta de confianza, expectativas irreales sobre la maternidad y baja autoestima materna.



reforzadas por las expectativas sociales y normas de género que prescriben que los roles de las mujeres se limitan a la esfera privada (Olwanda et al., 2024).

Se identificó un escenario construido a través de las acciones y discursos, en el que prevalece la mujer como cuidadora. Lo que nos lleva a una reflexión que se sitúa en las dinámicas temporales de los hombres, y a preguntarnos ¿cómo habilitar la agencia de los padres y dar otra dirección a la agencia de las madres? El reto está en transformar las maneras de interactuar, la organización de las instituciones sanitarias y las identidades de género reproducidas. Por ejemplo, el Método Madre Canguro (MMC), ha logrado permear las acciones en los servicios de atención de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer, al involucrar al padre en la posición canguro y el seguimiento. (Blomqvist et al., 2012). Los padres al sentirse incluidos y participan activamente del cuidado de su hijo (Fegran et al., 2008; Tessier et al., 2009). Lo que resignifica los roles de cuidado asociados al género y cambia la semántica de los sanitarios en su práctica diaria.

### **Consideraciones finales**

Existe una estructura socio política vertical en la toma de decisiones sobre la salud de lo/as hijo/as, basada en discursos de responsabilidad institucional, espacios feminizados de atención y significados corporales. Las instituciones (Estado, servicios sanitarios y familia) moldean la agencia de madres y padres, a través de prácticas y diálogos recurrentes que construyen una manera generizada de actuar dentro y fuera de ellas.

Los servicios de neonatología y atención del recién nacido se presentan como espacios feminizados, que se construyen a partir del contexto y praxis sanitaria. Las mujeres son fuente primaria de información, alimento y cuidado. Existe una dinámica de retroalimentación de conocimientos, símbolos y responsabilidades que se expresan a través de la cotidianidad de las intervenciones de prevención, educación y control de las enfermedades prevalentes. Como lo expresa März (2022), los equipos médicos inciden en las decisiones parentales, y en la correcta interpretación del principio de interés superior del niño (März, 2022).

La agencia de las madres está doblemente condicionada por la estructura familiar y sanitaria. Los discursos basados en la biología controlan su cuerpo y el del recién

nacido. Por medio de elementos de presión y poder como la presencia del especialista, la disponibilidad de los biológicos (vacunas), la oportunidad en el agendamiento de las consultas y terapias, y el riesgo de mortalidad; que impactan en su capacidad cognitiva. Esto predetermina la toma de decisiones de acuerdo al género del progenitor, otorgando una connotación integradora a la maternidad y excluyente a la paternidad.

Se propone una deconstrucción de las identidades de género en los escenarios de protección específica, que involucre al personal de salud, la normativa, protocolos y Guías de Práctica Clínica. Ya que como lo describe Giolo (2023), se evidenció que el significado y las implicaciones de la responsabilidad individual cambian en relación a la identidad sexuada del cuidador. Al entender que los estereotipos de género, reproducen lo existente, confirman la tradición e impiden el cambio (Fraisie y Domènech Figueras, 2016, p. 68); es posible construir agencias parentales distintas que transformen los servicios sanitarios.

Por último, a manera de apertura de nuevos estudios, se plantea como interrogante ¿los neonatos y lactantes tienen agencia? Investigaciones previas se enfocan en la primera infancia (desde el primer año de vida o aparición del lenguaje), no en recién nacidos. Al ser sujetos dependientes de cuidados, que se benefician y reciben emociones de sus madres y padres, pueden ser motivadores de cambios personales en sus progenitores.

## Bibliografía

- Aubel, J. (2012). The role and influence of grandmothers on child nutrition: culturally designated advisors and caregivers. *Maternal & child nutrition*, 8(1), 19-35. <https://doi.org/10.1111/j.1740-8709.2011.00333.x>
- Babic, A., Sasamoto, N., Rosner, B. A., Tworoger, S. S., Jordan, S. J., Risch, H. A. et al. (2020). Association between breastfeeding and ovarian cancer risk. *JAMA Oncology*, 6(6), e200421. <https://doi.org/10.1001/jamaoncol.2020.0421>

- Ballard, O. & Morrow, A.L. (2013). Human milk composition: nutrients and bioactive factors. *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), 49–74. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2012.10.002>
- Barbieri, M. (2004). *Taller Internacional: Familia y procesos históricos-culturales de América Latina y el Caribe*. Ciudad de la Habana. 15-17 de septiembre.
- Belfort, M.B., Knight, E., Chandarana, S., Ikem, E., Gould, J.F., Collins, C.T. et al. (2022). Associations of maternal Milk feeding with neurodevelopmental outcomes at 7 years of age in former preterm infants. *JAMA Network Open*, 5(7), e2221608. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.21608>
- Berger, B., Porta, N., Foata, F., Grathwohl, D., Delley, M., Moine, D. et al. (2020). Linking human Milk oligosaccharides, infant fecal community types, and later risk to require antibiotics. *MBio*, 11(2), e03196–19. <https://doi.org/10.1128/mBio.03196-19>
- Blázquez García, M. J. (2008). *Maternidad y ciclo vital de la mujer* (I). Zaragoza: Prensas Universitarias de Zaragoza.
- Blomqvist, Y. T., Rubertsson, C., Kylberg, E., Jöreskog, K., & Nyqvist, K. H. (2012). Kangaroo Mother Care helps fathers of preterm infants gain confidence in the paternal role. *Journal of advanced nursing*, 68(9), 1988–1996. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x>
- Carof, S., Pombet, T., & Schultz, E. (2021). Entre catégorie médicale et expérience située: Quelle(s) spécificité(s) des cancers pédiatriques? *Anthropologie et Santé*, 23. <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.10500>
- Colángelo, M. A. (2003). *La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje*. Serie Encuentros y Seminarios: la formación del docente entre el siglo XIX y siglo XXI.
- Comas-d' Argemir, D., & Bofill-Poch, S. (2021). *El cuidado importa. Impacto de género en las cuidadoras/es de mayores y dependientes en tiempos de la COVID-19*. Fondo Supera COVID-19 Santander- CSIC-CRUE Universidades Españolas. [www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/](http://www.antropologia.urv.cat/es/investigacion/proyectos/cumade/)

- Congreso de Colombia. (2020). Ley 2015 de 2020, del 31 de enero, por medio del cual se crea la historia clínica electrónica interoperable y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=105472>
- Congreso de Colombia. (2021). Ley 2114 de 2021, del 29 de julio, por medio de la cual se amplía la licencia de paternidad, se crea la licencia parental compartida, la licencia parental flexible de tiempo parcial, se modifica el artículo 236 y se adiciona el artículo 241A del Código Sustantivo del Trabajo, y se dictan otras disposiciones. Recuperado de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=167967>
- Connell, R. W., & Artigas, I. M. (2003). *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Corrado, R. (2014). Conceptualizing institutions. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 13, 201–215. <https://doi.org/10.1007/s11097-013-9326-y>
- Culot, S., & Gaugue, J. (2023). S'engager auprès de son bébé: des histoires de pères qui débutent en maternité. *Soins, Pédiatrie, Puériculture*, 334. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2023.07.005>
- Díaz, M. (Ed.). (2010). *Contribuciones a la antropología de la infancia: la niñez como campo de agencia, autonomía y construcción cultural*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Duque Paramo, M. C. (2011). Niños colombianos viviendo migración parental. Agencia, voces y perspectivas. *Textos y Sentidos*, (3), 7-30. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/textosysentidos/article/view/991>
- Esteban, M. L. (2004). *Antropología del cuerpo: Género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Edicions Bellaterra S.L.
- Esteban, M. L., y García, J. M. H. (2018). *Etnografías Feministas. Una mirada al siglo XXI desde la antropología vasca*, Barcelona: Edicions Bellaterra.

- Favretto, A. R., & Crocetta, C. (2020). Les droits des enfants en milieu hospitalier: Un équilibre délicat entre protection et participation aux décisions. *Revue des sciences sociales*, (63), 70-77. <https://doi.org/10.4000/revss.5001>
- Fay, M., Guadarrama, J., Colmenares-Roa, T., Moreno-Licon, I., Cruz-Martin, A. G., & Peláez-Ballestas, I. (2021). The relationship between proxy agency and the medical decisions concerning pediatric patients in palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care*, 20(27), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00723-4>
- Fegran L., Helseth S. & Fagermoen M.S. (2008). A comparison of mothers' and fathers' experiences of the attachment process in a neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17(6), 810-816. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02125.x>
- Figueiredo, B., Canário, C., & Field, T. (2014). Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychological medicine*, 44(5), 927-936. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001530>
- Foucault, M. (1978). *Microfísica del poder*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (1997). *Il faut défendre la société*. Cours au Collège de France 1976, Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2006). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad del saber*. Trad. Ulises Guiñazú. Madrid: Siglo XXI.
- Fraisse, G. A., & Domènech Figueras, A. T. (2016). *Los excesos del género: concepto, imagen, desnudez*. (1a ed.). Ediciones Cátedra: Madrid.
- Garten, L., Nazary, L., Metze, B., y Bühner, C. (2013). Pilot study of experiences and needs of 111 fathers of very low birth weight infants in a neonatal intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 33(1), 65-69. <https://doi.org.usal.idm.oclc.org/10.1038/jp.2012.32>
- Georgieff, M. K., Ramel, S. E., & Cusick, S. E. (2018). Nutritional influences on brain development. *Acta Paediatrica*, 107(8), 1310-1321. <https://doi.org/10.1111/apa.14287>

- Gheyoh Ndzi, E., & Holmes, A. (2023). Paternal Leave Entitlement and Workplace Culture: A Key Challenge to Paternal Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(8), 5454. <https://doi.org/10.3390/ijerph20085454>
- Giolo, O. (2023). ¿Bioética o biopolítica? Libertad y responsabilidad en una perspectiva de género (o en una perspectiva feminista). *Milan Law Review*, 4(2), 38-63. <https://doi.org/10.54103/milanlawreview/22184>
- Govindaswamy, P., Laing, S. M., Waters, D., Walker, K., Spence, K., & Badawi, N. (2020). Fathers' needs in a surgical neonatal intensive care unit: Assuring the other parent. *PLoS One*, 15(5), e0232190. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232190>
- Hamberg, K. (2008). Gender Bias in Medicine. *Women's Health*, 4(3), 237-243. <https://doi.org/10.2217/17455057.4.3.237>
- Hank, K., y Buber, I. (2009). Grandparents caring for grandchildren: results from the 2004 survey on health, ageing and retirement in Europe. *Journal of Family Issues*, 30, 53-73. <https://doi.org/10.1177/0192513X08322627>
- Hines, J. D. (1971). Father the forgotten man, *Nursing Forum*, 10(2), 176-200. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.1971.tb00035.x>
- Keller, H. (2007). *Cultures of Infancy*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Martínez Hernáez, Á. (2008). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos.
- März, J. W. (2022). What does the best interests principle of the convention on the rights of the child mean for paediatric healthcare? *European Journal of Pediatrics*, 181(11), 3805-3816. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04609-2>
- Ministerio de la Protección Social e Instituto de Bienestar Familiar. (2006). Ley 1098 de 2006, del 8 de noviembre, por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>

- Ministerio de Salud de Colombia. (1999). Resolución 1995 de 1999, del 8 de julio, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Recuperado de [https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/resoluci%C3%93n%201995%20de%201999.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/resoluci%C3%93n%201995%20de%201999.pdf)
- Mendola, S. L., & Righetto, E. (2020). Des corps qui communiquent. L'agency comme style dans les pratiques des enfants hospitalisés. *Revue des sciences sociales*, (63), 58-67. <https://doi.org/10.4000/revss.4944>
- Merritt, L., Maxwell, J., & Urbanosky, C. (2022). The Needs of NICU Fathers in Their Own Words: A Qualitative Descriptive Study. *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 22(3), E94–E101. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000934>
- Montgomery, H. (2009). *An introduction to childhood. Anthropological perspectives on children's lives*. Oxford: Wiley Black-well.
- Mougel, S. (2022). La sociologie de la médecine méconnaît-elle l'enfance?: Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 40(2), 61-70. <https://doi.org/10.1684/sss.2022.0226>
- Natividad, J. M., Rytz, A., Keddani, S., Bergonzelli, G., & Garcia-Rodenas, C. L. (2020). Blends of human Milk oligosaccharides confer intestinal epithelial barrier protection in vitro. *Nutrients*, 12(10), 3047. <https://doi.org/10.3390/nu12103047>
- Olwanda, E., Opondo, K., Oluoch, D., Croke, K., Maluni, J., Jepkosgei, J., & Nzinga, J. (2024). Women's autonomy and maternal health decision making in Kenya: Implications for service delivery reform - a qualitative study. *BMC Women's Health*, 24(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-02965-9>
- Parpart, J. L. & Parashar, S. (Ed). (2019). *Rethinking silence, voice and agency in contested gendered terrains*. New York: Routledge Taylor and Francys Group.
- Petts, R. J.; Knoester, C.; Waldfogel, J. (2020). Fathers' Paternity Leave-Taking and Children's Perceptions of Father-Child Relationships in the United States. *Sex Roles*, 82, 173–188. <https://doi.org/10.1007/s11199-019-01050-y>

- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, capacidad de actuar (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15-32. <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801401.pdf>
- Plunkett, B. A., Mele, L., Casey, B. M., Varner, M. W., Sorokin, Y., Reddy, U. M. et al. (2021) Association of Breastfeeding and Child IQ score at age 5 years. *Obstetrics & Gynecology*, 137(4), 561-570. [https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/04000/association\\_of\\_breastfeeding\\_and\\_child\\_iq\\_score\\_at.2.aspx](https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2021/04000/association_of_breastfeeding_and_child_iq_score_at.2.aspx)
- Reniker, L. N., Frazer, L. C. & Good, M. (2023). Key biologically active components of breast milk and their beneficial effects. *Seminars in Pediatric Surgery*, 32(3), 151306. <https://doi.org/10.1016/j.sempedsurg.2023.151306>
- Sánchez López, M. del P. S. (2013). *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*, Madrid: Editorial Síntesis.
- Sánchez López, M. del P. S. (2013). *La salud de las mujeres. Análisis desde la perspectiva de género*, Vol. I. Síntesis.
- Santoro, P. (2019). Encarnar el virus. En López, S., & Platero, L. (eds.), *Cuerpos marcados: Vidas que cuentan y políticas públicas* (pp. 87-108). Barcelona: Bellaterra.
- Schildkrout, E. (1978). Age and gender in Hausa society: socioeconomic roles of children in urban Kano. En La Fontaine, J. S. (Ed.). *Sex and age as principles of social differentiation* (pp. 108-137). London: Academic Press.
- Scoccola, R. L. (2013). *Nacer demasiado pronto: una mirada antropológica*. Buenos Aires: Ediciones Kula. <https://www.revistakula.com.ar/nacer-demasiado-pronto-libro/>
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *American Historical Review*, 91, 1053-1075. <https://www.jstor.org/stable/1864376>
- Sisson, H., Jones, C., Williams, R., & Lachanudis, L. (2015). Síntesis metaetnográfica de las experiencias de los padres en el entorno de la unidad de cuidados intensivos neonatales durante la hospitalización de sus bebés



- prematuros. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(4), 471-480. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12662>
- Sloan, K., Rowe, J., & Jones, L. (2008). Stress and coping in fathers following the birth of a preterm infant. *Journal of neonatal nursing*, 14(4), 108-115. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2007.12.009>
- Stordal, B. (2023). Breastfeeding reduces the risk of breast cancer: A call for action in high-income countries with low rates of breastfeeding. *Cancer Medicine*, 12(4), 4616-4625. <https://doi.org/10.1002/cam4.5288>
- Strøm, M., Mortensen, E. L., Kesmodel, U. S., Halldorsson, T., Olsen, J., & Olsen, S. F. (2019). Is breast feeding associated with offspring IQ at age 5? Findings from prospective cohort: lifestyle during pregnancy study. *BMJ Open*, 9(5), e023134. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-023134>
- Stuart-Macadam, P., y Dettwyler, K. A. (2017). *Breastfeeding: Biocultural Perspectives*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315081984>
- Szabat, M. (2024). Parental agency in pediatric palliative care. *Nursing Inquiry*, 31(2), e12594. <https://doi.org/10.1111/nin.12594>
- Tessier R., Charpak N., Giron M., Cristo M., de Calume, Z. F., & Ruiz-Pelaez, J. G. (2009). Kangaroo Mother Care, home environment and father involvement in the first year of life: a randomized controlled study. *Acta Paediatrica*, 98(9), 1444-1450. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05886.x>
- Thomson-Salo, F., Kuschel, C. A., Kamlin, O. F., & Cuzzilla, R. (2017). A fathers' group in NICU: Recognising and responding to paternal stress, utilising peer support. *Journal of Neonatal Nursing*, 23(6), 294-298. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2017.04.001>
- Tronto, J. (1987). Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado. *Journal of Women in culture and society*, 12(4), 644-663. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/494360>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., et al. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and

lifelong effect. *Lancet*. 387(10017), 475–90. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

World Health Organization (WHO) & United Nations Children’s Fund (UNICEF). (2018). *Implementation guidance: protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513807>

Ystrom E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12, 36. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-36>

Zapata Martínez, A. (2020). Maternidades y paternidades transnacionales: Una reflexión desde los procesos de interacción mediada. *Revista Colombiana de Sociología*, 43(1), 81-107. <https://doi.org/10.15446/rcs.v43n1.78954>

Zhou, Y., Chen, J., Li, Q., Huang, W., Lan, H., & Jiang, H. (2015). Association between breastfeeding and breast cancer risk: evidence from a meta-analysis. *Breastfeeding medicine*, 10(3), 175-182. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0141>

Zuurveld, M., van Witzenburg, N. P., Garssen, J., Folkerts, G., Stahl, B., Van't Land, B., et al. (2020). Immunomodulation by human milk oligosaccharides: the potential role in prevention of allergic diseases. *Frontiers in Immunology*, 11, 801. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.00801>