

Después de parir

Un abordaje etnográfico de la atención obstétrica posterior al parto

Autor:

Gilligan, Clara Inés

Tutor:

Ramacciotti, Karina Inés

2019

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Magister de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología Social

Posgrado



UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS

MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

TESIS DE MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

Después de parir.

Un abordaje etnográfico de la atención obstétrica posterior al
parto

Clara Inés Gilligan

Directora: Dra. Karina Ramacciotti

Co-directora: Dra. Ana Laura Martin

Septiembre de 2019

Índice

Agradecimientos	4
------------------------	---

Presentación	6
---------------------	---

Estado del conocimiento	7
-------------------------	---

• Atención obstétrica y políticas de Estado	8
---	---

• Estrategias en contextos diversos	14
-------------------------------------	----

• Construcción del cuerpo como objeto de atención médica	16
--	----

Metodología	17
-------------	----

Síntesis de los capítulos	21
---------------------------	----

Capítulo I

Volver a lo anterior. La construcción conceptual del puerperio como objeto de intervención médica

Introducción	24
--------------	----

Las fuentes	25
-------------	----

El puerperio como involución	30
------------------------------	----

El lugar de la lactancia	35
--------------------------	----

Lo normal y lo patológico en las pautas de atención	38
---	----

La universalización de los procesos	40
-------------------------------------	----

Transformaciones que no involucionan	41
--------------------------------------	----

Reflexiones finales	43
---------------------	----

Capítulo II

Aprender haciendo. La organización del trabajo en el Servicio de

Obstetricia	
Introducción	46
La materialidad de la atención	50
Las competencias profesionales y el aprender haciendo	53
Lo normal, lo patológico y la fragmentación resultante	55
La organización jerárquica del trabajo	61
Prácticas y apropiación	64
Reflexiones finales	71
Capítulo III	
Tocar, oler y registrar. Rutinas de atención obstétrica	
Introducción	74
Tocar, oler, registrar	77
El posparto en las historias clínicas	89
Más allá de <i>lo clínico</i>	93
Registros que interpelan	98
Expectativas desencontradas	101
Procesos de producción de datos	104
Reflexiones finales	110
Conclusiones	113
Fuentes	120
Bibliografía	122

Agradecimientos

Terminar de escribir una Tesis, es una fiesta. Y como en toda fiesta, hay muchas personas que trabajaron para llegar a este momento. Algunas, sin duda, son las protagonistas. Pero también hay personas que no se ven a primera vista y son esenciales para que esto exista: hay gente que cocinó, que llenó los vasos durante toda la noche, que eligió la música. A las protagonistas las vamos a conocer a lo largo de las páginas que siguen. Pero antes de empezar, quiero agradecer a todas esas otras personas que fueron fundamentales y de las que no hablo a lo largo de la Tesis. No está de más dejar por escrito que sin ellas, nada de lo que se escribió hubiera sido posible.

A mi querida Filo por nuestra añeja relación y su invitación constante a seguir participando de este juego de preguntarnos cosas. A Victoria Salsa Cortizo que es la gran compañera y amiga que esta Tesis me dio. Por las preguntas compartidas, las ganas de escribir juntas y de ñoñear de lo lindo en este mundo temático que navegamos juntas.

Estoy feliz y agradecida de haber encontrado a Karina y a Ana Laura en este proceso. Cada comentario me hizo aprender temas nuevos, sumar preguntas. La compañía cálida, la ternura de cada punto y nota al pie revisada son la certeza de que nunca se escribe sola.

A Luciana Kanterewicz le agradezco haber compartido generosamente todos y cada uno de los espacios laborales y de investigación en los que me introdujo. A Magdalena Oesterheld por leer proyectos, monografías y ponencias durante tantos años. A Laura Santillán por prestarme siempre un poco de su entusiasmo y su confianza cada vez que le tocó vincularse conmigo como docente. A Bettina Sidy, la primera en darle forma de Tesis y de posibilidad a un conjunto de escritos, gracias por eso y por el disfrute de trabajar juntas que tenemos por delante.

Al Consejo de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por otorgarme la beca sin cuyo financiamiento hubiera sido imposible dedicarme a tiempo completo a hacer trabajo de campo. A Ariel y A Cecilia que confiaron en mí y me acompañaron en esos momentos.

A Guadalupe García por acompañarme durante mucho tiempo y en las épocas más desordenadas de trabajos y borradores. A Susana Margulies, por las clases, las lecturas y los espacios prestados. A las docentes de esta Maestría, especialmente a Virginia Manzano y Carolina Crespo por las devoluciones siempre estimulantes en los espacios de taller.

A Mariana Sacchi, Mónica Tarducci, Victoria Castilla y Meri Puglia que estuvieron conmigo en los momentos más complejos de este proceso. A Daniela Testa por las lecturas y los comentarios. A Marita por la complicidad para hacerme espacios de escritura. A Gisela Gagliolo, por su generosidad constante y a Agostina por eso mismo y por las lecturas cruzadas y espacios compartidos.

A mi mamá, que siempre está y cuento con su ella para todo. A Danu y Sofi por alentarme tantos años. Por último, a las mujeres a las que, de acá en más, nombraré con seudónimos, pero que son sin duda las protagonistas. Y, especialmente a Rodrigo, por el amor y la compañía siempre, en todo. Y a Camilo, la persona de la que más aprendo en el mundo.

Presentación

Esta tesis aborda los procesos de atención obstétrica destinados al posparto desde una perspectiva etnográfica; considera los actores y los entramados institucionales particulares que los constituyen cotidianamente. En base a una etnografía realizada entre 2013 y 2015 en un reconocido Hospital ubicado en la Ciudad de Buenos Aires, describo y analizo la materialidad de la atención con énfasis particular en el *puerperio*. El objetivo de ello es dar cuenta de su construcción en tanto evento médico en este contexto histórico particular. Considero al posparto en tanto producto cultural. Esto es, un momento de la vida definido en base a sentidos socioculturales entre los cuales, la mirada médica que identifica al *puerperio* como su objeto de intervención; ocupa un lugar central.

Los procesos de salud/enfermedad/atención/cuidados constituyen maneras de vivir, enfermar y morir que se hallan ligados a las condiciones materiales de la vida. Son hechos sociales, ya que más allá de las particularidades técnicas que se desarrollen en cada contexto, se aplican sobre sujetos que le otorgan sentido y significados (Menéndez, 1994). La biomedicina construye parte de su legitimidad discursiva en base a la descripción de fenómenos universales, supuestamente objetivos y objetivables y cuya existencia aparece desligada de las condiciones sociales y culturales. De acuerdo con este razonamiento, si lo biológico es universal, los saberes basados en la naturaleza se presentan como únicos, verdaderos e inmodificables. El abordaje biomédico implica una reorganización de la realidad que tiene como resultado la creación de un “objeto” que posibilita operar conceptual (y materialmente) sobre el mismo en los términos propios de la disciplina (Good, 2003). Pero, además de estar legitimada socialmente, la intervención médica se ejerce recurriendo a una supuesta neutralidad valorativa científica. A su vez, juega un rol activo en la regulación de la maternidad y desde allí se interviene en la vida cotidiana de las mujeres.

En base a ello, en esta Tesis me pregunto ¿Cómo se conceptualiza al posparto en tanto objeto de intervención médica? ¿Cómo lo abordan las y los trabajadores del Servicio de Obstetricia? ¿Qué procesos de atención/intervención se desarrollan? ¿Qué prácticas cotidianas se producen? ¿Cuáles son las experiencias posibles en este contexto? Considerando que son las prácticas cotidianas las que encarnan los procesos de atención

obstétrica, y que la organización institucional configura de manera particular la atención, destaco como elementos centrales: La distribución del trabajo a nivel Servicio en relación a las distintas competencias profesionales y el lugar que ocupan en la atención cotidiana la figura de las *residentes*, sobre quienes recae gran parte de las tareas que materializan la atención obstétrica y, especialmente la destinada al posparto. ¿De qué maneras estas prácticas constituyen y atraviesan al posparto y a las experiencias posibles en este contexto particular?

Estas son las preguntas que, en líneas generales, orientaron esta investigación, que tiene por objetivo indagar en los procesos de atención obstétrica de un Hospital para dar cuenta de la construcción del *puerperio* como producto de prácticas culturales e institucionales particulares. En línea con ello, en las páginas que siguen, la propuesta consiste en analizar la construcción del *puerperio* como objeto de intervención médica, describir los modos en que los sujetos se vinculan y problematizar estas prácticas cotidianas en el quehacer hospitalario, con el fin de dar cuenta de estrategias y sentidos que están vigentes en la atención cotidiana del posparto.

A lo largo de estas páginas mostraré entonces cómo estos procesos de atención médica contribuyen a reforzar una construcción sociocultural de la maternidad en tanto práctica femenina, individual, de emocionalidad controlada, cimentada sobre una segmentación deliberada de la sexualidad (en tanto se la aborda únicamente en relación con lo reproductivo) y que, además de ello, amerita la orientación, instrucción e intervención y manipulación directa de esos cuerpos. En los apartados que siguen realizaré un estado general de la cuestión retomando antecedentes en base los cuales esbocé las preguntas que orientan esta investigación, una descripción del enfoque teórico-metodológico de trabajo y, por último; una síntesis de los capítulos que integran esta Tesis.

Estado del conocimiento

En este apartado presento parte de la producción académica que me antecede y a la cual espero contribuir. Para una revisión breve, se ha vinculado la bibliografía en subapartados temáticos que no necesariamente se corresponden con los objetivos de los

autores, sino que los relaciono de acuerdo a los aportes que implicaron en la construcción de mi problema de investigación. En el primero de ellos retomo estudios que dan cuenta del proceso histórico de institucionalización de la atención obstétrica y medicalización de los partos y nacimientos. En el segundo, presento algunos trabajos que muestran cómo estas trayectorias globales, se articulan y ponen inevitablemente en acción en contextos locales diversos, generando a partir de ello desarrollos particulares de la atención. Los grupos sociales crean y han creado estrategias para acompañar, apuntalar e inclusive regular la vida después del parto. A partir de estos aportes me propongo partir de la consideración de la atención médica en tanto producto histórico-cultural. En el tercer apartado me detengo en antecedentes que dan cuenta del impacto que la construcción del cuerpo femenino, en tanto objeto de atención médica, tiene sobre las experiencias de las mujeres.

Atención obstétrica y políticas de Estado

La hospitalización de partos como práctica masiva se consolidó a partir de la década de 1920 en Latinoamérica (Menéndez 1990, Tornquist 2002, Nari 2004, Felitti 2007, Zárate 2007, Sánchez 2010). Este proceso se desarrolló con particularidades locales en la región. En Argentina, el Estado impulsó activamente la institucionalización de la medicina y con ello afianzó el poder de la corporación médica en el monopolio de la atención sanitaria por sobre otras formas de atención coexistentes que, si bien continuaron existiendo, se subalternizaron (Nari, 2004; Di Liscia, 2005; Felitti, 2007). Desde la organización del Estado nacional, la medicina, junto a la abogacía, fueron dos de las profesiones que proporcionaron a la administración pública los instrumentos necesarios para modernizar sus estructuras. Esta demanda de técnicos, por parte de las reparticiones estatales, fue el puntapié del desarrollo de sistemas de profesionalización de funcionarios especializados en salud pública y contribuyó a reforzar, aún más, el prestigio de estas profesiones en la sociedad (Biernat, Ramacciotti y Rayez, 2018). Siguiendo estas ideas y, más específicamente para el área de la salud, Laura Rodríguez y Germán Soprano sostienen que, dado que los médicos y las enfermeras ejercen su profesión en el sistema de salud pública, pueden ser considerados como profesionales de Estado (Rodríguez y Soprano, 2018).

Es decir que la medicina, se expandió de la mano del entramado estatal, a su vez, ese Estado se consolidó (aunque no únicamente) sobre el ejercicio de políticas sanitarias transformadoras de la vida cotidiana de los sujetos. Entre estos actores ha sido fundamental el impulso que significó la incorporación de profesionales médicos a su creciente estructura. Tal como señala Ricardo González Leandri: “Tales grupos formaron parte, además, de unas incipientes redes profesionales, en pugna por el acceso a recursos materiales y simbólicos, que participaron en el complejo proceso de consolidación y adquisición de autonomía por parte de determinados campos de saberes y prácticas específicas, paradójicamente tributarios del propio afianzamiento estatal. Por lo tanto, puede afirmarse que, al mismo tiempo que estaban “construyéndose” a sí mismos, dichos profesionales también construían, o colaboraban en la creación de las dimensiones del Estado a las que se asociaban” (González Leandri, 2004: 571).

El desarrollo y la consolidación del sistema sanitario en Argentina y, particularmente en el Área Metropolitana de Buenos Aires, no puede considerarse un proceso unívoco. Por el contrario, las sucesivas transformaciones político-administrativas nacionales y provinciales se manifiestan en la actual convivencia de instituciones formativas, asistenciales, profesionales; entre otras de variadas fuentes de administración, regulación y financiamiento (Armus y Belmartino, 2001; Nari, 2004; Belmartino, 2005). Esto delinea un escenario heterogéneo de recursos y de instituciones que atraviesan y constituyen las prácticas que analizamos.

Cabe señalar que la estructura sanitaria en la Argentina tiene notorias desigualdades territoriales y está sostenida en tres pilares: el sector público, las obras sociales y el sector privado. Estos tres sectores tienen una larga historia en la Argentina y su consolidación se fue dando a lo largo de todo el siglo XX (Belmartino, 2005). El sector público garantiza el acceso a la atención por medio de una red de hospitales y demás centros periféricos, brindando una cobertura que es universal, gratuita y disponible para personas de cualquier nacionalidad y su financiamiento se sostiene por fondos públicos. El sistema nacional de obras sociales tiene como beneficiarios a los trabajadores en relación de dependencia (Cerdá, 2005). Por último, la oferta privada de salud está formada por un conjunto de empresas comerciales cuyo financiamiento está basado en el pago de sus asociados. Dentro de este esquema heterogéneo, desigualmente distribuido a lo largo del territorio y

fragmentado, quien cubre la mitad de las necesidades sanitarias de la población es el sistema público y, por lo tanto, es el sector que también genera más puestos de trabajos para los profesionales de salud (Ramacciotti, 2010).

Poner en perspectiva la singularidad de cada contexto jurisdiccional posibilita una comprensión más amplia de los procesos históricos sanitarios en el país. Comprender la política sanitaria demanda la consideración de procesos políticos, en un sentido amplio, y un análisis simultáneo del rol de agencias estatales y políticas sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Nuestro sistema de salud es ante todo resultado de un proceso histórico atravesado por transformaciones de las estructuras estatales y las relaciones interjurisdiccionales. Ello implica tensiones en cuanto a la autonomía y sus límites de las distintas autoridades sanitarias junto con un desigual acceso a los recursos. La confluencia de estos procesos tiene consecuencias directas en la provisión de bienestar a cargo de un sistema fragmentado (Biernat y Ramacciotti 2016).

En base a estas consideraciones destacamos las particularidades del referente empírico en el que se basa esta investigación: El Servicio de Obstetricia de una institución sanitaria particular, un Hospital General de Agudos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Esta jurisdicción, a su vez, dispone de un presupuesto monetario elevado (en relación con otras del país) y sus usuarias y usuarios habitan no sólo en la Ciudad, sino que también asiste población del Área Metropolitana de Buenos Aires, de otras jurisdicciones más lejanas e incluso migrantes de países limítrofes y de otros más lejanos (especialmente de Asia y África).

Para profundizar en el desarrollo histórico de la institucionalización de los nacimientos y reflexionar sobre las continuidades y rupturas tanto en el quehacer profesional como en las prescripciones de la vida cotidiana (Nari 2004, Di Liscia 2005, Felitti, 2007, Cepeda 2009, Felitti 2011, Lois 2018) es necesario retomar algunos aportes históricos que describen el período concreto en que este proceso tuvo lugar. A partir de la década de 1920 y durante todo el Siglo XX, la maternidad se constituyó no sólo como una posibilidad, sino como una obligación moral y política de las mujeres y los nacimientos tendieron a sucederse en los hospitales. Estos discursos no son unívocos, y no estuvieron exentos de debate y posicionamientos contrapuestos (Ledesma Prietto 2017). Sin embargo, algunas políticas sanitarias dirigidas a la atención de mujeres-madre y niños dan cuenta de

cierta relación desigual de fuerzas en cuanto a la definición de la naturaleza del problema *poblacional* (Nari 2004, Biernat y Ramacciotti 2013, Briolotti y Benítez 2014) y se pueden seguir rastreando en las décadas sucesivas dado que la hospitalización de los nacimientos se ha mantenido desde entonces, aunque con especificidades temporales que han ido transformando este fenómeno.

Los nacimientos son experiencias que involucran directamente a los cuerpos. Además, son objeto de intervención social y política. Estas experiencias se transforman históricamente y, a la vez, evidencian el lugar de las mujeres para cada período y en cada sociedad (Zárate 2007). El fuerte control desplegado sobre cualquiera de las instancias *reproductivas* nos sugiere la permanencia de un orden social, y específicamente, de una jerarquía de género sobre la que se sostiene. En este sentido nos valemos de las ideas de Joan Scott quien sostiene “Si consideramos la diferencia entre lo masculino y lo femenino no como algo ya sabido sino como problemática, como algo que está siempre contextualmente definido, construido repetidamente, debemos entonces preguntarnos no sólo acerca de lo que está en juego en las proclamas y debates que invocan al género para explicar o justificar su posiciones sino también acerca de las nociones implícitas sobre el género” (Scott 1996: 13). Una perspectiva de género contribuye al abordaje de la asistencia del parto en tanto hecho social constituido no sólo por conocimientos y avances tecnológicos, sino también por construcciones socioculturales acerca de la sexualidad (Zárate 2007). Las mujeres se constituyen como el principal objeto de ello a partir de su definición social como reproductoras. El proceso de embarazo-parto-puerperio pone en evidencia una ruptura deliberada entre reproducción y sexualidad (Ledesma Prietto, 2016). A pesar de que la sexualidad ha sido históricamente confinada en nuestra sociedad al ámbito de lo privado, la regulación de que son objeto las mujeres (especialmente desde el momento de la concepción, pone de relieve que se trata de una cuestión pública (Rapp, 1993; Blázquez-Rodríguez, 2005).

Algunas investigaciones producidas en Argentina dan cuenta de la legitimidad con que progresivamente la medicina se ha constituido en la interlocutora autorizada de los cuerpos femeninos (Nari 2004, Felitti 2007, Cepeda 2009). Esto es resultado de un proceso caracterizado por resistencias e intereses encontrados (Zárate 2007, Felitti 2011, Zárate 2018). La constitución del sistema sanitario en Argentina implicó de manera ineludible su

materialización en sujetos, instituciones e intervenciones estatales concretas que a su vez fueron productoras de ese Estado (Nari, 2004; Di Liscia, 2005). A pesar de ello es necesario señalar que el proceso histórico de hospitalización de los nacimientos no puede ser comprendido cabalmente si es descrito en términos lineales de una medicina descrita como masculina anteponiéndose a una asistencia al parto tradicional y femenina (Jordan 1993, Davis-Floyd 2001). Sin desconocer la desigual relación de poderes, algunos antecedentes han contribuido a matizar esos abordajes resaltando el rol activo que juegan las mujeres en tales procesos (ya sea como parteras o como parturientas) (Zárate 2007, Felitti 2011). A su vez, estas descripciones que aportan estrategias, disputas y concesiones contribuyen a las posibilidades de entender cómo los procesos de atención continúan en transformación. En ese sentido, María Soledad Zárate (2007) ha propuesto, para el caso de Chile, que el vínculo que se construyó entre parturientas y médicos durante los primeros años del siglo XX no puede ser entendido como una imposición unidireccional de la medicina. Esta perspectiva relacional evidencia la elección que muchas mujeres han hecho de este tipo de atención, en diálogo con la percepción de que ciertos conocimientos y técnicas podrían evitar la muerte.

El proceso de profesionalización de asistencia del parto se desarrolló de la mano de la incorporación de nuevos actores, los médicos obstetras. Esto implicó que muchos partos estuvieran configurados en gran medida por ellos y que poco a poco se constituyera en la única alternativa posible para las mujeres y sus posibilidades de garantizar sus vidas. Por supuesto que estas posibilidades estaban directamente relacionadas con una situación socioeconómica desigual que implicaba que, para muchas de ellas, parir en una institución paliara (aunque fuera de manera temporal), condiciones con las que no se contaba como: un adecuado reposo, alimentación y el descanso de tareas pesadas. Inicialmente el impacto de la tarea médica fue mínimo, porque su principal actividad estaba orientada al propio aprendizaje: La medicina se practicaba en pleno proceso de profesionalización, con un alto grado de incertidumbre en cuanto a las intervenciones y diagnósticos. Antes que ciertas técnicas médicas y quirúrgicas, fue el manejo de la antisepsia lo que redujo el número de infecciones puerperales mortales. Con ello, no puede decirse que la intervención obstétrica en sí misma haya disminuido la mortalidad materna hasta entrado el siglo XX. En el caso de las mujeres de clase alta, jugaron un rol central las influencias extranjeras y el juicio

negativo del trabajo de las parteras no diplomadas (teñido de prejuicios de clase) a la hora de a preferir la atención médica (Zárate 2007).

Los aportes de esta autora (Zárate 2018) resultan fundamentales para comprender cómo la hospitalización de los nacimientos contribuyó a la profesionalización de las matronas y, a la vez, cómo su tarea asistencial materializó objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud en Chile. Durante la década de 1970, un 85% de los partos fueron asistidos por ellas, tarea que fue impulsada fuertemente por el Estado desde décadas anteriores. Aun reconociendo que tanto la formación como el ejercicio se encontraban supeditados a la supervisión médica, el análisis del trabajo que desarrollaron estas trabajadoras para el período 1950-1970 muestra un ejercicio desplegado con un notable grado de autonomía. Una hipótesis es este sentido es que la matrona que se desempeñaba en instituciones sanitarias destinadas a la atención obstétrica contaba con condiciones materiales que la amparaban y que contribuyeron a afianzar a la profesión, en base a mayor autoridad y respaldo. Este grupo profesional absorbió la demanda asistencial que el Sistema Nacional de Salud impulsó. Su tarea asistencial se basaba, a la vez, en un vínculo histórico con las mujeres y en el nuevo impulso de una política sanitaria. La confluencia de ambos fenómenos garantizó la implementación de estos objetivos y, con ello, la hospitalización del parto (Zárate 2018).

Por su parte, Karina Felitti (2011) analiza debates alrededor de distintos abordajes propuestos para asistir partos entre 1960 y 1980 en Argentina. Estas ideas se insertan en un contexto histórico de transformación radical en las experiencias de sexualidad, maternidad y vida en pareja, fundamentalmente, de las mujeres (Cosse 2010). Y en línea con ello, este conjunto de propuestas (*parto sin dolor, parto sin temor, parto psicoprofiláctico y parto sin violencia*) tuvieron en común el adjudicar un rol manifiestamente activo a las mujeres que parían. En línea con ello la autora señala que en otros contextos se puede dar cuenta de demandas tendientes a gestionarse condiciones de seguridad durante el parto y analgesia para sobrellevar el dolor, lo que matiza, una vez más; la idea de un poder médico impuesto unilateralmente sobre las vidas de las mujeres y resalta ciertas estrategias y negociaciones activas (Felitti 2011).

A pesar de la masiva hospitalización de los partos en nuestro país¹ y en la región sudamericana, algunas de sus implicancias en la vida de las mujeres han sido y son objeto de cuestionamiento desde hace algunos años (particularmente desde el retorno de la democracia durante la década de 1980): dando lugar a distintas iniciativas usualmente conocidas como *parto humanizado* o *parto respetado*. Como señala Carmen Tornquist (2003), algunas instituciones han intentado incorporar algunas de estas iniciativas a la organización institucional, aun cuando la misma autora señala que la *humanización* del parto demanda de otras adecuaciones en los equipos de salud que van más allá de la reducción de algunas técnicas cuestionables (Kämf y Dias 2018). En los últimos años estas propuestas se han traducido en reorganizaciones al interior de las instituciones de salud, así como políticas sanitarias y se manifiestan, también, en el plano legislativo. Si bien hay una gran cantidad de normativa que busca regular las condiciones en las mujeres transitan estos momentos vitales en las instituciones, las más influyentes en el campo indagado son la Ley 25.929 (2004) y la 26.485 (2009) que define la violencia obstétrica. Así mismo el parto planificado en domicilio es quizás una de las alternativas explícitamente cuestionadoras de las implicancias que parir en el hospital ha tenido y tiene para las mujeres. Si bien esta Tesis se basa en las experiencias que se desarrollan un Hospital público, estas discusiones y debates no dejan de estar presentes en este campo y, por tanto, también lo constituyen.

Estrategias en contextos diversos

Más allá de este proceso histórico general de consolidación de la obstetricia en la atención destinada a las mujeres durante el embarazo-parto-puerperio, algunos trabajos dan cuenta de particularidades locales que coexisten y se articulan con el sistema de atención sanitaria. En los siguientes párrafos presento algunos ejemplos que muestran maneras diversas de experimentar el proceso embarazo, parto y posparto que se hallan fuertemente ligadas a las condiciones materiales disponibles en cada contexto particular.

¹ Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, para 2017 cerca de un 98% de los partos a nivel nacional sucedieron en un establecimiento de salud. De un total de 704609 nacidos vivos sólo se registran 2011 ocurridos en domicilio particular y 288 en otros lugares. Se sugiere la consulta del Anuario 2017 disponible en: <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>.

En este sentido es fundamental la trayectoria de antecedentes en Brasil (Mott 2002, Tornquist 2002, Rhoden 2003, Mccallum y Reis 2008, Fleischer 2008, Belaunde y otras 2009, Mccallum y otras 2016, Teixeira y otros 2018, Rott 2018; entre otros). No son muchos los trabajos que abordan específicamente el posparto o puerperio, algunos de los cuales presento a continuación. En una comunidad en el Estado de Bahía, el llamado *resguardo posparto* comprende una serie de prescripciones en el comportamiento de las mujeres puérperas que articulan conceptos socioculturales, fisiológicos, psicológicos y sexuales. “Guardar resguardo” es parte de un mecanismo cultural local de planeamiento del embarazo y de la lactancia que apunta a proteger tanto el bienestar de la mujer como del hijo. Es un factor clave en la prevención de la mortalidad de las mujeres y se presenta como instrumento cultural de cuidado de la salud sexual y reproductiva femenina a largo plazo ya que las ancianas lo consideran crucial para su salud en la vejez. Las autoras (Belaunde y otras, 2009) proponen que la noción local de “resguardo quebrado” podría interpretarse como equivalente a la de “depresión posparto” en el discurso biomédico. En Melgaço, Pará en el norte de Brasil, el “resguardo” durante la cuarentena en base al cuidado de la partera, del marido y de la parentela, contribuye a recuperar la normalidad corporal. Pero la presión por retomar las tareas como ama de casa, madre y esposa y las dificultades para amamantar hacen que la mujer se esfuerce por cumplirlo. Si bien la salud femenina era reconocida como central para la unidad doméstica, a este mismo grupo le costaba prescindir de las tareas femeninas. El “resguardo” estaba en riesgo permanente (Fleischer, 2008). La categoría de *sangre que sube a la cabeza* (y que debe descender) colectiviza entre ciertos actores los síntomas y las soluciones de los conflictos domésticos, a pesar de los profesionales de la unidad de salud y de ciertos parientes que desconsideraban estas reglas. Esto puede interpretarse como una exculpación individual y podría constituir una resistencia a la individualización biomédica a través de programas que responsabilizan a la mujer por el resguardo, los controles y la alimentación tanto de ella como de su hijo/a (Fleischer, 2008).

En una maternidad pública en el sur de Brasil, Carmen Tornquist (2003) cuestiona la implementación del ideario de la humanización como garante *per se* de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, dando cuenta marco de relaciones en que es puesto en práctica. Analiza la manera en que se fomenta el amamantamiento, y el rol del personal

sanitario en relación con el manejo de las expresiones de dolor. Sugiere flexibilizar el ideal humanizador con el fin de adaptarlo a las necesidades reales de cada mujer: “Si las experiencias de humanización se concentran en aspectos técnicos aislados y en un modelo universalista de familia y femineidad, en el contexto de una cultura fuertemente centrada en el mito del amor materno y en la pesada herencia higienista de la medicina, puede minimizar su gran potencial.” (Tornquist, 2003: 426; traducción propia). El cambio de paradigma de parto medicalizado a parto respetado corre el peligro de convertirse en una enunciación vacía de contenido si sólo se traduce en una serie de nuevas técnicas impuestas (Tornquist, 2003). Sin negar la especificidad de la violencia obstétrica, la naturaleza de las técnicas aplicadas a la asistencia de una mujer que está atravesando alguna de las etapas de la gestación, no implicaría de por sí la transformación de relaciones desiguales.

Construcción del cuerpo como objeto de atención médica

A pesar del énfasis en las condiciones estructurales que constituyen el marco de significados posibles para la experiencia de parir y de nacer, el cuerpo en tanto agente de experiencia juega un rol fundamental. El cuerpo como objeto médico, entra en tensión con el cuerpo percibido por el sujeto, principal protagonista de su propia experiencia (Good, 2003; Akrich y Pasveer, 2004): “el cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo (...) no es (...) el objeto de cognición y conocimiento, de representación de estados mentales y la obra de la ciencia médica. Es al mismo tiempo un desordenado agente de la experiencia” (Good, 2003:215-216). En el caso particular de las descripciones médicas, se recurre a fragmentaciones y jerarquizaciones conceptuales que repercuten en la percepción del propio cuerpo (Martin, 2006; Akrich y Pasveer, 2004). La amplia difusión y legitimidad del abordaje médico sugiere maneras de proceder sobre los cuerpos a la vez que propone esquemas de percepción de la experiencia (Akrich y Pasveer, 2004).

Ahora bien, durante mucho tiempo las Ciencias Sociales y la Antropología en particular podrían no haber contribuido a cuestionar la herencia cartesiana en las maneras de abordar los cuerpos y poner estas tensiones en evidencia. Silvia Citro (2011) pone en evidencia que, como parte de un proceso histórico de consolidación de tradiciones

filosóficas racionalistas y la legitimación de la biomedicina; la producción científica social también ha colaborado en invisibilizar la experiencia cuerpo-mundo en las prácticas analizadas en distintas investigaciones. Sin embargo es esencial recuperar la experiencia corporal, ya que “así como no hay conciencia sin sujeto, tampoco la hay sin mundo, existo porque hay un mundo, tengo evidencia de mí y del mundo ineludiblemente. Se trata de una rigurosa bilateralidad: no puede constituirse el mundo como mundo, ni el yo como yo sino es en su relación (...) el “sentido del mundo” se construye intersubjetivamente” (Citro 2011: 57).

En el caso de la construcción del cuerpo femenino como cuerpo de madre, a la vez que constituye la base material de la subjetividad materna, niega en el mismo acto a la mujer como sujeto (Saletti Cuesta, 2008; Tornquist, 2003). En línea con ello, son fundamentales las producciones de autoras que han expuesto cómo el saber biomédico describe fenómenos posicionando a la maternidad como destino ineludible en estos esquemas explicativos (Martin, 2006). Un claro ejemplo de ello, es cómo el discurso biomédico moderno, a lo largo del siglo XX, transmitió una concepción respecto de la menstruación que ubicó a la maternidad como horizonte unívoco del proyecto de vida de las mujeres (Tarzibachi, 2017). Entonces, si volvemos sobre la reflexión de que todas nuestras interacciones con el mundo están corporalmente mediadas, desde esta perspectiva el cuerpo no es sólo un objeto material dado; es quién encarna la experiencia (Citro 2011). Esta serie de aportes nos sugiere la necesidad de indagar en las maneras en que la atención hospitalaria es experimentada, encarnada, por las mujeres que han parido.

Metodología

Los antecedentes específicos para este apartado son etnografías producidas en contextos muy disímiles, que aportan el abordaje de ciertas prácticas hospitalarias. Estos trabajos ponen de relieve que el análisis de ellas y la interacción cotidiana con los sujetos implicados constituyen a la etnografía como un enfoque que es, a la vez, teórico y metodológico. Esto significa que el propio quehacer de la investigación en relación con sus objetivos, lleva a la redefinición del problema tal como se ha planteado teóricamente. Ello se debe al ejercicio inevitable y permanente de tensionar la propia construcción conceptual

del problema, cuando se vuelve un problema situado. Esto es, cuando necesitamos empezar a entender y explicar el contexto en el que se investiga: producido por sujetos que cuestionan y redefinen este abordaje previo (Cortés, 1997; Comelles, 2000; Tornquist, 2003, Sarti, 2009; García, 2009; Recoder, 2011). Estos trabajos exploran una diversidad de problemáticas. El aporte común, sin embargo, es el de dar cuenta de la pertinencia del enfoque etnográfico para analizar las maneras en que estas lógicas institucionales se constituyen sobre la base de una diversidad de experiencias intersubjetivas (Pozzio, 2011; Castilla, 2013). Dentro de esta línea de indagación me propongo ampliar la mirada sobre la atención durante el posparto en tanto *objeto* particular considerando, desde un abordaje etnográfico, a la atención obstétrica como resultado de políticas públicas que participan activamente de la construcción sociocultural de la maternidad.

A mediados de 2013 realicé las primeras entrevistas exploratorias. En base a ellas entre octubre de 2013 y abril de 2015 participé sistemáticamente de actividades cotidianas del Servicio de Obstetricia de un Hospital público de la Ciudad de Buenos Aires. Esta dedicación fue posible gracias a una beca de investigación financiada por el Consejo de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de esta misma ciudad². Durante los primeros cuatro meses mi actividad principal consistió en participar de manera sostenida en distintas actividades del Servicio, con una frecuencia habitual (aunque variable en función de mi interés por participar de determinadas situaciones) de tres veces por semana. Sin embargo, como parte de la jornada laboral que implicaba la beca, asistí por un año y medio de lunes a viernes a un área ubicada en el Hospital, espacio en el que realicé gran parte de las transcripciones de mis registros de campo. Esto hizo que pudiera sostener una continuidad en el vínculo con las mujeres trabajadoras y usuarias que iba más allá del tiempo que pasaba estrictamente en el Servicio, ya que era habitual tener conversaciones espontáneas en pasillos, en las cercanías del Hospital, en el colectivo, o en otros espacios. A ello se sumó mi concurrencia en días y horarios distintos al estrictamente laboral, por la tarde y durante días feriados para identificar distintas dinámicas. Paulatinamente comencé a realizar entrevistas en profundidad con trabajadoras del Servicio y mujeres que habían parido recientemente en el Hospital. Continué con ambas tareas, aunque priorizando la

² Gracias a este financiamiento y a la generosa confianza de mi director de beca (a quién no menciono para garantizar la confidencialidad de otras personas con quienes interactué durante el trabajo de campo) desarrollé entre 2013 y 2015 esta investigación que, posteriormente, sobre la que se basa en gran parte esta Tesis.

observación participante ya que, como explicaré en el Capítulo III, algunas rutinas comenzaron a constituirse como la dinámica por excelencia que, constituyen lo que caracterizo como la *materialidad de la atención*. Estas prácticas no eran asequibles por medio de entrevistas, incluso la verbalidad empezó a revelar sus limitaciones para describirlas. Ya finalizada esta segunda etapa, el trabajo posterior consistió en sistematizar registros de campo, entrevistas y sumar aportes bibliográficos adecuados a las temáticas emergentes.

Mi ingreso al campo se dio de la mano del aval formal del Comité de Ética en Investigación del Hospital, pero quizás jugaron un rol más determinante las recomendaciones que hizo mi director de beca, un referente reconocido en la temática. Esto facilitó mi presentación con el jefe de la sección de Obstetricia. Aun así, concretar la participación cotidiana de las actividades implicó un sinnúmero de presentaciones con otros actores, ya que, como más tarde aprendería, mi interés por el posparto me llevó a interactuar principalmente con profesionales en formación. Durante más de un año y medio frecuenté espacios dentro del mundo hospitalario tales como como la sala de internación de obstetricia, los consultorios, las salas de espera, las ventanillas de turnos, la guardia. Participé en actividades llevadas adelante por médicas, médicos, obstétricas, enfermeras y administrativas. Tuve contacto más fluido con *residentes* en general y, particularmente, con obstétricas *residentes*. Esta vinculación fue construyéndose así en base a la propia organización del trabajo y distribución de las tareas al interior del servicio –cuestión que desarrollo en el Capítulo II– aunque también, por el interés que este grupo de profesionales manifestaba tener en los procesos de atención posparto y por las maneras en las que me facilitaron el acceso para participar de *sus* tareas a cargo. Fue en el marco de estas actividades donde interactué con mujeres que estaban embarazadas o habían parido recientemente. En algunos casos esto implicó acuerdos previos para luego realizar entrevistas en otros espacios. Sin embargo, la gran mayoría de los intercambios tanto con trabajadoras del Hospital como con las mujeres que asistían allí, se dieron en este marco.

El enfoque etnográfico se sostiene esencialmente sobre la base de la observación participante relativamente prolongada y el diálogo con los sujetos que participan activamente en los procesos estudiados (Guber, 1991), ya sea tanto de manera informal como a través de entrevistas pautadas previamente. Intentando reconstruir lo más

acabadamente posible el contexto particular de la experiencia de los sujetos cuya práctica se intenta comprender, la observación participante se acompaña en forma permanente por el análisis tanto de documentos que regulan la atención, como de otros que aporten datos a un nivel mayor que el observado directamente por la investigadora (específicamente políticas públicas tales como programas y normativas, entre otros).

La atención médica y su abordaje particular implica una reorganización de la realidad y de la vida (Good, 2003). Las narrativas que los sujetos elaboramos para compartir nuestra experiencia constituyen sólo una parte de ella, pero en alguna medida nos acercan al sentido subjetivo otorgado (Good 2003, García 2009, Recoder 2011). La experiencia puede ser en cierta medida abordada a partir de la narrativa de los sujetos que transitan una reconstrucción de sí mismos como *pacientes*. En base a ellas, en este caso me propuse comprender una parte significativa de sus experiencias en relación con la atención obstétrica. Aún así, el *dato* no puede considerarse una información que está ahí afuera esperando a ser recopilada por la investigadora. Asumiendo que estamos continuamente interpretando nuestra realidad, podemos redefinir al *dato* como un *real construido* (Batallán y García, 1992). ¿Cómo construir conceptualmente este campo de análisis? Un abordaje antropológico de la atención obstétrica debería poder dar cuenta de las relaciones sociales más amplias que atraviesan, constituyen y a la vez son constituidas por las acciones de los sujetos implicados cotidianamente en la atención hospitalaria. Considerando estos aportes, un campo de indagación se extenderá hasta dónde identifiquemos las relaciones que nos proponemos estudiar y comprender. Entonces, al preguntarnos por la atención a las mujeres después del parto en una institución sanitaria, no sólo necesitamos conocer y comprender las interacciones cotidianas en un espacio particular. Juegan también un rol esencial las construcciones históricas en torno a la sexualidad, la maternidad, el Estado, el delineamiento de políticas públicas referidas al proceso social que estamos estudiando; entre otros.

Como señala Elsie Rockwell, “en la etnografía, no es válida la idea de que los datos son los datos y que cada quien los interpreta a su manera (...) Los datos son construidos por el investigador desde su mirada” (Rockwell, 2009: 65). La etnografía desborda los límites de lo metodológico, constituye en sí misma un enfoque teórico, ya que esta manera de producir conocimiento inevitablemente implica el diálogo y la interacción cotidiana con los

sujetos con los que nos vinculamos durante la investigación y sus puntos de vista sobre el problema de estudio –incluido, entre ellos, el de la investigadora – (Recoder, 2011). Esto redefine permanentemente la construcción conceptual del problema de investigación. En este sentido, quisiera mencionar dos quiebres teórico-metodológicos que me llevaron a reorientar algunas de mis estrategias durante el trabajo de campo. El primero de ellos fue, sin duda, el valiosísimo *sentido nativo* que se me ofreció reiteradas veces: La escisión conceptual-operativa entre *normal* y *patológico*, en base a la que se organizan una serie de aspectos que dan vida a la atención obstétrica. Si bien entre mis anticipaciones de sentido esta distinción no ocupaba un lugar central, la cotidianidad hospitalaria puso en evidencia que esta conceptualización implicaba una organización particular del trabajo: Distribuía la atención en base a incumbencias profesionales e implicaba también distintos marcos de posibilidad para las mujeres cuyo embarazo, parto o puerperio fueran catalogados de una u otra manera.

El segundo quiebre que identifiqué fue el que me llevó a priorizar la observación participante por sobre las entrevistas. Algo que no hubiera podido presuponer con anterioridad a conocer el campo de indagación. A medida que realicé algunas de las entrevistas que me había propuesto, empecé a tener cada vez más de la necesidad de participar de otras actividades del servicio. En los capítulos siguientes describiré qué cuestiones me llevaron a esta decisión metodológica que experimenté como configurada así por el propio *campo*. En particular, en el Capítulo III, me propongo mostrar cómo la atención se materializa en un trabajo rutinario sobre los cuerpos, en *tocar, oler e interrogar*. En base a este abordaje de la atención obstétrica destinada al posparto, pretendo contribuir a la afirmación de que dicha aproximación teórico-metodológica tiene un gran potencial en la producción de conocimiento en profundidad de los saberes, prácticas y relaciones que efectivamente son puestos en acción en la vida cotidiana, y que constituyen expresiones encarnadas de políticas públicas.

Síntesis de los capítulos

En el primer capítulo, parto de considerar las categorías, y abordajes médicos como construcciones histórico-culturales y, en base a ello, describo e interpreto la construcción del *puerperio* en tanto categoría médica. Para ello analizo bibliografía especializada, dando cuenta de la creación –en el plano documental– de la creación conceptual de un objeto de intervención médica. A partir de la consideración de los fenómenos descritos en la bibliografía médica académica en tanto formaciones discursivas –antes que objetos con existencia propia (Camargo 2005)–, me detengo en las maneras en que se define, clasifica e interpreta el *puerperio*. Asumiendo que en la producción de categorías médicas se hallan implicadas formas culturales de percepción que, lejos de ser neutrales, implican valores que son el resultado de relaciones sociales y políticas y que se ponen en juego en las maneras de construir y abordar los cuerpos femeninos (Martin 2006).

En el segundo capítulo profundizo en el funcionamiento cotidiano del Servicio de Obstetricia. Para ello describo la organización del trabajo en tanto base material de aspectos sumamente relevantes de la atención obstétrica. El objetivo es dar cuenta de relaciones y rutinas institucionales, describir la distribución desigual de tareas, responsabilidades y la disponibilidad de ciertos medios –producción de saberes autorizados, distribución de los espacios, acceso a ciertos recursos materiales, asignación de tareas más y menos prestigiosas; entre otros–, explicar el uso de las *competencias profesionales* como fuente de legitimidad (Freidson, 1978) de la organización laboral, el rol de las *residencias*, el prestigio institucional en la formación en *Tocoginecología*. Retomo la noción de *aprender haciendo* (Bourdieu y Wacquant, 1995) inserta en este contexto hospitalario para describir la marcada jerarquización de los saberes y tareas. En base a ellos indago en la fragmentación resultante del dispositivo y en el rol que juega la construcción de la dicotomía *normal/patológico* en todas estas esferas. Al finalizar este capítulo tendremos un conocimiento del entramado de las rutinas, de los actores, de la organización del trabajo en tanto constituyente de los procesos de atención.

En el tercer capítulo describo las estrategias, concepciones y prácticas que grupos de sujetos dotados de autoridad estatal (Sarrabayrouse, 2011) ponen en acción cotidianamente y que constituyen en sí mismas la materialidad de la administración, desandando en cierta medida el abordaje del Estado como un todo uniforme totalizador e impersonal (Vianna, 2010). Para ello describo los procesos de atención en tanto producto

humano. Esto significa que son cambiantes, que se encuentran en producción permanente y a su vez son encarnados por sujetos que, en cierta medida, los adaptan a sus necesidades y expectativas. Estas expectativas dialogan, además, con cuestiones más amplias que los atraviesan y que generan procesos de atención diversos, aun en contextos atravesados por determinantes que podríamos suponer estables o similares. En base a ello retomaré algunas discusiones acerca del Estado, mostrando cómo se materializa cotidianamente a partir de esos dispositivos de control, pero al mismo tiempo dando cuenta de las dificultades que en la práctica implican la producción de esos dispositivos. En línea con ello, retomo expectativas desencontradas entre las mujeres y los/as trabajadores/as del servicio y recupero situaciones en las que emergen estrategias cotidianas tendientes a gestionar activamente una experiencia lo más cercana posible a ciertas expectativas de dar a luz, aunque adaptadas al marco de limitaciones estructurales propias del contexto hospitalario.

Por último, en las reflexiones finales retomo los principales ejes tratados en los capítulos integrando las discusiones presentadas y las conclusiones parciales. Volveré sobre los objetivos iniciales, a fin de esbozar reflexiones que recuperen de manera general el análisis propuesto y me permitan sugerir futuras líneas de indagación.

Capítulo I

Volver a lo anterior. La construcción conceptual del puerperio como objeto de intervención médica

Introducción

En este capítulo describo e interpreto la construcción médica del puerperio³. Considero a las conceptualizaciones médicas en tanto producciones histórico-culturales y en base a ello analizo las descripciones del puerperio en la bibliografía especializada, dando cuenta de la creación –en el plano documental– de un objeto de intervención. Nos detendremos entonces en las nociones de “involución” y “regresión” para preguntar ¿Cómo se define al puerperio? ¿Qué propuestas se realizan para su atención/intervención?

A partir de la comprensión de los fenómenos descritos en la bibliografía médica académica en tanto formaciones discursivas –antes que objetos con existencia propia– (Camargo 2005), nos detendremos en las maneras en que se define, clasifica e interpreta al puerperio. En la producción de categorías médicas se hallan implicadas formas culturales de percepción que, lejos de ser neutrales, implican valores que son el resultado de relaciones sociales e históricas. Estas se ponen en juego en las maneras de construir y abordar los cuerpos femeninos (Rohden, 2002; Martín 2006).

Siguiendo este objetivo central analizaré parte del material bibliográfico que es utilizado en la formación profesional de médicos, médicas, obstétricas y especialistas en tocoginecología⁴ en el marco de instituciones públicas del área metropolitana de Buenos

³ Este capítulo fue tomando forma gracias a ideas preliminares que surgen de trabajos anteriores que fueron presentados y discutidos en ámbitos muy valiosos. Uno de ellos fue presentado en el *XI Congreso Argentino de Antropología Social 'Edgardo Garbulsky'* realizado en la Escuela de Antropología de la Facultad de Humanidades y Artes, de la Universidad Nacional de Rosario en 2014. En base a las devoluciones recibidas en ese intercambio, fue publicado un artículo: La construcción médica del puerperio. Un análisis de Bibliografía de obstetricia. *Revista de Antropología Experimental* (RAE). Nro: 14: 319-329. Universidad de Jaén, España. Disponible en: <http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2014/22gilligan14.pdf>.

⁴ Si bien acuerdo políticamente con el uso del lenguaje inclusivo, a lo largo de esta Tesis me referiré a *médicos/as* y sus equivalentes para otras profesiones explicitando si estoy hablando de médicas, médicos u obstétricas en tanto describo un contexto particular en el que he interactuado mayoritariamente con médicas mujeres – con excepción de los jefes, todo ellos hombres – y con obstétricas en su totalidad.

Aires (universidades y hospitales). A lo largo del capítulo propondré ejes surgidos del análisis interpretativo de estas fuentes para organizar el análisis. A grandes rasgos estos son: La noción de puerperio como “involución”, el lugar de la lactancia, y el rol lo “normal/patológico” en las pautas de atención. Estos conceptos y abordajes son, desde la perspectiva teórico-metodológica etnográfica en la que me baso, comprendidos en tanto *sentidos nativos*⁵ de quiénes participan cotidianamente de la atención obstétrica hospitalaria.

Las fuentes

La selección de los materiales que analizo se ha basado principalmente en datos recabados en algunas entrevistas exploratorias realizadas entre junio y diciembre de 2013 con médicas tocoginecólogas (quienes habían finalizado recientemente su ciclo de especialización en distintos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires). En el marco de dichas entrevistas mencionaron manuales que consideraban una referencia obligada en su formación académica en obstetricia. Asimismo, en diálogos informales con médicos y médicas de esta y otras especialidades –quienes se han graduado recientemente en la Universidad de Buenos Aires y están finalizando sus residencias⁶ hospitalarias– indagué en la bibliografía que hubieran utilizado durante el dictado de la materia de obstetricia en la carrera⁷. Al iniciar el trabajo de campo, a estas primeras sugerencias bibliográficas se

⁵ “El nativo no precisa ser especialmente salvaje, o tradicionalista, tampoco natural del lugar donde el antropólogo se encuentra; el antropólogo no necesita ser excesivamente civilizado o moderno, ni siquiera extranjero al pueblo sobre el cual discurre. Los discursos, el del antropólogo y sobre todo el del nativo, no son necesariamente textos: son cualquier práctica de sentido. Lo esencial es que el discurso del antropólogo (el observador) establezca una cierta relación con el discurso del nativo (el observado). Esa relación es una relación de sentido o, como se dice cuando el primer discurso pretende la Ciencia, una relación de conocimiento. Pero el conocimiento antropológico es inmediatamente una relación social, pues es el efecto de las relaciones que constituyen recíprocamente el sujeto que conoce y el sujeto que él conoce, y la causa de una transformación (toda relación es una transformación) en la constitución relacional de ambos” (Viveiros de Castro, 2002:113)

⁶ Las residencias son un período de capacitación de posgrado pago (en este caso financiado y organizado a nivel curricular por el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires). A las vacantes ofrecidas se accede a partir de concurso público. A partir de un examen y en base a la calificación obtenida se arma un ranking. El o la primero/a tiene la posibilidad de elegir en qué hospital realizar su residencia y este orden se mantiene hasta el último que puede tomar (o no) la vacante disponible.

sumaron las guías para la atención publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación, que retomo en calidad de textos de referencia.

Los manuales de obstetricia, cuyos autores se repetían en las recomendaciones, fueron cuatro en total. Entre ellos elegí dos, uno de publicación nacional y otro internacional. Las ediciones referidas aquí son las que se encuentran disponibles en las fotocopiadoras cercanas a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, suponiendo que son a las que acceden la mayor parte de sus estudiantes.

Además, analizaré tres *Guías* publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación que, de acuerdo con las referencias mencionadas, condensan pautas para la atención obstétrica a las que han recurrido en el transcurso de sus residencias hospitalarias. Se encuentran disponibles *online* y, a pesar de las diferencias en cuanto a la fecha de publicación (1997, 2010 y 2013) se consideran referencias vigentes. Los manuales y las *Guías* seleccionadas (1997, 2010 y 2013) forman parte de la bibliografía contemporánea recomendada para los concursos a residencias y concurrencias en la Ciudad de Buenos Aires tanto de Medicina (entre 2007 y 2013) como de Obstetricia (entre 2009 y 2013). No sólo integran entonces la formación de estos grupos de profesionales, sino que además se los evalúa en estos contenidos específicos.

En cuanto a los manuales, cabe señalar que son reediciones de publicaciones anteriores. En los prefacios de ambos se menciona que contienen actualizaciones basadas en la producción médico-académica reciente. A su vez, y aunque la publicación conserva su título y autoría original, se han renovado también los autores. El primero de ellos es un manual de producción nacional, el *Compendio de Obstetricia* de Roberto Votta y Osvaldo Parada publicado en 2003 “*Vottita*” como dicen los/as médicos/as consultados. A este lo precedía la edición de 1979 del manual llamado *Obstetricia* –el *Votta* propiamente dicho– que ha sido reeditado recientemente. La primera versión del *Compendio* que analizamos aquí se publicó en 1998. Roberto Votta es un referente del mundo obstétrico local. Médico graduado en 1943 y posteriormente doctorado en la Universidad de Buenos Aires, ocupó cargos en docencia universitaria, en el servicio de obstetricia del Hospital Argerich en la

⁷ Se trata del material de formación de grado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, institución de la que egresan gran parte de los profesionales que se desempeñan luego en dependencias sanitarias del Área Metropolitana de Buenos Aires y que tiene sus unidades de docencia hospitalaria en los hospitales públicos de este mismo área.

Ciudad de Buenos Aires, así como en la Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires⁸. Desde su posicionamiento como médico católico abordó algunos debates en las décadas de 1960 y 1970 en torno a la reproducción (Grimberg y Sánchez 2010) que continúan vigentes en la edición 2003 del *Compendio*, dónde se señala en las primeras páginas del manual que la vida comienza a partir de la concepción. Durante estas décadas, la aparición de las píldoras anticonceptivas generó una serie de debates de estos profesionales (Felitti, 2007) en torno a esta tecnología que, así como en otros contextos, evidencian posicionamientos y prescripciones acerca de la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres. En la primera oración del capítulo I del libro puede leerse: “La vida humana comienza con la penetración del óvulo por el espermatozoide” (Votta y Parada, 2003: 1). Si bien estos posicionamientos médicos –tendientes a limitar la práctica sexual al matrimonio con fines reproductivos– pueden haber sido dominantes en algunos períodos históricos, no significa que no existieran otros que, contemporáneamente, propusieran la autodeterminación sexual de las mujeres (Felitti 2007; Ledesma Prietto, 2017).

El segundo manual que revisaremos es el *Williams Obstetricia* (Cunningham et al. 2011). De acuerdo con la información editorial, su primera edición es de 1930. Esta fecha coincide con el desarrollo de la obstetricia en tanto especialidad médica en nuestro país, algo en lo que me detendré en el siguiente apartado⁹. Aquí examinamos la vigésimo tercera, una traducción del inglés de la versión de 2010 publicada en México en 2011¹⁰. A pesar de las diferencias en los sistemas de atención sanitaria entre nuestro país y el de procedencia

⁸ “La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) comenzó a funcionar el 1 de julio de 1908, con el objetivo de satisfacer las necesidades de un grupo de especialistas que requerían un ámbito de reunión propio y un órgano de expresión independiente. Desde ese momento, la entidad actuó como centro de difusión de las novedades de estas especialidades, organizó congresos nacionales e internacionales, impulsó la creación de la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (F.A.S.G.O.) y desde 1922, editó una publicación que daba a conocer las presentaciones académicas y los debates acontecidos en su seno” (Felitti, 2007:338).

⁹ Durante las primeras décadas del siglo XX la gineco-obstetricia se consolida como especialidad médica en nuestro país (Nari 2004, Martín 2014, Lois 2018). Si bien la bibliografía analizada es de ediciones contemporáneas, es destacable que las primeras versiones se sitúen temporalmente en un momento que expresa el vínculo entre el interés médico, el estatal y de otros actores sociales sobre el embarazo, parto y la salud materno infantil.

¹⁰ La publicación en inglés se edita en Estados Unidos por la misma editorial que realizó la traducción en México, aunque no se precisa ciudad de edición para la primera.

de este manual los médicos consultados lo consideran una referencia útil de consulta¹¹. Aunque se mantiene el apellido de su primer autor como título del manual –igual que en el texto de origen nacional–, las ediciones posteriores a las de 1930, 1931 y 1932 del *Williams Obstetricia* (Cunningham et al. 2011) fueron realizadas por una variedad de autores. Camargo (1994) sugiere que, dentro del espectro amplio de bibliografía médica –y en relación con las publicaciones en revistas de divulgación– los manuales se dirigen primordialmente a otro público –principalmente, estudiantes– y tienden a reforzar “la imagen monolítica de la ciencia” (Camargo 1994:42). Esto se manifiesta específicamente en la obturación de cualquier indicio de debate o discusión contemporánea acerca de los fenómenos descriptos que, por el contrario, son definidos mayoritariamente en términos taxativos.

El espacio dedicado al puerperio en ambos manuales es sumamente reducido en relación con los capítulos destinados al seguimiento del embarazo y el parto. En el caso del *Compendio de Obstetricia* (Votta y Parada 2003) los capítulos que tratan el *Puerperio Normal* y *Puerperio Patológico* suman 10 páginas de 303 en total. En el *Williams Obstetricia* (Cunningham et al. 2011) la sección *Puerperio* tiene 52 páginas, de los 1.385 totales¹², es decir, menos de un 4% de las páginas. Si bien algunas conceptualizaciones generales están presentes más allá de estos capítulos específicos, podríamos pensar que, por lo menos en este conjunto de bibliografía referida, el puerperio no ocupa un lugar central en los textos formativos.

Como he anticipado, analizo también guías de procedimientos para la atención, publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación. En primer lugar, retomo las *Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal* (Ministerio de Salud de la Nación, 2013). En segundo lugar, el tomo V de la propuesta normativa perinatal: *Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto* (Ministerio de Salud de la Nación, 1997). Por último, la *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia* (Uranga et al. 2010). Las guías publicadas por el Ministerio están destinadas a los/as trabajadores/as de la Salud de todo el

¹¹ Retomaremos este señalamiento en el próximo apartado.

¹² Para ilustrar un poco más detenidamente esto que señalamos aquí: La Sección 8 “Complicaciones médicas y quirúrgicas” por ejemplo, se desarrolla en un total de 323 páginas. A la Sección 4, denominada “Trabajo de parto y parto”, se le destinan 203 páginas.

país. Las versiones más recientes, además de editarse en papel, se encuentran disponibles para su descarga en la página oficial de esta dependencia. Así como los manuales analizados, algunas de estas guías integran la bibliografía¹³ contemplada por el examen de ingreso a las *residencias*.

Este corpus de documentos tiene status de *recomendaciones*, lo que significa que consagran una serie de prácticas deseables de convertirse en generalizadas, aunque, sin considerar –al menos explícitamente– la desigualdad de los contextos en los que estas referencias ideales se llevan a cabo. Quizás sea conveniente recordar que el sistema de salud en la Argentina se desarrolla sobre marcadas desigualdades territoriales que exceden el campo estrictamente sanitario. A su vez, se distribuye entre el sector público, las obras sociales y el sector privado. El surgimiento y la consolidación de cada uno de ellos se dio durante todo el siglo XX (Belmartino, 2005). El subsector público implica la materialización de una red de hospitales y centros periféricos que se constituyen en las instituciones responsables de asegurar el acceso a la atención sanitaria universal y gratuita. Por su lado, el sistema nacional de obras sociales proviene de los aportes de trabajadores y trabajadoras formales (Cerdá, 2005). Por último, un conjunto de empresas comerciales constituye el servicio privado de salud, que funciona de manera similar a un seguro que es abonado por sus asociados. La mitad de las necesidades sanitarias de la población son, sin embargo, provistas por el sistema público y, con ello, es igualmente proporcional la oferta de fuentes laborales para las y los trabajadores/as de la salud (Ramacciotti, 2010).

La salud entonces no es una situación biológica escindida de los contextos sociales, ya que está atravesada por muchas de las dimensiones que hacen a la vida, por condiciones profundamente desiguales. Sobre esta desigualdad estructural operan las políticas públicas. Estas impactan directamente en las condiciones de vida y pueden redefinir el nivel de

¹³ En el período de realización de esta etnografía, la totalidad de las médicas residentes en tocoginecología eran egresadas de la Universidad de Buenos Aires. Esta Universidad es una de las más antiguas del país y el plan de estudios la carrera de Medicina tiene un formato “tradicional” en relación con otros que, en los últimos años, han impulsado distintas universidades nacionales. De manera sintética la formación implica un ciclo eminentemente teórico durante dos años y medio, otro de duración similar denominado *clínico* que se desarrolla en contexto hospitalario y, finalmente, el internado anual rotatorio que se cursa íntegramente en servicios de Hospitales y Centros de Salud. Usualmente –y cada vez en mayor medida– los/as médicos/as egresados concursarán por un puesto en una *residencia*. Esta instancia es considerada un ciclo de formación de posgrado necesario para obtener título de especialista (aunque coexiste junto con otras formas de reconocimiento de la especialidad). Esta temática es abordada con mayor detalle en el siguiente capítulo.

impacto de algunos condicionantes sociales. La salud es sensible a estas intervenciones políticas, depende directamente de estas iniciativas estatales. Es decir, estas maneras de organizar la atención sanitaria evidencian que estamos ante un proceso político institucional. Entonces, en un sistema sanitario fragmentado, el acceso de los sujetos a la salud no sólo evidencia estas políticas sanitarias, sino que muestra a la vez las condiciones desiguales de acceso a los recursos (Crojethovic y Fidalgo 2018).

Con la descentralización sanitaria de la década de 1990, el Ministerio de Salud nacional asumió funciones de rectoría. Esto es, principalmente, regulación, planificación y monitoreo en el territorio nacional. Las provincias son responsables de asegurar la salud a nivel jurisdiccional. Esto significa que la circulación de estos saberes condensados en *guías* está mediada, también, por esta desigualdad territorial. Las ediciones impresas suelen ser distribuidas por personal del Ministerio en el marco de actividades conjuntas con las provincias. Aunque, también se accede a ellas en base vínculos informales tales como vínculos laborales o de trayectorias formativas entre profesionales de la salud (en un sentido amplio). El acceso al material por *internet* obedece a esta misma discrecionalidad. Sin duda, en nuestro caso particular, la Ciudad de Buenos Aires se ve beneficiada en todas estas maneras de acceder al material. En los apartados que siguen nos adentraremos en el análisis de los materiales seleccionados para describir cómo se define al puerperio en este grupo de fuentes documentales.

El puerperio como involución

Para adentrarnos en las descripciones y abordajes propuestos en este corpus documental, es necesario situarnos en una perspectiva que las considera fundamentalmente como producto histórico-cultural. En sentido, Ianina Lois (2018) describe el proceso de consolidación de la obstetricia en nuestro país; sostiene que la creación de una disciplina implica un proceso de construcción de un objeto de estudio e intervención. La legitimidad de esta especialidad médica “se desarrolla a través de diferentes estrategias; por un lado, desde el discurso médico se acentúa la peculiaridad de esta rama de la ciencia médica a partir de su valor social como responsable de dos vidas en lugar de una humana. Por otro, la obstetricia responde a la creciente tecnificación médica” (Lois, 2018: 66). Durante las

primeras décadas del siglo XX la obstetricia se consolida como especialidad en nuestro país. Esto se manifiesta en la creación de Sociedades científicas, pero también en el desarrollo de las políticas sanitarias *materno infantiles* en las cuales los obstetras y ginecólogos tuvieron un rol protagónico tanto en su diseño como en la implementación. En este sentido su *expertise* les brindó legitimidad política para convertirse en actores claves en el andamiaje político institucional de su tiempo (Nari 2004, Felitti 2007, Biernat y Ramacciotti 2013).

En este proceso de consolidación de la obstetricia en tanto objeto médico, los obstetras llegaron al mundo del parto fundamentalmente a través de un ejercicio de producción de saberes. Esto es, en base a la definición de lo *distócico*. En relación con ello, complejizaron métodos de diagnóstico y a partir de allí expandieron sus márgenes de actuación: “la obstetricia tuvo interés en el parto en términos cognitivos más que materiales y su principal aporte fue distinguir con relativa claridad el parto distócico del fisiológico o eutócico; y diferenciar entre la tecnología compleja del parto y los procedimientos menos riesgosos e invasivos que podían quedar en manos de no médicas” (Martin, En prensa). A su vez este proceso es heredero de una producción médica que, durante el siglo XIX pretendía caracterizar anatómica y fisiológicamente un ser humano natural y, a la vez, establecer las diferencias entre hombres y mujeres. En estas descripciones, eran recurrentes interpretaciones de la mujer como un ser gobernado por su fisiología, por el predominio de su sistema genital (Rohden, 2002). En esa línea, podemos pensar que las metáforas del cuerpo comprendido como maquinaria dan cuenta de sentidos desarrollados durante el proceso histórico de institucionalización de la medicina. La consolidación de una biología descriptiva de los cuerpos femeninos resultaba una fuente privilegiada de legitimidad del orden social a partir de *la naturaleza*.

De acuerdo con Emily Martin (2006), en los siglos XVII y XVIII en el contexto hospitalario de Francia, “se decía que era como si el vientre y el útero “formasen una bomba mecánica que, en situaciones específicas, era más o menos adecuada para la expulsión del feto” (Martin, 2006:105). Esta impronta podría continuar en alguna medida vigente en cierta racionalidad biomédica que, aunque implícita, explica los fenómenos clasificados como objetos de su competencia en los términos de la mecánica: a partir de aislar componentes discretos para luego integrarlos en los *mecanismos* de interrelación

originales (Camargo 2005). Tal como describe Deborah Gordon (1988): “en un universo compuesto por átomos, el modo predominante de conocer es analítico, que es, la ruptura de la totalidad en sus partes constitutivas. Las entidades son disueltas en cadenas o unidades discretas de lo que es asumido como el todo, tal como el cuerpo humano, puede ser entendido por la reconstrucción de las partes” (Gordon 1988: 32 traducción propia).

Entonces, si partimos de la comprensión de los fenómenos definidos como objetos de intervención biomédica en tanto “formaciones discursivas y no objetos preexistentes” (Camargo 2005) podemos desarmar algunas definiciones que se reiteran en todas estas fuentes y que describen eventos que parecen autoevidentes. Específicamente, en la bibliografía consultada, la conceptualización del puerperio está asociada a la idea de *involución*. Esta noción aparece repetidas veces en ambos manuales y en las guías para la atención difundidas por organismos estatales de gestión de la salud. Por ejemplo:

Es el período en el que se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional, que hacen regresar paulatinamente, todas las modificaciones gravídicas. Esto se logra mediante un proceso involutivo, que tiene como fin restituir estas modificaciones a su estado pregrávido. (Ministerio de Salud de la Nación 2013: 114).

Se denomina puerperio al período fisiológico, durante el cual se produce en el organismo materno la total involución de las modificaciones gravídicas (Votta y Parada 2003: 95).

Durante el puerperio se inicia un proceso en verdad notorio de fuerzas de destrucción o de desestructuración. Dos días después del parto, el útero empieza a involucionar (Cunningham et al. 2011: 647).

De acuerdo con estas definiciones se trata de un proceso que involucra al cuerpo femenino en su totalidad. Sin embargo, la descripción general del proceso se centra ante todo en el útero –órgano que se contrae hasta adquirir su tamaño habitual– y en las mamas –excluidas explícitamente de este proceso de *involución*–. La idea central en la conceptualización es la de “regresión”, la de un retorno a un estado anterior.

Involución uterina: Mediante palpación abdominal se debe constatar la formación y permanencia del globo de seguridad de Pinard que indica una efectiva retracción uterina (Ministerio de Salud de la Nación 2013: 115, *negritas en el original*).

Luego de la expulsión de la placenta comienza el proceso involutivo del útero, que en ese momento tiene una longitud de aproximadamente 25 a 30 cm. Dicha longitud va disminuyendo a un ritmo de 2 cm cada 24 hs. (Votta y Parada 2003: 95).

El puerperio actualmente es definido, al menos discursivamente, como un proceso de *involución* o *regresión* generalizada. Esto a pesar de que, en estos mismos documentos, se da cuenta de que es el útero el que *vuelve* a su estado pregravídico, mientras que no sucede lo mismo en el cuerpo femenino en su totalidad:

Se opera por un proceso de involución (...) Sólo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo y actividad (Ministerio de Salud de la Nación 1997: 7).

Con excepción de algunas estrías, la pared abdominal vuelve al aspecto que tenía antes del embarazo (Cunningham et al. 2011: 649).

La noción de “involución” continúa siendo nodal en estas clasificaciones acerca del puerperio. Esto es así aun cuando algunos de estos documentos dan cuenta de fenómenos que podrían ser interpretados en tanto transformación o regeneración.

Con esta involución puerperal se van recuperando las condiciones anteriores a la gestación, modificándose las alteraciones que ésta produjo; pero, no obstante, nunca se logra borrarlas por completo, pues siempre quedan estigmas somáticos indelebles (Ministerio de Salud de la Nación 1997: 7).

El cuello uterino, que en el posparto se halla congestivo y dilatado, se desematiza, de manera tal que el orificio cervical interno se va estrechando (...). El orificio cervical externo, en cambio, lo hace más lentamente y sin retornar a su morfología previa (dato de importancia medicolegal) (Votta y Parada 2003: 95).

Entonces, pareciera existir un *estado primitivo* al que se tiende a regresar, aunque sin retornar totalmente. Se involuciona en las “modificaciones gravídicas” pero “nunca se logra borrarlas por completo”. Se vuelve a un estado anterior, pero que a la vez no es idéntico. Se insiste en la noción de “volver” pero, a la vez, se da cuenta de una transformación en proceso.

La idea de *volver* a un estado anterior podría exceder el hecho de que se espera que el útero recupere su tamaño pre-gestacional. En ambos manuales de alguna manera se busca

pautar cuándo debería retomar una mujer lo que, se asume, serían sus *prácticas habituales*. Un *volver* a lo que se espera de una mujer. En este sentido, Fabiola Rohden (2002) ha sugerido que, desde fines del siglo XIX, la medicina ha problematizado la vida femenina con un fuerte énfasis en torno a la capacidad (o no) de reproducción. Y que particularmente la ginecología legitimó la visión de que el sexo y la reproducción son fundamentales para la naturaleza de la mujer (Rohden, 2002).

El fundamento utilizado para determinar a qué tipo de prácticas debería *volver* una mujer se argumenta sobre la base de procesos *fisiológicos*, a pesar de que esta correlación es más bien implícita. La mayoría de las aseveraciones y pautas recomendadas a las mujeres no están acompañadas de las razones de tal o cual prohibición. Dentro de estas *actividades* se asume la necesidad de habilitar el retorno a relaciones sexuales¹⁴. En las dos citas siguientes esto es aún más llamativo ya que hay una diferenciación temporal que no se justifica explícitamente en ninguno de los casos:

No hay reglas basadas en pruebas acerca del reinicio del coito después del parto. Lo mejor parece ser recurrir al sentido común. Después de dos semanas se puede reiniciar el coito, con base en el deseo y la comodidad (Cunningham et al. 2011: 658).

No se permitirá durante los primeros 45 días la vida laboral activa ni la realización de grandes esfuerzos. (...) Se proscribe la actividad sexual hasta el día 45 del puerperio, salvo circunstancias especiales que prolonguen ese lapso (Votta y Parada 2003: 99).

En suma, la *involución* se plantea como una cuestión mecánica de retorno a un estado primigenio que es, y a la vez no es, idéntico al anterior. Las modificaciones que produce el embarazo son planteadas exclusivamente como cambios orgánicos que *involucionan*. Al mencionar otro tipo de transformaciones en la vida cotidiana se busca una respuesta apelando al *sentido común* o bien a afirmaciones taxativas cuyo fundamento no se explicita.

Hasta aquí nos detuvimos en describir las maneras en que el puerperio es construido sobre la noción de un útero que pareciera hablar por todo un cuerpo. El posparto *es*, ante todo, lo que el útero hace. ¿Cómo se sostiene la preeminencia de este órgano por sobre

¹⁴ Absolutamente restringidas a un ideal de sexualidad heterosexual con fines reproductivos, centrada en el coito vaginal.

otros durante el puerperio? ¿Qué sucede si analizamos las descripciones funcionales de otros órganos durante este proceso? En este sentido, en el siguiente apartado nos detendremos en el lugar que ocupa la lactancia, dando cuenta de descripciones que ubican el desarrollo del amamantamiento en una dirección completamente opuesta a la de *involucionar* o *regresar*. En base a ello comenzaremos a preguntarnos ¿Cómo conviven estas explicaciones contradictorias en un solo cuerpo?

El lugar de la lactancia

Al relevar las maneras de interpretar y explicar el *trabajo de parto*, Emily Martin (2006) se detiene en la centralidad que ocupa el útero en la descripción de ese proceso. Como vimos en el apartado anterior, el útero opera también como metonimia o *sinécdoque* de las transformaciones que atraviesan las mujeres después de parir. Lo que el útero hace es el posparto: El útero *recupera* un tamaño definido como el *anterior* al embarazo, y en base a ello todo el proceso posparto es definido y explicado en esos términos. Lo que resulta en una construcción conceptual por la que se vuelan inevitablemente una y otra vez las dificultades de definir al posparto en términos de *involución*.

Si el útero es una máquina considerada capaz de un cierto nivel de trabajo eficiente ¿cuál es el papel de la mujer? (...) A pesar de las afirmaciones de que las contracciones uterinas son involuntarias, por lo menos algunos textos de obstetricia contienen pruebas directas de que no es exactamente así (...) las contracciones del trabajo de parto son afectadas por el ambiente y por el estado emocional de la mujer (...) Sorprendentemente, ese conocimiento no es tenido en consideración en el tratamiento obstétrico. (Martin 2006: 114)

Entre estas construcciones discursivas que se analizan en tanto *parte del puerperio*, hay un especial énfasis en la lactancia. En el caso del manual *Williams Obstetricia 23ª Ed.* (2011), las cuestiones referidas al amamantamiento ocupan la mayor parte del capítulo treinta, titulado “Puerperio”.

La leche humana es el alimento ideal para el recién nacido y proporciona nutrimentos específicos para la edad, así como factores inmunitarios y sustancias antibacterianas (...) Los beneficios del amamantamiento son de largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido. Por ejemplo, las mujeres que han

amamantado tienen menor riesgo de padecer cáncer mamario y sus hijos desarrollan mayor inteligencia como adultos, independientemente de una gran cantidad de factores que pueden contribuir a ello (...) El amamantamiento se vincula con una menor retención de peso posparto (Cunningham et al. 2011: 651).

Lo paradójico aquí, es que precisamente la lactancia es una de las evidencias más notorias de que *las cosas no vuelven a ser como antes*, de que no se *regresa* a lo anterior. Es notable que para resaltar estas cuestiones no es necesario recurrir a otro tipo de fuentes, sino que el mismo cuerpo de documentos analizados aquí muestra, una y otra vez, estas inconsistencias en sus propias definiciones del cuerpo que ha parido recientemente. Estas fuentes describen un proceso de transformación de los cuerpos que amamantan, enfatizando especialmente en la generación de la leche como un proceso centrado en el desarrollo y la actividad de la glándula mamaria como si funcionara de manera autónoma y escindida de la mujer en cuestión.

En el *Williams Obstetricia* se citan “los 10 pasos para un amamantamiento exitoso de la Organización Mundial de la Salud” (Cunningham et al. 2011: 651). Estos pasos se basan en acciones como: *contar con directrices escritas, entrenar al personal, informar, ayudar, mostrar a las madres [cómo amamantar], practicar y alentar la libre demanda, y no suministrar otros alimentos a los recién nacidos*. Las cualidades alimenticias de la leche constituyen el elemento central de la argumentación que sostiene la promoción de la lactancia. Las líneas directrices se organizan sin reconocer explícitamente los requerimientos cotidianos que impone el amamantamiento. Las nociones centrales que fundamentan la intervención biomédica en cuanto a la promoción de la lactancia se centran en la idea de educar o instruir. En cierta medida se presupone que el ejercicio efectivo de la lactancia estará dado una vez que las mujeres y el personal sanitario *conozcan* los “beneficios vinculados con la salud” (Cunningham et al. 2011: 651). En estos términos pareciera que, para amamantar, sólo es necesario ser instruida o educada en una serie de saberes específicos. Saberes que pregonan beneficios para la mujer y su hijo. Pero que para transitar *exitosamente* requieren del aprendizaje de un conjunto de habilidades técnicas que deben ser correctamente ejecutadas, tal como se explicita en estos manuales y guías:

Con respecto a la lactancia, se debe dar instrucciones a la madre sobre el ritmo de las mamadas y la higiene pre y postsucción del pezón. (Votta y Parada 2003: 99)

Se vigilará el estado de turgencia de las mamas, la secreción de calostro y de leche, la ausencia de signos inflamatorios, presencia de grietas en el pezón, la posición en la que amamanta y la prendida del bebe, también se hará hincapié en la importancia del amamantamiento a libre demanda. El profesional de salud debe conocer y transmitir los beneficios a corto, mediano y largo plazo sobre los beneficios de la lactancia materna, tanto para la madre como para el bebe. (Ministerio de Salud, 2013: 116-117)

Emily Martin (2006) ha señalado que las explicaciones médicas que describen la interrelación entre el cerebro, las hormonas y los ovarios siguen un modelo explicativo jerárquico lineal que ubica al cerebro en la cúspide de la pirámide. En nuestro caso, nos encontramos con interpretaciones similares para explicar el amamantamiento. El proceso de generación de la leche es descripto como mecánico, lo que en cierta medida podría reforzar estas percepciones.

La eyección láctea, es un fenómeno activo de la glándula mamaria producido por un reflejo neuro-hormonal. Los pezones poseen receptores mecánicos (...) que responden a la succión y presión. (Votta y Parada 2003: 96)

La expulsión de la leche, o descenso, es un reflejo que induce en particular la succión y estimula la liberación de oxitocina por la neurohipófisis. El reflejo puede activarse incluso por el llanto del recién nacido e inhibirse por un sobresalto o tensión emocional. (Cunningham et al. 2011: 650)

Aun cuando se expresa que el llanto de un bebé o las emociones de la mujer tienen efectos sobre la lactancia, el fenómeno de *expulsión de la leche* es explicado en tanto *reflejo*. A pesar de dar cuenta de tales aspectos contextuales, la lactancia se presenta como un proceso fisiológico, una actividad mecánica, puramente biológica, beneficiosa en cuanto a la calidad alimenticia para la criatura. Sin embargo, las referencias a las emociones de la mujer y el llanto del bebé, y sobre todo la insistencia puesta en la educación y la instrucción, sugieren más bien que estamos ante un fenómeno que es llevado a cabo por y para sujetos. Son ellos quienes le dan sentido y construyen significados específicos, alguno de los cuales (específicamente, los que construye el abordaje médico) repasamos aquí. Sobre ello volveré en el tercer capítulo.

Ahora bien, si nos detenemos en estas definiciones generales del puerperio, podríamos preguntarnos por el rol de la medicina, y puntualmente de la obstetricia, en un

proceso que pareciera *naturalmente* volver a un estado anterior, ¿Por qué debería ser el puerperio un objeto de incumbencia médica? Siguiendo esta línea, nos adentraremos progresivamente en un eje sobre el cual volveremos a lo largo de esta Tesis: la escisión conceptual y operativa entre lo *normal* y lo *patológico*.

Lo normal y lo patológico en las pautas de atención

Como fue señalado, en las fuentes que analizamos se presenta una distinción entre *puerperio normal* y *puerperio patológico*. Sin embargo, lo más significativo en estas conceptualizaciones, es que un puerperio normal puede devenir patológico si no son puestas en acción ciertas estrategias. En esta línea el *Williams Obstetricia* explica:

Aunque se trata de un periodo relativamente simple en comparación con el embarazo, el puerperio se caracteriza por muchos cambios fisiológicos. Algunos de ellos pueden representar sólo molestias menores para la nueva madre, pero es posible también que surjan complicaciones graves. (Cunningham et al. 2011: 646)

Todas las fuentes proponen pautas para la atención médica de las mujeres durante el puerperio. Estas pautas tienen como objetivo prevenir o evitar el desarrollo de un *puerperio patológico*. Así, se presentan algunas estrategias que básicamente implican un conjunto de acciones a realizarse durante las primeras 48-72 horas posteriores al nacimiento. En primer lugar, el énfasis es colocado en la observación, el control y el monitoreo de los signos vitales de la mujer y la criatura en el momento inmediatamente posterior al parto.

Conducta: Deberá ejercerse una estrecha vigilancia, sobre todo durante las primeras dos horas del puerperio inmediato: se pondrá énfasis en el control de la pérdida sanguínea, la frecuencia del pulso, la tensión arterial y la formación y persistencia del globo de seguridad de Pinard (Ministerio de Salud de la Nación 1997: 10).

Durante la primera hora después del parto se debe medir la presión arterial y el pulso cada 15 minutos o con más frecuencia si está indicado. También se vigila el volumen de la hemorragia vaginal y se palpa el fondo uterino para asegurar su contracción (...) es necesario mantener a la mujer bajo observación después del parto (Cunningham et al. 2011: 654-5).

Simultáneamente se apela a las acciones de *promoción, educación, instrucción* no sólo para evitar el *puerperio patológico* sino también para el adecuado desarrollo del niño:

Es necesario controlar los signos vitales de ambos, vigilar el sangrado y la retracción uterina y observar al recién nacido, facilitando el proceso natural en la interacción madre-hijo (Uranga et al.2010: 38).

Solamente acciones de educación para la salud dirigidas a la comunidad, con el objeto de revalorizar la importancia del control médico durante el embarazo y el puerperio y la modificación de la actitud del equipo de salud de los establecimientos hacia este último, podrán hacer posible el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de las patologías que sufre la madre durante el embarazo y después del parto (Ministerio de Salud de la Nación 1997: 6).

La atención de la mujer, luego del parto, se centra en la observación y el control de un proceso “natural” que, sin embargo, requiere de acciones encaminadas a educar e instruir a la mujer tanto para su propio cuidado como para el de su hijo/a. A la vez que se apela a la naturaleza, se proponen dos grandes grupos de estrategias. Por un lado, las encaminadas a *controlar* y *vigilar*. Por otro, y en estrecha relación con el primer grupo, se despliegan una serie de propuestas que tienen por fin *educar* e *instruir* a la mujer.

La medicina se erige como la ciencia que debe intervenir en este *proceso de involución* para asegurar su *desarrollo normal* y sus profesionales como educadores capaces de instruir a las mujeres en su rol de madres. En este sentido, Ianina Lois (2018) ha propuesto que la autoidentificación de estos profesionales con una moral superior es intrínseca al desarrollo histórico de la obstetricia. El rol activo de estos profesionales puede ser entendido, siguiendo a Howard Becker (1963) en tanto *empresarios morales*, que intentan imponer una moral apelando a que los suyos son fines humanitarios: no se trata de que las personas compartan como correcto lo que proponen, sino de sostener que si se hace lo que proponen como correcto, la población se beneficiará (Becker 1963).

Entonces la atención durante la internación posterior al parto necesita no sólo de *vigilancia* y *control* de los *signos vitales*. De la mano de esto, también se requiere de acciones orientadas a la educación, a la instrucción que la mujer se llevará, junto con el niño, a su hogar. En el siguiente apartado veremos cómo, además, se aíslan aún más estos fenómenos de las particularidades de los contextos socio-históricos en los que ocurren.

La universalización de los procesos

Tal como señalé en el primer apartado, el *Williams Obstetricia* (Cunningham et al. 2011) es un manual *clásico* de la obstetricia estadounidense que, aun así, se considera una referencia útil para la formación médica en nuestro país. Esto nos convoca a preguntarnos ¿Son universales los fenómenos que describe la medicina? (Gordon 1988, Rohden, 2002, Good, 2003). Particularmente en este manual (Cunningham et al. 2011) es llamativa la recurrencia que se hace a investigaciones en diversos contextos espaciales y temporales, que parecieran ser aptos para describir fenómenos *universales* al margen de las características locales y los procesos sociales y políticos. Así pues, la biomedicina construye parte de su legitimidad discursiva sobre la base de la descripción de fenómenos universales cuya existencia aparece desligada de condiciones locales. De acuerdo con este razonamiento si lo biológico es universal, los saberes basados en la naturaleza se presentan como únicos y verdaderos (Good, 2003). En este orden, se consideran concluyentes por igual estudios realizados hace más de treinta años en veintidós estados de Estados Unidos, con mujeres en Suecia o en Kenia, tal como se utilizan argumentativamente en este manual:

En el momento del alta, las mujeres que tuvieron evolución normal pueden reanudar la mayor parte de sus actividades, como bañarse, conducir y realizar labores domésticas. Jiménez y Newton (1979) tabularon la información cultural cruzada de 202 sociedades de distintas regiones geográficas internacionales. Tras el parto, la mayor parte de las sociedades no limita la actividad materna y casi 50% espera el restablecimiento de las labores normales en un lapso de dos semanas (...) Lo ideal es que la madre atienda y alimente al recién nacido, pero con la ayuda del padre (Cunningham et al. 2011: 658-659).

La universalidad otorgada a ciertos fenómenos, el puerperio en este caso, sugiere un interés subyacente por pautar los comportamientos esperados de una reciente madre. Se introducen datos de “202 sociedades de distintas regiones geográficas internacionales” explicitando que las mujeres “pueden reanudar la mayor parte de sus actividades” reforzando –en otro plano distinto del *uterino*– la necesidad de volver a algo, a un conjunto de prácticas que se asumen preexistentes. De la mano de ello, la participación de otros

sujetos es presentada en términos de *ayuda*. Las tareas esperadas de una mujer no sólo se pretenden universales más allá de la diversidad de contextos en que se sucedan, sino que sólo podrían ser puestas en suspenso siempre y cuando se aboquen a estas otras tareas *ideales* y primordiales: “que la madre atienda y alimente al recién nacido” (Cunningham et. Al 2011: 658). Este esfuerzo prescriptivo no sólo sugiere una analogía entre la *regresión* uterina y el *regresar* a una vida anterior al parto. Sino que, además, extiende sus alcances en base a pretensiones universalizantes de los fenómenos.

Ahora bien, el abordaje médico-social de estos procesos de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 1994) desplegándose en contextos específicos ¿constituye de manera particular la experiencia? ¿Es igual el puerperio en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires en el siglo XXI que en otro tiempo y espacio? ¿En qué medida los procesos de atención destinados al posparto le dan vida a esa experiencia? Estas son preguntas a cuya discusión intentaré contribuir a lo largo de la Tesis. Por el momento, nos detuvimos en algunos usos de lo universal que se hacen en esta fuente analizada. En los apartados que siguen retomaremos algunas de las cuestiones analizadas hasta aquí, con el objetivo de dar un cierre a este capítulo y avanzar en las líneas de indagación planteadas.

Transformaciones que no involucionan

Tal como se presenta en la bibliografía analizada, las modificaciones que implican el embarazo y el parto se presentan como cambios exclusivamente orgánicos que *involucionan*. Este abordaje conceptual relega y desplaza todos los cambios que se producen en la vida de una mujer que acaba de parir: Transformaciones que son simultáneamente biológicas, emotivas, sociales, entre otras.

La lactancia se describe como un proceso fisiológico independiente, autónomo de la decisión o voluntad femenina. Esto incluso a pesar de que se señala que el llanto del bebé o los sentimientos de la mujer tienen efectos en la *expulsión de la leche*, fenómeno catalogado como *reflejo*. La lactancia se presenta entonces como escindida de la vida cotidiana, las emociones y la experiencia de las mujeres, que sólo se incorporan a modo de *estímulos* externos. Deborah Gordon (1988) nos sugiere que la fuerza con la cual el

supuesto de naturalismo¹⁵ subyace en la práctica médica occidental, va a implicar una separación esencial entre la naturaleza y la manera en que el individuo la experimenta¹⁶: “El naturalismo, entonces, no es muy natural. Las cosas son estudiadas y manipuladas en un contexto¹⁷ artificial con el fin de llegar a leyes subyacentes, mientras el conocedor también se manipula a sí mismo para conocerlas” (Gordon 1988: 33, traducción propia).

En este sentido, Soraya Fleischer (2008) describe cómo en Melgaço, –Pará, norte de Brasil– el llamado “resguardo” durante la cuarentena en base al cuidado de la partera, el marido y la parentela, contribuye a recuperar la normalidad corporal. La presión por retomar las tareas como ama de casa, madre y esposa y las dificultades para amamantar demandan de la mujer un gran esfuerzo por cumplirlo. Si bien la salud femenina era reconocida como central para la unidad doméstica, a este mismo grupo le costaba prescindir de las tareas femeninas. El “resguardo” estaba en riesgo permanente. El reconocimiento del “resguardo” como un proceso decisivo en la salud femenina, a corto y largo plazo, se explicita como un deber ser que en la práctica se vuelve difícil de cumplir (Fleischer 2007).

A pesar de este énfasis en definir y explicar estos fenómenos en términos puramente biológicos, también se plantea como tema recurrente el *volver* a las “tareas habituales” o “vida normal” (hecho cuya universalidad es probada por tabulaciones de *información cultural* Cunningham et al. 2011) marcando que esos cambios orgánicos lo son, también, en la vida cotidiana de las personas. La necesidad de pautar cómo y cuándo se *vuelve* a un cuerpo y a una vida *como la de antes* del nacimiento es recurrente en las conceptualizaciones analizadas. La construcción del puerperio como fenómeno puramente biológico se encuentra atravesada por todas estas cuestiones que se manifiestan una y otra vez en la bibliografía aquí referida.

¹⁵ “Considero al naturalismo como una construcción cultural en el sentido de que involucra lenguaje, prácticas e instituciones que tiene un extenso soporte social para mantenerlo” (Gordon, 1988:23, traducción propia).

¹⁶ Silvana Darré (2013) ha analizado el rol de un conjunto de instituciones que, desde fines del siglo XIX hasta el siglo XX, diseñaron e implementaron dispositivos tendientes a educar a las madres de acuerdo a una serie de expectativas: “todas las instituciones mencionadas se atribuyen a sí mismas (...) un rol educador (...) [para dar respuesta a] una preocupación que excede el problema de la situación social de las mujeres en tanto se conecta con la naturaleza (...) que se revela como incomprensible y arbitraria” (Darré 2013:31).

¹⁷ “A partir de 1760 abundan las publicaciones que aconsejan a las madres ocuparse personalmente de sus hijos. y les «ordenan» que les den el pecho. Le crean a la mujer la obligación de ser ante todo madre, y engendran un mito que doscientos años más tarde seguiría más vivo que nunca: el mito del instinto maternal” (Badinter, 1991:17).

Reflexiones finales

Hasta aquí, nos hemos detenido únicamente en el análisis de documentos que proponen pautas para la atención y que gozan de cierta legitimidad académica. El abordaje biomédico, implica una reorganización de la realidad que tiene como resultado la creación de un objeto que posibilita operar conceptual (y materialmente) sobre el mismo en los términos propios de la disciplina (Rohden 2002; Good 2003). En este caso particular, hemos analizado cómo opera la noción de *involución* en la conceptualización del puerperio: otorgando preeminencia a ciertos procesos por sobre otros, organizando la percepción y delineando pautas operativas para la atención.

Como señalamos, la lactancia ocupa un lugar predominante en la bibliografía analizada. Incluso, la *lactancia prolongada* extiende los límites temporales del puerperio a partir de la conceptualización de *puerperio tardío* (hasta los 364 días después del parto). Probablemente esto guarde relación con la renovada promoción del amamantamiento en los últimos años. Esta noción, si bien es mencionada, no se desarrolla en las fuentes consultadas, que siguen fuertemente marcadas por esta asociación conceptual entre el puerperio y la *involución* uterina. Lo que nos interesa resaltar es que ello está fuertemente ligado con pautas de instrucción, de educación a la mujer; lo que tensiona su supuesta *naturaleza*. A la vez, se coloca en un lugar central a las necesidades de la criatura, de las cuales, sería intérprete la Medicina.

En los documentos analizados pareciera manifestarse una interpretación fragmentaria y mecanicista de los cuerpos de las mujeres (Martin 2006) durante el puerperio. En este sentido Good (2003) advierte que, a pesar de este ejercicio de construcción del *cuerpo médico*, no se desconocen las vivencias; simplemente se escinden del objeto de intervención médica en el momento de abordarlo en tanto tal.

La propuesta para la atención se traduce en acciones como *controlar, vigilar e instruir*. Ya que posibilitarían la prevención de enfermedades o la reducción de sus daños. Esto último constituye uno de los núcleos conceptuales de la racionalidad biomédica (Camargo 2005). Si bien podría ser una tendencia general en la atención médica, en el caso puntual de la obstetricia, la *prevención de enfermedades* adquiere un matiz moral particular ya que el cuidado de la salud de las mujeres es percibido no sólo como un

beneficio para ellas, sino también para sus hijos/as. Producto de un proceso histórico, la *maternalización* de las mujeres ha generado una cierta indisolubilidad conceptual entre lo femenino y lo materno. El desarrollo de la obstetricia en Argentina desde fines del siglo XIX contribuyó activamente en la consolidación de esta noción (Nari 2004). En este marco, *el control, la vigilancia y la instrucción para prevenir patologías*; como fundamento de la atención obstétrica cuentan con un aval moral que excede el campo de intervención biomédica.

La ciencia condensa valores propios de la modernidad tales como la racionalidad, objetividad, inteligencia, dominio y control de la naturaleza. Aporta una forma de ver el mundo, a la vez que un medio de comprenderlo y determinar el lugar del ser humano en él. Pero cuando se presenta a la ciencia como sirviendo a una causa noble, su avance se considera ineludible, ya que en su práctica se halla implicado un imperativo moral de intervención (Luna 2007). En este caso, la obstetricia se manifiesta no sólo como asistencia legítima, sino que sus interpretaciones se postulan sobre una supuesta neutralidad valorativa científica.

Sin embargo, estas explicaciones biologicistas de la vida cotidiana muestran una y otra vez fisuras por las que se cuelan las transformaciones que se producen en la vida de una mujer que ha parido recientemente. Estos cambios, que son a la vez, biológicos, sociales, emotivos y que adquieren significado en un entramado social particular, se explican únicamente en tanto cambios orgánicos que *involucionan* –como un organismo auto regulado que recupera su estado anterior–. Los intentos por relegar y desplazar estos fenómenos al área exclusiva de lo biológico se tensionan cuando la atención obstétrica se presenta a sí misma como encargada legítima de intervenir, de controlar, de educar, de instruir, sobre sucesos que, a la vez, son definidos como *naturales*. Pero al considerar frecuentemente la vuelta a *las tareas habituales, el reinicio* de la vida sexual o la idea de *vida normal*; se pone en evidencia que esas transformaciones *biológicas* también implican otros cambios en las vidas de las personas.

En base a estos primeros avances, en los capítulos que siguen nos preguntamos ¿Qué sucede con estas cuestiones en torno al posparto que, como vimos, no son tratadas en los manuales ni guías? ¿Cómo se aborda todo esto *no dicho* en las fuentes? ¿Qué estrategias se desarrollan en la práctica cotidiana para dar respuesta a las demandas y

necesidades de un cuerpo que acaba de parir? Un cuerpo que habla, que siente, que llora, que demanda. Un cuerpo que acaba de dar vida a otro cuerpo que llora, que siente, que demanda. Cuerpos con caras, con nombres, con historias, que son mucho más que úteros involucionando.

En los siguientes capítulos mostraré, entre otras cuestiones, el peso relativo de estos documentos en la práctica cotidiana. Ya que, como veremos a lo largo de la tesis, en el Hospital donde realicé la mayor parte de esta investigación, la atención obstétrica destinada al posparto se encuentra estrechamente ligada a la noción de *aprender haciendo*. Una noción desde la que esperamos poner en cuestión preconceptos que suponen, erróneamente, una linealidad en los procesos de formación profesional y aprendizaje.

Capítulo II

Aprender haciendo. La organización del trabajo en el Servicio de Obstetricia

Introducción

En este capítulo describiré algunas cuestiones relativas a la organización de la atención en el Servicio de Obstetricia de un Hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para ello, relevaré el funcionamiento cotidiano, la organización del trabajo y la desigual distribución de recursos¹⁸. Estos ejes de análisis nos permitirán aproximarnos a las maneras en que se materializa la atención obstétrica en este contexto particular.

En una zona céntrica de la Ciudad de Buenos Aires, se ubica el Hospital “Amalia Pelliza¹⁹” en cuyo *Servicio de Obstetricia* transcurre gran parte de las situaciones analizadas en esta Tesis. Es uno de los trece *hospitales generales de agudos* de la Ciudad. Fue inaugurado hace poco más de un siglo y se lo clasifica como de *Nivel 3* o *Tercer Nivel* en referencia a lo que se denomina como *nivel de complejidad*. Esta clasificación de las instituciones destinadas a la atención sanitaria admite variadas interpretaciones. Al preguntar informalmente a dos médicas que trabajan en el Servicio de obstetricia, describían los niveles de complejidad centrándose en la disponibilidad de ciertos recursos técnicos asociados a las posibilidades de ofrecer determinados tratamientos, la capacitación

¹⁸ Algunas ideas trabajadas en este capítulo fueron presentadas y debatidas en la ponencia *Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas* presentada en coautoría con Victoria Salsa Cortizo en las IX Jornadas de Sociología realizadas en diciembre de 2016 en Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. También en coautoría se encuentra en prensa en la Revista Estudios de Antropología Social, el artículo *Disputas cotidianas en la construcción de un campo de intervención propio: Reflexiones etnográficas acerca del quehacer de las obstétricas*.

¹⁹ El nombre del Hospital es ficticio. El nombre real del Hospital (así como los nombres de los otros 12 Hospitales generales de Agudos de la CABA) es el de un reconocido médico en la época de su creación. En la Ciudad por el momento son tres los Hospitales (de otro tipo al analizado aquí) denominados con nombres de mujeres. Paradójicamente, uno de ellos, lleva el nombre de una Santa: El Hospital Oftalmológico Santa Lucía. El Hospital Infante Juvenil Carolina Tobar García y el Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer completan el panorama.

del personal y la capacidad numérica de atención (ambulatoria o en internación) de pacientes:

En el nivel tres tenés aparatología más compleja para diagnosticar y personal capacitado para atender ciertas complicaciones. Los médicos, las enfermeras. También el número de camas tiene que ver (Registro, enero de 2014).

Sin embargo, ciertas normativas –vigentes en un período temporal extenso– proponen otros fundamentos para tal clasificación. Por ejemplo, una resolución del Ministerio de Salud de la Nación (1994) sostiene que: “Dicha categorización está basada en la factibilidad de resolución de los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de la tecnología disponible” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 1994: 3). Por su parte, la Resolución 900-E/2017 del Ministerio de Salud de la Nación describe que la institución “debe estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran para su supervivencia de atención médica y de enfermería en forma constante. Deben tener capacidad de soporte actual o potencial inmediato de la función de un órgano vital y/o la necesidad de efectuar procedimientos especiales de monitoreo continuo, diagnóstico y/o terapéuticos que preserven la vida” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2017).

Los llamados niveles de atención son una manera de distribuir la atención sanitaria, una iniciativa directamente relacionada con la estrategia de Atención Primaria de la Salud propuesta en la emblemática conferencia de Alma Ata en 1978. En nuestro país existían experiencias previas de dispositivos extra-hospitalarios relacionados principalmente con la demanda específica en zonas rurales de poblaciones empleadas en cultivos industriales y otras, periurbanas, ligadas a las tecnologías reproductivas de los años ’60. Las iniciativas de Atención Primaria de la Salud son contemporáneas a dictaduras cívico-militares en Sudamérica. Ello implicó que esta organización comenzó a desarrollarse a partir de los años ’80 y que, en la década siguiente, las políticas neoliberales impactaron de manera negativa sobre el sistema sanitario y en desmedro de esta estrategia en particular (Bertolotto y otros, 2012).

A pesar de estas marchas y contramarchas en el desarrollo de este modelo, la categorización de instituciones sanitarias por *niveles* es una referencia frecuente a la hora

de describir establecimientos de salud y, si bien la mayoría de los Hospitales de la Ciudad de Buenos Aires tienen una Historia que excede y desborda estas conceptualizaciones, son *sentidos nativos* que se ofrecen con frecuencia para describir el contexto de las prácticas cotidianas de atención. Es así como, en el primer nivel se resolverían las necesidades de atención básicas por medio de actividades de promoción, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación. Los establecimientos característicos de *baja complejidad*, son consultorios, policlínicos, centros de salud. Algunos hospitales y establecimientos que brindan atención pediátrica, quirúrgica general, tocoginecológica y psiquiátrica pueden ser catalogados como de nivel intermedio o segundo nivel. Por su parte, el tercer nivel se especializa en *alta complejidad*. Esto es, en la atención de patologías que requieren intervenciones específicas y alta tecnología.

Con el objetivo de reducir la desigualdad entre jurisdicciones en las tasas de mortalidad materna, infantil y neonatal, la llamada atención *materno-infantil* ha sido objeto en los últimos años de intervenciones tendientes a reorganizarla a nivel nacional. Este objetivo se formaliza por medio de la Resolución ministerial 348/2003²⁰ y en otras normativas que la suceden. La estrategia impulsada por excelencia es la de Regionalización Sanitaria²¹, que contempla el rol de las instituciones de primer nivel de atención como pertinente para realizar la mayoría de los controles recomendados durante el embarazo (y su clasificación como embarazo de bajo o alto riesgo, algo que analizaremos en este capítulo). Esta propuesta implica la posterior derivación de las mujeres a establecimientos

²⁰ <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/85000-89999/85616/norma.htm>.

²¹ Algunas otras normativas y acuerdos que pueden consultarse en esta línea:

Resolución ministerial 495/2014 Disponible en <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=22858&word=>.

Resolución ministerial 900-E/2017 Disponible en <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29119&word=>.

Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y Adolescentes (2009-2015). Disponible en https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwiMk4PLg6jgAhXFKrkGHSbODkAQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.msal.gov.ar%2Fplan-reduccion-mortalidad%2Fpdfs%2Fplan_operativo_reimpresion_junio2010_WEB.pdf&usg=AOvVaw2oi3yxFY8JcaogDZyCADVI.

sanitarios de segundo o tercer nivel, donde transitar sus partos en función de su categorización como de *bajo* o *alto riesgo*.

Sin embargo, así como otras propuestas de organización sanitaria, la Regionalización tiene alcances sumamente diversos de acuerdo con la organización jurisdiccional preexistente. En el caso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la existencia de Hospitales con una amplia trayectoria histórica²² es muy anterior a este abordaje. Con ello, también, la capacidad de atención de estas instituciones es muy alta, considerando que en muchos aspectos su diseño responde a otros paradigmas organizativos previos. Es así como muchas de estas mujeres que transitaban su parto y posparto en el Hospital también habían asistido durante el embarazo. Algunas de ellas, derivadas de otro centro de salud de primer nivel, pero muchas otras por decisión personal.²³

Durante el período 2005-2015, de una media de 32.848 partos por año ocurridos en hospitales del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, cerca de un 77% sucedieron en Hospitales Generales de Agudos²⁴. Dentro de esta distribución general, el *Amalia Pelliza* asistió, para el mismo período, una media de 1.856 partos por año. Un 66% de ellos, en promedio, finalizaron en parto. El porcentaje restante de los nacimientos finalizaron en cesárea o parto con fórceps²⁵. Este es un dato significativo que impacta directamente en la distribución de las tareas en el servicio de obstetricia (basada en incumbencias profesionales que se relacionan con la categorización de *bajo* o *alto riesgo*) que retomaré unos párrafos más adelante.

Ahora bien, las instituciones estatales implican mucho más que un conjunto de normas. Son encarnadas por sujetos que las habitan, “que hablan en su nombre, que producen, actualizan y transforman con sus prácticas cotidianas esos repertorios de políticas

²² Algunos de estos trece Hospitales fueron creados a fines del siglo XIX (Nari, 2004).

²³ Las referencias más frecuentes al sentido de ello eran: que ya habían parido anteriormente en el mismo Hospital, que alguna familiar que podía asistirles una vez ocurrido el parto vivía más cerca (mayoritariamente, la madre) de allí, o que querían conocer con anterioridad al parto a las personas que posiblemente las asistirán en ese momento. Explicaciones que tienen un grado de racionalidad y anticipación que pocas veces es considerado como sinónimo de responsabilidad. Retomaré estas demandas que se hacen desde la institución en el capítulo siguiente.

²⁴ El porcentaje restante de partos hospitalarios sucedieron en la única institución estatal especializada (una *Maternidad*) de esta jurisdicción.

²⁵ Fuente: Elaboración propia en base a información publicada por la Subgerencia Operativa Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=73090>.

y normas” (Soprano, 2015: 17). Pienso, entonces, en estas distintas interpretaciones de los niveles de complejidad institucionales no como contradictorias. Sino que, desde la perspectiva de estos actores implicados cotidianamente en la atención hospitalaria, podría existir una relación directa entre “estar en condiciones de resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos” y “la tecnología disponible”. Una vinculación tal vez más cercana a la propia experiencia subjetiva en el Hospital. Experiencias que, sin dudas, exceden las descripciones que podemos encontrar en documentos normativos.

La materialidad de la atención

Así como en otros hospitales de la Ciudad, en el *Amalia Pelliza* funciona un Departamento de Docencia que participa tanto del ciclo de formación de grado de médicos/as estudiantes de la Universidad de Buenos Aires, así como de la formación de posgrado y especializaciones médicas a través del sistema de residencias y concurrencias. A los puestos para residencias (un período de capacitación hospitalaria pago, en este caso financiado por el Gobierno de la Ciudad²⁶) se accede a partir de concurso público. A partir de un examen y en base a la calificación obtenida se arma un *ranking*. El o la primero/a postulante tiene la posibilidad de elegir en qué hospital realizar su residencia y este orden se mantiene hasta el último/a que puede tomar (o no) la vacante disponible. Particularmente, el Servicio de Tocoginecología de este hospital es uno de los más requeridos por los/as médicos/as que eligen hacer una residencia de dicha especialidad. Al ser uno de los centros más demandados como sede para especializarse en este campo, los/as médicas/os que ingresan como residentes a este servicio, usualmente, ocuparon los primeros lugares en la lista de adjudicaciones.

²⁶ En nuestro país existen residencias financiadas por la Nación, por los gobiernos provinciales y algunas cuya fuente de financiamiento es compartida por ambas carteras. También existen programas de residencias a cargo del sistema privado de salud. Para más información acerca de residencias de equipos de salud, se sugiere consultar: <http://msal.gob.ar/residencias/> y <http://msal.gob.ar/residencias/index.php/las-residencias/residencias-provinciales-y-caba>

El Servicio de Tocoginecología goza de prestigio en la formación de nuevos profesionales. Ocupa, junto con otros hospitales, el lugar de referente en esa especialidad. De acuerdo a una residente que se cambió su sede de formación, a través de una re adjudicación: “El [nombre de otro hospital] está bueno como laburan, pero para mis colegas es un 7. Este es un 10” (Registro, diciembre de 2013).

A su vez, la formación de licenciadas en obstetricia (que de aquí en adelante llamaré obstétricas²⁷), tiene sus particularidades. Al momento de realizar esta etnografía, las²⁸ residentes eran egresadas de la Universidad de Buenos Aires, de una carrera autónoma de la de Medicina y, a la vez, con estrechas vinculaciones que fueron constituyéndose históricamente. “En Argentina hoy en día el ejercicio de las obstétricas se encuentra regulado por las incumbencias de su formación universitaria y legislaciones provinciales y nacionales que posicionan formalmente a esta profesión como competente en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio de *bajo riesgo*, quedando su objeto de intervención ligado muy estrechamente a la noción de *normalidad*. Esta cuestión parece diferenciarlas del ejercicio de la medicina, al que suele atribuírsele la intervención en circunstancias y procesos donde está presente –o potencialmente presente– la patología” (Gilligan y Salsa, 2016).

A diferencia de los/as médicos/as que optan por la especialización en Tocoginecología, las obstétricas²⁹ no requieren de esta formación de posgrado como requisito para participar en la atención de las mujeres que atraviesan algunos de los momentos del proceso del embarazo, parto o puerperio. Sin embargo, de acuerdo con

²⁷ Al momento de realizar esta investigación, las trabajadoras obstétricas eran licenciadas. Sin embargo en nuestro país existen también tecnicaturas en obstetricia, así como reválidas de graduadas de otros países. Se puede consultar más en <http://www.msal.gob.ar/observatorio/>.

²⁸ A lo largo de la tesis me referiré a médicas y obstétricas porque, durante el período que realicé el trabajo de campo (octubre de 2013 a abril de 2015) todas las residentes (encargadas de la atención posterior al parto) así como la gran mayoría de médicas y obstétricas del servicio eran, con excepción de los jefes, mujeres. Precisamente con la finalidad de destacar esto es que decidí no utilizar lenguaje inclusivo. Sobre la matrícula creciente de médicas en Argentina se recomienda leer el informe publicado por PNUD en 2018 Género en el Sector Salud: Feminización y brechas laborales. Disponible en: http://www.ar.undp.org/content/dam/argentina/Publications/Desarrollo%20Humano/PNUD_InformedeGenero_2018.04.04.pdf.

²⁹ Si bien gran parte de las jurisdicciones cuentan con leyes de ejercicio profesional destinado a las obstétricas o parteras, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires no tiene aún legislación propia en este sentido. La normativa que regula actualmente su ejercicio (y el de otras profesiones de “el arte de curar”) es la Ley Nacional 17.132 sancionada en 1967 y su decreto reglamentario del mismo año. Esta normativa determina que la obstétrica debe “limitar su actividad a la colaboración de un profesional responsable (...) médico u odontólogo”.

algunas de ellas, la residencia en este contexto constituía tanto una fuente de legitimidad y referencia académica, como la posibilidad de generar contactos laborales con médicos/as reconocidos/as. Esta misma reflexión era realizada por médicas residentes quienes, usualmente a partir de estos vínculos laborales, comenzaban a realizar reemplazos y suplencias en el ámbito privado.

¿Por qué considero significativo describir parte del funcionamiento de las residencias? Porque en este Hospital, así como en otros, muchas de las tareas que implican la atención obstétrica (más que nada durante el parto y el posparto) recae sobre las residentes (médicos y obstétricas). Esto integra su propio relato de la experiencia en este ciclo laboral y formativo:

Eso [la atención posparto] lo hace el residente desde el día uno cuando entra (...). Y es lo que después todos delegan porque pensé que son las mismas preguntas, por treinta, todos los días. Digamos, es bastante rutinario. Entonces es como que de última cuando ven que tenés más o menos criterio te dejan, lo hacés vos (Entrevista a Lila, ex médica residente, septiembre de 2013).

Estas descripciones generales de aquellos a quienes denomino los *sujetos que atienden* sin duda configuran de una manera particular el dispositivo de la atención durante el puerperio (o después del parto) que propongo describir y comprender. Considerando que la producción de conocimiento está estrechamente ligada con la práctica cotidiana, el contexto en el que se aprende a ser médico, a ser obstétrica, adquiere un significado relevante. Tal como señalan Pierre Bourdieu y Loic Wacquant: “La enseñanza de un oficio o, como diría Durkheim, de un "arte" entendido como "práctica pura sin teoría", exige una pedagogía que nada tiene que ver con la que se aplica a la enseñanza de conocimientos (...) numerosos modos de pensamiento y de acción –a menudo los más vitales– se transmiten de la práctica a la práctica, mediante modos de transmisión totales y prácticos basados en el contacto directo y duradero entre quien enseña y quien aprende” (Bourdieu y Wacquant, 1995). Este abordaje conceptual es el primer paso para preguntarme por esa *lógica de la práctica* (Bourdieu, 2007). Reconstruir, en alguna medida, parte de la experiencia formativa de estos sujetos, tiene como finalidad indagar en prácticas cotidianas que están atravesadas por estas experiencias y que constituyen, desde una perspectiva centrada en el quehacer cotidiano, el proceso de atención durante el puerperio.

Las competencias profesionales y el *aprender haciendo*

Durante el mes de junio de 2014 tuve la oportunidad de presenciar algunas de las actividades iniciales de obstétricas y médicas que comenzaban su primer año como *residentes* en el hospital. En la formación de posgrado, la observación directa del quehacer cotidiano de una par –usualmente, con un año más de antigüedad en la residencia– es una práctica frecuente y rutinaria. Veamos entonces en el siguiente fragmento de un registro de campo, una situación entre una obstétrica, recién ingresada a la residencia (Alicia³⁰), y otra que pasaba a segundo año (Mariel).

Mariel le dice a Alicia: - Andá revisándola y me vas diciendo.

Mariel le indica a Karina que se acueste en la camilla, Alicia se acerca. La mujer se levanta la remera y Alicia le mide la panza.

Mientras, Mariel le pregunta datos a Alicia: - ¿El útero?

Alicia: - 29.

Mariel: - Andá a buscar el tensiómetro, está en el office donde están los libros.

Alicia sale del consultorio.

Mariel sonrío, me dice: - Estos días son así, te la pasás explicando hasta el mínimo detalle, pero vas a ver cómo volvés la semana que viene y hace todo esto sola.

Karina, acostada en la camilla, también se ríe (Registro, junio de 2014).

Clara: - Y cuándo empezás ¿con quién te formás?

Trini: - Y, por lo general estás mucho con tus residentes superiores.

C:- O sea ¿con el de segundo año?

T: - O el de tercero. Es como que te formás con el que recién se acaba de formar. Es medio loco, tendría que ser al revés, formarte con uno que ya tiene más experiencia. Pero también pasa lo siguiente, hay gente con mucha más experiencia que no se ha actualizado, y también tiene déficits en un montón de cosas. Y es como que el de primer año es el que se nutre de todo lo nuevo, el que chupa todos los conceptos, entonces cuando pasás a segundo sos como el encargado de formar al que viene (Entrevista a Trini, residente obstétrica, agosto de 2014).

³⁰ Con el fin de preservar el anonimato de los sujetos con quienes interactué, todos los nombres referidos aquí –tanto personales como de la institución mencionada– son ficticios. Esto fue contemplado en el proyecto de investigación aprobado por el Comité de ética en investigación del Hospital.

Las obstétricas hacen permanentemente referencia a este *estar aprendiendo* que constituye su tránsito como residentes por el hospital. Tanto para su propia situación como para estudiantes de grado y de otras especializaciones. Así me lo indicaba Cecilia, residente obstétrica, cuando le preguntaba si mi presencia durante el trabajo podía ser disruptiva en ciertos espacios:

Este es un hospital escuela y nosotros siempre estamos de a dos o de a tres porque hay alguien que está aprendiendo, no te preocupes [por estar en la Sala de internación o en consultorios] que es lo más normal del mundo (Registro, Enero de 2014).

A su vez, la formación con una focalización en la práctica laboral cotidiana es verbalizada frecuentemente en tanto experiencia de aprendizaje. Las reflexiones sobre estas maneras de aprender son habituales, y la vinculación tiempo-práctica-aprendizaje se manifiesta tanto en intercambios entre ellas como en el marco de entrevistas (en las que explícitamente reflexionamos acerca de estas cuestiones):

En la mesa del office de la sala hay seis residentes (entre médicas y obstétricas) escribiendo indicaciones para las enfermeras. Pilar [médica residente de primer año, que empezó hace tres semanas] cuenta algo sobre palabras que usan las mujeres a las que atiende y que no entiende: - Me hinca.

Elena le dice: - Me hinca es me pica.

Pilar: - Otra me dijo colestada [colestasis] y tú lo botaste.

Elena: - Ya vas a aprender, es un dialecto (...) Antes las anotábamos (Registro, junio de 2014).

Clara: - ¿Hay alguna especie de standard o protocolo?

Cecilia: - No, con respecto a cómo atender no, cada uno con sus propias reglas. Lo vas aprendiendo en la práctica. Hay un estilo de guardia cada día. Siempre hay un equipo. De vez en cuando alguien se toma vacaciones y ahí hay suplentes. Pero después de un año de trabajar acá conocés a todo el mundo. Si justo faltaron los internos de ese día o alguien faltó por vacaciones, licencia o lo que sea, ese día el reemplazo que venga lo vas a conocer igual y sabés como labura (Entrevista a Cecilia, residente obstétrica, agosto de 2014).

Si bien la modalidad contemporánea³¹ de ingreso a la residencia se realiza privilegiando una evaluación teórica de los conocimientos adquiridos; la práctica continúa

³¹ Usualmente se establecen en la década de 1940 los primeros antecedentes de *Residencias* médicas. “Hasta ese momento, la formación en una especialidad se realizaba asistiendo durante varios años a un servicio; se

teniendo un valor destacable en la carrera profesional. Sin duda este proceso integra una tradición histórica de formación profesional que está atravesado por una tensión constante entre antecedentes formales de instrucción y el peso que ocupan la intervención en o resolución de situaciones complejas a las que suelen referirse como *casos*. Así lo explica Victoria (médica residente) en una conversación informal y Magdalena (médica con la residencia finalizada) en una entrevista:

Victoria: - Cuando ven que te manejas en una situación así, como la guardia de anoche, también te empiezan a considerar para reemplazos y es como que te vas abriendo camino (Registro, febrero de 2014).

[Los/as médicos/as internos/as de guardia] Intervienen sólo en caso de complicaciones (...) Pero bueno para eso, tenés que tener residentes que tengan alarma y darse cuenta que pasa algo (...) hasta que ven que tenés criterio para manejar un caso complicado más o menos te vigilan y después si ven que lo resolvés te van dejando (Entrevista a Ana, médica tocoginecóloga, febrero de 2015).

Ahora bien, partiendo de la premisa de considerar el quehacer obstétrico en tanto una serie de prácticas atravesadas por múltiples y diversas determinaciones, quisiera continuar sugiriendo qué otro tipo de *saberes* se construyen también colectivamente – aunque no sin disputas– en el marco de la atención obstétrica, entre ellos se destaca la escisión conceptual-operativa entre lo *normal* y lo *patológico*.

Lo normal, lo patológico y la fragmentación resultante

establecía un intercambio de trabajo no remunerado por capacitación. Predominaban mecanismos no formales de legitimación y reconocimiento dentro de un círculo restringido de profesionales. En este marco, el surgimiento de la residencia instala un sistema con un mayor grado de formalidad (...) que se desarrolla hasta fines de los años 50' [cuando] el sistema adquiere sus rasgos definitivos. Es en este momento que la residencia se extiende y se instala como el “mejor sistema de formación de posgrado” y como modelo para la formación de especialistas. En las décadas de los 60' y 70' se produce una consolidación del sistema y la definición de marcos normativos que aumentan los niveles de formalización vigentes. Durante los años 80', la oferta de residencias se amplía” (Ministerio de Salud de la Nación 2011).

La escisión conceptual-operativa entre *normal* y *patológico* organiza varios aspectos de la atención obstétrica³². Esto es algo que me llevó algunos meses entender. En gran parte se debió a que inicialmente indagué en la atención destinada a la mujeres después de parir. Pero en mis primeros acercamientos al campo esta idea de que podía encontrar un dispositivo direccionado a atender a las mujeres durante el puerperio empezó a resultar más dificultoso. En este sentido puede ser pertinente recordar la necesidad de analizar este conjunto de prácticas desplegadas en una institución estatal en tanto “resultado de interlocuciones con diferentes actores, múltiples presiones y determinaciones sociales, evitando delimitar de un modo apriorístico distinciones taxativas” (Soprano, 2015: 17). La primera señal que empezó a alertar de esta escisión conceptual forzada –fruto de mi propia construcción teórica del problema– fue la pregunta recurrente que hacían médicos/as y obstétricas cuando me presentaba y contaba qué quería investigar. Generalmente explicaba: - Estudio la atención durante el puerperio. Más de una vez, la respuesta fue: “¿Normal o patológico?” A lo que respondía: “Los dos”. En ese momento no le di demasiada importancia a esa pregunta que se repetía, dándome una y otra oportunidad de que la tomara como dato. Con el tiempo y un conocimiento mayor del campo reconozco que se me estaba ofreciendo un *sentido nativo* central de quiénes están involucrados directamente en mi objeto de estudio, ya que las nociones normal/patológico estructuran con fuerza el diseño de la atención obstétrica.

Durante uno de mis acercamientos exploratorios a la Sala de internación –espacio en el cual se realizan la mayor cantidad de actividades ligadas con el puerperio– me senté en una mesa donde había unas diez mujeres, de entre 25 y 30 años; vestidas con ambo o chaqueta: vestimenta distintiva del personal hospitalario. Supuse que eran médicas residentes de tocoginecología. Una de ellas me preguntó:

Julia: - ¿Vos vas a ver puerperio normal? Porque nosotras curamos heridas.

Clara: - Me sirve ver todo, es igual para mí mientras sea puerperio.

Julia: - Porque normal ya empezaron [interpreté que las chicas que se habían ido antes, y de hecho era así] (Registro, Sala de internación, enero de 2014).

³² Esta construcción conceptual fue abordada desde otra perspectiva en el capítulo anterior. En este describo, principalmente, el rol que juega a la hora de distribuir tareas en el Servicio en vínculo con incumbencias profesionales.

Ese día interpreté la aclaración como una invitación a observar las tareas de quiénes “hacen puerperio normal”. Fue así como seguí a una mujer que me llevó en su “recorrida por la sala” mientras revisaba a mujeres que habían parido recientemente. Las que “hacen puerperio normal” son obstétricas, también residentes, mientras que las que *curan heridas* son médicas y revisan a las mujeres a las que les practicaron una cesárea. En este sentido retomo la propuesta de Elsie Rockwell (2009), quién señala que es precisamente en base a ese proceso subjetivo de estructuración de la experiencia, que podemos acceder a esos saberes contruidos por *otros*: “Inicialmente podemos sentir la angustia de que otros estructuren la experiencia y que nos digan qué ver. Pero el hecho de que otros definan e interpreten las situaciones es justamente lo que permite conocer los saberes y los procesos sociales locales” (Rockwell, 2009: 54). La atención obstétrica se reparte por disciplinas³³: las obstétricas residentes realizan los controles durante embarazo, parto y puerperio catalogados como “normales” o de “bajo riesgo” y las médicas residentes atienden los casos “patológicos” o de “alto riesgo”, aunque en las guardias también asisten “parto normal”:

Le pregunto si atienden también consultorio para embarazadas.

- Sí, hacemos todo lo que es embarazo normal.

Le pregunto si también atienden partos.

- Siempre hay algún médico, pero los hacemos una vez cada una: la residente de primero de obstetricia [médica] y la de primero obstétrica.

- ¿Hacen episiotomías?

- Sí, lo que no hacemos es vacuum [ventosa], fórceps ni cesárea (Registro, enero de 2014).

³³ Como señalé en el Capítulo I, la obstetricia se consolida como especialidad de incumbencia médica en nuestro país en un proceso que comienza a fines del siglo XIX y se desarrolla con fuerza hasta las primeras décadas del siglo XX. Ana Laura Martín destaca, en relación con ello, que “durante el último tercio del siglo XIX el proceso de formalización de la instrucción de las parteras y su regularización, estuvo más ligado a la organización jerárquica de los saberes dentro de la división del trabajo médico que a la persecución de la partería como práctica ilegal o en manos femeninas. El argumento clave para dirimir quiénes podían o no participar en la atención de un parto era la noción de distocia o la idea acerca de que un parto podía tener complicaciones que debían resolverse con la atención adecuada. En primera instancia, el parto laborioso se convirtió en un parto “médico”, que exigía un tratamiento diferente a uno normal. Pero conforme el estudio y la definición de las distocias se volvía más sofisticado, la legitimidad dentro de los círculos médicos que se inclinaban por la obstetricia y por el dominio del parto aumentó. En algunos casos se trató a prácticas ya establecidas y realizadas por parteras, pero ahora regulada por criterios y definiciones aportadas por los obstetras” (Martín, En prensa).

Durante unos meses presencié una reestructuración del sector de consultorios de tocoginecología que reforzaba, aún más, esta organización técnico-conceptual, laboral y, también, jerárquica. Esta modificación fue un proceso que me llevó varios días comprender. Días de escuchar comentarios, de preguntar explícitamente qué implicaba, de observar prácticas cotidianas más sutiles como ver puertas de consultorios cerradas, gestos de fastidio, carteles nuevos y, especialmente, redistribuciones de los espacios:

Saludo a Mariel [obstétrica residente] y me dice que está esperando que se desocupe ese consultorio [con cara de fastidio]. Frente a nosotras hay un banner de mi altura que tiene escritos los números de consultorios asignados a cada “subespecialización” de la atención obstétrica “patológica”: “Trombosis y embarazo-23-Dr. Merino, Diabetes y embarazo-25-Dra. Casimira, Infecciones y embarazo-26-Dra Soca, Patologías psiquiátricas y adicciones-21-Dra Pazos”. Debajo de todo, el nombre “Dr. Merino”, como firmando el *banner*.

Le pregunto a Mariel si ese cartel tiene algo que ver con la reorganización de los consultorios de la que me hablaron ella y Cecilia, me dice que sí. Varias veces me comentaron hasta ahora que les “sacaron” el consultorio 29 (...) pero hasta hoy no había visto el problema en la práctica: Mariel y la mujer que vino a hacer su consulta puerperal están esperando paradas, mientras hay otros consultorios en los que no hay pacientes pero de los que no pueden disponer [como hacían hasta hace un mes].

Estuvimos unos 10 minutos esperando (lo que es un tiempo largo en relación al que suelen durar las consultas), mientras Mariel, por lo bajo, me hacía comentarios de cuánto le molestaba esta nueva situación. Me llamó la atención que la mayoría de los consultorios tenían la puerta cerrada, cuando por lo general suele estar entreabierta hacia el pasillo interno (por el que circulan los/as trabajadores/as del Hospital) [me dio la sensación de que no sólo a Mariel le debe incomodar la reorganización]. Después de un rato, sale del consultorio el Dr. Merino con una mujer y nos dice “pasen chicas”. Nos sentamos, Mariel hace un comentario quejándose de Merino y dice “en este hospital si sos partera, olvidate de que te den espacio para laburar”, Flavia [la mujer que vino a atenderse] escucha y se ríe (Registro, marzo de 2014).

Victoria (médica residente) le pide a Mariel si mientras pueden atender a ‘una paciente suya’. Mariel le dice que sí.

Malena (instructora de residentes obstétricas) abre la puerta y le dice a Mariel [se la siente enojada]: - Los médicos nunca nos van a dar un consultorio a nosotras, así que no tenés porqué tener esperando a las chicas [puérperas], que se busquen otro, que lo pidan con sus jefes (Registro, junio de 2014).

El consultorio demandado, el que les “habían sacado” tenía la mitad de superficie, o incluso menos, que los demás consultorios del sector. Otro elemento significativo, fue que

se lo destinó a un nuevo uso. No ya como consultorio, sino como secretaría del nuevo “coordinador de consultorios”, un puesto que no implicaba una nueva categorización laboral formal, sino que de la mano de la reestructuración espacial se jerarquizaba una nueva tarea al interior del Servicio. Resulta paradójico que en un hospital donde los embarazos, partos y puerperios “normales” constituyen entre un 60 y 70% del total, su atención quede consignada a un lugar secundario. La distribución de los espacios es quizás una forma más, entre muchas otras, en la que se expresan disputas por el poder y conflictos preexistentes. En el caso particular que analizo, este suceso parecía no ser aislado. Sino que las disputas cotidianas por recursos, y en la línea ello, la posibilidad de realizar ciertas prácticas, formaba parte de un ejercicio continuo. Así lo recuperaba Malena, que había formado parte de la primera camada de residentes obstétricas en 2009, y Laura, con su residencia finalizada en 2014:

Malena: - Mirá, a nosotros uno de los médicos titulares de planta nos dijo ‘ustedes olvidense de hacer un parto acá adentro’ cuando entramos. Y colegas nuestras, se nos rieron en la cara diciendo ‘¿qué hacen acá? Si acá no pueden hacer nada’. Y la verdad que... No fue así (...) tuvimos muchas dificultades, he llorado mucho, he trabajado mucho, pero bueno para mí esa era la manera de demostrar que nosotros veníamos a trabajar acá. No veníamos a pasar el tiempo, ni a cobrar un sueldo, sino a trabajar y a mostrar que las parteras realmente servimos para muchas cosas y que por ahí en el hospital antes que llegáramos nosotras estaba muy tirado abajo el rol de la obstétrica. Porque la verdad, si bien había obstétricas titulares, había concurrentes, hasta que llegamos nosotras era todo muy hegemónico, muy manejado por médicos, y bueno, y demostramos de que podíamos compartir el trabajo y hacerlo bien (Entrevista a Malena, instructora de residentes. octubre de 2014).

Laura: - Hay que mantenerlas, sí, tal cual. Pero sí, fue algo como de a poquito que generalmente Belén (...) se apoyaba mucho en la coordinadora de residencias de obstétricas, una partera, frente a algo que ella tenía las ganas, por ejemplo, el consultorio de puerperio, Belén iba por el hospital tratando de conseguirlo. Se consiguió ver a las puérperas de parto normal, también tenemos la suerte que la médica, una de las médicas hace procreación responsable, la doctora Oliva tiene mucha buena onda con las parteras, entonces nos asesorábamos con lo que era parto inmediato o puerperio, y... no estaba, a nosotros nadie nos entregaba los métodos, se los entregan a ella.

- Ah! Mirá... ¿Y ella se las da a ustedes? [pastillas anticonceptivas]

- Sí, ella nos daba las cajas, para que tengamos en el consultorio que estuviéramos, que tengamos pastillas anticonceptivas. Es algo muy raro, porque por ley, si la mujer va a una consulta, alguien la tiene que ver y le tiene que dar un anticonceptivo. Entonces es loco que en el mismo hospital ni siquiera tengamos acceso a las

pastillas a las personas que atendemos a esa mujer después del parto” (Entrevista a Laura, obstétrica ex residente, enero de 2015).

Los procesos de profesionalización implican el despliegue de un conjunto de acciones orientadas a definir el objeto –y en algunas ocasiones, la exclusividad– de la actividad. Estas acciones se desarrollan en una variedad de contextos que, a su vez, forma parte de un campo de relaciones de poder constituidas históricamente (Faccia, 2015). En este sentido, el sociólogo norteamericano Elliot Freidson (1978) ha señalado que el estudio de los procesos de profesionalización demanda una profunda atención a los contextos políticos en los que las ocupaciones se encuentran imbricadas. Es justamente a partir de allí que se disputará exclusividad para: el desempeño de ciertas tareas, la formación de futuros colegas, y; con ello las relaciones jerárquicas con otras ocupaciones que participen del mismo campo de intervención.

Nuestra mirada, entonces, se dirigirá ahora a describir cómo, en este contexto ocupacional particular, estas médicas y obstétricas intentan ejercer una autorregulación de los procesos de trabajo, “efectúan un control técnico sobre saberes y prácticas específicos comprometidos en su actividad y una jerga que los singulariza, forman a sus nuevos miembros (...) y, en definitiva, obtienen el reconocimiento social de diversos interlocutores” (Rodríguez y Soprano, 2018:17). La observación de estas prácticas cotidianas, me permiten sugerir que los procesos de profesionalización no son unívocos³⁴. No son el resultado de una línea ascendente que se clausura en el control colegiado de la profesión o en una ley de ejercicio. Si bien estos pueden considerarse hitos en la trayectoria histórica³⁵ de una ocupación, sugiero que la construcción del campo disciplinar profesional

³⁴ Se recomienda la lectura de *Profesionales e Intelectuales de Estado* de Laura Rodríguez y Germán Soprano (2018) para profundizar en el análisis de la vinculación entre profesionalización y Estado en nuestro país: “se puede efectuar otro camino analítico enfatizando que esos atributos sociales que definen a una profesión se configuran históricamente en una interlocución e interpenetración necesaria entre actores estatales e individuos que desde ciertas posiciones ocupacionales persiguen la realización de un proyecto profesional. Sin esa estrecha interlocución con la esfera estatal difícilmente un grupo socioprofesional llegaría a ser socialmente reconocido y consolidarse como tal. Por tanto, la génesis, desarrollo y consagración de una profesión no supondría, primero, un proceso de estructuración y legitimación a nivel de la sociedad civil y, luego, su confirmación por parte del Estado; sino que sería el resultado de un proceso dialéctico.” (Rodríguez y Soprano, 2018:18).

³⁵ En este sentido, Ana Laura Martín señala que “la presencia de parteras, luego denominadas *obstétricas*, en el escenario del parto ha sido constante a pesar de los cambios que la profesión experimentó. Es decir, se trata de un oficio que puede leerse en clave femenina y de continuidad. Las tareas médicas han expresado una marcada feminización durante el siglo XX y las parteras, sobre todo en las primeras décadas de ese siglo, han

no se define de una vez y para siempre. Esto es particularmente notable para el caso de profesiones que se posicionan como subalternas respecto de otras con las que interactúan en el mismo campo³⁶

La creación de este campo de intervención profesional se disputa en el día a día: En la discusión abierta por los recursos materiales al interior del servicio, en los cuestionamientos y la adaptación de ciertos saberes médicos y prácticas de atención que parecen volverse *flexibles*, que se acomodan, en el día a día, a las condiciones materiales en las que efectivamente se desarrolla la atención obstétrica. En este contexto, sobresale no sólo la disponibilidad de recursos. Sino también, y fundamentalmente, la creatividad de los sujetos que encarnan estos procesos de atención.

La organización jerárquica del trabajo

Una característica del sistema del sistema formativo de residencias hospitalarias es su organización en base a una cadena de mandos jerárquica. Presente en el esquema de otras especialidades, la residencia de obstetricia también se constituye en base a una fuerte estructuración temporal. El lapso total de la residencia es de tres años (en el caso de las obstétricas) y cuatro (en tocoginecología), con opción de un año más, para ambos casos, en tanto *jefe/a (o instructor/a) de residentes*. Esto significa que el/la residente de primer año *responde* a la supervisión e indicaciones de los residentes que han ingresado anteriormente, como así también de su jefe de residentes, quién, a su vez, se comunica cotidianamente con los *internos*³⁷ (ya sean médicos u obstétricas) y otros profesionales del hospital: jefes de

sido el principal aporte para esa feminización (...). Las mujeres se mantuvieron dentro del ejercicio de la obstetricia a lo largo de todo el siglo XX, el interés por la profesión se sostuvo y sus agentes lograron adecuarse a las nuevas condiciones que el oficio planteaba” (Martin, En prensa).

³⁶ En este sentido es fundamental la propuesta de María Soledad Zárate (2018) quién destaca el papel activo que jugaron las matronas en el proceso de consolidación del parto hospitalario en Chile para el período 1950-1970. Este tipo de trabajos contribuye a matizar algunos abordajes de tradición culturalista que presentan este proceso desde una perspectiva lineal en el que la hegemonía médica y masculina pareciera describirse por oposición absoluta a otras prácticas de atención subalternas que se caracterizan como empíricas y femeninas (Jordan, 1993) obturando las posibilidades de describir procesos de mediación, disputa y transformación históricas a las que espero contribuir con este capítulo.

³⁷ Una categoría que refiere a un médico u obstétrica que concursó y tiene a su cargo un día fijo de guardia por semana.

enfermería y camilleros, jefas administrativas, jefes de sector, jefes de departamento, entre otros.

Ahora bien, la supervisión no es un fenómeno estrictamente limitado a la experiencia formativa de la residencia. Por el contrario, constituye otro *aprender haciendo*. Un aprender inserto en una institución marcadamente jerarquizada. Aprender a trabajar dentro de estos parámetros, también es *aprender a ser médico* y *aprender a ser obstétrica*. Esa autoridad, encarnada en sujetos concretos, tiene un papel relevante en las experiencias formativas de estas mujeres. Elena, obstétrica residente de segundo año, hacía referencia a cómo esta organización jerárquica del trabajo impactaba directamente sobre sus tareas y posibilidades en el marco de la atención:

Cuando estaba Emilia [jefa de residentes anterior] me decía ‘En cinco minutos tenés que darle el alta porque sino Silver [jefe de sala de internación] me caga a pedos a mí’. A mí me gusta tomarme mi tiempo, charlar, sobre todo por la teta y consejería en métodos [anticonceptivos]. Pero bueno, en ese momento no podía. En el consultorio sí, hay más espacio para hablar otras cosas, pero en la sala [de internación] estamos a las corridas (Registro, junio de 2014).

El pasaje de un año a otro es un evento significativo, ya que al primer, segundo, tercer o cuarto año se le asocian no sólo actividades diferentes, sino una transformación en el *status* que viene acompañada de algunos privilegios: Hacer menos guardias por mes, dormir más horas, acceder a otras actividades, así como también nuevas obligaciones: tener personal a cargo y la responsabilidad de “transmitir” el conocimiento. Sobre ello reflexionaban dos residentes obstétricas en distintas entrevistas:

Ya en segundo [año], salimos un poco de la sala y empezamos a rotar por consultorios de alto riesgo. Por ejemplo, yo ahora he hecho consultorio de embarazo en infecciones (...) y también empecé a rotar en ecografía, mi compañera está rotando en patología del tracto genital inferior. Así que empieza como a ser un poco más abarcativa la formación. Como que el primer año es más abocado a lo que es la sala y la guardia y control del embarazo bajo riesgo. Y ahora empezó a ampliar un poquito más (Entrevista a Elena, residente obstétrica, agosto de 2014).

También hay que ver que cuando uno va siendo más grande, en esta jerarquía que hay, uno en las guardias duerme. Y el que labura es el que recién arranca (...) a mi compañera [de año] le pasó que el primer año se lo bancó joya, y ahora que está en segundo se siente más, cansada, con más responsabilidad. Y, hay más

responsabilidad porque uno está a cargo de gente, de los de primero. Tenés que transmitir lo que vos sabés, estar atento a que no se mande ninguna cagada, es como que ahí hay una responsabilidad mayor. Pero, hacés menos. El cansancio y el estrés, para mí, está disminuido (Entrevista a Trini, residente obstétrica, agosto de 2014).

Esta red de jerarquías es entendida también como fuente de referencia y contención. En los párrafos que siguen esto es experimentado de manera diferencial. Lo que refuerza la percepción de que estas estructuras no actúan unilateralmente, sino que son resultado de la interacción subjetiva situada, esto es, en contextos específicos e intransferibles:

Acá en el trabajo cuando surgen complicaciones siempre va a haber alguien mayor, le decimos nosotros, los mayores, cualquiera que nos va a respaldar. Desde los que nos siguen para arriba en años superiores de residencia hasta los internos, los médicos de planta, o los jefes. Sí, siempre. Sí, eso está bueno. Uno se siente bastante protegido. En ese sentido está bueno (Entrevista a Trini, residente obstétrica, agosto de 2014).

Pero en primero está a cargo tuyo. Y encima los plantas³⁸ de la sala no te dan ni bola, con lo cual depende todo de vos, horrible, demasiada autonomía cuando no tenés ni puta idea de que estás haciendo (Entrevista a Lila, médica tocoginecóloga, septiembre de 2013).

Hay una línea común en las dos reflexiones. A la autoridad se le demanda atención, capacidad de formar, de transmitir saberes, experiencias y, con ello, algo de certeza acerca de ese mundo nuevo y confuso que puede ser la atención obstétrica. Cuando esa autoridad aparece en tanto “respaldo” ante posibles “complicaciones” o cuando “no da bola” se está haciendo referencia a ese *deber ser* de la autoridad que no es otra cosa que la base sobre la que se construye su legitimidad. En línea con ello, es pertinente recordar que los saberes son mucho más que algo meramente cognitivo: "Por eso, en muchas situaciones de aprendizaje informal de oficios, lo que se "transmite" no es un "saber" sino un "trabajo" o una "experiencia" (Lahire, 2006: 140).

Hasta aquí, he explorado algunas cuestiones que, de manera general, caracterizo como la inserción dentro de un marco de relaciones institucionales preexistentes que se organizan en torno a una serie de disposiciones técnico-operativas y a la vez conceptuales. Vimos a su vez cómo la experiencia formativa de posgrado de estos *sujetos que atienden* se

³⁸ Trabajadores de la planta del Hospital, con cargos concursados.

desarrolla en una red de jerarquías que implican tanto responsabilidades laborales cotidianas como en el acceso desigual a ciertos recursos. Si además de ello consideramos una perspectiva de las profesiones que prioriza el abordaje de estos sujetos en tanto actores estatales, si analizamos debates y disputas que se dan en este campo en particular (antes que en su ejercicio liberal) (Rodríguez y Soprano, 2018), podemos agregar que este proceso laboral y formativo se inserta, además; en relaciones desiguales interprofesionales que exceden y preceden a este caso particular que analizo. Para seguir profundizando en esta línea, en el siguiente apartado analizaremos la producción de ciertos saberes y algunas disputas cotidianas referidas a ellos.

Prácticas y apropiación

Ahora bien, si nos detenemos en el nivel de la producción de saberes y pautas para la atención, esta red de jerarquías institucionales se revela con mayor preeminencia aún. Me refiero a la producción de categorías conceptuales (como la de *normal/ patológico* o *bajo/alto riesgo*), guías que orientan la atención (*protocolos*) y otras creaciones hospitalarias que de alguna manera (aunque no exclusivamente) regulan las prácticas cotidianas en el Servicio. Trini, una obstétrica residente, me comentaba después de una consulta a la que asistió una mujer embarazada, sentirse sorprendida por la diversidad de criterios de seguimiento que existía entre distintas instituciones sanitarias:

Trini: - Casi todos los profesionales que controlan el embarazo, tienen bastante claro qué es lo que hay que pedir (...) en líneas generales el control prenatal siempre desde lo que se solicita es bastante completo, siempre (...) Pero en los otros hospitales lo que nos cuentan cuando vienen, es que nadie les pidió.

Clara: - O sea que lo que no sabés es si hay otra forma de laburar o...

- Claro, por ahí hay otros criterios, otros protocolos para manejarse, no sé.

- ¿Y ustedes de dónde sacan esa referencia?

- Es como que... heredamos [risas].

- ¿Te lo van diciendo acá mientras estás trabajando?

- Claro, es bastante parecido a lo que uno, cuando estudia en la carrera. De saber qué pedir en primera vez, en qué momento pedir qué cosa. Está bastante estandarizado. Por eso me resulta medio extraño que en otros lugares no se lleven tanto por eso. Y por ejemplo, acá hay como en cada hospital, cada institución tiene sus protocolos.

- ¿Y quién los define? ¿O quién los escribe?
- Creo que eso se define en... Se hace una junta o algo así, se hacen ateneos, y ahí como que se unifican conceptos y después se hace por escrito un protocolo. Que después se lleva a los servicios y todo el mundo en teoría debería acatar eso.
- Y cuando vos empezás acá tu residencia ¿hay un papelito dónde esté escrito el protocolo? O te lo cuenta alguien...
- No, lo heredé, oralmente [risas] Así como de generación en generación. De generación en generación fue (Entrevista a Trini, residente obstétrica, noviembre de 2014).

El acceso diferencial a determinados recursos también se manifiesta en este plano, al que he caracterizado como la producción de conceptualizaciones que orientan la atención. Y se articula fluidamente con la “transmisión de generación en generación” y esta *lógica de la práctica* que describo. La profesión médica domina la organización de la asistencia sanitaria gozando de un virtual monopolio sobre el tratamiento médico y las intervenciones apropiadas, creando también normas médicas y definiendo políticamente quién será el agente de control adecuado para hacerlas cumplir (Conrad y Schneider, 1985; González Leandri, 2004). Malena, que en ese momento era instructora de residentes obstétricas, también contaba lo que conocía de ese proceso de elaboración de protocolos:

Malena: - El año pasado se dedicaron mucho a hacer protocolos de Servicio en base a todas las actualizaciones disponibles que había, hacen protocolos así especiales de cada patología. Están pegados ahí en la sala.

C: - ¿Sabés quién los hace?

M: - Los hicieron los médicos, abajo. Sí, nosotros no tuvimos mucho que ver porque es todo patología. Es residentes con los médicos de planta” (Entrevista a Malena, obstétrica instructora, octubre de 2014).

Esta división de tareas, sin embargo, no impide que estos saberes sean objeto de cuestionamiento. Por el contrario, son discutidos tanto en el plano reflexivo-verbal como en prácticas concretas que los desafían abiertamente. Para explicar más cabalmente este punto, retomo la idea de *apropiación*, que sugiere una relación activa entre la agencia subjetiva y la variedad de recursos culturales disponibles. La apropiación implica una interacción entre la capacidad innovadora de los sujetos y las constricciones culturales en el marco de las cuales dicha agencia opera (Rockwell, 2011). En los siguientes fragmentos veremos primero cómo Carla, obstétrica residente, menciona algunos reparos acerca del uso

rutinario de cierta aparatología. En el segundo de ellos, dos médicas residentes junto con la instructora de residentes obstétricas cuestionan el uso de fórceps en un parto:

Carla: - Acá el monitoreo se usa pero no sé porqué, no sirve para nada, hay un montón [enfatisa] de estudios que dicen eso (...) Será que soy tranquila, espero no cambiar con el tiempo, pero yo no las apuro [a las mujeres, durante el trabajo de parto], yo las dejo ahí, a su ritmo. Pero hay gente que si pasa cierto tiempo ya se pone ansiosa. [La oxitocina sintética] se pone de rutina, salvo después de las 12 de la noche hasta las 8, ahí a las minas no se las escucha mientras están dilatando.

[Asumo que no se las escucha porque les duele menos, o no expresan su dolor de la misma manera] y pregunto: - ¿Por qué no usan oxitocina a la noche?

- Tratamos de no usar porque si se llega a complicar algo a esa hora los médicos internos están durmiendo. Entonces no se usa (Registro, conversación con Carla, residente obstétrica, enero de 2014).

Morena menciona el número de una cama y Malena pregunta, sorprendida- ¡La de la 34! ¿Le hicieron fórceps? ¡Si la subí con 6 centímetros! [de dilatación].

Morena: - Sí, le hicieron fórceps.

Malena: - Guardia de jueves. Debe haber sido instructivo ese fórceps [tono de enojo].

Pilar: - ¿A lo mejor tenía indicación?

Malena y Morena [niegan con la cabeza].

Malena: - No le dolía nada, así quiero que sea mi parto, sino no quiero. Y comenta [en tono de desaprobación]: - seguro fue instructivo [para mostrar a residentes cómo se utiliza el fórceps] (Registro, conversación entre residentes obstétricas y médicas en sala de internación, junio de 2014).

La Ciudad de Buenos Aires no tiene aún normativa propia relativa al ejercicio profesional de las obstétricas. Esto implica que se encuentra regulado por la Ley Nacional 17.132 de 1967 que las define en tanto colaboradoras de la medicina: “A los fines de esta ley se consideran actividades de colaboración de la medicina y odontología, la que ejercen: Obstétrica”. Las obstétricas, concebidas en tanto *colaboradoras* de la tarea médica, insertas en una red de jerarquías institucionales; se manifiestan también como sujetos activos que en alguna medida cuestionan determinados criterios, ofrecen argumentos basados en su propia trayectoria, e incluso evaden ciertas constricciones impuestas a su práctica. En el fragmento que sigue, Trini, cuestionaba algunos de los criterios de la grilla con que se clasificaba el embarazo de una mujer como de *alto* o *bajo riesgo*.

Esa encuesta está un poco bastante exagerada [risas] para ser sincera y honesta. Por ejemplo, una mujer que mide menos de 1.50 ya se considera de alto riesgo, lo cual me parece una pavada. Y después, bueno, con respecto a la edad, si tienen menos de 15 o más de 35 también es alto riesgo. O por ejemplo, si hay alguien que está embarazada y tiene menos de 19, no es del alto riesgo pero el control se sigue en embarazo y adolescencia (Entrevista a Mariel, residente obstétrica, agosto de 2014).

En base a esta *grilla* (Figura 1), se determinaba si el seguimiento del embarazo lo realizan profesionales de la medicina o de la obstetricia, con lo cual, ello implicaba un recorrido diferente para la mujer en cuestión, así como también evidenciaba una disputa central en la constitución de los campos disciplinares de estas profesiones.

CONSULTURIO DE ALTO RIESGO		Paciente.....
		H.C.I. N°.....
GRILLA DE CATEGORIZACIÓN DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO INICIAL		
Fecha de nacimiento:		
Domicilio:		
Teléfono:		
Documento:		
	SI	NO
1) CARACTERÍSTICAS PROPIAS DE LA PACIENTE		
-Edad < 16 > 35		
-Peso < 45 > 90		
-Talla < 1,50		
-Grupo sanguíneo RH - (negativo)		
2) ANTECEDENTES ADICTIVOS		
-Tabaquismo		
-Alcoholismo		
-Drogadicción		
3) ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS ESPECÍFICOS		
-Anomalia pélvica		
-Cirugía genital previa (incluida la cesarea)		
-Esterilidad previa		
-Malformación uterina		
-Incompetencia istmico - cervical		
-Tumores genitales (útero y anexos)		
-Cáncer genital		
4) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS		
-Grandes multiparas (más de 5 embarazos)		
-Antecedente de parto operatorio (cesarea - forceps)		
-2 o más abortos menores de 10 semanas		
-Feto muerto > 10 < 28 semanas		
-Feto muerto ≥ 28 semanas		
-Nacimientos prematuros vivos < 2500 g < 34 semanas		
-Antecedente RCIU		
-Antecedente de malformación fetal		
-Antecedente de preeclampsia - eclampsia - S de Hellp		
-Antecedente de DPNI		
-Período intergenésico < 12 meses		
GRILLA DE CATEGORIZACION		

CONSULTURIO DE ALTO RIESGO		Paciente
		H. Cl. Nº
5) ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PREVIOS		
-Obesidad IMC > 29		
-Anemia crónica		
-Cardiopatías (congénitas/reumáticas/miocardiopatías/arritmias)		
-Antecedentes de IAM		
-Antecedentes de trombosis arterial o venosa		
-Trombofilia		
-HTA crónica		
-Nefropatías		
-Diabetes tipo I		
-Diabetes tipo II		
-Enfermedades autoinmunes		
-Endocrinopatías (suprarrenal/hipófisis/hipotálamo/tiroides)		
-Asma		
-Enfermedades neurológicas		
-Enfermedades psiquiátricas		
-Enfermedades cromosómicas		
6) ANTECEDENTES DE INFECCIONES PREVIAS		
-Tuberculosis		
-Chagas		
-Toxoplasmosis		
-Virosis		
-Hepatitis B o C		
-Sífilis		
-HIV		
PRESENCIA DE DIU Y EMBARAZO		
CATEGORIZACIÓN DEL EMBARAZO		
BAJO RIESGO:	<input type="checkbox"/>	
ALTO RIESGO:	<input type="checkbox"/>	
<small>GRILLA DE CATEGORIZACION</small>		

Figura 1: Grilla de Categorización del Embarazo. Fuente: Hospital A.P. (julio de 2014).

Si bien la división de tareas en base a lo *normal* y lo *patológico* (o el *bajo* y *alto* riesgo) pareciera ser aceptada por ambos grupos de profesionales, lo que observamos en el capítulo anterior (en la elaboración de bibliografía especializada), es que estos saberes son contruidos principalmente por referente de la Medicina. Sumado a ello, en la práctica cotidiana, quiénes establecen criterios operativos referidos a estas conceptualizaciones destinadas a organizar la atención en un contexto hospitalario particular, son médicos/as.

Esta delimitación conceptual entre *bajo* y *alto* riesgo implica, por lo menos en nuestro país, no sólo distintas propuestas en el abordaje de las mujeres cuyo embarazo es clasificado como de uno u otro tipo, sino que constituye además la línea divisoria entre las incumbencias y, por tanto, el campo laboral; de una y otra profesión. Retomamos con ello la propuesta de Eliot Freidson (2001):

“Si “profesión” pudiese describirse como un concepto tradicional [*folk*], entonces la estrategia de investigación apropiada es de carácter fenomenológico. No se intenta determinar lo que es profesión en un sentido absoluto, sino más bien cómo la gente en una sociedad determina quién es un profesional y quién no; cómo los profesionales “realizan” o “logran” las profesiones por medio de sus actividades, y cuáles son las consecuencias para la manera en que ellos se consideran a sí mismos y realizan su trabajo” (Eliot Freidson 2001:35).

Esta distribución de las tareas organizadas en estrecha relación a la noción de *riesgo* pareciera reforzarse en el caso del posparto que, como de alguna manera sugieren los documentos analizados en el primer capítulo, no constituye un objeto de gran interés médico. Esta apreciación es referida también por algunas de estas profesionales, como veremos en el siguiente fragmento de una entrevista a una médica que había finalizado su residencia. Y, basándome en la experiencia de Malena (quien formó parte de la camada de residentes obstétricas que por primera vez se formó en este Servicio) son algunas de las prácticas que se delegan en las obstétricas.

- ¿Tuviste experiencia en atención durante el puerperio?

- Sí... [risas] sí, sí, sí. O sea, es lo primero que aprendés a hacer (...) Sí, a nadie le gusta hacer eso. Entonces es como que es lo básico.

- Ah, mirá, qué loco ¿Por qué? ¿No está bueno el laburo? ¿O por qué?

- Y... es medio rutinario. O sea, vos tenés, treinta camas, con treinta minas que lo único que te fijás es “bueno, como estás?” Cuando podrías estar haciendo un parto, o acompañando en otras cosas, o podrías estar operando, o podrías estar atendiendo en la guardia todas cosas nuevas, digamos gente que viene por ‘me duele acá’ ¿a ver que tendrá? ¿Entendés? (...)

- Y pero no suele haber entonces muchas complicaciones en el puerperio? ¿En tu experiencia es algo más rutinario?

- Sí. De hecho, muchas muertes maternas son en el puerperio, por complicaciones del puerperio. Pero me parece que pasa mucho en los profesionales de la salud que atienden partos, que como hasta el momento que sale el pibe es “uh, que salga todo bien”. Una vez que salió ya. Eso es un problema, porque no le prestan tanta atención y hay un montón de complicaciones en el puerperio. Mucho más que en el parto por ejemplo. Porque en el parto, está todo el mundo ahí, y alerta. Si pasa algo se van a dar cuenta (Entrevista a Ana, médica tocoginecóloga, diciembre de 2013).

Malena: - De a poquito fuimos sumando cosas, antes a la sala no veníamos

Clara: - ¿Y dónde estaban? Porque no me las imagino

- En consultorios, que hacíamos poquitos consultorios, y la guardia. Y empezamos a ir al cesac. Y de a poquito fuimos sumándonos a la sala, antes veníamos dos veces por semana, o una vez por semana como una rotación, otro año hicimos por ejemplo cuatro meses de sala, seis meses de sala. Ahora no, ahora se hace todo el día, todo el tiempo. Siempre hay una residente acá.

- Claro, porque yo ya las tengo acá, como que ustedes para mí son las encargadas de...

- De puerperio de parto normal. Claro, no. No fue así.

- Mirá [sorprendida]

- Era una lucha decir ‘Podés ver solamente cuatro puérperas’. Empezamos así nosotras. Y de a poquito (Entrevista a Malena, instructora de residentes. octubre de 2014).

En línea con ello, me pregunto entonces ¿Qué sucede con estas categorías en la práctica cotidiana? Por un lado, como vimos, en este servicio se elaboran documentos que contribuyen a operacionalizar saberes algo más teóricos. Pero, a pesar de todo este corpus documental, lo *normal* y lo *patológico*, el *bajo* y *alto* riesgo se presentan como categorías en definición, cuyos límites se muestran permeables, pasibles de ser determinados en la práctica. Se redefinen. Se cuestionan al nivel de micro-prácticas en determinadas circunstancias. En otras, se reclaman como un derecho que ampare a cierto grupo de profesionales de realizar determinado tipo de tareas.

Alicia cuenta que una pediatra le dijo que tiene la misma responsabilidad de un médico de planta aunque sea residente.

Carla dice: - Y sí, si estás recibida.

Alicia dice que todavía está aprendiendo: - Para eso es una residencia. También, que a ella no le gusta firmar el alta de mujeres: - Que tuvieron un embarazo patológico, porque nosotras estamos para atender lo fisiológico.

Carla: - No importa, porque también firma el jefe de la sala.

Alicia: - Puede traerme problemas.

Carla insiste: - Si la ves bien, y tuvo un parto ¿Cómo no le vas a poder dar el alta? (Registro, septiembre de 2014).

A partir de este abordaje de parte de la experiencia de estos *sujetos que atienden*, en este capítulo describimos la atención obstétrica en tanto dispositivo producido cotidianamente en base a una serie de prácticas que la configuran particularmente. Para aproximarnos a una descripción más precisa, en el siguiente capítulo ahondaremos en estas estrategias cotidianas que despliegan los sujetos implicados en la atención obstétrica. De la mano de ello, recuperaremos otras relaciones que atraviesan el campo de manera particular (conceptualizaciones médico-científicas, historias institucionales, políticas públicas; entre otras) y ahondaremos en algunas experiencias de las mujeres que transitan la institución en tanto *pacientes*.

Reflexiones finales

Como vimos en el primer capítulo, partimos de considerar que el abordaje biomédico reorganiza la realidad creando objetos sobre los cuales operar conceptual y materialmente (Rohden 2002, Good 2003, Camargo, 2005). Sin embargo, la finalidad de ese análisis surge como aproximación previa a un abordaje etnográfico de la atención obstétrica destinada al posparto en este contexto hospitalario articular. En este capítulo, repasamos algunas maneras en que las trayectorias y disputas profesionales configuran activamente el diseño de la atención entendido en tanto dispositivo. De la mano de ello, y tal como sugerí en el primer capítulo, el *puerperio* emerge como un objeto de interés médico sustancialmente menor que el parto y el embarazo (me animo a sugerir, en ese orden). Es en relación con esa construcción de la profesión médica completamente legitimada en su rol de intervención sobre lo *patológico* y el *riesgo* (Camargo, 2005) que se establece la relación cotidiana con otra profesión, en este caso, las obstétricas.

Las obstétricas y las médicas, quienes recién inician su residencia, son las responsables de llevar adelante los controles durante el puerperio, un objeto de por sí poco interesante para la Medicina, definido como un proceso *fisiológico* (el límite por

excelencia con las incumbencias de las parteras) y cuyo abordaje es planteado mayoritariamente en términos de control, vigilancia e instrucción en la maternidad. Junto con ellas, las enfermeras son quienes interactúan la mayor cantidad del tiempo con las mujeres que permanecen internadas después de parir. Estas tareas feminizadas, poco valoradas científicamente y, a la vez, mayoritarias³⁹, son efectivamente delegadas en estas mujeres profesionales. En este sentido Ana Laura Martín y Karina Ramacciotti (2016) describen la centralidad que ocupa el cuidado entre los saberes esperados de profesiones como la enfermería y la partería. El cuidado, pensado como parte de la naturaleza femenina (Nari 1995), no necesita ser un conocimiento enseñable o transmisible en ámbitos académicos. Esto aún cuando efectivamente, estas ocupaciones implican hoy una formación en instituciones oficiales, tienen leyes de ejercicio profesional, colegios y otras marcas profesionalizantes:

“la diferencia sexual dio lugar a la división patriarcal del trabajo, no sólo en el hogar conyugal entre esposa y esposo sino en los puestos de trabajo de la sociedad civil. El análisis de la profesionalización de ocupaciones feminizadas resulta un desafío para estudiar cómo la dominación sexual no sólo estructura el hogar conyugal, por el contrario, es capaz de definir roles en los lugares de trabajo, incluso en aquellos donde el conocimiento y la *expertise* pretenden o se adjudican cierta neutralidad de género. El establecimiento del control, la autonomía y el límite de muchas profesiones respecto de la medicina y otras ocupaciones afines es un inacabado proceso histórico que se hace necesario desmenuzar para librar a las profesiones ligadas al cuidado de la pesada carga de la subalternidad y la jerarquía y analizarlas como actividades que demandan energía, tiempo, recursos financieros y en la que intervienen saberes, redes sociales, tecnologías y tareas específicas” (Martín y Ramacciotti 2016:86).

Sin embargo, como vimos en este capítulo esta relación desigual preexistente en muchos niveles, es desafiada cotidianamente. A pesar de que la producción de saberes y

³⁹ Si bien no se puede establecer una relación directa entre una categorización de alto riesgo y la terminación del parto por vía de cesárea (que vimos se mantiene cerca del 33% en los últimos 10 años en este Hospital), la mayoría de los partos fueron asistidos por obstétricas y médicas residentes. Habitualmente me referían que en las guardias de obstetricia atendían “un parto cada una” (una residente médica y una obstétrica). El puerperio posterior al parto era siempre asistido por obstétricas.

categorías pareciera imponerse unilateralmente, vimos cómo algunos de ellos se cuestionan, incluso en algunos casos, se adaptan al propio criterio de quién atiende. Esto con el agregado de que las *residentes* se encuentran en la situación particular de demandar la aprobación de estos pares para completar este ciclo formativo. Esta incipiente autonomía podría incluso potenciarse en otros escenarios.

En base a estos avances, en el siguiente capítulo ahondaré, aún más, en esta relación íntima entre profesionales de la salud y Estado. En base a ello describiré las maneras en que estos *sujetos que atienden* pueden ser pensados en tanto *agentes estatales* que operacionalizan la atención materializada en rutinas. Lo que, como veremos, contribuye a la creación de nuevos sentidos sobre su propio rol y sobre las experiencias de estas mujeres devenidas *madres*.

¿Qué sucede con esos pospartos vividos en este contexto? ¿Cómo resuelven estas trabajadoras dificultades que no se anticipan en los manuales ni guías ni protocolos, ni en las categorizaciones producidas en el servicio? ¿Cómo se aborda lo *no dicho* en los documentos? ¿Qué estrategias desarrollan quienes asisten nacimientos para dar respuesta a otras demandas y obligaciones? ¿Cómo experimentan estas posibilidades institucionales las mujeres que paren allí?

Capítulo III

Tocar, oler y registrar. Rutinas de atención obstétrica

Introducción

El objetivo central de este capítulo⁴⁰ es describir prácticas rutinarias de atención obstétrica en un contexto hospitalario: prácticas habituales y cotidianas que contribuyen a la producción de sentidos y las maneras de abordar, vivir y experimentar los cuerpos. La atención obstétrica es considerada en tanto política pública: objeto de negociaciones, disputas y conflictos, así como también de demandas sociales. Los procesos de atención se hallan en producción permanente, esto es, son cambiantes y fruto de un proceso histórico que es, a su vez, resultado de un amalgama de nociones científicas, tecnologías, intereses sectoriales y disputas profesionales. Todo ello, atravesado por relaciones sumamente desiguales de género y de clase. En este sentido es pertinente destacar el peso relativo que tienen las “marcas genéricas como un elemento performativo y constitutivo de toda política social. Además, permiten pensar a la política social como un campo que, si bien tiende a la inclusión, lleva consigo al mismo tiempo una lógica de exclusión, marginación y subordinación para las mujeres.” (Ramacciotti, 2010: 199). Al estar encarnados por sujetos, inevitablemente son adaptados a sus necesidades y expectativas que, a su vez, dialogan con estas cuestiones mencionadas. Se generan así procesos de atención diversos, aun en contextos constituidos por determinantes que podríamos suponer estables o similares. En base a estos supuestos, analizo un conjunto de rutinas que grupos de sujetos dotados de autoridad estatal (Fassin 2003, Sarrabayrouse 2011) ponen en acción. En línea con el capítulo anterior, parto de considerar que “comprender a estos individuos y grupos como

⁴⁰ Algunas ideas retomadas en este capítulo fueron publicadas parcialmente con el título “Como para llenar un formulario”. Reflexiones sobre la producción de documentos en un servicio hospitalario de obstetricia, en *Estudios Sociales del Estado*. Vol. 2 Nro 4. Disponible en: <http://estudiossocialesdeleestado.org/index.php/ese/article/view/96/66>. Otras líneas de indagación presentes aquí fueron presentadas y debatidas en distintas ponencias temáticas en las *XIII Jornadas de Historia de las Mujeres* (julio de 2017), la XII Reunión de Antropología del Mercosur (2017), las V Jornadas CInIG de Estudios de Género y Feminismos (2018), las XIII Jornadas de Debate interdisciplinario en Salud y Población y las IX Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace (2018).

actores estatales supone enfocarnos (...) en las relaciones entre profesiones y Estado antes que en el ejercicio liberal de las mismas” (Rodríguez y Soprano, 2018: 11). En base a ello propongo un abordaje descriptivo de estas rutinas que constituyen, en sí mismas, la materialidad de la atención; lo que invita a cuestionarnos el abordaje del Estado como un todo uniforme totalizador e impersonal (Vianna, 2010).

Los condicionamientos institucionales y las políticas públicas pueden limitar o potenciar ciertas acciones, pero resalto la creatividad y las estrategias subjetivas en este marco y describo cómo, en esta interacción, se van produciendo formas de actuar que sostienen, a la vez, relaciones desiguales y políticas públicas que garantizan derechos. En relación con ello, me detengo también en *expectativas desencontradas* entre las mujeres que transitan su embarazo o posparto⁴¹ y los/as trabajadores/as del servicio de obstetricia. Estas situaciones evidencian el rol creativo en un espectro limitado de posibilidades de acompañamiento a este proceso vital.

El desarrollo de la atención sanitaria es producto de un proceso histórico a través del cual los saberes biomédicos se configuraron como *científicos* y, a su vez, del creciente afianzamiento de una élite médica al *servicio* de este Estado y de sus propios intereses⁴² (González Leandri, 2004). Este proceso va de la mano de una institucionalización creciente de las prácticas médicas, en la que el rol activo de los Estados en relación con la atención sanitaria juega un lugar fundamental. El área de incumbencia médica cambia permanentemente y al calor de los conflictos que se generan con otros actores⁴³ del sistema de salud se van desarrollando nuevas incumbencias y solapamientos interprofesionales⁴⁴.

⁴¹ Por una serie de recaudos éticos preferí no “presenciar” partos.

⁴² “los médicos (...) han sido considerados por la historiografía como profesionales con una fuerte proyección en la esfera pública, tanto sea produciendo conocimientos específicos que orientaban la definición de las políticas del Estado en materia social (no exclusivamente sanitaria) como por ser una de las profesiones - detrás de los abogados - que mayor gravitación tuvieron en el reclutamiento de dirigentes políticos, legisladores y altos funcionarios estatales (...) Los médicos que se destacaron por definir proyectos políticos para el Estado y la sociedad argentina (...) bien pueden ser caracterizados como intelectuales” (Rodríguez y Soprano 2018:36).

⁴³ “la génesis, desarrollo y consagración de una profesión no supondría, primero, un proceso de estructuración y legitimación a nivel de la sociedad civil y, luego, su confirmación por parte del Estado; sino que sería el resultado de un proceso dialéctico (...) Más aún se trataría muchas veces de actores que como el dios Jano tienen dos rostros: hablan en el nombre del Estado y de la profesión” (Rodríguez y Soprano, 2018:18)

⁴⁴ “No se intenta determinar lo que es profesión en un sentido absoluto, sino más bien cómo la gente en una sociedad determina quién es un profesional y quién no; cómo los profesionales “realizan” o “logran” las profesiones por medio de sus actividades, y cuáles son las consecuencias para la manera en que ellos se

Al transformarse las condiciones materiales en las que los sujetos experimentan los procesos de atención, se han ido modificando también concepciones acerca de sus propios cuerpos y de sus semejantes (Akrich y Pasveer 2004, Martin 2006). La interpretación del proceso embarazo-parto puerperio, como un evento de naturaleza biológica, niega las múltiples determinaciones que lo atraviesan y otorgan sentido. En este proceso juegan un rol performativo los saberes y las prácticas socialmente constituidos vinculados a la reproducción, la sexualidad, las relaciones de género, la maternidad.

En nuestro país, el papel del Estado es constitutivo del desarrollo del sistema sanitario y, particularmente, de las políticas de *maternidad e infancia*⁴⁵ (Nari 2004; Biernat y Ramacciotti 2013). Las políticas públicas configuran y al mismo tiempo son configuradas por los sujetos y procesos que se desarrollan en espacios particulares (Shore, 2010). Son estas prácticas cotidianas las que constituyen la materialidad de estas políticas en acción (Vianna 2010; Pozzio 2011). El Estado, entonces, nunca será un simple conjunto de regulaciones, sino que se halla “encarnado efectivamente en las personas que lo habitan, que hablan en su nombre, que producen, actualizan y/o transforman con sus prácticas cotidianas esos repertorios de políticas” (Soprano, 2015: 17). Parto de esta línea de indagación y me propongo: “ver el modo en que el Estado, a través de sus políticas públicas para un área específica definida como “la salud” se apropia de un saber experto (el de la biomedicina y la salud pública) y cómo los agentes estatales formados en este saber lo reinterpretan y ajustan” (Pozzio, 2011:10).

La legitimidad que progresivamente la medicina ha construido hasta constituirse en la interlocutora autorizada de los cuerpos femeninos es resultado de un complejo proceso histórico (González Leandri 2004, Felitti 2007, Cepeda 2009) que no ha estado ni está exento de resistencias, intereses encontrados y disputas. El control desplegado sobre cualquiera de las instancias *reproductivas* nos sugiere la permanencia de un orden social, y

consideran a sí mismos y realizan su trabajo” (Freidson, 2001:35). En esta línea nos detuvimos en el capítulo anterior.

⁴⁵ Las políticas estatales que constituyen el marco de la atención sanitaria obstétrica, se refieren a sus destinatarias/os en tanto: “población materno-infantil”. De esta forma, nos encontramos con que en el organigrama hospitalario la sala de internación depende del “departamento materno-infantil”, las complicaciones que pudieran sufrir las mujeres asociadas a causas obstétricas son registradas de manera centralizada como casos de “Mortalidad materna” y “Morbilidad materna severa” (Paradójicamente, si una mujer sufriera una complicación grave pos-aborto, su caso sería registrado en estos términos).

específicamente, de una jerarquía de género sobre la que se sostiene (Scott, 1993). Las mujeres se constituyen como el principal objeto de ello a partir de su deliberada *maternalización* (Nari, 2004). La particularidad del abordaje médico dominante es que, en tanto producto de procesos socioculturales más amplios y en base a afirmaciones de pretendida científicidad, anula cualquier posibilidad de abordar la sexualidad femenina de manera independiente de la reproducción (Ledesma Prietto, 2017).

Me propongo entonces, en base a estos supuestos, describir situaciones desplegadas en el contexto hospitalario para dar cuenta de las maneras en que estas respuestas institucionales particulares destinadas a brindar cuidados generan instancias a partir de las cuáles estas mujeres podrían experimentar la *maternidad inminente* o *reciente*. La particularidad del abordaje etnográfico, en tanto “un abordaje no apriorístico de los fenómenos sociales, (...) sensible al reconocimiento y comprensión de las perspectivas y experiencias nativas en sus propios términos o categorías, lógicas y contextos de uso” (Soprano, 2015: 16) se presenta como una metodología poderosa, capaz de mostrar cómo se materializan estos dispositivos, pero describiendo, a la vez, las dificultades en su producción cotidiana.

Tocar, oler, registrar

La rutina de *control posparto* consiste, tanto en la sala de internación como posteriormente en el consultorio, en una estrategia que combina una primera instancia destinada a recopilar cierto tipo de datos (llamada comúnmente *interrogatorio*) seguida por una *revisación clínica*. Esta última, implica un contacto directo entre los cuerpos de quién atiende y quién está siendo asistida. Por último, en función de una serie de resultados esperados o emergentes de estas dos instancias, a estas interacciones se le suman una variedad de indicaciones que abarcan un espectro amplio como: recetas de medicación, indicación de estudios complementarios, derivaciones a consultas con otras especialidades médicas, instrucciones de cuidado, higiene, alimentación (tanto destinados al/la recién nacido/a como a la mujer *puérpera*) técnicas de lactancia, información sobre métodos anticonceptivos disponibles; entre muchas otras. Sin embargo, como veremos en este

apartado, en estas rutinas también se ponen de manifiesto formas particulares de intervenir sobre los cuerpos y de proponer sentidos para esas experiencias. En línea con ello describiré entonces qué se toca, qué se huele, qué se nombra y cómo.

Una mañana acompañé a Elena, (residente obstétrica), en su *recorrida* por la sala de internación. La *recorrida* es una de las primeras actividades de la jornada laboral que realizan las *residentes*. Como vimos en el capítulo anterior, la residencia es un período de capacitación laboral de posgrado de entre tres y cuatro años de duración destinado principalmente a egresados/as de medicina, pero también a otras profesiones de salud no médicas (entre ellas, las obstétricas). Las fuentes de financiamiento en nuestro país son mayormente estatales (nacionales o provinciales), aunque también se realizan residencias en instituciones privadas.

A primera hora de la mañana, en una mesa compartida, las *residentes* revisaban las historias clínicas de las mujeres que estaban internadas en la Sala y cada una de ellas iniciaba una tarea que consistía en recorrer la Sala y relevar el estado de salud de las mujeres *embarazadas* o *puérperas*. Para ello se repartían las camas⁴⁶ en base a la cantidad de personal disponible, la situación *clínica* de cada una de estas mujeres y las *competencias* profesionales de médicas y obstétricas (Gilligan y Salsa Cortizo, 2016). Estos criterios para la asignación de tareas no eran inmutables y podían variar de acuerdo con la situación⁴⁷. Esto es: si la totalidad del personal estaba presente, el estado en general de todas las mujeres internadas; entre otros motivos. El siguiente fragmento de un registro de campo, muestra una interacción habitual entre una obstétrica y una mujer que, después de parir, permanecía internada en la Sala. Aquí aparecen algunas de estas características que se repiten rutinariamente en estos intercambios: la revisión del útero, de la vagina, junto con una tarea pedagógica orientada al amamantamiento:

Abi (médica residente) se acercó a la cama dónde está, parada a un costado, Juana (internada en la sala luego de haber parido) y le preguntó:

⁴⁶ Mientras que las mujeres permanecían en la Sala, solían referirse a ellas basándose en el número de cama que ocupaban y/o alguna característica clínica de su diagnóstico. Como por ejemplo: “¿La de la 42 la tenías vos Morena?” o “La de la 35 es la de la preeclampsia”.

⁴⁷ Por ejemplo, la distribución de las tareas es muy variable en días feriados y fines de semana, donde esto es realizado por personal de Guardia que no está presente en la Sala y se acerca en caso de que las enfermeras soliciten asistencia de obstétricas o médicas.

-¿Cómo va la teta?

- Cuesta, no se prende

- Es así, al principio vas a tener que tener paciencia, es un aprendizaje para los dos ¿es tu primer bebé?

- Sí

Abi se puso los guantes y la revisó (en el orden que suelo ver tanto en la sala como en el consultorio). Antes de tocarla se anticipaba diciendo:

- Mamas. Tienen que estar así, blanditas. ¿Ves esto que sale? Es calostro, es lo mejor para tu bebé, es vacuna y alimento.

- A ver cómo se está retrayendo este útero (hunde los dedos en la panza)

Por último, “los puntitos” [siempre se anticipan de esta manera a revisar la vagina. Incluso cuando “no le dieron puntitos”, esta referencia es la más frecuente] (Registro, junio de 2014).

Todas las mujeres atravesaban sus primeras horas de *posparto* en la Sala de internación. Usualmente, 48 horas si el nacimiento había sido por parto o 72 horas en caso de una cesárea. Sin embargo, algunas mujeres solían permanecer mucho más tiempo internadas ya fuera por complicaciones propias, de sus hijos/as o incluso esperando el resultado de algún análisis de rutina considerado motivo suficiente para demorar el alta. Luego de unas dos semanas, volvían al Hospital para un *control de puerperio en consultorio*.

Otras mujeres realizaban esta consulta en otro centro de salud cercano a su domicilio o de referencia previa (usualmente de primer nivel). Y muy probablemente no todas asistían a estas instancias. Lamentablemente esto no era relevado sistemáticamente. De acuerdo con algunas mujeres, se relacionaba con la posibilidad de que las atendieran el mismo día en que llevaban a su hijo/a al/la pediatra. Lo cual, era muy variable de acuerdo a las posibilidades que ofreciera el centro de salud en cuestión. En el caso de este Hospital, al momento del alta de internación se les otorgaba un turno con pediatría. No ocurría lo mismo para control de puerperio que, si bien tenía el formato de *demanda espontánea*, se ofrecía en horarios fijos, por la tarde, que pocas veces coincidían con el turno pediátrico.

Este espacio también estaba guiado por rutinas que lo configuraban activamente. De alguna manera, estas prácticas sugieren continuidades con cuidados y mediaciones previas, como los *controles de embarazo*. Otras, en cambio, se presentaban con particularidades propias del *puerperio* que, como vimos en el primer capítulo, es descrito en tanto objeto/momento particular de intervención obstétrica. Estas rutinas están atravesadas por

algunas de las cuestiones que analizamos en los capítulos anteriores dónde vimos que la atención se constituye, a la vez, sobre conceptualizaciones médicas y sobre disputas históricas por las incumbencias profesionales. En relación con ello, esta preeminencia de lo que se considera riesgoso por sobre lo que no, podría contribuir a jerarquizar estas prácticas:

Hay otras instancias de la relación médico paciente que están más pautadas. En general no da que dejes a alguien con la misma dilatación tres días (...) En el puerperio es como que... Ponele, si viene una paciente una semana después, y yo veo que tenía una infección y que alguien le dio el alta y que tenía olor feo digamos, que alguien se debería haber dado cuenta, es un escándalo. Que alguien le dejó un pedazo de placenta, y hay que hacerle un raspado. Ahora, si viene un mes después embarazada, no es ningún escándalo. Para que le den el alta tienen que haberle controlado las pérdidas, tomado la temperatura, la presión, ver en laboratorio que no esté requete anémica, que no se maree, o sea que no tenga signos de anemia, que tenga laboratorio normal, que tenga todos los análisis completos, que no tenga fiebre, que tenga el útero retraído, que no se haya abierto la herida si es que tiene alguna herida, que las pérdidas no tengan olor feo, que las mamas estén blandas. Todas esas cosas son las cosas que hay que hacer seguro y que se transmiten como obligatorio y que cualquiera entiende de la gente que labura que se forma en eso, médicos por lo menos, que lo tiene que hacer. Lo otro [se refiere a la consejería en métodos anticonceptivos] pareciera que depende de tu buena voluntad (Entrevista a Ana, médica tocoginecóloga, diciembre de 2013).

En todas estas situaciones se evidenciaban formas de comunicar las intervenciones algo fragmentadas, intercalando conceptos técnicos con diminutivos, así como verbalizaciones con otro tipo de interacciones sensoriales. Es destacable el espacio privilegiado que juegan las prácticas de tocar y oler. A diferencia de la instancia de *interrogatorio*, en la que la verbalización es el medio que prima, durante la revisión *clínica* no suele hablarse de lo que se está haciendo. Esto es, si bien se anticipa cada acción que la persona que atiende va a hacer sobre el cuerpo de la persona atendida, la información que se da, respecto a qué es lo que se busca de ese intercambio sensorial, es reducida. Lo más frecuente es hablar de otra cosa mientras se toca o se huele a esa mujer *puérpera*. El resultado de ello conduce a que se exacerbe la escisión entre lo que se dice y lo que se hace aún más de lo que nos resulta habitual. A lo largo de este apartado ahondaré en ello.

El abordaje etnográfico tiene la potencialidad de colocar a estas prácticas en un espacio central. Prácticas rutinarias a las que no es sencillo acceder por otras fuentes de información que no sean la observación participante. Incluso las entrevistas se revelan

como instrumentos parciales a la hora de comprender esta cotidianidad. A su vez esta construcción del problema nos involucra de lleno en algunas discusiones en Antropología acerca de la corporalidad. Como propone Silvia Citro (2011):

“existiría una experiencia fenomenológica de la carne, común a diferentes grupos socioculturales, y si bien los modos de percepción o (...) las técnicas cotidianas por las que nuestro cuerpo se mueve en el mundo son diferentes según las culturas, todas éstas, a pesar de su diversidad, pondrían en juego indefectiblemente una dimensión pre objetiva del ser, por la cual podemos “habitar” el mundo y nos hallamos unidos a él. De esta forma, la reflexión sobre la corporalidad nos conduce a una estimulante paradoja: por un lado, nos revela ciertas experiencias comunes, tal vez universales, como la de la carne; por otro, nos advierte que la diversidad cultural siempre surge” (Citro, 2011:63).

Esto implica también que mis posibilidades de recrear estas instancias por medio del registro escrito sean limitadas, incluso que me haya resultado más sencillo escribir diálogos antes que describir otras interacciones sensoriales no nombradas. Por supuesto, lo que se registra es siempre una ínfima parte de lo que está sucediendo. La realidad desborda todas y cada uno de nuestros intentos por convertirlas en eventos pasibles de ser analizados posteriormente. Como explicaré hacia el final de este capítulo, esta reflexión es pertinente de hacer no sólo sobre mi propia metodología de investigación sino también, respecto de las tareas de registro que forman parte de estas rutinas de atención obstétrica. Pero para continuar situándonos en este contexto que describo, veamos otra interacción en el consultorio:

Mariel (residente obstétrica) le pregunta a Flavia nombre, edad y fecha de nacimiento de su hijo.

- ¿Sólo toma teta?

- Teta y mamadera, las dos cosas

- ¿Pérdidas tenés?

- Sí, pero se van, vienen, se van, vienen

- Típico de lactancia, no te preocupes. Es así, parece que terminó y vuelve ¿Te fuiste con algún método anticonceptivo de acá?

- No, eso te quería preguntar, porque yo tomaba Fumexin antes de quedar embarazada. Y cuando decidimos tener al bebé dejé de tomarlas, y ahora quería saber si sigo con esas o con otras

- Tengo estas [saca una cajita del cajón] que se pueden tomar cuando das la teta y un poco de mamadera también, pero ¿cuántas mamaderas toma?

- Una, a veces dos, a la noche nomás

- Bueno, entonces vas a andar bien con estas (...)

Mariel se acerca a la camilla y le dice a Flavia: -Te reviso, sacate una pierna [del pantalón] así te veo los puntos.

Flavia se acuesta y le dice: - ¿Ves las pérdidas? Así son

- Bien serosas. Sí, es normal, es de la última etapa, son bien serosas

Mariel la mira y le dice - Acá es donde tenés lastimado

- Sí, me re duele, casi no le puedo dar de esta

- Sacate la leche, y se la podés dar, y caléndula. Tratá de andar en bolas en tu casa, el aire ayuda mucho (...)

Después le explica cómo tomar las pastillas: - Preservativos se usan si te olvidás de tomar las pastillas por algunas horas, si tenés vómitos o diarrea o si tomás antibióticos. No hay que esperar ni descansar. Te llevás una caja y cuando se te termine

- Compro la otra

- No, es todo gratis, venís a buscar más

- Pero es que me voy a ir

- ¿A dónde? ¿A otro país?

- No, al sur

- Ley nacional de métodos anticonceptivos, en todo el país te tienen que dar

- Yo me quería poner el DIU (...)

Mariel: [Pone dos cajas más de pastillas sobre la mesa y más preservativos] - Entonces te doy para que tengas para tres meses hasta que te pongas el DIU. Te las tomás todos los días a la misma hora. Y por favor cuidate, dejá pasar un buen tiempo antes de buscar otro embarazo (Registro, marzo de 2014).

Estos encuentros no son sólo intervenciones clínicas despojadas de significado, sino que, considerando que forman parte de un contexto sociocultural y político más amplio, integran un conjunto de prácticas que contribuyen a la construcción de sentidos⁴⁸ acerca de la sexualidad y la maternidad. En este fragmento, Mariel se refería específicamente a un conjunto de políticas públicas que transformaban las condiciones de posibilidad no sólo del espacio de consulta (que es lo que puedo mostrar en base a mis registros) sino también de la

⁴⁸ “así como no hay conciencia sin sujeto, tampoco la hay sin mundo, existo porque hay un mundo, tengo evidencia de mí y del mundo ineludiblemente. Se trata de una rigurosa bilateralidad: no puede constituirse el mundo como mundo, ni el yo como yo sino es en su relación. A través de estas formulaciones, la fenomenología introducía la cuestión del otro y de cómo el “sentido del mundo” se construye intersubjetivamente, diferenciándose radicalmente de los planteos racionalistas clásicos que centran este problema exclusivamente en el individuo y su razón” (Citró 2011:57)

vida de Flavia. En 2000 se sancionó en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la Ley 418 de “Salud reproductiva y procreación responsable” que entre sus objetivos se propone “Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos. Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio. Disminuir la morbimortalidad materna e infantil”. En 2002 la Ley 25673 crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, dependiente del Ministerio de Salud nacional, al que gran parte de las jurisdicciones adhieren progresivamente.

En este entrelazamiento entre un contexto histórico particular del que estas políticas sanitarias son parte y la vida de estas mujeres, se perciben expectativas, experiencias de vida y apropiaciones particulares. En el consultorio la rutina consistía en pedirle a cada mujer que se quitara la ropa⁴⁹ y se recostara en la camilla. Una vez allí la médica u obstétrica que llevaba adelante la *revisación* iba anticipando verbalmente donde la tocaría. Para ello las referencias solían ser: *mamas*, *panza*, *puntitos*, *pérdidas*. Intercalando conceptualizaciones técnicas propias de manuales de obstetricia con otras referencias entre coloquiales e infantiles. En el fragmento que sigue podemos reconocer algunos de esos usos en el contexto de una *consulta de puerperio*:

Ileana está desatándose los cordones de las zapatillas (...) se acuesta.

Cecilia le dice:-Vamos a empezar por las mamas.

Ileana: - Están durangas, igual me masajeo

Cecilia: - Vení más abajo así te reviso los puntitos [como suelen anticiparse antes de tocar y mirar la vagina]

- Me da impresión

- Tranquila, relajá

- Ahí se te soltó un puntito. A ver... flojita.

Cecilia termina de revisarla, se saca los guantes y le dice:

Cambiate la toallita ¿tenés toallitas, algo?

- Sí. ¿El olor ese es normal? [Señala el apósito usado, que quedó al costado de la camilla, Cecilia se lo acerca a la nariz, lo huele]

- Sí, no es un olor fétido

⁴⁹ Algo similar al examen diario en la Sala de Internación, con la diferencia que, como veremos unos párrafos adelante, las mujeres estaban en ese caso obligadas, por reglamento, a permanecer con camisón el tiempo que se extendiera su internación.

- Pero es normal cómo me baja ¿no?

- Sí, son nueve días [desde el parto] por ahí en algunos días ves que hay un retorno, es normal (Registro, febrero de 2014).

Como mencioné en párrafos anteriores, estas maneras de referirse a lo que se hace son parciales en cuanto a la información. ¿Qué sentidos tienen para estas profesionales tocar y oler? Esta no es una respuesta a la que podamos acceder linealmente. Pero, sin embargo, podemos acompañar el recorrido que hacen estas intervenciones desde que son “tomadas” de estos cuerpos hasta que son registradas. En otros contextos (usualmente en la confección de historias clínicas o en diálogos entre profesionales) los signos que se buscan en la panza son transcritos en tanto *estado del útero*. Mirar y tocar los *puntitos* se registrará luego por escrito como una *episiotomía*, o la *sutura de un desgarro en el periné* (entre otras). Las *pérdidas*, a su vez, serán los *loquios*. La vagina no suele ser nombrada en ninguno de estos contextos, aunque si mirada, olida, tocada, revisada. Como vimos en el capítulo anterior, la formación de estas trabajadoras de la salud está anclada en un cotidiano *aprender haciendo*. Dentro de todos esos saberes compartidos, los usos del lenguaje ocupan un lugar destacable. Ya que, pertenecer al mundo médico, implica también *aprender* este lenguaje e interpretar los contextos e interlocutores que ameritan uno u otro tipo de referencia (Good, 2003).

Asumimos el poder de nombrar reconociendo que, lejos de tratarse de un ejercicio descriptivo, las maneras de referirnos a la realidad en el mismo acto contribuyen a su creación. Si además de lo dicho y las formas de nombrar incluimos en el análisis otras fuentes, incorporando el rol central que en estas rutinas ocupan otras prácticas como oler y tocar podemos preguntarnos por los sentidos posibles que pueden darse a esas experiencias posparto mediadas por intervenciones sensoriales. Retomando la propuesta de Eugenia Tarzibachi (2017), sugiero que las maneras de nombrar tienen un peso nada desdeñable:

“La palabra es poderosa. El lenguaje también es una tecnología de género porque el modo en que hablamos crea un mundo, establece posibilidades de nombrar y dar existencia (una cierta existencia), así como limita, omite todo aquello que queda excluido del territorio de lo nombrable. El lenguaje produce subjetividades sexo-genéricas. El modo en que hablamos arma un cuerpo y nos habla de los cuerpos” (Tarzibachi, 2017:70)

Ahora bien, aun reconociendo la fuerza que tiene el acto de nombrar, no quisiera perder de vista que este es un acto que no se impone unilateralmente, sino que se realiza sobre cuerpos vividos. Más allá de las condiciones estructurales que constituyen el marco de significados posibles para la experiencia de parir y de nacer, el cuerpo en tanto agente de experiencia juega un rol fundamental. El cuerpo como objeto médico, entra en tensión con el cuerpo percibido por el sujeto, protagonista de su propia experiencia (Good, 2003; Akrich y Pasveer, 2004):

“el cuerpo es sujeto, la base misma de la subjetividad o experiencia en el mundo (...) no es (...) el objeto de cognición y conocimiento, de representación de estados mentales y la obra de la ciencia médica. Es al mismo tiempo un desordenado agente de la experiencia” (Good, 2003:215-216).

En el caso particular de las descripciones médicas (Camargo 2005, Gordon 1988), se recurre a fragmentaciones y jerarquizaciones conceptuales cuya amplia difusión y legitimidad sugiere maneras de proceder a la vez que propone esquemas de percepción de la experiencia (Akrich y Pasveer, 2004; Martin, 2006). Sin embargo, la terminología médica es utilizada discrecionalmente. Como vimos, algunas palabras son directamente omitidas de la cotidianidad y reemplazadas por otras. Para el caso de *los puntitos*, como un eufemismo infantilizador de revisar la vagina, esta estrategia puede interpretarse como parte de un ejercicio de poder interpretativo de la experiencia del embarazo, parto y posparto que el abordaje médico pone en acción. Esto se vincula íntimamente con las propuestas pedagógicas destinadas a las mujeres hospitalizadas –que, como vimos en otro capítulo, aparecen en guías de atención y otros documentos especializados–, y que entran en tensión con la idea de que se trata de eventos eminentemente *naturales*. En estas prácticas cotidianas se cuele una clara jerarquización de los saberes biomédicos en detrimento del conocimiento experiencial⁵⁰ de las mujeres que paren.

⁵⁰ Esto a pesar de que distintos trabajos describen cómo la Medicina construyó históricamente conocimiento experimentando sobre cuerpos de mujeres y echando mano de relaciones de explotación y desigualdad como la esclavitud. Se sugiere la lectura de *Medical Bondage* (Cooper Owens 2017) para el caso del desarrollo de la

Entonces, estas rutinas de atención nos muestran un conjunto de sentidos disponibles (que, sin duda, no son los únicos) a partir de los cuales organizar conceptualmente, hacer asequible la experiencia de haber parido recientemente. Pero recordemos una vez más que “el cuerpo es a la vez sensible y sintiente, visible y vidente, es decir, puede convertirse en un cuerpo objetivo –cosa entre las cosas, pertenecer al orden del objeto, a la manera de Descartes– pero es también inevitablemente un cuerpo fenoménico – es aquel que ve y toca a las cosas, pertenece al orden del sujeto Citro 2011:59). En ese sentido, las experiencias de dolor o incomodidad son referencias frecuentes en estas interacciones. En los siguientes apartados tanto María como Evelina (durante su puerperio y embarazo respectivamente) manifiestan algunas de estas sensaciones:

Mientras Mariel la revisa María dice: - No me da miedo que me toques vos porque no me hiciste doler en mi parto.

Mariel sonrío: - Trato de ser cuidadosa (Registro, junio 2014).

En un consultorio de *control prenatal*:

Evelina (está embarazada): - El 25 es el parto

Mariel (residente obstétrica): - Es una fecha probable

Evelina: - Es que ya no puedo ni dormir, y tengo una gripe y no puedo tomar nada...

Mariel: [Está revisando algunos estudios, no parece escucharla] Te voy a dar un turno para que saques con cardiología y ellos evalúan si estás apta para un parto normal. Y otro para monitoreo fetal.

Evelina: - ¿Lo puedo sacar ahora?

Mariel: - No, es por la mañana nomás, en las computadoras [donde se dan los turnos del hospital].

Mariel: - Y sacás turno para el electro: Donde está el buffet, subís un piso por esa escalera ¿Mañana podés venir a sacar esos turnos y te quedás hasta la hora del consultorio?

Evelina: - Sí. (...) Mariel la pesa. Le dice que suba a la camilla, y sale del consultorio a buscar algo. Evelina sube con mucha dificultad a la camilla [su panza es muy grande y ella muy pequeña]. Una vez que se sube, me cuenta que no puede dormir, que a la noche despierta al marido para que la ayude a levantarse, que le dan ganas de hacer pis todo el tiempo: - Sola ya no puedo.

Vuelve Mariel, Evelina se acuesta.

Mariel: - Enorme la panza. [Mientras la mide] (Registro, junio de 2014).

Las expresiones de incomodidad y manifestaciones de Evelina, son puestas reiteradas veces en un segundo plano, en un ejercicio de encauce y reacomodamiento de la

Ginecología estadounidense y la experimentación y tortura de mujeres esclavas afrodescendientes e inmigrantes irlandesas durante el siglo XIX.

información que se considera prioritaria. Elisabeth Badinter (1991) ha señalado que en la construcción histórico-filosófica del espíritu maternal ocupa un lugar central la expectativa acerca de la capacidad de la madre de sacrificarse por el bienestar de sus hijos. En estas situaciones que describo aquí, las experiencias⁵¹ de las mujeres que están atravesando su embarazo, parto o posparto son ubicadas en un lugar secundario respecto no sólo del saber médico⁵² sino también en relación con la preeminencia del registro escrito respecto de otras tareas. De la mano de ello, se da lugar a la puesta en acción de ciertas prácticas (como medir la altura uterina, indicar interconsultas y otros estudios) que actúan como guías de la interacción. Ello, ligado estrechamente a la jerarquía de *lo que se documenta*.

“Si partimos de la concepción de que las manifestaciones de las emociones son construcciones culturales, percibimos que, también en la institución hospitalaria, diferentes concepciones de dolor están en acción (...) Sin embargo, esta concepción de la dolencia en cuanto expresión sociocultural (...) no es compartida por la biomedicina, que tiende a subrayar las manifestaciones orgánicas, universales y cuantificables” (Tornquist, 2003: 423, traducción propia).

En la producción de categorías médicas se hallan implicadas formas culturales de percepción que, lejos de ser neutrales, implican valores que son el resultado de relaciones sociales históricas y que se ponen en juego en las maneras de construir y abordar los cuerpos femeninos (Rohden, 2002; Martin 2006). Considerando que el Hospital se constituye como institución en la que las mujeres llegan embarazadas para luego salir de allí convertidas en recientes *madres*, es ineludible repensar las maneras en que los procesos

⁵¹ En esta línea, Agustina Cepeda (2011) analizó en profundidad un caso judicial llevado contra dos mujeres en 1954: una obstétrica acusada de practicar un aborto y una mujer, de solicitarlo. Ambas fueron absueltas, ya que no pudo probarse el supuesto embarazo. Aunque pareciera ser una sentencia laxa en cuanto a la condena por prácticas abortivas, se observa cómo la medicina consolidaba, en ese periodo histórico, su lugar como interlocutora autorizada de los cuerpos femeninos. En la sentencia se consideró al aborto un “delito imposible”, ya que no existían otras pruebas del embarazo más que sus propias confesiones. Los exámenes obstétricos de detección precoz del embarazo se configuran como los únicos informantes fidedignos mientras que “las confesiones de las mujeres quedaban supeditadas a la “comprobación de la ciencia”: se las exculpaba del delito al mismo tiempo que se las expropiaba legalmente de los saberes específicos relacionados con el estado de gravidez” (Cepeda, 2011:257).

⁵² Como analizamos en el primer capítulo, la autopercepción de una moral superior es constitutiva del quehacer médico durante el período de consolidación de la obstetricia como disciplina médica (desde fines del siglo XIX hasta las primeras décadas del XX). En línea con ello, los médicos “construyen una dicotomía entre ignorancia y saber, a la que se acopla discursivamente una ruptura con el pasado definido en términos de salvaje o bárbaro y que es superado por el paso a la modernidad científico-racional” (Lois, 2018: 79).

de atención configuran este transcurso de construcción de la maternidad (Tornquist 2003). En este caso particular, me detengo en las formas de nombrar (y no nombrar), en lo que se toca y en lo que se dice, en lo que se hace y en lo que se escribe. Y en cómo todo ello constituye la materia sobre la que se realizan procesos de producción de datos. En los siguientes apartados mostraré parte de este proceso que ocupa, también, un lugar central en las rutinas de atención obstétrica.

Como vimos en el primer capítulo, los cuidados dirigidos a las mujeres luego del parto se focalizan en la observación y en el control de un proceso “natural” que, sin embargo, requiere de acciones encaminadas a educar, e instruir a la mujer en tanto reciente madre. Se apela a la supuesta naturaleza de esta interacción y, paradójicamente, el personal hospitalario se erige como educador capacitado. A su vez, como analizamos en el segundo capítulo, esta organización de la atención recae en saberes e incumbencias profesionales que no están exentas de disputas relativas a la construcción de un campo disciplinar. Ahora bien, las políticas nunca son neutrales y menos aun las que intervienen directamente sobre la sexualidad (Pozzio, 2011). Para el caso de la atención obstétrica, esta serie de intervenciones sustentadas en la prevención de enfermedades adquieren un matiz moral vinculado a que el cuidado de la salud de las mujeres es percibido no sólo como un beneficio para ellas, sino también para sus hijos/as (Del Río y otras 2013). Dentro de estas intervenciones, la promoción de la lactancia ocupa un lugar predominante. Mediante técnicas de asistencia y enseñanza, las trabajadoras del Hospital instalan, durante la internación posterior al parto, el amamantamiento como práctica rutinaria en esas primeras horas de *maternidad*.

Elena me mostraba lo que hacía, me explicaba que, revisaba las mamas, olía los loquios (...) Se acercó a una de las mujeres, acostada en su cama y preguntó

- ¿Cómo va la teta?

- No me sale nada

-Es normal, tarda unos días. Pero tenés calostro (mientras le apretaba la teta) eso es lo mejor para tu bebé (Registro, enero de 2014).

La atención cotidiana destinada a las mujeres después del parto, implica la combinación de un chequeo rutinario de determinados signos clínicos junto con una estrategia educativa. Ahora bien, los sentidos acerca de una *madre apta* se vinculan

fuertemente con el registro rutinario y reiterado de ciertas prácticas en documentos oficiales como la Historia Clínica –entre otros–. Entre este grupo de prácticas relevadas como indicador mensurable de la *performance* maternal, sobresalen el inicio de la lactancia y la limpieza y cuidado del bebé. En los párrafos siguientes sugeriré que esta preeminencia en el registro de ciertas prácticas por sobre otras contribuyen activamente a jerarquizarlas, opacando otras demandas, expectativas y cuestionamientos que surgen cotidianamente tanto de parte de las mujeres que asisten a este servicio como de las propias trabajadoras. En el próximo apartado describiré de qué manera se organiza la interacción priorizando cierto tipo de *datos* por sobre otros, y cómo estas pautas delinean, en cierta medida, los vínculos posibles en este contexto.

El posparto en las historias clínicas

Los registros del comportamiento de cuerpos individualizados en el hospital son una de las expresiones del poder⁵³ de los saberes médicos, imbricados con procedimientos técnico-burocráticos (Foucault, 1996). Se materializan así definiciones particulares que son mucho más que discursivas, ya que “se concretiza en leyes, decisiones de justicia (...) registros, resultados de censos, permisos, títulos, formularios de impuestos y un sinnúmero de otras formas mediante las cuales el Estado habla y las particularidades quedan reguladas” (Corrigan y Sayer, 2007:82). En base a estas consideraciones, describiré la producción de estos documentos para intentar responder ¿Cómo se construye el puerperio en las historias clínicas? ¿En qué cuestiones se pone la mirada mientras las mujeres están internadas después del parto? ¿Cuáles se registran en la historia clínica?

Si bien la escritura es una tarea que presencié innumerables veces en el marco de la atención, acceder a algunos de sus productos finales, como las historias clínicas, no fue tan sencillo. Aunque esta posibilidad había sido autorizada para la investigación⁵⁴, en la

⁵³ Didier Fassin (2003) matiza este abordaje al proponer que “una política en la cual es el cuerpo el que da derecho a título de la enfermedad (justificación de atención médica) o del sufrimiento (apelando a la compasión) (...) más que una imposición de un bio-poder, en el sentido en que lo entendía Michel Foucault, es decir una “disciplina” individual y colectiva de las conductas, es preciso ver en estas demandas a las instituciones la puesta en práctica de una biolegitimidad (Fassin 2003: 52-53).

⁵⁴ Proceso que implica la aprobación del Proyecto de investigación por un Comité de Ética.

práctica se había traducido en la necesidad de establecer relaciones con otro sector del Hospital: El archivo. Después de varios intentos fallidos, la participación en otras actividades del servicio me permitió acceder a ese mundo de producción de documentos. Como parte de otras actividades en la Sala de internación, poco a poco fui conociendo la actividad rutinaria del registro escrito. Es así que una mañana, Violeta (obstétrica residente), me explicaba estas tareas:

Cierra la carpeta negra donde estaba la hoja de “Evolución” y la guarda en una estantería. Me explica que hay tres posiciones diferentes para guardar esas carpetas de acuerdo a si la mujer va a seguir internada, si fue dada de alta y falta la firma del jefe de sección, o si ya está lista para ser archivada (lo que es igual a alta más firma). Cada una de esas carpetas tiene un número que corresponde a una cama de la sala. Mientras que las mujeres están internadas se refieren a ellas como “la de la 42”. En esa carpeta se guardan una cantidad de papeles que incluyen los que luego se archivan en la Historia clínica del servicio [En el hospital las HC no están unificadas, cada servicio tiene distintas HC para una misma persona]. (...) incluye la Historia Clínica Perinatal Básica (HCPB), Evolución, Epicrisis, Monitoreos, Partograma y otros más. Mientras que esas carpetas están en la sala también contienen otros papeles como las indicaciones que escriben las residentes para las enfermeras, otros estudios que las mujeres se realicen mientras que están internadas [que deberían llevarse cuando se van con el alta, aunque pareciera que no siempre es así], y otros más que no sé bien a dónde van a parar una vez que se separa lo que es la HC del resto de los papeles que se fueron produciendo durante la internación (Registro, noviembre de 2014).

Esta tensión entre lo público y lo privado, o lo estatal (como institución pública) produciendo documentos de acceso limitado, a la vez que se presenta como un obstáculo evidencia las contradicciones de pensar al Estado como un todo impersonal omnisciente, que sin embargo es encarnado y producido por sujetos (Fassin, 2003). Quiénes, en su práctica cotidiana, establecen y están atravesados por relaciones sociales (en este caso, incluyendo la relación conmigo en tanto investigadora). Tal como señalan Eva Muzzopappa y Carla Villalta, “el obstáculo puede ser convertido en dato y su análisis permite explorar algunas de las características más persistentes de este ámbito institucional: la del secreto⁵⁵ y

⁵⁵ En el caso particular de una institución hospitalaria, en nuestro país el secreto profesional se encuentra alcanzado por el Art. 156 del Código Penal (Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm#19>) así como también contemplado en el código de ética de la Asociación Médica Argentina, reeditado en 2012 que alcanza explícitamente al “Equipo de Salud”, así lo establece el Capítulo 7 de dicho código, aunque también el Art. 78 y 92. (Disponible en <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/ama-codigo-etica-castellano.pdf>). El secreto sin embargo es relativo y sus límites se encuentran establecidos en el Art. 116 de este código,

la reserva, en primer término; y en segundo, la importancia que adquieren las relaciones personales” (Muzzopappa y Villalta 2011: 24).

En base al análisis propuesto en el primer capítulo, podemos reconstruir el *deber ser* de la atención posterior al parto haciendo una interpretación de bibliografía especializada como manuales de obstetricia y guías para la atención publicadas por organismos estatales que se proponen ordenar la atención sanitaria. Aunque estos documentos no son una descripción de las prácticas cotidianas que constituyen la atención, sí las consideramos orientadores que “consagran lo que es correcto y deseable, y por tanto constriñen las prácticas cotidianas, reforzando determinadas lógicas de funcionamiento institucional y opacando otras” (Muzzopappa y Villalta 2011: 36). Estas pautas tienen como objetivo prevenir o evitar el desarrollo de un “puerperio patológico”. Así, se presentan algunas estrategias para la atención de mujeres púerperas, que básicamente implican un conjunto de acciones a realizarse durante las primeras 48 horas posteriores al nacimiento. En primer lugar, el énfasis es colocado en la observación, control y monitoreo de los signos vitales en el momento inmediatamente posterior al parto. La estrategia de “controlar, vigilar e instruir” posibilitaría la prevención de enfermedades o la reducción de sus daños. Esto último constituye uno de los núcleos conceptuales de la racionalidad biomédica. Este ideal de la atención es mencionado también en entrevistas:

La recorrida, que es revisar a todas las pacientes, preguntarle cómo está, si está mareada, ver el pulso, ver las mamas, si está amamantando o no, ver las pérdidas, si el útero ya está involucionado, si le hicieron episiotomía o le hicieron puntos por un desgarro ver que no esté infectado... ver si va de cuerpo, si está orinando bien. Todo eso (...) controles de presión, temperatura, si tiene medicación controlársela, todas esas cosas lo hace la enfermera cada cuatro horas igual. Supuestamente le revisan las pérdidas y si tiene mucha pérdida te avisan (Entrevista a Ana, médica tocoginecóloga, diciembre de 2013).

Este tipo de datos, que nos refieren quiénes se hallan implicados directamente en la atención y en los que se enfatiza en bibliografía especializada y guías de atención, son cuidadosamente volcados en las historias clínicas. Las historias clínicas son definidas por

principalmente en caso de citación judicial, situación en la que no sólo se lo exige sino que, de no brindar información fehaciente, podría ser acusado de falso testimonio. Por otro lado, la información respecto a cierto tipo de enfermedades así como la de nacimientos y defunciones, es de reporte obligatorio.

estos actores como documentos “de valor legal”. Lo que podría tender a jerarquizar la producción de cierta información en desmedro de otra.

La historia clínica es muy importante que esté bien hecha, porque tiene valor legal. Si hay complicaciones con el bebé o con las madres y luego se pide la historia clínica... si no está bien hecha o no está bien todo lo que vos hiciste no sirve de nada que vos le digas al juez o al abogado yo hice tal cosa cuando en la historia clínica no está bien redactado o escrito (Entrevista a Laura, obstétrica, enero de 2015).

¿Qué es lo que se registra en las historias clínicas? Una característica fundamental es una marcada estandarización de la escritura. Hay frases y formas de describir eventos o situaciones que se repiten, variando únicamente algunos datos personales de la mujer en cuestión. Después de leer algunas, casi se memoriza el formato:

Paciente lúcida, afebril, clínicamente estable. RN en IC [Recién nacido en Internación conjunta] (...) Pte. que ingresa derivada de guardia de partos, lúcida, ubicada en T y E [tiempo y espacio], útero retraído vía periférico permeable (...) Puerperio inmediato: lúcida, afebril, clínicamente estable, TA 120/80 fc 89x [Tensión arterial y frecuencia cardíaca], útero retraído, loquios fisiológicos (...) Son como frases hechas, predeterminadas. Cuando empiezo a leer en voz alta un fragmento: - La paciente puja y se obtiene recién nacido vivo de sexo femenino que llora espontáneamente... Mariel (residente obstétrica) me interrumpe y completa la frase, de memoria: - y se entrega al neonatólogo de guardia, quién informa... (dice exactamente lo que estoy leyendo) (Registro, febrero de 2015).

Se escribe mucho. Se pierden muchas horas escribiendo. Pero a veces uno comete el error de automatizar y ahí es donde aparecen los errores en las historias clínicas generalmente. Porque claro, imaginate que tenés que escribir quince historias clínicas por día (...) Escribís muchas veces lo mismo, muchas veces lo mismo (Entrevista a Laura, obstétrica, enero de 2015).

El abordaje biomédico implica una reorganización de la realidad que tiene como resultado la creación de un “objeto” que posibilita operar conceptual (y materialmente) sobre el mismo en los términos propios de la disciplina (Good, 2003). La biomedicina construye parte de su legitimidad discursiva en base a la descripción de fenómenos universales cuya existencia aparece desligada de condiciones locales. Los saberes basados en la naturaleza se presentan como únicos y verdaderos, reforzando una pretensión universalista de lo que se enuncia como biológico. A la vez, esta intervención se halla legitimada socialmente, tiene la particularidad de pretender una supuesta neutralidad valorativa. Ahora bien, lo que me preguntaré a partir de aquí es si estos documentos ¿sólo

relevan datos? ¿O en alguna medida los crean?.⁵⁶ El registro⁵⁷ no se reduce simplemente a tomar nota de una realidad externa al sujeto y al acto mismo de registrar, sino que actúa como guía de la mirada del personal de salud: ¿Qué se registra en esos documentos estatales “de valor legal”? En el siguiente apartado continuaré describiendo otras cuestiones de las que dan cuenta las historias clínicas.

Más allá de *lo clínico*

Como he señalado, la atención luego del parto necesita de acciones orientadas a la educación, a la instrucción, que la mujer –y sólo ella– se llevará, junto con su bebé, a su hogar. Tensionando con ello la supuesta *naturaleza* de estos procesos y desplegando una serie de estrategias cargadas de sentidos acerca de la *maternidad deseable*. Probablemente en sintonía con la renovada fuerza que ha adquirido la lactancia en los últimos años – síntesis de posibilidades nutricias sobrenaturales y, a la vez, garantía de un vínculo madre-hijo “saludable”–, la “promoción” de esta práctica ocupa un lugar predominante en estas rutinas. Como vimos en el primer capítulo, su impulso⁵⁸ está ligado a pautas pedagógicas. Estas sugerencias también aparecen en bibliografía especializada, donde se señala que el control y la vigilancia deberían llegar más allá del registro de ciertos signos clínicos, observando y facilitando “la interacción madre-hijo” que, paradójicamente, es definida como “natural”. En las historias clínicas, se registran estas observaciones, que no siempre se ponen de manifiesto durante la interacción cara a cara entre las mujeres internadas en la sala de obstetricia y el personal hospitalario:

En las “Hoja de enfermería” veo la mayor frecuencia de controles. También es una escritura estandarizada. Copio algunas: “TA 110/70, 92fc, Pte. lúcida, afebril, clínicamente estable, ubicada en T y E”. En todas las HC leo algún tipo de evaluación, como por ejemplo: “Paciente que atiende a su bebé”, “Pte. Que amamanta y limpia a su bb”. Copié un comentario que se sale de esta especie de estándar: “La paciente “se duerme” con facilidad!! Y no atiende al BB que llora a los gritos. Le avisé a la nurse [nombre de la nurse] porque la pte. se queda “dormidísima”, le he pasado por la planta de los pies mi lapicera y NADA. Se vuelve a avisar a la nurse

⁵⁶ “el Estado no sólo monopoliza la fuerza sino también la información, cumple funciones de registro de los momentos fundamentales de la vida de un individuo como el nacimiento y la muerte” (Regueiro, 2013: 21).

⁵⁷ Reflexión pasible de hacernos a nosotros mismos en la elaboración de registros de campo.

⁵⁸ Que adquiere, algunas veces, ribetes restrictivos de la autonomía femenina.

porque la mamá tenía a la bb en su pecho dormida (Registro, febrero de 2015. Los subrayados y mayúsculas están en el original).

El registro de la interacción entre la mujer-madre y su niño también es parte estandarizada y presente en todas las historias clínicas, tarea delegada en las enfermeras, que son quienes efectivamente pasan gran cantidad de tiempo en contacto directo con las mujeres internadas. Adriana Vianna (2010) ha señalado a la rutinización del control como condición necesaria de la soberanía; “sostener que el Estado es una ficción implica reconocer que se trata de una ilusión bien fundada a partir de procesos de sujeción y legitimación. Es una ficción, una idea, que ha dado lugar a formas estatales bien reales - esto es, a todo un repertorio completo de rituales y rutinas” (Muzzopappa y Villalta 2011: 18).

En el caso de las historias clínicas que analizamos aquí, la noción de madre *apta* se vincula con el registro rutinario y reiterado de ciertas prácticas, entre las que sobresalen el inicio de la lactancia y la limpieza y cuidado del bebé⁵⁹. Las observaciones del desempeño como madre de la mujer en cuestión, se organizan sobre la base de determinadas prácticas como amamantar y cuidar al recién nacido. Sin duda esta mirada se sostiene sobre “un consenso en lo que refiere al horizonte normativo de la buena maternidad presente en los distintos sectores de la sociedad que entiende a la madre como una mujer presente, cuidadora, cariñosa, tolerante, pendiente y que prioriza las necesidades de los hijos frente a las propias” (Castilla, 2017: 41). Ahora bien, el registro escrito de estos comportamientos sugiere una serie de expectativas sobre las mujeres y, a la vez, la consecuente invisibilización de otros sujetos que pudieran participar de los cuidados:

- Bueno, y ¿qué se espera de un puerperio normal?

- Todo eso que te decía, que el útero se vaya retrayendo, (...) que las pérdidas sean fisiológicas digamos, que va cambiando de color a medida que pasa el tiempo, que no tenga olor como si tuviera una infección, nada, que pueda amamantar (...) Que deambulen, que no tenga incontinencia (...) que tenga catarsis digamos, antes

⁵⁹ En su análisis sobre la construcción del mito del amor maternal en Francia, Elisabeth Badinter (1991) señala que desde fines del siglo XVIII la higiene y los cuidados que mantengan la salud del bebé son una demanda central que se insta a cumplir a las mujeres: “Las caricias de la madre, la libertad física y los lienzos limpios dan testimonio de un nuevo amor por el bebé. Para hacer todo eso la madre tiene que consagrar la vida a su hijo. La mujer se desvanece en pro de la madre, que a partir de entonces no dejará de extender sus responsabilidades” (Badinter, 1991: 169).

de ir de alta. Todo eso desde el punto de vista físico digamos. Y... O sea, esa es la pauta de las 48 hs para poder darle el alta a alguien digamos. Después estaría toda la parte accesorio que te decía antes que nadie te obliga pero nada que... no sé, ver cómo la mina, si lo atiende o no al bebé ponele. Porque... puede pasar que lo deje ahí tirado y se le caiga de la cama, que no le sepa dar la teta, que no quiera, que el bebé esté llorando y no le de pelota. No sé, un montón de cosas que más o menos tenés que ir viendo también. Que tampoco tenemos muchos elementos para... no recibimos formación para darnos cuenta si realmente... Es por sentido común más o menos” (Entrevista a Lila, médica tocoginecóloga, junio de 2013).

La mirada sobre esta *performance* maternal es parte de la rutina de las trabajadoras de obstetricia. Aunque, como vimos en el fragmento anterior, señalan no sentirse capacitadas para hacerlo, registran lo observado en las historias clínicas y actúan como intermediarias para una posible derivación a otros servicios del hospital. En el relato que sigue se describen, con mayor detalle, algunas de estas intervenciones:

Trini: - Nos pasó la otra vez con una paciente que estaba así con una especie de psicosis puerperal, trabajamos en conjunto con la gente de salud mental de guardia, la psiquiatra de guardia.

Clara: - ¿Cómo determinaron eso?

- Y, porque desvariaba, la señora decía cualquier cosa. Sí, está internada en la cama 46 ahora (...)

- ¿Qué hacen aparte de llamar al servicio de salud mental?

- Y, en ese caso estuvimos muy atentas a cómo era el trato con el bebé, de hecho se lo sacaron unas horas hasta que estaba más tranquila...

- ¿Y qué? ¿lo llevan? ¿A neo?

- Las nurse. No, ahí en la sala lo llevan como que lo van a controlar y se lo quedan. Un rato, hasta que se calmó, y ya hicimos la interconsulta y demás. Y ahora se la separó, se la aisló, está en una habitación ella sola, tranquila, no está dando la teta casi, toma medicación a la noche.

- ¿Eso quién lo determina?

- Y, eso toda una cosa de... medio equipo fue. Nosotros, la parte de salud mental, servicio social y un consejo de... no me acuerdo qué cosa. Sí. Hoy en día ella en condiciones obstétricas está de alta, el bebé también está de alta, el tema es que bueno este Consejo como que todavía no aprueba que ella se vaya de alta con su hijo. Así que está más que nada por eso. (...)

- Y ¿Quién detecta estas cosas que les empiezan a resultar raras?

- Y, por lo general nosotras, cuando hacemos la... Las enfermeras también. Nosotras cuando evaluamos a la mañana, en la evaluación genérica que hacemos siempre, ahí detectamos cosas. Y las enfermeras, de neo también, más que nada lo que tiene que ver con el bebé. Nosotras como por ahí hablamos más con ellas, detectamos cosas en ellas. Entonces sí, medio como que nos llama la atención a las dos por igual. A nosotras como a las enfermeras (Entrevista a Trini, agosto de 2014).

El control y la vigilancia (definidas en estos términos por este conjunto de actores que construyen colectivamente la atención) pueden ser comprendidas, no en tanto facultades de un Estado despersonalizado, sino más bien como parte de un ejercicio ininterrumpido de autoridad estatal, que precisamente se crea y recrea a partir de estas micro-prácticas encarnadas, reinterpretadas y apropiadas por sujetos diversos: “Invirtiendo, por tanto, modelos de análisis que parten de la premisa de que el “Estado” se mueve en dirección a los individuos, buscando moldearlos a una forma específica de comportamiento o relación con otros individuos, cabría tal vez preguntarse cómo es que diferentes estrategias, prácticas y concepciones puestas en uso por estos individuos o redes de individuos, están presentes en el propio rol de las estrategias de administración y control social. En esos términos, puede decirse que la administración no sólo inviste de autoridad a individuos o redes de individuos, sino que también captura otras formas de autoridad –y de moral– de las que dichos individuos o redes están dotados” (Vianna, 2010: 48).

El proceso de desarrollo y conformación permanente del Estado implica un ejercicio continuo de *regulación moral*⁶⁰. Las mediaciones estatales se legitiman sobre cierta moralidad “compartida” e intervienen en una diversidad de experiencias que tienden a presentarse unificadas. Cuando estas trabajadoras dicen que recurren al sentido común para evaluar si la madre está en condiciones de cuidar del bebé, pareciera tratarse de un intento de adecuación a una moralidad particular sobre el vínculo entre madre y bebé. Como vimos en el primer capítulo, este vínculo suele ser interpretado como *natural* desde el nacimiento. Entonces, esta interacción temprana no suele pensarse como enseñada, a pesar de que estas profesionales asumen tareas de instrucción en una institución en la que suceden los primeros encuentros entre esta mujer devenida madre y su bebé. Ante las conductas que se interpretan como *desviadas* de este conjunto de expectativas acerca de lo que debería hacer una *madre apta*, se interviene unilateralmente y “preventivamente” se separa al/la bebé.

Dentro de este repertorio de intervenciones posibles, no suele hacerse referencia a estos eventos en tanto indicios de que, quién podría estar manifestando la necesidad de algún tipo de protección o intervención, es la mujer en cuestión. Mónica Tarducci muestra, en un trabajo acerca de procesos de adopción, la dificultad que tienen agentes estatales en

⁶⁰ “Llamamos a esto regulación moral: un proyecto de normalizar, volver natural, parte ineludible de la vida, en una palabra “obvio”, aquello que es en realidad el conjunto de premisas ontológicas y epistemológicas de una forma particular e histórica de orden social” (Corrigan y Sayer, 2007: 46).

“pensar la existencia de mujeres para quienes la maternidad no es una opción, maternidad que (...) pudo tener su origen en la violencia, en el desconocimiento por parte de las mujeres de su propio cuerpo (...) en cuestiones que hacen a la desigualdad entre hombres y mujeres y que transforma el ejercicio de la sexualidad en un riesgo” (Tarducci, 2011: 7). Este ideal de maternidad “ahistórica, dentro de un modelo de familia ideal: de clase media, con pareja heterosexual viviendo junto a sus hijos en una unidad doméstica ideal, permea a toda la sociedad, incluyendo a los profesionales que tienen distinto grado de responsabilidad en el proceso” (Tarducci, 2011: 7). En el apartado siguiente retomaré esta línea. Para ahondar en algunas características del contexto en el que se desarrollan estas pedagogías de la maternidad, veamos ahora un “Reglamento” visible en todas las habitaciones de la Sala que internación:

Reglamento:

No está permitido tomar mate dentro de la habitación.

No se permite el ingreso de flores ni peluches a las habitaciones.

Es obligatorio permanecer en camión mientras que esté internada.

Las mesas para comer deben permanecer vacías fuera del horario de comidas. Sobre la mesa de luz únicamente se puede tener una botella de agua y un vaso, evitando otros objetos innecesarios.

No se permite ingresar alimentos.

Deberán desecharse restos de comida que no hayan sido consumidos.

Se permite la presencia de un acompañante femenino mayor de 18 años que no esté embarazada.

Si la madre tuviera que hacerse algún estudio dentro del hospital tiene que avisar a la enfermera y personal de seguridad.

Se prohíbe dejar el recién nacido al cuidado de un acompañante de otra paciente. Si la madre tuviera que salir de la sala tiene que avisar a la enfermera, enfermera del recién nacido y seguridad “siempre”[entre comillas en el original].

En caso de que el padre no pudiera concurrir en el horario de visita, se lo otorgará un permiso especial de la jefa de enfermería para permanecer 20 min entre las 20 y las 22hs.

Respete estas medidas para asegurar una mejor calidad de atención tanto para la madre, el recién nacido y el niño por nacer (Registro, noviembre de 2014).

Durante su paso por el hospital, se insta a estas mujeres a demostrar que pueden dar respuesta a un conjunto de expectativas socialmente demandadas dentro de un amplio espectro que abarca, principalmente, amamantar, limpiar y cuidar “a su bebé” – a pesar de

que no sea sólo “de ella” y aún cuando la normativa⁶¹ vigente tiende a desplazar esta noción semántica que remite a la propiedad en pos de la de niño/a en tanto sujeto de derechos –. En un plano menos verbalizado, se espera también que puedan transitar los inicios de la maternidad en un entorno predominantemente femenino y –aunque en compañía de otras mujeres en situación similar – separada de sus vínculos preexistentes.

Aunque esta Tesis tiene como fin describir estas maneras particulares de *construir maternidad* en el contexto hospitalario, estas prácticas no son aisladas y guardan continuidad con otros espacios donde se desarrolla la vida cotidiana. En este sentido, Victoria Castilla señala que “las exigencias maternas de cuidados hacia los hijos son concomitantes con un vasto conjunto de violencias enlazadas en la vida cotidiana. Las madres llevan adelante su maternidad en contextos marcados por dificultades en el acceso al bienestar, a los derechos y a la justicia” (Castilla, 2017: 46). En línea con ello, la exclusión deliberada de los hombres de los primeros cuidados que reciben sus hijos/as es sin duda parte de una configuración hegemónica de la *maternidad* como constructo genérico. Si bien podemos asumir que este proceso excede al contexto hospitalario; estas prácticas institucionales que generan espacios de sociabilidad eminentemente femeninos contribuyen activamente a actualizar, recrear y renovar sus sentidos. Si consideramos que son las propias prácticas culturales las que producen constantemente la realidad (Grossberg, 2012) podemos preguntarnos en qué medida estas rutinas de atención participan en la producción cultural de la *maternidad*.

Registros que interpelan

La rutinización del acto de registrar, esto es, poner la mirada repetidamente sobre determinados fenómenos e interpretarlos haciendo uso de una matriz conceptual compartida institucionalmente, podría tener efectos que exceden el mero acto de registrar. Me pregunto si, de alguna manera, adquiere un rol performativo, si contribuye a constituir, a dar vida a la misma práctica que se está registrando. En este caso, sugiero que las mujeres son

⁶¹ Ley 26.061 (2005) de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=110778>.

interpeladas a cumplir con ciertas expectativas socialmente demandadas que demuestren a esos observadores que pueden hacerse responsables de sus hijos/as y de la forma en que se espera que lo hagan. Con ese sentido se ponen en acción iniciativas destinadas a acompañar ese momento que, es descripto en tanto “inicio de la maternidad”. Se implementan entonces *cursos de preparación para el parto, charlas de crianza, consejerías en lactancia, de procreación responsable*: “se instrumentan distintas medidas tendientes a apuntalarlos y sostenerlos, pero también y esencialmente se diseñan estrategias orientadas a transformar sus conductas” (Villalta, 2013: 260). Es así que se interviene directamente sobre las conductas que se interpretan como nocivas, alejando al/la recién nacido/a de su madre, requiriendo la intervención de otros servicios (como Salud mental) o, como veremos en el siguiente fragmento, dilatando la fecha de alta hospitalaria:

Cuando salimos del office, en la puerta está parada una chica joven, bajita, vestida con camisón [esperando a que saliera alguien para preguntarle algo].

Luna la ve y le pregunta: - ¿Qué pasó?

Leidi le dice que a su bebé: - le dieron el alta en la neo y quiero saber si me van a dar el alta a mi también.

Luna dice que va a ir a verla antes: - para ayudarte un poco con la teta que me dijeron que estaban medio cargadas.

Luna va hasta una habitación. Hay cuatro chicas. Una de ellas es Leidi. Sara y otra chica más tienen a sus bebés con ellas. Silvia está embarazada. Luna se acerca a Silvia, le pide que se levante el camisón y le pone los sensores para hacerle un monitoreo. Sale de la habitación a buscar algo y vuelve. Se queda unos minutos al lado de Silvia y después le dice: - En un ratito vuelvo.

Leidi se subió el camisón. Y vuelve a preguntarle a Luna si van a darle el alta [Creo que tiene ganas de irse].

Luna le dice que seguramente lo están evaluando. Le pregunta si tiene lugar donde vivir.

Leidi responde que sí.

Luna le comenta: - Se va a acercar la gente de Servicio Social para ver bien ese tema [Hay algo particular en la situación de Leidi, ya que no siempre Servicio Social participa del alta].

Antes de que Luna se vaya, Leidi insiste, le dice que si ya le dieron el alta al bebé en neo ella se quiere ir.

Luna le dice: - Seguramente te vas a ir.

(...) Cuando salimos de la habitación le pregunto: - ¿Le van a dar el alta? Me gustaría ver como es el proceso.

Luna: - Sí, pero tienen que venir los de Servicio Social porque había un tema con ella.

Clara: - ¿Qué tema?

Luna: - No sé bien (Registro, noviembre de 2014).

Sin embargo, como nos muestra esta situación en la que se demanda explícitamente el alta, son las mismas mujeres –destinatarias de todo este conjunto de demandas y

expectativas en tanto *madres*— quienes evaden o cuestionan estos dispositivos de vigilancia e instrucción. Produciendo, aún en un marco restringido, una diversidad de experiencias de maternidad.

Valentina: Como que quería hacer la mía ya y... Como que me sentía más segura como con las cosas que iba... no sé investigando yo por mi cuenta que... Como que me parecían muy fríos los controles ¿viste? Viste como ‘Bueno, te tomo la presión, me fijo esto, bueno... No tuve, la verdad que como que... no me preguntaba ‘¿Y cómo te sentís con tu bebé?’ Como... te pueden preguntar cómo es la relación con tu bebé. No ‘¿está tomando pecho? Bue [Hace la mímica de estar escribiendo, pregunta, baja la vista y “anota”] toma teta’ [risas]. En vez de preguntarte, ‘¿Y? ¿Cómo va? ¿Cómo es la relación? ¿Cómo te sentís? Como para poder explayar uno ¿viste? Lo que siente... Como que era muy conciso todo. ¿Toma pecho? Listo, toma pecho, próxima pregunta. Eh, no sé cómo todo muy viste ‘Cuánto pesa, cuánto mide’, todo muy numérico, muy conciso, como para llenar un formulario todo. Y todo lo otro viste, quedó afuera” (Entrevista a Valentina, usuaria, abril de 2014).

Los documentos producidos en el marco de la atención obstétrica condensan una mirada técnico-burocrática de las vidas de estas mujeres y sus hijos/as enmarcada en valores propios de la ciencia moderna: racionalidad, objetividad, inteligencia, dominio y control de la naturaleza (Gordon, 1988). La ciencia propone una forma de comprender el mundo, pero en este caso particular la atención obstétrica se legitima no sólo sobre la base de argumentos técnico-científicos, ya que, en su práctica, además, se halla implicado un imperativo moral. En las historias clínicas vimos que se registran tanto *signos clínicos* como el actuar de estas mujeres de acuerdo con ciertas expectativas.

Ahora bien, si nos detenemos en el carácter en parte performativo del registro, si nos preguntamos por estas prácticas rutinarias en tanto creadoras del dispositivo de atención obstétrica, podemos sugerir que un marco moral compartido clasifica, a la vez que orienta, la acción (Fassin 2003, Corrigan y Sayer 2007). En línea con ello Laura Rodríguez y Germán Soprano retoman a Raymond Williams para preguntarse si es pertinente describir a estos actores estatales en tanto profesionales o intelectuales: “entender a los intelectuales como “productores culturales” (...) comprende a los numerosos tipos de trabajadores intelectuales que están instalados en las instituciones (...) y que “están claramente implicados por este hecho, no sólo en sus prácticas directas, sino también en la producción y reproducción del orden social y cultural” (Rodríguez y Soprano, 2018:24). Considerar como susceptible de ser documentado si la mujer-madre “limpia y cuida a su bebé” es un

abordaje en sí mismo que no sólo orienta el acto de qué se observa, qué se registra y quién lo hace. Esta mirada interpretativa, es también, inevitablemente política (Fonseca y Cardarello 2005). La práctica de registrar estos actos no constituye una mera observación, sino que implica una serie de expectativas –a veces subyacentes– que instan a que esa realidad deseada se materialice, al menos, ante la mirada de quién toma nota. En el siguiente apartado, nos detendremos en algunos desencuentros entre estas expectativas mutuas que interactúan en este contexto particular.

Expectativas desencontradas

Los *cursos de preparación para el parto* son parte de las instancias propuestas en el Servicio para asistir y acompañar a las mujeres embarazadas, a cargo de un grupo de obstétricas residentes. Particularmente un día se desencadenó una discusión al momento del cierre. Este suceso, y algunas conversaciones en días posteriores con Leila (usuaria del Servicio) se convirtieron en un detonante que me permitió vincular conceptualmente una serie de acontecimientos.

Elena dice que por ahora no pueden internarse en el hospital, y que cuando estén en trabajo de parto van a tener que ir a otro: - De acá a veinte días la neonatología está cerrada.

Leila: - ¿Cuándo van a abrirla?

Elena: - No sabemos.

Leila:[visiblemente angustiada, le caen lágrimas]: -Teníamos todo programado, vivimos a siete cuadras, queríamos que nos toques vos o alguna de las otras chicas que conocimos en el curso...

Su pareja interviene: - La institución nos dejó a la deriva.

[Leila y su pareja asistieron al curso durante más de cuatro encuentros. Siempre participando activamente y, según mi interpretación, cumpliendo con todo lo que se le demanda a una mujer embarazada: Asistir a los controles en consultorio, hacerse los estudios que se le solicitan, ir al curso de preparación para el parto...].

Elena: - No es así, no los dejamos a la deriva, pueden ir a otro hospital [me llama la atención como asumió el lugar que ella representa, el de “la institución”]. En este momento la neonatología está cerrada, tiene un problema muy grave. Y nosotros no podemos internarlas a ustedes porque cuando llegan con trabajo de parto tienen que tener una cama asegurada en la neo. Porque la realidad es que hasta que el bebé no sale, no sabemos si todo está bien.

Leila: - Ya estamos en fecha” [probable de parto] ¿Hasta cuándo se espera?

Elena: - Hasta la semana cuarenta y uno, y ahí se te programa la internación para inducir el parto.

Leila: - Queremos que sea con la Ley de parto humanizado, que él [su pareja] pueda entrar, por eso estábamos tranquilos acá que las conocíamos a ustedes y que eso iba a estar [llora].

Elena: - Quedate tranquila que en todos los hospitales tiene que ser así. Exigilo, que te acompañen.

Leila: - Me gustaría saber dónde puedo ir.

Elena: -Yo no te puedo recomendar un lugar porque tal vez tenemos otra percepción y no tengas una experiencia como esperabas.

Leila cuenta que fueron a dos hospitales además de este (los nombra), y que en uno no le gustó: - Ni ediliciamente, ni la atención de un médico que mintió para hacerme una ecografía.

Elena: - Bueno, ves, por ejemplo, yo trabajé en ese hospital y para mí el equipo de parteras es excelente, por eso te digo que es muy personal. (Le nombra varios hospitales) (...)

Leila insiste, quiere que le recomienden un hospital puntualmente (Registro, abril de 2014).

Leila comentó después que se sentía: “Super decepcionada, hice todo lo que me pidieron y no están respondiendo como esperaba. No me siento acompañada”. Un sinnúmero de estas experiencias de desencuentro se desarrolla en contexto hospitalario. Experiencias que, sin duda, se hallan atravesadas por una serie de respuestas que podemos ver en acción en el marco de la atención médica y que se constituyen en una fuente significativa de sentidos. Estas situaciones nos sugieren algunas dificultades para establecer una relación entre lo que algunas mujeres usuarias experimentan, y las respuestas institucionales con las que se encuentran (Cortés, 1997). Que los parámetros interpretativos y explicativos médicos se hayan consolidado en tanto hegemónicos (Menéndez 1990, Camargo 2005), no anula la posibilidad de que sean resistidos, limitados, alterados, desafiados (Williams, 2000). Valentina (que había parido recientemente) ponía en cuestión esto cuando reflexionaba sobre su propia experiencia en el Hospital: atravesada por un persistente sentimiento de soledad durante el nacimiento de su hija.

Valentina: - Tenía otras expectativas (...) Pensé que iba a ser diferente (...) por más que yo sabía que no iba a ser lo que yo realmente quería, no me imaginé que iba a ser tan [énfasis] así como fue. O sea, pensé que iba a ser un poco más cálido (...) estaba sola, sola, y a él [Mati, su pareja]... tenías que tocar la puerta, te iba a atender alguien si tenía ganas, no podía preguntar cómo estaba yo (...) Antes de que se vaya yo le dije, bueno traeme un agua; porque ahí no había nada. Y... él para entrar el agua como que abrió la puerta y pasó porque ¡no lo atendía nadie! (...) y lo cagaron a pedos a otro pibe que también [risas] como que justo se asomó ahí como para mandarse (...) fue re feo, porque él me dejó el bolsito ahí... Y eso la verdad que me parece un horror. Me parece que tendría que tener un acompañante cada chica que esté ahí (...) En un momento, se me rompió la bolsa y me mojé toda y tuve que pedir a los gritos que me trajeran sábanas, porque no había. Me quería cambiar la bombacha, quería secarme. Cuando vino una y me trajo una sábana me dijo ¿pero no te

pusieron apósito? Y no, no me habían puesto nada. Después tenía frío, y algo me consiguieron, pero no había nada (...) Con Mati nos mandábamos mensajitos, pero yo respondía como podía (...) fueron seis horas... sí, o cinco. (...) estuvo ahí él afuera, se quedó dormido arriba de una silla (...) La verdad que una cagada. (...) no es sólo por recursos que faltan. Porque, ponele, no había sábanas, pero no sé si era lo más importante (Entrevista a Valentina, abril de 2014).

Ahora bien, “una hegemonía dada es siempre un proceso (...) un complejo efectivo de experiencias, relaciones y actividades que tiene límites y presiones específicas y cambiantes” (Williams, 2000: 134). Si la hegemonía supone continuamente un proceso activo de incorporación de significados a una cultura y un orden social concreto, hasta aquí analizamos un conjunto de prácticas que contribuyen a la construcción de la maternidad. Mucho de ello se ha conceptualizado en los últimos años en tanto *violencia obstétrica*. Impulsada por el movimiento feminista, esta noción ha logrado organizar conceptualmente una serie de sucesos que habitualmente las mujeres sufren durante su embarazo, parto y posparto⁶².

Sumado a ello, y para nada menor, es pertinente recordar que el sistema sanitario del que este Servicio forma parte, se caracteriza por su heterogeneidad y fragmentación estructural, profundamente marcada por la variedad de actores (usualmente superpuestos) que brindan atención sanitaria: El Estado, las obras sociales, las prepagas. Sobre esta estructura, además, operan estas estrategias y apropiaciones subjetivas que presento aquí. Sin embargo, a pesar de todas estas dificultades, en nuestro país continúa funcionando un sistema de salud gratuito y de calidad. Estas expectativas se construyen, también, sobre estas maneras posibles de transitar el embarazo, el parto y el posparto, insertas en un sistema sanitario atravesado por desigualdades de clase que se expresan, también, en el acceso diferencial a la salud. Con el fin de comprender con profundidad cómo se desarrollan estas experiencias, en el siguiente apartado retomaré la descripción de este conjunto de rutinas que, propongo, son a la vez constitutivas de la materialidad de la atención obstétrica y creadoras de nuevas iniciativas destinadas a intervenir en el campo.

⁶² Parte de estas demandas se cristalizan en su inclusión en tanto categoría específica de violencia en la Ley 26485 de 2009. Se sugiere su consulta y la de la Ley 25929 de 2004. Disponibles en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=98805>

Procesos de producción de datos

El registro escrito de un conjunto de datos forma parte de las tareas cotidianas de las/os trabajadoras/as del Hospital. El sistema de administración sanitaria tiene rutinas, circuitos y trámites que, a la vez que implican dedicación de los/as trabajadoras/as pueden ser leídas como instancias en las cuales los derechos de salud de las personas se operacionalizan. El Servicio de Obstetricia, además, tiene la particularidad de participar directamente en la producción de información sobre los nacimientos; dato que integra las estadísticas vitales⁶³ del país. Desde hace décadas, la estadística se ha consolidado como herramienta de gobierno fundamental de las burocracias estatales. A partir de la segunda mitad del siglo XX, esta metodología se instaló como instrumento indiscutido de diagnóstico e insumo de planeamiento sanitario, hasta ocupar un papel central en la producción de información para la administración gubernamental (Daniel 2012, Biernat y Ramacciotti 2017).

La Dirección de Estadísticas e Información en Salud, dependiente de la actual Secretaría de gobierno de Salud (hasta 2018, ministerio nacional), publica anualmente las “Estadísticas vitales”, información consolidada relativa a los llamados “hechos vitales”: nacimientos, defunciones, defunciones fetales y matrimonios. En el último anuario publicado (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018) se describe la construcción de estos datos de la siguiente manera:

Nivel local: El personal de salud de los establecimientos certifica los hechos y capta los datos básicos a partir de los instrumentos de recolección de datos normatizados. Los registros civiles y sus delegaciones inscriben y registran legalmente los hechos vitales. (...) Nivel jurisdiccional: Las unidades de Estadísticas Vitales y de Salud de las jurisdicciones (...) realizan la recepción, el control, la codificación, el ingreso y la elaboración de los datos, suministrando anualmente los archivos al nivel nacional. Nivel nacional: La DEIS, como responsable del Sistema Estadístico de Salud (SES), es la encargada de elaborar las estadísticas sobre hechos vitales para el total del país. También interviene en la normatización de todos los procesos que hacen a la

⁶³ <http://www.deis.msal.gov.ar/>

producción de información. Asimismo publica y difunde información de interés nacional, teniendo en cuenta recomendaciones internacionales (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2018: 11).

Es numerosa la cantidad de documentos que se crea en el contexto de la atención es avasallante. Algunos de ellos son: historia clínica, carnet perinatal, constancia de embarazo, certificado de nacimiento, formularios de asignaciones familiares, libro de partos, libro de sala; entre otros. La presencia de documentos, papeles, cartones, formularios, carpetas, y otros tipos de registros escritos se evidencia en todos y cada uno de los espacios del servicio por los que transité (Sala de internación, guardia, consultorios). A su vez, el tiempo relativo que estas trabajadoras destinaban a mantener actualizado este registro es destacable en relación con el que dedicaban a la interacción directa con las mujeres a las que asisten.

Me senté en la mesa (...) Estaban hablando de números, medicaciones y escribiendo (...) Cada una tenía una carpeta y escribían en hojas pre-impresas. Al lado de la mesa dónde estaban sentadas hay pilas de estas hojas, son como talonarios que dicen “epicrisis”, “enfermería”, “evolución” y otros más (Registro, enero de 2014).

- ¡Cómo escriben ustedes! me impresiona el tiempo que pasan completando formularios.

- ¿Viste? Uno se imagina que las parteras estamos siempre haciendo partos, pero no. Está bueno que veas que estas también son nuestras tareas (Registro, noviembre de 2014).

El Estado materializa definiciones que son mucho más que conceptualizaciones discursivas, ya que, al manifestarse en normativas, decisiones judiciales, registros, títulos las maneras de precisar y registrar se constituyen en una parte destacable de las condiciones de existencia posibles (Corrigan y Sayer, 2007). Sin embargo, el abordaje etnográfico nos enfrenta con un contexto de producción de documentos vivido, en el que emerge el rol activo que juegan estos sujetos dotados de autoridad estatal. En el que se ponen de manifiesto las disputas que atraviesan su tarea y cómo dirimen qué se registra, qué se escribe, qué se guarda y con qué sentido (Da Silva Catela 2002). Veamos entonces cómo se resuelven algunas de estas dificultades cotidianas a la hora de registrar datos relativos a la atención:

Mariel (obstétrica residente) me señala “los datos confiables” del formulario del SIP⁶⁴: Nombre, apellido, domicilio, localidad, fecha, edad y hora de nacimiento, peso del /la recién nacido/, talla, sexo. El resto de los

⁶⁴ Sistema informático perinatal. Se recomienda la lectura del último informe (2018) disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001376cnt-anuario-sip-2017.pdf>

campos pueden estar incompletos, aunque “la orden” en el servicio es que se completen todos. Los grupos de datos “fiables” y lo que son “chamuyo” (en palabras de Mariel) están precisamente delimitados y son, por un lado, los que se registraron durante el proceso de atención a esa mujer y su hijo/a, por el otro; los que pueden dejarse librados a la estrategia que el operador que carga esta información en la base de datos determine. En este caso, Mariel me explica que cuando se encuentra con datos que nadie relevó durante la interacción con la mujer (que al cargar el SIP ya fue dada de alta) recurre a algunas inferencias como, por ejemplo: “Tiene sólo primario completo, entonces pongo embarazo no deseado y que fracasó con las pastillas, pero a veces no sé cómo completar algo y no pongo nada, sólo que nos cagan a pedos. Y si no le preguntaron a la señora en su momento y no lo anotaron en la historia clínica, es muy difícil” (Registro, noviembre de 2014).

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del parto																					
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		casado unión estable soltero otro vivió sola		Lugar del parto		Lugar del parto																					
DOMICILIO LOCALIDAD TELEF.				EDAD (años)																															
FAMILIARES PERSONALES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR				EMBARAZO PLANEADO				FRACASO METODO ANTICONCEP.																			
TBC, diabetes, hipertensión, pre-eclampsia, eclampsia, etc. cond. medica grave				gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, vivien				dia mes año, menos de 1 año				no, si				no, si																			
ULTIMO PREVIO				3 report. consecutivos				partos, cesáreas, nacidos muertos				muertos 1° sem., después 1° sem.				no, si																			
EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.				FUM ACT, FUM PAS, DROGAS, ALCOHOL, VIOLENCIA, ANTIRUBEOLA, ANTITETANICA, EX. NORMAL																															
CERVIX (insp. visual), PAP, COLP.				TOXOPLASMOISIS <20sem IgG, >20sem IgG, 1° consulta IgM				Hb <20 sem, <11.0 g/dl				Fe/FOLATOS indicados, Fe, Folicos				SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento																			
HEPATITIS B, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS				VIH, ESTREPTOCOCCO B 35-37 semanas, PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA																															
CONSULTAS ANTEMIALES				signos de alarma, exámenes, tratamientos																															
PARTO ABORTO				HOSPITALIZ. en EMBARAZO				CORTICOIDES ANTEMIALES				INICIO espontáneo				ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO				EDAD GEST. al parto				PRESENTACION SITUACION				TAMAO FETAL ACORDE				ACOMPANANTE T.O.P.			
FECHA DE INGRESO, CONSULTAS PRE-NATALES				completo, incompleto, ninguna				semana inicio, cesar. anest.				no, si				hora, min				semanas, días				cefálica, pelviana, transversa				partera, familiar, otro, ninguno							
CARNÉ				hora, min, posición de la madre, PA, pulso, cont./10' dilatación, altura present, variedad posic., meconio, FCFlopp				HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, neuropatía, diabetes				infecc. ocular, infecc. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., rotura prem. de membranas, anemia, VIH+				1° trim., 2° trim., 3° trim., postparto, infección puerperal, notas																			
NACIMIENTO VIVO				hora, min, día, mes, año				MULTIPLE óvulos				TERMINACION espont., fórceps, cesárea, otra				INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO				INDUC. OPER.															
POSICION PARTO				DESGARROS Grado (1 a 4)				OCITOCICOS prealambri, postalambri				PLACENTA completa, retenida				LIGADURA CORDON precoz				ocitocico en U.P., antibiot., analgesia, anest. local, anest. ropen., anest. gral., transfusión, sulfato de Mg preparto, ecdriol, otros (biodrog. medic. 1, medic. 2)				ATENDIO medico, obst. ent. auxil. estad. empir. otro				Nombre							
RECIEN NACIDO				P. CEFALICO cm, EDAD GESTACIONAL, PESO AL NACER, LONGITUD cm, SEXO				APGAR (1m), (5m), estimulac. en U.P., máscara oxigeno, masaje tubo				FALLECE en LUGAR de PARTO				REFERIDO a: neon. otro con, long. hosp.				MECONIO 1° día				PUERPERIO											
DEFECTOS CONGENTOS				TAMIZAJE NEONATAL				AUDIC. Chagas, Bilirub, Toco IgM				METABOLICAS realizado				Antirubeola post parto, yglobulina anti D				ANTICONCEPCION															
EGRESO RN				EDAD AL EGRESO, ALIMENTO AL ALTA, BCG, HEPATITIS B, PESO AL EGRESO				EGRESO MATERNO				Método elegido: DIU post-evento, IUD natural, DIU hormonal, otro, ninguno																							

Figura 2: Historia Clínica Perinatal. Fuente: Hospital A. P. (noviembre de 2014).

Los dispositivos de atención obstétrica, en tanto política pública, inevitablemente se apoyan sobre las estrategias cotidianas de estos actores que los adaptan a la vida material. En base a ellas podemos indagar en las maneras en que se generan *documentos oficiales*. Estos registros son el sustrato no sólo de estadísticas sino de potenciales registros legales en

caso de judicialización. Este aspecto no es menor en este campo de intervención, y es una cuestión a la que las trabajadoras hacen referencia explícita al momento de definir estas producciones (puntualmente, en el caso de historias clínicas). En este sentido el aporte particular de la etnografía invita a repensar la forzada escisión conceptual entre datos cuantitativos, hiper valorados en su condición de *duros*, y los de carácter cualitativo. Los procesos de producción de estos datos se hallan encarnados por sujetos, siempre situados en contextos complejos. Sujetos que adaptan la práctica de registrar a sus necesidades, intereses y posibilidades⁶⁵.

Vuelve Mariel, Evelina se acuesta y Mariel dice:- Enorme la panza. Se la mide. Agarra el cartón celeste para anotar y me dice:- La última vez no le anotaron la altura uterina, alguien quiso resguardarse.

- [no entendí que quiso decir] ¿Por qué?

- Porque lo normal es 33 y está en 39 [cm] (Registro, junio de 2014).

Emilia volvió con una carpeta. Cecilia la abrió, estaba llena de resultados de estudios [era de una chica que estaba en la sala de espera]. Emilia volvió a salir y trajo el carnet amarillo [que queda en el hospital]. Cecilia fue revisando y leyendo la mayoría de los papeles. En un momento le dijo a Emilia que no tenía la primera ecografía

- ¿Qué hacemos? ¿Fecha por FUM o por eco? Porque está de 39.5 [semanas].

- Y, más vale que sobre... [Se refiere a tomar como referencia el cálculo que le adjudique menos semanas de embarazo] (Registro, enero de 2015).

Querer resguardarse implica, en este caso, reconocer que estos sujetos tienen cierto margen de expansión de los límites de un diagnóstico y de las intervenciones posteriores que este implicaría. Estas situaciones nos muestran los márgenes, restrictivos y creativos a la vez, en los que estos procesos de atención se desarrollan. Inevitablemente los sujetos los hacen suyos. Gracias a la noción de apropiación podemos pensar en una relación activa

⁶⁵ Didier Fassin ha analizado el desarrollo de una política inmigratoria en Francia, deteniéndose fundamentalmente en la noción de que *es el cuerpo el que da derecho*. En línea con ello describe el rol que juegan los agentes estatales en los procesos de aprobación de ciertas demandas: “aunque los criterios sean enunciados y los protocolos definidos, las condiciones de arbitraje por la comisión de atribución, de un lado, y por el médico inspector, del otro lado, dejan una parte importante a la interpretación personal de los agentes quienes a fin de cuentas toman la decisión “por alma y conciencia propia”. La individualización es en efecto la nueva palabra de orden de las políticas públicas, las cuales, inscribiéndose siempre en el referente relativamente amplio que propone el Estado, retoman una posición en la puesta en práctica de una justicia local que se esfuerza por tomar en cuenta los elementos singulares de cada historia y cada caso” (Fassin 2003: 63).

entre la agencia subjetiva y la variedad de recursos culturales disponibles. La capacidad innovadora de los sujetos se desarrolla en un marco de constricciones culturales, generando siempre resultados únicos (Rockwell, 2011). Es en línea con ello que Sofía (residente obstétrica), realizaba una encuesta en el consultorio que interpretaba desde sus propios saberes y supuestos acerca de cuándo o quiénes pueden desear la maternidad:

En el consultorio Sofía le pregunta a Ariana (que está embarazada):

- ¿Tenés colegio completo?
- No, último año
- ¿Dejaste?
- No, sólo que tengo que terminar el último año
- ¿Pero dejaste en el embarazo?
- Sí
- ¿Por incomodidad?
- Sólo que el último tiempo no pude terminar
- ¿Por incomodidad?
- Bueno... porque no pude terminar
- ¿Estás de novia?
- Sí, en pareja, hace tres años
- ¿Y con quién vivís?
- Con él
- ¿Se cuidaban?
- Sí
- ¿Cómo?
- Con condón y pastilla del día siguiente
- ¿Sabías lo que eran los métodos anticonceptivos?
- Sí
- ¿Quién te contó?
- Mi mamá
- Y el embarazo no fue buscado ¿no? [presupone]
- Sí [sí, fue buscado, Sofía interpreta que sí no fue buscado]
- ¿Perdiste algún otro embarazo?
- Sí, de un mes, me dijeron que no agarró
- ¿Y cuándo te enteraste de este embarazo qué hiciste?
- Estábamos felices, los dos queríamos
- Ah! Entonces ¡sí fue buscado!
- Sí, los dos queríamos

- ¿Tuviste miedo?
- No
- ¿No tuviste miedo? [insiste]
- No
- ¿A quién le contaste?
- Mi mamá y mi papá
- ¿Y qué te dijeron?
- Me dieron todo su apoyo (Registro, enero de 2014).

Sofía me contaba después qué era ese cuestionario, estaba “ayudando a una médica con algo de embarazo adolescente”, le habían pedido que hiciera algunas encuestas y “en unos días las vienen a buscar”. Lo que vemos en esta situación, así como en otras que fui presentando en este apartado, es que en toda la cadena de producción de datos participan sujetos que en alguna medida los reinterpretan, apropiándose de esos procesos de creación: Desde una trabajadora que mide el tamaño del útero y decide no anotararlo en el carnet porque está excedido de los parámetros de *normalidad*, pasando por las sucesivas cadenas de interpretaciones que implican todos los estudios complementarios, hasta la configuración de bases de datos nacionales y regionales sobre las que se fundamentan (aunque por supuesto, no únicamente) una variedad de políticas públicas.

Como ya mencioné, los documentos producidos en este contexto condensan una mirada restringida de las vidas de estas mujeres y sus hijos/as. Pero la práctica desborda estas conceptualizaciones, y en las rutinas cotidianas vemos como lo técnico se desdibuja, dando lugar a los diminutivos para nombrar lo que se toca, lo que se huele, lo que se mira. Todo ello se registra con tecnicismos precisos, con lenguaje estandarizado, mediciones aceptables, a veces en casilleros predeterminados. De estos agentes dependen las adaptaciones necesarias para hacer encajar un mundo en el otro. Y es en ese ejercicio donde se ponen en acción las interpretaciones, mediaciones y negociaciones subjetivas. Intersticios por los que se cuelan las experiencias de todos estos sujetos que le dan vida a los procesos de atención.

Reflexiones finales

En base a una investigación desarrollada en un Servicio de obstetricia de un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires, al que considero un contexto constituido por políticas públicas sanitarias, realizamos un breve recorrido por un conjunto de prácticas rutinarias encarnadas en sujetos que, propongo, constituyen la cotidianidad de la atención de manera única y en transformación permanente. Estas prácticas de atención crean sentidos, marcos de interpretación posibles para la experiencia de haber parido recientemente. Dado que parto de la noción de atención obstétrica como política pública, la considero resultado de un proceso histórico de negociaciones, disputas y demandas que, por supuesto, continúa vigente. Esto significa que estas políticas se producen en el día a día. Por ello es que el abordaje etnográfico fue elegido: para dar cuenta de la atención situada en la vida cotidiana. Es así que, en este capítulo y en el anterior, vimos cómo estos procesos de atención se encuentran atravesados por conceptualizaciones científicas, intereses profesionales, demandas y expectativas morales. En un contexto signado, además, por relaciones desiguales de género y de clase.

Considerando todo ello, el aporte de este capítulo consistió en describir las estrategias que estos *sujetos que atienden*, en tanto agentes estatales, ponen en acción cotidianamente. Sin desconocer que esto produce y contribuye a actualizar sentidos socioculturales acerca de la sexualidad, la maternidad y la experiencia corporizada. Para aproximarme a ello, describí también algunas *expectativas desencontradas* entre las mujeres que están embarazadas o han parido recientemente y estas trabajadoras de la salud. Sin embargo, el objetivo general de esta Tesis ha sido dar cuenta de estos procesos de atención desplegados en un contexto hospitalario particular, y por ello también he centrado mi análisis en la comprensión de las maneras en que se desarrolla la atención antes que en las experiencias de las mujeres a quienes se destina.

A partir de esta primera aproximación, me pregunto por las experiencias posibles en un marco configurado por una serie de prácticas prescriptivas sobre las vidas de estas mujeres y, de la mano de ello, en cómo esto se traduce en procesos de producción de información que pueden dar lugar a la creación de nuevas iniciativas estatales. Estos cuidados desplegados en el hospital sin duda generan instancias a partir de las cuáles estas mujeres experimentan la *maternidad inminente o reciente*. Pero, como he señalado, esta

línea no ha sido desarrollada en profundidad y genera preguntas que de ninguna manera pretendo haber agotado aquí, y que ameritan futuras líneas de indagación.

Conclusiones

En esta investigación contribuimos al conocimiento de procesos de atención obstétrica contemporáneos desde una perspectiva etnográfica. La propuesta consistió en describir y analizar las maneras en que se desarrolla cotidianamente la atención con énfasis particular en el *puerperio*, para dar cuenta de su construcción en tanto objeto de intervención médica en un Hospital General de Agudos de la Ciudad de Buenos Aires durante el período 2013-2015. Para ello incorporamos al análisis un conjunto de elementos que resultaron centrales en la comprensión de esos procesos.

Como primera aproximación, describimos la creación conceptual del posparto en tanto evento descrito desde una mirada médica. El posparto es definido en términos *fisiológicos y naturales* en base a una centralidad otorgada al útero, y al rol que juega durante la gestación, que se hace extensiva hasta el punto de opacar otros fenómenos coexistentes. La noción de *involución* que se propone como sinónimo de *puerperio*, sintetiza la conceptualización del posparto como objeto médico, priorizando para ello la exaltación de ciertos procesos por sobre otros, guiando la percepción y proponiendo pautas operativas para su intervención.

El posparto es presentado por estos discursos médicos como un fenómeno *fisiológico*, sin embargo, se advierte que puede devenir *patológico* si no son puestas en acción un conjunto de estrategias explícitamente definidas: *vigilancia, control e instrucción*. La *prevención de enfermedades* se percibe como un beneficio para los hijos/as de estas mujeres que son definidas en tanto *madres*. La atención obstétrica se asienta sobre un aval moral que excede el campo de intervención médica, ya que se propone como modelo legítimo de asistencia y a la vez se presenta como fruto de una cierta neutralidad científica. A su vez, la *promoción de la lactancia* ocupa un espacio central en esta conceptualización del *puerperio*. En base a ello se refuerzan las pautas de educación a la mujer; lo que tensiona aún más la supuesta *naturaleza* del fenómeno y, a la vez, exalta las necesidades de la criatura (de las cuales la Medicina, se constituye como intérprete).

A pesar de ello, vimos que, en estas mismas fuentes, estas explicaciones desbordan la propuesta unívoca de *involución*. Los esfuerzos conceptuales por desplazar estos fenómenos a un área de exclusividad biológica, escindida de otros aspectos de la

experiencia, entran en tensión cuando la Medicina se presenta a sí misma como encargada legítima de intervenir, de controlar, de educar en sucesos que, a la vez, son construidos como *naturales*. La necesidad de pautar la vuelta a *las tareas habituales*, al *reinicio* de la vida sexual, a la *vida normal* nos muestra que esas transformaciones nunca son sólo *biológicas*. A partir de esta construcción se fundamenta la intervención médica en este momento de la vida. La descripción de todas las transformaciones que ocurren en el cuerpo gestante son definidas en tanto *fisiológicas*, pero a la vez son abordadas en términos de una preparación coordinada y lineal cuyo único fin, al menos en términos discursivos, es la maternidad.

En base a este ejercicio descriptivo del proceso embarazo, parto, puerperio, que observamos primero en un plano teórico, y posteriormente como parte de las rutinas de atención, sugiero⁶⁶ que la *maternalización* no sólo se despliega a través de políticas que tienen por destinatarias a las mujeres, sino que es constitutiva de la propia producción de saberes médicos. Esto es, la Medicina en tanto producto cultural, no sólo ha participado activamente de la construcción histórica de las mujeres en tanto madres, sino que sus maneras de interpretar los cuerpos son también el resultado de una idea de maternidad como ordenador y encauce por excelencia de estos sucesos.

Esta conceptualización es el puntapié inicial que conduce a preguntarnos cómo se materializa la atención en prácticas concretas y en un contexto particular. En base al Capítulo I, comenzamos a percibir que el *puerperio* no pareciera ser un objeto de interés en términos médicos. En relación con ello, y con la legitimidad de la profesión médica en tanto gestora del *riesgo* (Camargo, 2005) se establecen los vínculos laborales con otro grupo de profesionales, en este caso, las obstétricas. Es así como nos encontramos con la organización del Servicio de obstetricia que distribuye tareas de acuerdo a esta escisión conceptual (aunque, como vimos, difusa permeable y en disputa permanente) entre lo *normal* y lo *patológico*.

Las obstétricas y las médicas *residentes* implementan las tareas destinadas al *puerperio*, un objeto médico definido como *fisiológico* (límite construido históricamente respecto de las incumbencias de las parteras). Las enfermeras, además, estarán a cargo de gran parte de los controles a las mujeres que han parido y permanecen internadas. Las

⁶⁶ En línea con numerosos antecedentes, entre los que destaco especialmente a Emily Martin (1992).

tareas ligadas a los cuidados son científicamente subestimadas y son precisamente las que se delegan a estas mujeres profesionales. A pesar de ello, esta relación desigual se desafía cotidianamente. Emergen así disputas por la construcción de un campo de intervención profesional entre médicos/as y obstétricas. Esto impacta directamente en el acceso a recursos materiales, pero también, y fundamentalmente, en la producción de saberes y otros recursos cognitivos. Con ello me refiero a que la elaboración de protocolos, pautas de atención y criterios de clasificación son tareas en las que las obstétricas no participan. Sin embargo, como vimos en el Capítulo II, esto no impide que los criterios que se fundamentan en protocolos y otros saberes, no sean objeto de cuestionamiento, reapropiación o incluso, que sean ser abiertamente desafiados. La descripción de estas prácticas nos conduce al siguiente Capítulo.

El análisis de estas prácticas cotidianas nos conduce al último eje de esta investigación. Ya que, a partir de preguntarnos cómo se producen estos márgenes de acción y apropiación, llegamos a describir rutinas de atención y a comprender a este conjunto de *sujetos que atienden* en tanto agentes dotados de autoridad estatal que, a través de determinadas estrategias construyen, en el día a día, esta política pública de atención obstétrica. Una de las nociones centrales que orientaron las primeras preguntas de esta investigación estaba estrechamente ligada con el rol que ha jugado la Medicina durante las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX dentro de un conjunto más amplio de *políticas de maternidad* (Nari, 2004). El abordaje etnográfico nos enfrenta con un contexto de políticas públicas vivido. Esto es, con sujetos particulares que adaptan estos objetivos planteados en términos de *bien común* a sus posibilidades y expectativas, en un ejercicio de soberanía que es desarrollado por y para sujetos. Esto nos distancia de las descripciones del Estado entendido como un todo uniforme y persiguiendo fines unívocos. Y, a la vez, nos muestra una tensión sostenida entre continuidad y cambio. Las políticas sanitarias materno-infantiles tienen una larga trayectoria histórica en nuestro país, y sin embargo se encuentran en proceso de creación (esto es, también, de transformación) permanente.

Por otro lado, detenernos en algunas de estas rutinas nos ha permitido adentrarnos en un mundo de producción de sentidos. Es decir, si asumimos que los procesos de atención son hechos sociales, porque más allá de ciertas particularidades técnicas se insertan siempre en un entramado sociocultural que les otorga sentido, a partir de ello nos preguntamos

¿Cuáles son esos sentidos posibles acerca del posparto en particular? ¿Qué vínculos observamos con otros, subsidiarios de estos, referidos a la maternidad y la sexualidad? De entre las rutinas cotidianas de atención, las intervenciones sensoriales sobre el cuerpo emergen con intensidad. De la mano de ello, se hacen presentes maneras de nombrar, de verbalizar; pero también de tocar y oler. Estas interacciones son organizadas sobre la base de una jerarquización de los datos que se esperan obtener de estas instancias específicas definidas en tanto *clínicas*. Ello configura con fuerza las interacciones, lo que genera espacios en los que se prioriza cierta información en desmedro de otra. Una vez más, esto no implica que las mujeres embarazadas o que han parido recientemente no intenten, a través de estrategias diversas, apropiarse de esos espacios preconfigurados; manifestando expectativas, deseos, emociones. En base a esta organización de las interacciones nos preguntamos por el lugar que ocupa la producción de documentos. A partir de analizar este proceso particular en el marco de la atención, sugerimos que el registro escrito podría no sólo describir prácticas, sino que en cierta medida, contribuye a crearlas. Ya que, como vimos en el Capítulo III, la centralidad otorgada a la documentación de los actos, les otorga a estos cierta jerarquía por sobre otros emergentes.

Estas rutinas participan activamente de la creación de sentidos disponibles acerca de las experiencias corporizadas, de las vivencias de haber parido, de maneras de percibir la corporalidad y la sexualidad. Las conceptualizaciones médicas se presentan como fuente de interpretaciones y sentidos de la vida social. En línea con ello, la maternidad aparece en estas producciones hospitalarias fuertemente ligada a expectativas morales acerca de lo que se considera una *madre apta*. Y se manifiesta en un ideal maternal (muchas veces implícito) que requiere del *control* y la *vigilancia* no sólo del estado de salud de la *madre*, sino también de su *performance* en los cuidados que se espera destine al/la recién nacido/a. En base ello conocimos algunas experiencias posibles en un contexto delineado por un conjunto de prácticas prescriptivas y en cómo esto se traduce en procesos de producción de información de las que se nutren a su vez otras políticas públicas (contemporáneas o futuras).

La organización de los capítulos de esta Tesis, en cierta medida obedece a mis propios niveles de inmersión en el campo. Quizás reconstruir brevemente ese recorrido (que en la vida real llevó cerca de 6 años) no esté de más a modo de cierre. Mi

aproximación inicial al problema fue conceptual. Esto es, empezó a despertarme interés una relativa vacancia de antecedentes en Antropología que abordaran específicamente al *puerperio* y, en base a ello, intenté describir cómo se realizaba esta construcción en términos médicos. A su vez, este primer trabajo fue una manera de sentir que “me ponía en tema” con la terminología que, suponía, iba a tener que conocer o manejar mínimamente para interactuar en el contexto hospitalario.

Pero mi participación en actividades cotidianas del Servicio de obstetricia implicó detenerme en una serie de emergentes a los que no hubiera podido anticiparme. El primero de ellos, que fue analizado en el Capítulo II, es sin duda la delimitación de lo *normal* respecto a lo *patológico* y su vínculo constitutivo de relaciones posibles entre conjuntos de profesionales que ejercen en (y se disputan) los mismos espacios e incumbencias solapadas. Esta inserción en un mundo habitado por sujetos concretos, con intereses explícitos, fue el recurso sobre el que pude empezar a ensayar una comprensión del funcionamiento institucional estatal. Y lo que a la vez me empuja hacia afuera de una mirada conceptual, incluso más ligada a lo normativo, desde la que había planteado (o imaginado) inicialmente el problema. Una vez que los datos comienzan a ser construidos no sólo desde mi perspectiva, sino en diálogo con estos actores que son quiénes experimentan estas políticas y las producen, las transforman y las adaptan a sus propios intereses y posibilidades; puedo decir que la experiencia etnográfica transformó el rumbo de este trabajo.

En el Capítulo III entonces, partiendo ya de considerar a la atención como política pública, describí algunas maneras en las que el Estado identifica sujetos, define problemas e intervenciones posibles. Ahora bien, al abordar este ejercicio de autoridad estatal no desde un nivel de enunciación, sino desde un plano operativo; puedo sugerir que este no es vertical ni unívoco, sino que el Estado se materializa a través de este conjunto de prácticas cotidianas encarnadas por agentes que redefinen cotidianamente ciertas maneras de identificar y de establecer problemas y soluciones a fenómenos particulares.

Aun así creo que estos dos abordajes fueron limitaciones propias de una etapa de anticipación de sentido. Cerrando este trabajo quisiera destacar que finalmente ambos confluyen. Conocer la atención cotidiana es la puerta de entrada necesaria para entender cómo se producen los saberes médicos. Creo que hay una gran relación por explorar si reconocemos la centralidad del *aprender haciendo* y la experimentación con los cuerpos

(ambos cuerpos, de quién atiende y de quién está siendo asistida, y a pesar de que se trate de una relación desigual). Los saberes médicos se han producido y producen, por excelencia, en estos contextos, se nutren de estas dinámicas, de estas rutinas. Entonces el dato que se así se obtiene, nunca es un dato descontextualizado. El dato no son sólo los indicadores o la foto del *caso*. Requiere, además, de un ejercicio deliberado que lo escinda de estos contextos particulares, de estos cuerpos, de esas experiencias. El dato se extrae de estos cuerpos que atraviesan estos procesos de atención en estas circunstancias. Exploramos inicialmente esta línea en la producción cotidiana de documentos en el Capítulo III, aunque sin duda esto ameritará futuras líneas de indagación.

Es así como analizamos la atención obstétrica en tanto resultado de políticas públicas (articuladas en mayor o menor medida entre sí) pero desde la perspectiva del quehacer cotidiano, esto es, encarnada en agentes concretos que las reinterpretan y materializan en acciones concretas. La participación en actividades de manera frecuente y sostenida resultó un abordaje esencial para aproximarnos a algunos de estos sentidos que estas/os agentes le dan a su práctica; así como comprenderla en profundidad.

Propongo que este recorte teórico que he realizado de la atención obstétrica, no sólo tiene por objetivo brindar atención médica a estas mujeres (definidas siempre en tanto *madres*) sino que también participa activamente en la producción social de nuevas madres. Esto es, la atención médica no se limita a acompañar un proceso biológico que es definido conceptualmente como sinónimo y explicación unívoca de la maternidad, sino que, materializado en esta experiencia intensiva en el Servicio de obstetricia, el propio dispositivo de atención *crea* madres.

Este camino propuesto desde el análisis de conceptualizaciones documentadas, pasando por una descripción de las condiciones en que se desarrolla la atención obstétrica para llegar a preguntarnos por las maneras en que se producen nuevos saberes y en cómo se documentan algunos de ellos, es una afirmación de la potencia de la Antropología Social para poner en diálogo sentidos nativos y categorías analíticas. A partir de este abordaje etnográfico se pudo dar cuenta de un contexto específico, pero a la vez desde una perspectiva que no claudica en participar de las explicaciones de procesos generales o más amplios, ya que en esta descripción particular podemos ver como los conceptos, las

disputas y posicionamientos son apropiadas, actualizadas y transformadas –de manera constante– por estos sujetos.

Esta Tesis ha tenido como propósito explorar fisuras en el abordaje médico del posparto, resaltando para ello esta tensión que atraviesa el Capítulo I en su conceptualización como un fenómeno *natural* y a la vez requiriendo de una serie de intervenciones precisamente definidas. En base a ello, entendiendo a la atención obstétrica como política pública encarnada por sujetos, en el Capítulo III el foco de indagación ha sido describir prácticas, interacciones sensoriales corporizadas, maneras de nombrar, significar y registrar. Todo ello nos muestra una realidad producida e interpretada en términos médicos que no es ideal, sino que se materializa de manera cotidiana. Estas rutinas contribuyen, no sólo a la creación de un objeto médico, sino también, a la construcción de maternidades. Como anticipé en la Introducción, uno de los hallazgos centrales de esta Tesis ha sido la descripción de cómo estos procesos de atención participan cotidianamente de un proceso de producción sociocultural de la maternidad. Una maternidad que se produce deliberadamente y a través de prácticas rutinarias concretas en tanto: femenina, individual, de emocionalidad y sexualidad controlada y demandante de instrucción *experta*. Todo ello de la mano de la rutinización de prácticas de manipulación directa sobre los cuerpos que son presentadas en términos de científicidad. Esta descripción está por completo apuntalada en el abordaje etnográfico, que revela una potencia particular en su capacidad de mostrar procesos de producción de sentidos.

Sin embargo, estos procesos no son lineales, ni unívocos, ni están exentos de tensiones. Es así como salen a la luz estrategias por medio de las cuales estas mujeres intentan ajustar estas limitaciones institucionales a sus propias expectativas y necesidades. Aun así, el énfasis volcado en comprender la materialidad de la atención acentuó la mirada sobre las prácticas institucionales e implicó una falta de profundidad en el análisis de las experiencias y percepciones de estas mujeres. Lo que abre nuevas líneas de indagación para desarrollar a futuro, que buscarán dar cuenta de las maneras en que atraviesan estas experiencias. El desarrollo de estas líneas demandará de nuevos actores, nuevas unidades de análisis y todo un campo por conocer.

Fuentes consultadas

Asociación Médica Argentina. (2012). *Código de ética para el equipo de salud: con la colaboración de la Sociedad de Ética en Medicina*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Recuperado en: <https://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/ama-codigo-etica-castellano.pdf>.

Ley 11.179. (1984). Código Penal de la Nación Argentina. Título V. Delitos contra la Libertad. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16546/texact.htm>.

Ley 418. (2000). Salud reproductiva y procreación responsable. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado en: <http://www2.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley418.html>.

Ley nacional 25673. (2002). Créase el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, en el ámbito del Ministerio de Salud. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/75000-79999/79831/norma.htm>.

Ley nacional 25929. (2004). Protección del embarazo y del recién nacido. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=98805>.

Ley nacional 26061. (2005). Protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>.

Ley nacional 26485. (2009). Ley de Protección integral a las mujeres. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia. Recuperado en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=152155>.

Ministerio de Salud de la Nación argentina. (1994). Resolución 282/1994. Criterios básicos de categorización de establecimientos asistenciales con internación. Recuperado en: http://www.msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres282_1994.pdf.

Ministerio de la Salud de la Nación argentina. (1997). Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto. Tomo V de la propuesta normativa perinatal. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/PUERPERIO.pdf>.

Ministerio de la Salud de la Nación argentina. (2011). Residencias del Equipo de Salud. Recuperado en: http://www.msal.gov.ar/residencias/images/stories/descargas/queEs/Documento_Marco_Residencias_OK.pdf.

Ministerio de la Salud de la Nación argentina. (2013). Recomendaciones para la práctica del control preconcepcional, prenatal y puerperal. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>.

Ministerio de Salud de la Nación argentina. (2017). Resolución 900-E/2017. Tipologías de Establecimientos de Salud y los criterios básicos de categorización de Establecimientos de Salud. Incorporación al Programa Nacional de garantía de la calidad en la atención médica y en el Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES). Recuperado en: <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=29119&word=categorizaciones%20establecimientos#%27>.

Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2018). Estadísticas vitales. Información básica Argentina - Año 2017. Recuperado en: <http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/01/Serie5Nro61.pdf>.

Uranga, Alfredo et al. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2010). *Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia*. Recuperado en: <http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>.

Bibliografía

Akrich, Madeleine y Pasveer, Bernike. (2004). *Embodiment and Disembodiment in Childbirth Narratives*. *Body and Society*, Vol. 10: 63-84. Recuperado en <https://doi.org/10.1177/1357034X04042935>.

Armus, Diego y Belmartino, Susana. (2001). Enfermedades, médicos y cultura higiénica. En Cataruzza, A. (Ed.). *Crisis económica, avance del Estado e incertidumbre política*. *Nueva Historia Argentina Tomo VII*. Buenos Aires: Sudamericana.

Badinter, Elisabeth. (1991). *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Barcelona: Paidós.

Batallán, Graciela y García, José. (1992). Antropología y participación. Contribución al debate metodológico. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, Vol. 0 (1). Recuperado en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/publicar/article/view/1109>.

Becker, Howard. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.

Belaunde, Luisa; Macedo, Ulla y Mc Callum, Cecilia. (2007). Socorrendo a mulher e aparando o menino: “resguardo quebrado”, uma inserção etnográfica no universo das mulheres e das parteiras indígenas Tupinambá. Ponencia presentada en la *VIII Reunión de Antropología del Mercosur*.

Belmartino, Susana. (2005). Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. *Salud colectiva*, Vol. 1(2), 155-171. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652005000200003&lng=es&tlng=es.

Bertolotto, Analía; Fuks, Ana y Rovere, Mario. (2012). Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. *Saúde em Debate*, Vol. 36, (94), 362-374. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v36n94/a09v36n94.pdf>

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina. (2016). Dossier: Nación, provincias y municipios en la centralización del sistema sanitario argentino, 1900-1955. *Memoria Académica* (44), 1-8. Recuperado en:

http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7507/pr.7507.pdf.

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina. (2017). La formación en Salud Pública como vehículo de profesionalización de la burocracia sanitaria argentina del siglo XX. En: Di Liscia, María y Soprano, Germán (Ed.) *Burocracias estatales: problemas, enfoques y estudios de caso en la Argentina (entre fines del siglo XIX y XX)*. Rosario: Prohistoria ediciones.

Biernat, Carolina y Ramacciotti, Karina. (2013). *Crece y multiplicarse*. La política sanitaria materno-infantil. Argentina 1900-1960. Buenos Aires: Biblos.

Blázquez Rodríguez, María. (2005). Aproximación a la Antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. (42). Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>.

Briolotti, Ana y Benítez, Sebastián. (2014). Medicina, higiene mental y saber psi en la construcción de la maternidad y la infancia en la Argentina: un análisis a través de la revista *Madre y Niño* (1934-1935). *Universitas Psychologica*, Vol.13, (5), 1709-1719. Recuperado en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy13-5.mhms>.

Bourdieu, Pierre. (2007). La lógica de la práctica. En: *El sentido práctico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Louis. (1995). Segunda parte: La práctica de la antropología reflexiva. En: *Respuestas. Por una Antropología Reflexiva*. México: Grijalbo.

Camargo Jr., Kenneth R. de. (1994). Aids e a Aids das ciências. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol.1 (1), 35-60. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701994000100005>.

Camargo Jr., Kenneth Rochel de. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Vol.15 (Supl.), 177-201. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>.

Castilla, María Victoria. (2014). Maternidad y política social: experiencias y sentidos atribuidos a los ingresos monetarios percibidos por el programa "Ciudadanía Porteña", Buenos Aires. *Población y sociedad*, Vol. 21(1), 33-59. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-85622014000100002&lng=es&tlng=es.

Castilla, María (2017). Maternidad, cuidados y castigos en barrios marginales y vulnerables de Buenos Aires. *Runa, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, Vol. 38 (2), 37-51. Recuperado en: [doi:10.34096/runa.v38i2.3564](https://doi.org/10.34096/runa.v38i2.3564)

Cepeda, Agustina. (2009). Prácticas prohibidas: aborto, delito imposible y sapos en la Argentina de mediados del siglo XX. Presentación en *VIII Reunión de Antropología del Mercosur: Diversidad y Poder en América Latina*. Recuperado en: <http://www.ram2009.unsam.edu.ar/paginas/GT19.html>.

Cepeda, Agustina. (2011). En los tiempos del test del sapo: Justicia, aborto y políticas de población en la Argentina de mediados del siglo XX. *REU Sorocaba*, Vol. 37 (1), 243-265. Recuperado en: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php/reu/article/view/601>.

Cerdá, Juan. (2005). Las reformas del sistema de salud en los '90. La disputa entre el Estado y los sindicatos. *Revista Electrónica Astrolabio* (2). Centros de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba.

Citro, Silvia. (2011). Reflexiones postcoloniales sobre los cuerpos etnográficos. Diálogos con Leenhardt, Merleau-Ponty y Teresa Benítez. *Realis*, Vol. 1 (2). Recuperado en: www.revista-realis.org

Comelles, Joseph. (2000). Tecnología, cultura y sociabilidad. Los límites culturales del hospital contemporáneo. En Perdiguero, E. y Comelles, J. (Ed.) *Medicina y cultura. Estudios entre la Medicina y la Antropología*. Barcelona: Bellaterra.

Corrigan Philip y Sayer, Derek. (2007). Introducción a la formación del Estado inglés como revolución cultural. En Lagos, M. y Calla, P. (Ed.) *Antropología del Estado. Dominación y prácticas contestatarias en América Latina*. La Paz: PNUD.

Cortés, Beatriz. (1997). Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura, *Nueva Antropología*, Vol. XVI (53), 89-115. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905305>.

Conrad, Peter y Schneider, Joseph. (1985). *Deviance, Definitions and the Medical Profession*. En *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Ohio: Merrill Publishing Company.

Cooper Owens, Deirdre. (2017). *Medical bondage: race, gender, and the origins of American gynecology*. Athens: The University of Georgia Press.

Cosse, Isabella. 2010. *Pareja, sexualidad y familia en los años sesenta*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Crojethovic, María y Fidalgo, Maitena. (2018). Sentidos y Fundamentos: La responsabilidad en salud en disputa. Ponencia presentada en *I Jornadas Democracia y desigualdades*, Universidad Nacional de José C. Paz.

Cunningham, F. Gary et al. (2011). *Williams Obstetricia*, 23 Ed. Traducción: Perez Tamayo Ruiz, Ana et al. México D.F: Mc Graw Hill Interamericana.

Da Silva Catela, Ludmila. (2002). El mundo de los archivos. En: Da Silva Catela, Ludmila y Elizabeth Jelin (Ed.). *Los archivos de la represión: Documentos, memoria y verdad*. Madrid: Siglo XXI.

Daniel, Claudia. (2012). Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. 19 (1), 89-114. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702012000100006>.

Darré, Silvana. (2013). *Maternidad y Tecnologías de Género*. Buenos Aires: Katz Editores.

Davis-Floyd, Robbie. (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, Vol. 75 (1), 5-23.

Di Liscia, María. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en

Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, (13), 94-119. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34401305>.

Faccia, Karina. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En Biernat, C., Cerdá, J. y Ramacciotti, K. (Ed.). *La salud pública y la enfermería en Argentina*. Bernal: Editorial Universidad Nacional de Quilmes.

Fassin, Didier. (2003). Gobernar por los cuerpos, políticas de reconocimiento hacia los pobres y los inmigrantes en Francia. Traducción de Paula Vázquez. *Cuadernos de antropología social*, (17), 49-78. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100004&lng=es&tlng=es.

Felitti, Karina. (2007). El debate médico sobre anticoncepción y aborto en Buenos Aires de los años sesenta del siglo XX. *Dynamis. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, Vol. 27, 333-357. Recuperado en: <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114428>.

Felitti, Karina. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. 18 (Supl. 1), 113-129. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702011000500007>.

Fleischer, Soraya. (2007). Sangue, Leite e Quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará. *Campos Revista de Antropologia*, Vol. 8(2), 81-97. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.5380/cam.v8i2.11169>

Foucault, Michel. (1996). *La vida de los hombres infames*. La Plata: Altamira.

Fonseca, Claudia y Cardarello, Andrea. (2005). Derechos de los más y menos humanos. En Tiscornia, S. y Pita, M. (Ed.). *Derechos humanos, policías y tribunales en Argentina y Brasil*. Buenos Aires: Antropofagia.

Freidson, Eliot. (1978). *La Profesión Médica*. Barcelona: Península.

Freidson, Eliot. (2001). La teoría de las profesiones. Estado del arte. *Perfiles Educativos*, Vol. 23 (93), 28-43. Recuperado en: https://www.researchgate.net/publication/40427047_La_teor%C3%ADa_de_las_profesiones_Estado_del_arte.

García, Guadalupe. (2009). Cuerpo y narrativa: una aproximación etnográfica al proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres viviendo con vih en la ciudad de Buenos Aires. *Horizontes Antropológicos*, Vol. 15(32), 247-272. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832009000200011>.

García, Guadalupe. (2014). Maternidad y VIH-SIDA. Un estudio antropológico del proceso de atención del embarazo, parto y puerperio de mujeres que viven con el virus. Tesis de Doctorado, Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Gilligan, Clara y Salsa Cortizo, Maria. (2016). Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas. *IX Jornadas de Sociología*, Universidad Nacional de La Plata. Recuperado en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9240/ev.9240.pdf.

Ginsburg, Faye y Rapp, Rayna. (1995). *Conceiving the New World Order*. California: University of California Press.

Good, Byron. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

González Leandri, Ricardo. (2004). El Consejo Nacional de Higiene y la consolidación de una élite profesional al servicio del Estado. Argentina, 1880-1900. *Anuario de Estudios Americanos*, Vol. 61(2), 571-593. Recuperado en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1124344>.

Gordon, Deborah. (1988). Tenacious Assumptions in Western Medicine. En Lock, M. y Gordon, D. (Ed.). *Biomedicine Examined*. Dordrecht/Boston/Londres: Kluwer Academic Publishers.

- Grimberg, Noemí y Sánchez, Isabel. (2010). Un maestro de la obstetricia argentina: Roberto Antonio Votta. Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina, Universidad de Buenos Aires. Recuperado en: http://www.fmv-uba.org.ar/histomedicina/VolIII_N1_2011/articulo_2.pdf
- Grossberg, Lawrence. (2012). *Estudios culturales en tiempo futuro*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Guber, Rosana. (1991). *El salvaje metropolitano. A la vuelta de la Antropología posmoderna*. Buenos Aires: Legasa.
- Jordan, Brigitte. (1993). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Long Grove: Waveland Press.
- Kämpf, Cristiane y Dias, Rafael. (2018). A episiotomia na visão da obstetrícia humanizada: reflexões a partir dos estudos sociais da ciência e tecnologia. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 25(4), 1155-1160. Recuperado en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-597020180004&lng=en&nrm=iso.
- Lahire, Bernard. (2006). Lógicas prácticas. El hacer y el decir sobre el hacer. En *El espíritu sociológico*. Buenos Aires: Manantial.
- Ledesma Prietto, Nadia. (2017). La revolución sexual antes de la revolución sexual. Discursos de los médicos libertarios sobre el placer (Argentina, 1930-1940). *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, (26), 148-170. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/pdf/2933/293352478008.pdf>.
- Luna, Naara. (2007). *Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Lois, Ianina. (2018). *Medicina y maternidad. Parir y nacer en la Buenos Aires de inicios del siglo XX*. Tesis de Doctorado. Instituto de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín.

Martin, Emily. (1992). *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.

Martin, Emily. (2006). *Na mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. Traducción de Julio Bandeira. Río de Janeiro: Garamond.

Martin, Ana y Ramacciotti, Karina. (2016). Profesionales sociosanitarias: Género e Historia. *Avances del Cesor*, Vol. 13 (15), 81-92. Recuperado en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/avances/v13n15/v13n15a04.pdf>.

Martin, Ana. (En prensa). Partear en Buenos Aires. Formación, prácticas y saberes de las parteras porteñas en el último tercio del siglo XIX.

Martin, Ana. (2014). *Parir, cuidar y asistir: El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)*. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

Mc Callum, Cecilia y Reis, Ana. (2008). Users and providers, perspectives on technological procedures for “normal” childbirth in a public maternity hospital in Salvador, Brazil. *Salud Publica de Mexico*, Vol. 50 (1), 40-48. Recuperado en: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=10650107>.

McCallum, Cecilia, Menezes, Greice y Reis, Ana. (2016). The dilemma of a practice: experiences of abortion in a public maternity hospital in the city of Salvador, Bahia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Vol. 23(1), 37-56. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000100004>.

Menéndez, Eduardo. (1990). El Modelo Médico Hegemónico. Estructura, función y crisis. En *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México DF: Alianza Editorial Mexicana.

Menéndez, Eduardo. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, Vol. 4 (7), 71-83. Recuperado en: <https://alteridades.izt.uam.mx/index.php/Alte/article/view/600/598>.

Montes Muñoz, María; Martorell Poveda, María; Conti Cañada, María y Jiménez Herrera, María. (2009). Tecnología médica en el embarazo. Usos y representaciones. *Periferia* (11),

1-17. Recuperado en: <https://revistes.uab.cat/periferia/article/view/v11-n2-montes-martorell-conti-jimenez>.

Mott, Maria. (2002). Bibliografía comentada sobre a assistência ao parto no Brasil (1972-2002). *Revista Estudos Feministas*, Vol. 10 (2), 493-507. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200017>.

Muzzopappa, Eva y Villalta, Carla. (2011). Los documentos como campo. Reflexiones teórico-metodológicas sobre un enfoque etnográfico de archivos y documentos estatales. *Revista Colombiana de Antropología*, Vol. 47(1), 13-42. Recuperado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-65252011000100002&lng=en&tlng=es.

Nari, Marcela. (1995). La educación de la mujer (O acerca de cómo cocinar y cambiar pañales a su bebé de manera científica). *Mora Revista del Área Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer* (1), 31-45.

Nari, Marcela. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires, 1890-1940. Buenos Aires: Biblos.

Piña, Carlos. (1989). Aproximaciones metodológicas al relato autobiográfico. *Revista Opciones* (16), 107-125.

Pozzio, María. (2011). *Madres, mujeres y amantes. Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud*. Buenos Aires: Antropofagia.

Ramacciotti, Karina. (2010). Los dilemas irresueltos en el sistema sanitario argentino. En Annelotto, A y Luchtenberg, E (Ed.), *Medicalización y Sociedad. Lecturas críticas sobre la construcción social de enfermedades*. Buenos Aires: UNSAM edita.

Ramacciotti, Karina (2010). Estado, Instituciones y actores. Reflexiones en torno a cómo pensar las intervenciones sociales del Estado. *Revista de Estudios Marítimos y Sociales*. Año 3 (3), 193-204. Recuperado en: https://estudiosmaritimossociales.org/wp-content/uploads/2016/05/rem-s-nc2ba-3-28x21-29-4-2011_p193-204-2.pdf

Rapp, Rayna. (1993). Reproducción y jerarquía de género: la amniocentesis en América. Traducción de Florencia Lafforgue. En Miller, B. (Ed.) *Sex and Gender Hierarchies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Recoder, Laura. (2011). Experiencia de enfermedad y narrativa: Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. *Papeles de trabajo - Centro de Estudios Interdisciplinarios en Etnolingüística y Antropología Socio-Cultural*, (21), 80-98. Recuperado en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1852-45082011000100005.

Regueiro, Sabina. (2013). *Apropiación de niños, familias y justicia. Argentina (1976-2012)*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

Rockwell, Elsie. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.

Rockwell, Elsie. (2011). Los niños en los intersticios de la cotidianeidad escolar. ¿Resistencia, apropiación o subversión? En Batallán G. y Neufeld, M. R. (Ed.). *Discusiones sobre infancia y adolescencia. Niños y jóvenes dentro y fuera de la escuela*. Buenos Aires: Biblos.

Rohden, Fabiola. (2002). Ginecología, Gênero e sexualidade na ciencia do Sêculo XIX. *Horizontes Antropológicos*, Año 8 (17), 101-125. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ha/v8n17/19078.pdf>.

Rodríguez, Laura y Soprano, Germán. (2018). De las profesiones liberales y los intelectuales contra el Estado al estudio de los profesionales e intelectuales de Estado. En Rodríguez, L y Soprano, G (Ed.) *Profesionales e intelectuales de Estado*. Rosario: Prohistoria Ediciones.

Roth, Cassia. (2018). Birthing life and death: women's reproductive health in early twentieth-century Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol.25 (4), 921-941. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-0921.pdf>.

Saletti Cuesta, María Lorena. (2008). Los caminos de la libertad y la igualdad en la diversidad. Ponencia presentada en las *IX Jornadas de Historia de las mujeres IV Congreso iberoamericano de estudios de género*, Universidad Nacional de Rosario.

Sánchez, Marcelo. (2010). "Aberles abierto o rajado las partes pudendas" Prácticas episiotómicas de las parteras chilenas en la Colonia. Apuntes para una reflexión histórica. *EA*, Vol. 2 (1), 1-17. Recuperado en: <http://www.ea-journal.com/es/numeros-anteriores/61-vol-2-no-1-agosto-2010-sp-668/232-qaberles-abierto-o-rajado-las-partes-pudendas-practic-as-episiotomic-as-de-las-parteras-chilenas-en-la-colonia-apuntes-para-una-reflexion-historica>.

Sarrabayrouse Oliveira, María. (2011). Estrategias Jurídicas y Procesos Políticos en el activismo de los derechos humanos: El caso de la Morgue Judicial. *Lex Humana*, Vol. 3 (1), 207-232.

Scott, Joan. (1996). El Género: Una categoría útil para el análisis histórico. En Cangiano, M. y Dubois, L. (Ed.). *De mujer a género. Teoría, interpretación y práctica feminista en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Centro editor de América Latina.

Shore, Chris. (2010). La Antropología y el estudio de la política pública: Reflexiones sobre la "formulación" de las políticas. *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (10), 21-49. Recuperado en: <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>.

Soprano, Germán. (2015). El Estado en los extremos. Contribuciones de la historiografía hispanocolonial y la antropología de la política al estudio del Estado en el siglo XX. *Estudios Sociales del Estado*, Vol. 1 (1), 5-25. Recuperado en: <http://estudiossocialesdelestado.org/index.php/ese/article/view/18>.

Tarzibachi, Eugenia. (2017). *Cosa de Mujeres. Menstruación, Género y Poder*. Buenos Aires: Sudamericana.

Texeira, Luiz; Nakano, Andreza y Nucci, Marina. (2018). Labor and birth: knowledge, reflection, and different perspectives. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Vol. 25 (4),

913-915. Recuperado en: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v25n4/0104-5970-hcsm-25-04-0913.pdf>.

Tiscornia, Sofía. (2008). *Activismo de los derechos humanos y burocracias estatales. El caso Walter Bulacio*. Buenos Aires: Editores del Puerto.

Tornquist, Carmen. (2002). Armadilhas da Nova Era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, Vol. 10 (2), 483-492. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200016>.

Tornquist, Carmen. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 19 (Supl. 2), 419-427. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>.

Tornquist, Carmen Susana. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 19 (Supl. 2), 419-427. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>.

Vianna, Adriana. (2010). Derechos, moralidades y desigualdades. Consideraciones a partir de procesos de guarda de niños. En Villalta, C. (Ed.) *Infancia, justicia y derechos humanos*. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.

Villalta, Carla. (2013). Un campo de investigación: las técnicas de gestión y los dispositivos jurídico-burocráticos destinados a la infancia pobre en la Argentina. *Civitas*, Vol. 13 (2), 235-258. Recuperado en: <https://www.academica.org/carla.villalta/53.pdf>.

Viveiros de Castro, Eduardo. (2002). O nativo relativo. *Mana*, Vol. 8 (1), 113-148. Recuperado en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132002000100005>.

Votta, Roberto y Parada, Osvaldo. (2003). *Compendio de Obstetricia*. Buenos Aires: La prensa médica.

Williams, Raymond. (2000). *Marxismo y Literatura*. Barcelona: Península.

Zárate Campos, María. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia hembra" a la ciencia obstétrica*, Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Zárate Campos, María. (2018). Matronas y la consolidación del parto hospitalario en Chile, 1950-1970. En Sánchez Ramírez, G. y Laako, H. (Ed.) *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. San Cristóbal de Las Casas: El Colegio de la Frontera Sur.