

De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta [Mendoza, 2001-2013]

Autor:

Yañez, Sabrina Soledad

Tutor:

Tarducci, Mónica

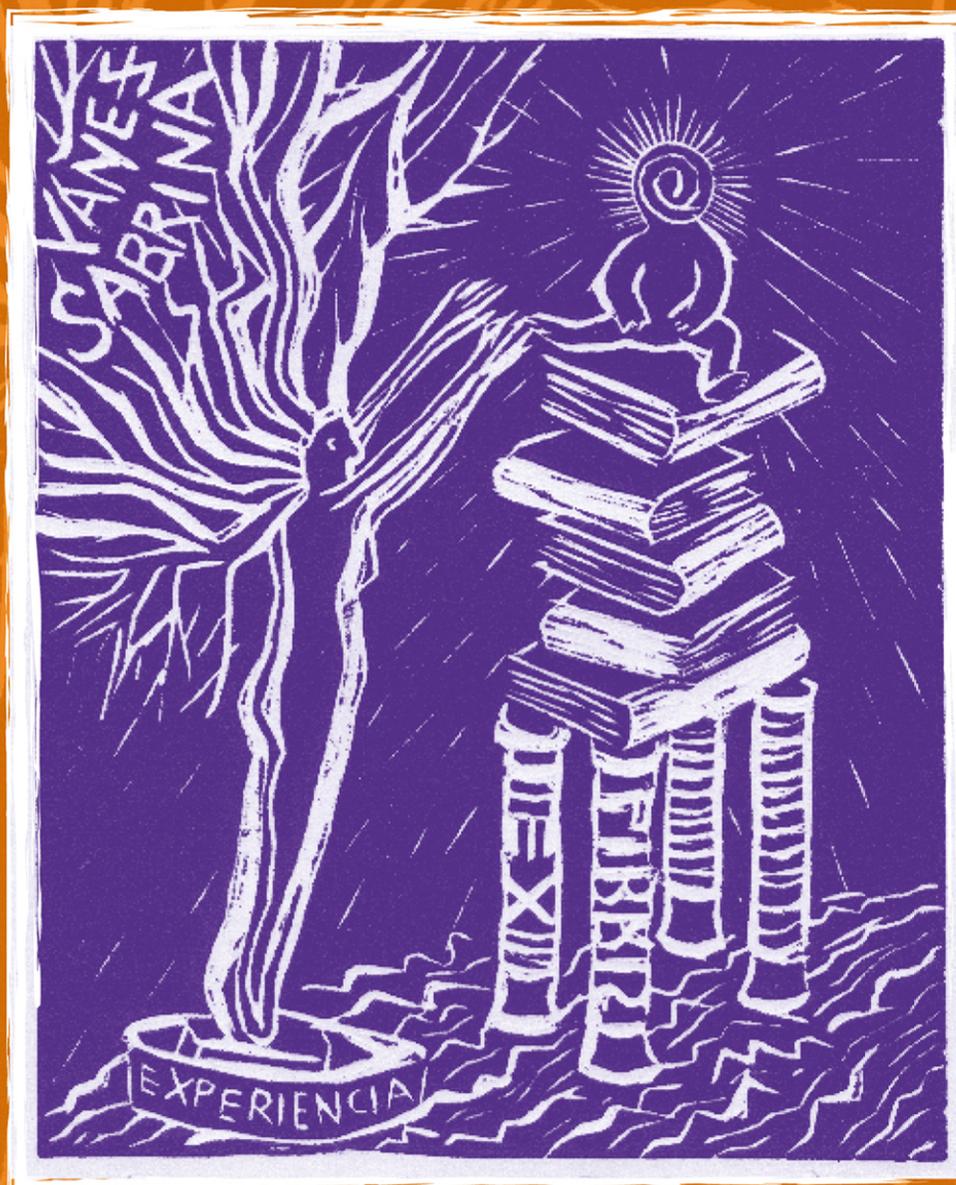
2015

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

Posgrado

DE CÓMO LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICA REGULAN LAS EXPERIENCIAS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO...Y DE LO QUE RESTA

Mendoza, 2001-2013



Sabrina Soledad Yañez

Tesis para optar al título de
Doctora en Antropología
Facultad de Filosofía y Letras
Universidad de Buenos Aires

Directora: **Mónica Tarducci**
2015

SABRINA SOLEDAD YAÑEZ

De cómo las instituciones de salud pública regulan las
experiencias de embarazo, parto y puerperio... y de lo que resta
(Mendoza, 2001 - 2013)

Tesis para optar al título de Doctora en Antropología

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad de Buenos Aires

Directora y Consejera de estudios: Dra Mónica Tarducci

Defendida el 9 de marzo de 2016 - Inédita

Dedicada a las mujeres de mi familia, que han maternado de diversas maneras: a la que me parió a sus 20 años y me ha seguido pariendo hasta hoy; a las que me cuidaron, me moldearon y fomentaron mi curiosidad por una vida “no convencional”; a mis hermanas, cuñada y prima, con quienes venimos compartiendo el camino de la maternidad; a la que crió a sus hijos/as y luego a sus nietos/as; a las que criaron varias generaciones sin haber parido nunca; a las que se atrevieron a parir a pesar de los miedos propios y ajenos; a las que se atrevieron a no parir a pesar de los miedos propios y las condenas ajenas.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE de CONTENIDOS	3
AGRADECIMIENTOS.....	9
INTRODUCCIÓN	10
<i>Algunas notas auto-etnográficas para situarme ante mis lectoras/es.....</i>	<i>17</i>
Parte I UNA GENEALOGÍA FEMINISTA DE LA MATERNIDAD.....	25
CAPÍTULO 1: Genealogías feministas para abordar la maternidad como institución y como experiencia.....	26
<i>1.1 Notas sobre la construcción de genealogías feministas.....</i>	<i>26</i>
<i>1.2 Adrienne Rich como fundadora de una genealogía feminista de lectura/interpretación/ análisis de la maternidad.....</i>	<i>28</i>
<i>1.2.1 Nacemos de mujer. Claves para la lectura y crítica de una maternidad ‘intensiva y domesticada’</i>	<i>34</i>
<i>1.2.2 Nacemos de Mujer. Notas sobre la institución de la maternidad</i>	<i>38</i>
<i>1.3 El valor de la reflexión de las feministas negras como crítica hacia la institución de la maternidad.....</i>	<i>40</i>
<i>1.3.1 Otras-madres y el trabajo maternal como labor compartida en las comunidades afroamericanas</i>	<i>42</i>
<i>1.3.2 Motherwork: mucho más que tareas individuales de cuidado</i>	<i>44</i>
<i>1.4 Las contribuciones de los estudios de las maternidades lésbicas.....</i>	<i>45</i>
<i>1.5 La contracara necesaria: pensar la no maternidad desde el feminismo</i>	<i>47</i>
CAPÍTULO 2: La propuesta metodológica de Dorothy Smith como vía para explorar la relación entre experiencia e institución	52
<i>2.1 Vida, experiencia y propuesta teórico- metodológica.....</i>	<i>52</i>
<i>2.2 Una ontología de lo social: la importancia de la experiencia y el lenguaje ...</i>	<i>54</i>
<i>2.3 Una epistemología del punto de vista</i>	<i>57</i>

2.4 <i>La etnografía institucional: conectando lo cotidiano con las relaciones de dominación</i>	59
2.4.1 El trabajo de campo en la etnografía institucional.....	63
2.4.2 Los textos en etnografía institucional: movilizandolos discursos institucionales	64
2.4.2.1 Cómo se juega el poder en las relaciones mediadas textualmente	66
2.4.2.2 Incorporar los textos a la investigación etnográfica	67
2.5 <i>La etnografía institucional como vía de exploración de la relación entre las experiencias de maternidad y las regulaciones institucionales</i>	68
Parte II MATERNIDAD COMO INSTITUCIÓN	71
CAPÍTULO 3: La institucionalización de los procesos reproductivos	72
3.1 <i>Construir la institución de la maternidad: expropiar los cuerpos y saberes de las mujeres</i>	73
3.1.1 La disociación entre producción y reproducción	74
3.1.2 La extensión de la población y la guerra contra las mujeres.....	76
3.1.3 Cercamientos y caza de brujas: expropiación de saberes y cuerpos	78
3.1.3.1 La persecución de las comadronas y la apropiación masculina de la obstetricia	81
3.1.3.2 La maternidad transformada en trabajo forzado	83
3.2 <i>La medicalización como núcleo de la institucionalización. Lecturas antropológicas de la obstetricia occidental</i>	85
3.2.1 Los modelos de atención del parto y la subalternización de las mujeres... ..	86
3.2.2 Gramáticas mecanicistas: encorsetar las experiencias de las mujeres	90
3.3 <i>La institucionalización de los procesos reproductivos en Argentina</i>	94
3.3.1 “Gobernar es maternalizar”	95
3.3.2. Los esfuerzos eugenésicos e higienistas por “renaturalizar” la maternidad	96
3.3.3 El ataque contra la autonomía de las comadronas	99
3.3.4 El afianzamiento de la institucionalización.....	101
CAPÍTULO 4: Las políticas de “salud materna” en el marco de la salud pública. Tendencias nacionales y provinciales a lo largo de siete décadas.....	105

4.1 <i>Las coyunturas críticas en la salud pública</i>	107
4.1.1 De Carrillo a las políticas neoliberales.....	108
4.1.2 La salud pública bajo el influjo neoliberal	110
4.1.3 Una nueva coyuntura crítica: la salud pública luego de la crisis de 2001	114
4.2 <i>Breve panorama de la salud pública en Mendoza en la actualidad</i>	117
4.3 <i>La “salud materna” en el marco de la salud pública</i>	121
4.3.1 Lo que cuenta como “salud materna” hoy: el Plan Nacer Argentina y su aplicación en Mendoza	124
4.3.1.1 Las metas sanitarias del Plan Nacer.....	126
4.3.1.2 Lo que no cuenta como “salud materna”	129
4.3.1.3 El Plan Nacer como estandarte de las “nuevas políticas de salud” ...	134
CAPÍTULO 5: El procesamiento de los “cuerpos maternos”. Instituciones y agentes	141
<i>El trabajo de campo</i>	141
5.1 <i>Procesar los cuerpos maternos</i>	143
5.2 <i>Las prioridades que estructuran los servicios de salud materna</i>	148
5.2.1 Indicadores demográficos	148
5.2.2 Economía y gestión de la salud.....	149
5.2.3 Formación e investigación	152
5.3 <i>Espacios, tiempos y agentes institucionales</i>	158
5.3.1 Los espacios y sus tiempos	159
5.3.1.1 El Hospital Lagomaggiore	160
5.3.1.2 Los centros de salud y centros integrales comunitarios.....	165
5.3.2 Los/as profesionales	173
5.3.2.1 Los /las administradores/as	173
5.3.2.2 Médicos/as	174
5.3.2.2.1. Gineco-obstetras.....	174
5.3.2.3 Licenciadas en obstetricia.....	177
CAPÍTULO 6 Los textos que regulan el procesamiento de los “cuerpos maternos”. Un ejercicio de etnografía institucional	188

6.1 <i>El carné perinatal/Historia clínica perinatal como nexo escindido entre las experiencias, las prácticas institucionales y las políticas públicas</i>	189
6.1.1 La HCP como puerta de ingreso de prioridades extra-locales en las prácticas cotidianas	192
6.1.2 El carné perinatal como coordinador del trabajo institucional a nivel local	194
6.1.3 La HCP/carné perinatal como forma de historia clínica: continuidades y desplazamientos	198
6.2 <i>El partograma como tecnología de procesamiento de los cuerpos y administración de recursos</i>	204
6.2.1 El procesamiento de los cuerpos: estandarización y fragmentación	208
6.2.2 El partograma como herramienta de control del trabajo institucional	213
6.3 <i>La noción de riesgo en el corazón de la producción textual que organiza los servicios de embarazo, parto y puerperio</i>	214
6.3.1 ¿Qué efectos tiene centrar la atención en torno a la noción de riesgo?....	219
6.3.1.1 Fragmentación de servicios: el “alto riesgo” de caer en las grietas del sistema	219
6.3.1.2 Fragmentación de los procesos reproductivos: la desaparición del puerperio en las consideraciones de riesgo	220
6.3.1.3 Fragmentación de la experiencia: salud mental y salud sexual –las grandes ausentes	226
Parte III MATERNIDAD COMO EXPERIENCIA	231
CAPÍTULO 7: Experiencias de embarazo, parto y puerperio: los matices, el trabajo invisible y lo inefable	232
7.1 <i>Algunas consideraciones sobre el valor de los relatos experienciales</i>	232
7.2 <i>Relatos de embarazos, partos y puerperios: habilitando un espacio para las voces de la experiencia</i>	236
ROMINA.....	236
NATALIA	238
KARINA	240
LIDIA.....	242

CLARA	246
JUANA.....	249
<i>7.3 Los matices de la experiencia.....</i>	<i>257</i>
7.3.1 Socialmente situada.....	258
7.3.2 Ambivalente / contradictoria.....	262
7.3.3 Continua /fragmentaria.....	263
7.3.4 Densa: temporalidades y espacios.....	264
7.3.5 Encarnada.....	268
<i>7.4 Las presiones de la institución: el trabajo de “gestión” y cuidado del propio cuerpo.....</i>	<i>271</i>
7.4.1 Hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales	273
7.4.2 Gestionar las propias condiciones materiales cuando no son atendidas por la institución.....	274
7.4.3 Adquirir conocimientos.....	277
7.4.4 Ajustar la experiencia a las expectativas institucionales.....	278
7.4.5 Oponerse a las regulaciones de la institución	279
<i>7.5 Lo que resta... el conocimiento inarticulado, inefable que yace en las experiencias corporales de maternidad.....</i>	<i>282</i>
CONSIDERACIONES FINALES.....	287
<i>Epílogo</i>	<i>299</i>
BIBLIOGRAFÍA CITADA.....	300
ANEXO 1: Detalles sobre trabajo de campo.....	317
<i>Entrevistas a mujeres</i>	<i>317</i>
<i>Entrevistas a profesionales de la salud.....</i>	<i>319</i>
<i>Observaciones</i>	<i>321</i>
ANEXO 2: Textos analizados	323
<i>Carné perinatal (anverso).....</i>	<i>323</i>
<i>Historia clínica perinatal (anverso).....</i>	<i>324</i>

<i>Historia clínica perinatal (reverso).....</i>	<i>325</i>
<i>Partograma (anverso).....</i>	<i>326</i>
<i>Partograma (reverso).....</i>	<i>327</i>
<i>Encuesta del Programa provincial de Detección de alto riesgo reproductivo e infantil.....</i>	<i>328</i>

AGRADECIMIENTOS

A las mujeres que compartieron conmigo sus testimonios, que son el corazón de esta tesis

A los/as profesionales que me donaron su tiempo para entrevistas y especialmente a las licenciadas en obstetricia y trabajo social que me permitieron acompañarlas en sus espacios de trabajo

A CONICET, por haberme otorgado dos becas que me permitieron cumplir los requisitos del doctorado, realizar el trabajo de campo y escribir esta tesis.

A mi directora de Doctorado, Mónica Tarducci, por su acompañamiento, su inmensa generosidad y su complicidad durante estos años

A mis mentoras mendocinas, Alejandra, Valeria y Claudia, que me acompañaron incondicionalmente durante este arduo camino y también a quienes me guiaron a través de palabras leídas y releídas hasta hacerlas mapa: Adrienne, Dorothy, Silvia, Audre, Patricia, Angela, Emily, Robbie y todas las que irán apareciendo en las páginas que siguen

A las/el okupas, compañeras/o de oficina, de proyectos, de mates e inquietudes

A mis compañeras de militancias, las Ultravioletas, las Maloneras, las Alumbradas, por mantenerme siempre atenta a las conexiones entre esta indagación y los horizontes de lucha y cambio

A mi familia de origen, un complejo y cálido grupo humano que siempre ha creído en mí. Un agradecimiento especial a mi hermana Belén, que junto con mi cuñado y mi sobrino, me hospedó en su hogar durante los periodos de cursado en Buenos Aires, y que creó para mí el grabado que ilustra la portada de esta tesis

Y, por supuesto, a mis compañeros elegidos de vida: Juan Manuel, que me construyó con sus propias manos un cuarto propio para poder escribir y me sostuvo en cada crisis; y Cayé León, que con su llegada le dio a estas páginas renovadas profundidades y visiones

INTRODUCCIÓN

En 1976, Adrienne Rich, poeta y ensayista feminista estadounidense, se lamentaba del poco interés que suscitaba la maternidad como objeto de estudio: “Sabemos más sobre el aire que respiramos, los mares que surcamos, que sobre la naturaleza y el significado de la maternidad” (Rich, 1986: 11). Su inquietud se había traducido en 4 años de investigación y de reflexión sobre sus propias experiencias, volcados en un libro que ha dejado huella en la teoría feminista: *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*. En esa obra, Rich se propone “distinguir entre dos significados superpuestos de maternidad: la relación potencial de cualquier mujer con su capacidad de reproducción y con los/as hijos/as; y la institución, cuyo objetivo es asegurar que este potencial -y todas las mujeres- permanezcan bajo el control masculino” (Rich, 1986: 13). Esta institución, a través de “la más fundamental y desconcertante de las contradicciones, nos ha alienado a la mujeres de nuestros cuerpos al encarcelarnos en ellos” (Rich, 1986: 13).

Al distinguir entre institución y experiencia, Rich se diferencia tanto de las visiones y teorizaciones sociales hegemónicas que han tratado a la maternidad como destino natural de las mujeres, como de teorizaciones anteriores sobre la maternidad que la habían concebido solamente como mecanismo de opresión (tales como la de Simone de Beauvoir en *El Segundo Sexo*), y se propone hacer del lema feminista de que “lo personal es político” la herramienta de análisis para dar cuenta de las contradicciones (la ira y la ternura, la ansiedad y la pasión, el cansancio y el asombro, el resentimiento y la gratificación, el miedo y la esperanza) de sus propias experiencias de maternidad y las de otras mujeres. Según Rich,

La institución de la maternidad no es idéntica a gestar, parir y cuidar niños/as, así como la institución de la heterosexualidad no es idéntica a la intimidad y el amor sexual. Ambas crean las prescripciones y las condiciones dentro de las cuales se toman o se bloquean las decisiones; no son la “realidad” pero han moldeado las circunstancias de nuestras vidas. (...) Sin embargo, cualquier institución que se exprese de manera tan universal termina afectando profundamente nuestra experiencia, incluso el lenguaje que usamos para describirla (Rich, 1986: 42).

La maternidad institucionalizada no funciona de manera aislada o ahistórica, sino que “revive y renueva todas las demás instituciones” (Rich, 1986: 42): el matrimonio hererosexual, la familia nuclear, la división sexual del trabajo, la religión, la nación, la “raza”. La autora llega a afirmar que es tan poderosa y abarcativa esta institución que parecería ser que de ella depende el sostenimiento emocional de la humanidad (Rich, 1986: 30) y con ella se ha logrado “calcificar” las decisiones y las potencialidades humanas al mantener cautiva a la mitad de la especie (Rich, 1986: 13).

La politización de la maternidad por la que abogaba Rich ha sido –y sigue siendo- un estandarte de las prácticas políticas de las mujeres y las feministas, y también una tarea teórica a la que se han dedicado feministas de trasfondos cada vez más diversos, que han podido dar cuenta de experiencias de maternidad atravesadas por diferencias de clase, color de piel, origen étnico, cultura, orientación sexual, identidad de género, edad, lengua, religión, etc. Luego de varias décadas de politización de la maternidad por parte del feminismo, los avances en cuanto a derechos sexuales y reproductivos¹, las nuevas tecnologías en el campo de la salud reproductiva² y las políticas sociales destinadas a las mujeres-madres³ han reformulado y resignificado la relación entre la maternidad como institución y como experiencia; pero las tensiones no han desaparecido.

Este trabajo tiene como objetivo explorar la relación entre maternidad como institución y maternidad como experiencia en un momento y un lugar determinados: a partir de la crisis que azotó al país en 2001 y hasta la actualidad, al interior de los servicios de salud pública que atienden los procesos de embarazo-parto-puerperio en la provincia de Mendoza.

¹ En el marco legislativo de nuestro país, a partir de 2003 y con la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación responsable se dio paso a una serie de avances como la Ley de Educación Sexual Integral y la Ley de Contracepción Quirúrgica (2006), la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento (2004), la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales, que incluye la violencia sexual y la obstétrica (2009), la Ley de identidad de género (2012) y la Ley de Fertilización Asistida (2013).

² En cuanto a métodos anticonceptivos, en estas décadas se han desarrollado nuevos métodos hormonales como el parche, el implante, anillo vaginal, y de barrera como el capuchón cervical y el condón femenino. No todos ellos están disponibles y/o son accesibles en Argentina. Además de los avances en anticoncepción, probablemente los avances más significativos se han dado en el campo de la reproducción asistida (inseminación artificial y fecundación in vitro en sus múltiples variantes, gestación subrogada).

³ Nos referimos principalmente a la Asignación Universal por Hijo y la Asignación por Embarazo.

El recorte temporal permite abarcar la extensión de la Emergencia Económica y Sanitaria, declarada en enero de 2002 por el entonces presidente provisional Eduardo Duhalde, y prorrogada sucesivamente hasta diciembre de 2013. Esta época marca un momento de atención renovada a la “salud materna”, debido en parte a los compromisos asumidos ante organismos internacionales en cuanto a la reducción de la mortalidad materna⁴ y al estancamiento de esa reducción que no permitiría alcanzar las metas suscriptas. En el decreto que realiza la primera prórroga de la emergencia sanitaria (2002) se crea un Seguro Materno-Infantil para otorgar cobertura médico-asistencial a la mujer embarazada, la mujer en edad fértil (en lo referido a la salud sexual y reproductiva exclusivamente) y a los niños de hasta cinco años de edad. De esa preocupación surgirían posteriormente el Plan Nacer y otras iniciativas, como la inclusión de metas de disminución de la mortalidad materna en el Plan Federal de Salud 2004-2007 (OSSyR, 2010). Además, esta etapa se caracteriza por la sanción de numerosas leyes que apuntan a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, comenzando con la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y su reglamentación (2003) y culminando con la Ley de Fertilización Asistida (2013), dos hitos legislativos que dan cuenta de la centralidad de los debates sobre el potencial reproductivo de las mujeres en el período.

La elección de Mendoza como espacio para llevar adelante el trabajo de campo tiene que ver con mi propia historia, ya que es la provincia en donde nací y me criaron, donde vive casi toda mi familia y a la cual regresé luego de estudiar en el exterior. Y, principalmente, es donde he desarrollado mi militancia y mi formación feminista, lo cual me ha garantizado el acceso a espacios institucionales y el acercamiento a mujeres dispuestas a relatar sus historias de maternidad.

Este trabajo se apoya fundamentalmente sobre las ideas de dos autoras feministas: Adrienne Rich y Dorothy Smith. La propuesta de Rich de distinguir entre dos significados de maternidad –la institución y la experiencia- me ha resultado iluminadora de las contradicciones que dieron origen a mi inquietud sobre las decisiones y las prácticas en torno a la maternidad. Esta distinción permite politizar, es decir, generalizar problemáticas, buscar sus raíces comunes en las tramas de poder, pero sin perder de

⁴ Principalmente la Conferencia de Cairo de Población y Desarrollo (1994) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio suscriptos en el 2000.

vista las vidas de mujeres concretas con sus especificidades, diferencias y desigualdades. Pensar las experiencias de maternidad como atravesadas por relaciones de poder (económico, social, cultural, político) y por los determinantes de tiempo y de espacio es un ejercicio que sigue siendo necesario ya que la institución de la maternidad ha demostrado ser capaz de mutar, reconfigurarse, cristalizarse a través de nuevas instituciones (como los medios de comunicación).

Para explorar la relación entre la maternidad como institución y como experiencia se hacía necesario encontrar un acercamiento metodológico que pudiera dar cuenta de esa interfaz; es decir, que permitiera examinar las experiencias de las mujeres para descubrir en esas experiencias las intervenciones institucionales. La etnografía institucional, que apunta a “hacer visibles las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual” (Mc Coy, 2006: 109), aparecía como particularmente adecuada para mi proyecto de investigación. Este método arranca con una problemática, entendida como una “disyunción potencial o efectiva entre la experiencia y las formas en las que la experiencia es expresada socialmente (volviéndose inteligible y accionable)” (Smith, 1987: 50). Estas disyunciones, según la autora, han sido la base de gran parte de los desarrollos de la teoría feminista. A partir de una ontología de lo social y una epistemología del punto de vista (que serán descritos en el capítulo 2), Smith propone un trabajo de exploración y descubrimiento a partir de estas disyunciones, que implica preguntarse cómo está organizada la experiencia, cómo está determinada, cuáles son las relaciones sociales que la han generado (Smith, 1987: 50).

Estudiar las experiencias y las configuraciones de la institución de la maternidad desde este acercamiento no es una idea nueva ya que la etnografía institucional surge de la experiencia bifurcada de la propia Dorothy Smith como madre y docente universitaria, es decir, “a partir de la coyuntura del trabajo local y encarnado de la maternidad, la subsistencia inmediata y el cuidado del hogar, por un lado, y el trabajo que trasciende lo local y que implica participar en las relaciones extra-locales del discurso sociológico y el régimen institucional de la universidad, por el otro” (Smith, 2005: 22).

Al iniciar la investigación partí de una serie de supuestos de sentido: que a pesar de los avances en cuanto a derechos y tecnologías, persiste un desfase entre la

significación social de la maternidad -la institución de la maternidad- y las experiencias de las mujeres, y que este desfasaje tiene consecuencias para las posibilidades de autonomía de las mujeres.

Con el transcurso del trabajo de campo, esas ideas se fueron dotando de mayor precisión, al comenzar a vislumbrar los procesos de institucionalización de la maternidad que se producen al interior de las instituciones, entendidas como complejos de relaciones que forman parte del aparato de dominación, organizados en torno a una función distintiva –la educación, los servicios de salud, la ley, etc. (Smith, 1987: 160). La maternidad como institución –como construcción social y política- se torna observable al cristalizarse en los discursos y las prácticas de las instituciones que dan forma a las experiencias de maternidad, tales como los servicios de salud, los establecimientos educativos, los servicios sociales, los medios de comunicación, el sistema judicial, etc.

En diciembre de 2010, durante una actividad callejera por el día de los Derechos Humanos, se acercó a nuestro stand de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto una mujer joven – a quien llamaré Juana- que nos contó angustiada su experiencia de no poder acceder a un aborto incluso con peligro para su salud y la aparente inviabilidad del feto. Le conté sobre mi proyecto de investigación y me dejó su número de teléfono para poder contactarla. Nos juntamos unas semanas después y me contó su “historia reproductiva” completa, con lujo de detalles, mientras su hija y su hijo leían en el sector infantil de una biblioteca pública. Ese testimonio fue un parteaguas en mi investigación. El cuerpo, sus dolores, sus resistencias, sus resiliencias, su memoria, emergieron como personajes claves en mis inquietudes, con una fuerza que no habían evidenciado los relatos anteriores. El sistema de salud, con sus intervenciones y sus omisiones, atravesaba el relato de Juana en sus diferentes expresiones (hospitales, centros de salud, etc). El testimonio de Juana me dio el empujón final para decidirme a focalizar mi investigación en las formas de institucionalización de la maternidad que se cristalizan en el sistema de salud.

Por razones históricas que se exponen en el capítulo sobre institucionalización/medicalización, los servicios de salud han devenido un espacio propicio para la reproducción y para la reconfiguración de la maternidad como institución. Durante los procesos de embarazo-parto-puerperio -es decir, cuando la

maternidad atraviesa corporalmente a las mujeres y las pone en contacto con “expertos/as” sobre su condición- se ponen en evidencia con singular claridad e intensidad las significaciones sociales atribuidas a la maternidad. La elección de enfocar la indagación exclusivamente en el subsistema de salud pública responde a que es el que concentra la atención de la mayoría de la población. Además, este subsector es el que atiende las necesidades de los sectores subalternos, los más afectados por la crisis de 2001. Por otro lado, es en el ámbito de la salud pública donde se reflejan más directamente las directrices del Estado. Como quedará en evidencia en los capítulos 3 y 4, las políticas públicas de salud están atravesadas por imperativos demográficos, por intereses políticos, por las recomendaciones y el financiamiento de los organismos internacionales.

Considerando la relación entre la maternidad como institución y la maternidad como experiencia y su inserción en las instituciones de salud pública, con las primeras incursiones en el campo se plantearon algunas anticipaciones de sentido:

a) a pesar de los avances en cuanto a derechos y tecnologías en relación a la salud sexual y reproductiva, persiste actualmente un desfase entre la significación social de la maternidad –expresada en discursos y prácticas institucionales de los efectores de salud- y las experiencias de las mujeres concretas;

b) la institucionalización de la maternidad se produce y se reproduce mediante discursos y prácticas que apuntan a regular y estandarizar los procesos de embarazo, parto y puerperio según las necesidades de los sectores dominantes. Es decir, que los servicios de “salud materna” están estructurados en torno a prioridades externas (extra-locales) a las experiencias de las mujeres que transitan el embarazo, el parto y/o el puerperio.

c) existen grandes áreas de las experiencias de embarazo-parto-puerperio que no son abarcadas por las instituciones de salud, en detrimento de la salud integral de las mujeres que las transitan.

d) el embarazo, el parto y el puerperio implican trabajo corporal y de gestión por parte de las mujeres que los encarnan, pero este trabajo es mayormente invisibilizado en las políticas y los servicios de salud.

Luego de una inmersión más intensiva en el campo y del ejercicio de análisis de los datos, estas anticipaciones de sentido cobraron mayor precisión y profundidad, tal como quedará claro en el desarrollo de esta tesis.

La tesis está organizada de modo tal que permite dar cuenta de las relaciones entre la maternidad como institución y como experiencia. Está dividida en tres secciones. La primera rescata y expone dos genealogías claves para el análisis que se persigue, que subyacen a toda la exposición: el capítulo 1 recorre la tradición de pensamiento feminista en torno a la doble concepción de la maternidad –institución y experiencia– inaugurada por Adrienne Rich; mientras que el capítulo 2 da cuenta de la creación de la metodología fundada por la socióloga Dorothy Smith en el marco de las luchas feministas de los 70s y el surgimiento de las epistemologías feministas del punto de vista⁵.

La segunda sección ahonda en la constitución de la maternidad como institución. El capítulo 3 rastrea, a través de los registros históricos y antropológicos, su emergencia en el contexto de la transición al capitalismo, su propagación a través de la medicalización de los procesos reproductivos y su materialización en las políticas de población e higiene como parte del proyecto de construcción de la “raza” y la “Nación” en Argentina. Los capítulos 4, 5 y 6 abarcan el análisis de la “institución de la maternidad” cristalizada en los servicios de salud en Argentina y Mendoza. El Capítulo 4 arranca con un panorama reciente del sistema de salud pública en Argentina y Mendoza, haciendo foco en cómo fue impactado por las políticas neoliberales y la resultante crisis del 2001. En esta sección se analizará el Plan Nacer Argentina, la política de salud materno-infantil más importante de los últimos tiempos, que revela las relaciones entre el estado nacional y los organismos internacionales (de apoyo y de financiamiento) a la hora de priorizar acciones y presupuesto a la salud sexual y reproductiva. Los capítulos 5 y 6 se basan en los datos recogidos durante el trabajo de campo, dando cuenta del funcionamiento de los servicios de “salud materna” prestados por hospitales y centros

⁵ Cabe destacar que el capítulo incluye un breve recorrido por los orígenes y las bases epistemológicas de la etnografía institucional, así como ejemplos de su aplicación. Sin embargo, este capítulo no es exhaustivo, ya que la metodología en cuestión se entiende mejor de manera aplicada; por lo tanto, referencias a los procedimientos metodológicos forman parte del cuerpo de los capítulos posteriores.

de salud. Mientras que el primero se enfoca en los tiempos, espacios y agentes institucionales, el segundo apunta a descifrar cómo impactan los textos institucionales, con su poder estandarizador y cosificador, en el tipo de atención que reciben las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas.

La tercera sección es la contracara de la segunda. A diferencia de la segunda, que debió ser dividida en varios capítulos, esta última sección consta de un solo, extenso capítulo. En lugar de fragmentar las experiencias, como hacen las instituciones, este capítulo se esmera por dar cuenta de la continuidad y multi-dimensionalidad de las mismas. El capítulo 7 retoma las facetas de las experiencias de embarazo-parto- puerperio que no son tenidas en cuenta por las instituciones de salud. Luego de algunas notas sobre el valor de las experiencias, se habilita el espacio para las voces de las mujeres entrevistadas. A continuación se exploran los matices que hacen a la singularidad y complejidad de cada experiencia. Además, se revela el trabajo de gestión del propio cuerpo al interior de las instituciones que llevan adelante las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Finalmente, se indaga en ese resto inefable que se vislumbra en los relatos de experiencias y que es la evidencia más fuerte de la singularidad, de eso que no se articula en el lenguaje del opresor, de eso único que cada mujer guarda para sí.

A modo de cierre se analizan las consecuencias simbólicas y materiales del desfasaje entre institución y experiencias. Se incluyen también algunas recomendaciones para adecuar el sistema de salud a las necesidades de las mujeres. Además, se visibilizan los interrogantes que quedan pendientes para futuras indagaciones.

Finalmente, el anexo aporta precisiones sobre el trabajo de campo, y la bibliografía da cuenta del material consultado para la escritura de esta tesis.

ALGUNAS NOTAS AUTO-ETNOGRÁFICAS PARA SITUARME ANTE MIS LECTORAS/ES

Tal como confiesa Adrienne Rich al inicio de *Nacemos de Mujer*, yo también confieso que no elegí este tema: el tema me eligió a mí. A lo largo de mi vida mi relación con la maternidad ha sido tensa. He tenido, con mi propia madre, una buena relación. Hemos sido confidentes, nos hemos contenido en momentos de dificultad, nos hemos admirado. Yo he admirado particularmente su paciencia para conmigo y mis cuatro hermanos/as menores, sin que eso hiciera escatimar la que dedicaba a sus

alumnos/as de primaria. Nunca me creí capaz de su entrega y reiteradas veces le juré, hasta por escrito, que nunca, pero nunca yo sería madre, que tenía ansias de mundo incompatibles con tal tarea. De su parte, no tardaba en llegar la letanía: “ya vas a entender”.

Han pasado más de dos décadas, pendulando entre deseo y rechazo de la maternidad, y aún no sé si entendí, pero esta tesis atestigua que he hecho un gran esfuerzo intentando entender.

Creo que es necesario que quien lea este trabajo conozca algunas facetas de mi historia, además de mi contrariada relación con la maternidad, que han impactado en mis decisiones teóricas y metodológicas, que pueden explicar algunas obsesiones y desviaciones, algunas omisiones y desatinos. Como ya ha sido señalado por Lila Abu-Lughod, la antropología feminista problematiza la separación entre yo y el/la otro/a: “[I]as/os antropólogas/os feministas y de origen mezclado (halfies) no pueden eludir fácilmente la cuestión de la posición. Erguidos/as sobre un suelo cambiante, son conscientes de que cada visión es una visión desde algún lado y cada acto de habla se emite desde alguna parte” (Abu-Lughod, 1991:140-141). He aquí algunos de los suelos cambiantes sobre los que se yergue esta tesis.

Nací en una familia de clase media media, podría decirse, no profesional. Mi padre, al igual que la mayoría de los varones de la familia, es electricista de autos. Mi abuelo paterno, hijo de inmigrantes españoles y gran autodidacta, fue pionero en el rubro, abriendo su propio taller a temprana edad. Conoció a mi abuela porque sus hermanas trabajan con ella en una fábrica de conservas. Ella era la hija menor de un inmigrante español y una mujer huarpe, Teófila Aldalla, que alcanzó a vivir en las épocas en que las Lagunas de Huanacache todavía tenían agua y en torno a ellas giraba la vida de la región. La abuela chiquita, así se la conocía a Teófila, crío una decena de hijos/as, se mudó con su familia a la ciudad y trabajó como lavandera. Tenía un ánimo inquebrantable y una capacidad admirable de recuperarse ante los golpes de la vida, especialmente las muertes tempranas de su marido y de muchos/as de sus hijos/as. Una de sus hijas murió a los 20 años, durante el parto, y de tanta tristeza dicen que Teófila, que estaba amamantando a su hijo menor, envenenó al bebé a través de su leche y el niño también murió. Fue la única bisabuela que conocí. Falleció cuando yo tenía unos 7 años, a los 90 y largos, pero vive en la memoria familiar como una figura ejemplar. No

es coincidencia que parte de mi trabajo de campo haya transcurrido en Costa de Araujo y sus alrededores, donde ella nació y vivió la primera mitad de su vida.

Mi madre venía de una familia de clase media. Mi abuelo materno era hijo de inmigrantes -español e italiana- que se dedicaban a las tareas rurales; la madre de mi abuelo murió después del parto de su décimosexta hija y sus niños/as más pequeños/as fueron repartidos/as entre familiares. Mi abuela materna viene de una familia aristocrática marcada por la tragedia, que perdió todo, y es sobrina-nieta del Padre Arce, un sacerdote histórico de Mendoza que se alió con socialistas y creía en la educación de las mujeres. Ella trabajó desde muy joven, primero para criar a sus hermanos/as menores, luego a sus hijos/as. En mi familia materna hay varias mujeres que no han tenido hijos/as biológicos, y se han dedicado a estudiar, trabajar fuera de casa y/o cuidar a las personas mayores y a los/as niños/as de la familia. Mi abuela y estas mujeres han influido enormemente en mi capacidad de entender la nunca lineal relación entre maternidad/no maternidad.

Mi madre y mi padre eran vecinos en un barrio de Guaymallén construido durante los años dorados del peronismo. Se casaron cuando ella tenía 19 y él 20 años. Yo nací planificadamente un año y medio después, hacia finales de la dictadura. Ella se recibió de maestra embarazada de mellizos, cuando yo tenía unos 2 años. A los 24 años ya tenía 4 hijos/as y se suponía que ya no tendría más. Pero a los 30 se quedó embarazada de mi hermana menor, muy esperada por mí. Según ella, convenció a la criatura de no acomodarse para que tuviera que nacer por cesárea, porque de otro modo su médico conservador no le haría una ligadura. Ese mismo año en que nació mi hermanita, a mi tía de 28 años –hermana menor de mi papá y amiga de mi mamá- le detectaron un tumor benigno en el cerebro durante su tercer embarazo. Luego de nacer mi primita la operaron. El tumor fue extirpado pero se contagió un hongo en la sala de operaciones que terminó matándola en unos pocos meses. Mis abuelos/as se hicieron cargo de los/a niños/a, tramitando lentamente su propio dolor. Mi familia nunca volvió a ser la misma. En ese momento nació mi desconfianza ante el sistema de salud, los/as médicos/as, la medicina.

La historia de mi familia está llena de avatares relacionados con la maternidad –o el intento de evitarla- de las mujeres. Imagino que estos avatares aparecerían en todas las historias familiares, si alguien se tomara el trabajo de recopilarlas. En este breve

recorrido han aparecido solo algunos de esos avatares, pero todas esas historias de experiencias y de presiones institucionales, pesan sobre mi elección del tema y sobre el tratamiento del mismo.

Teté, una tía de mi mamá, soltera y maestra jubilada, ayudó en mi crianza y fue quien me enseñó a leer a temprana edad y me inculcó el valor de los logros académicos. Soy la primera—y hasta ahora la única— de mi generación a ambos lados de la familia con un título universitario. Cursé la primaria y la secundaria en escuelas públicas y viví desde adentro la lucha contra la ley federal de educación, a finales de los 90s, como integrante del centro de estudiantes, en lo que fueron mis primeras experiencias políticas. Cuando cursaba el último año de la secundaria me presenté a las becas de los Colegios del Mundo Unido (www.ar.uwc.org) y fui seleccionada para terminar mis estudios en Li Po Chun, el colegio de Hong Kong. Allí descubrí mi vocación antropológica, conviviendo durante dos años con compañeros/as y profesores/as de más de 100 países, y teniendo la posibilidad de viajar por Asia. Allí también quise abandonar por completo el mundo académico y hacerme monja budista, cansada del rigor del bachillerato internacional y la disciplina china, sumados a un delirio místico producto de la búsquedas espirituales por fuera de mi crianza católica, pero también de una gran desconexión con el propio cuerpo y sus deseos lésbicos. No tardó en llegar una buena dosis de realidad. Era el 2001 y se vivía en casa el clima de inestabilidad. Mi familia me sugirió aprovechar cualquier oportunidad de seguir estudiando afuera porque no sabían qué sucedería con la educación pública en Argentina ni con la economía familiar. Postulé solamente a una universidad canadiense y obtuve una beca completa para toda la carrera, con gastos y hasta pasaje aéreo incluidos.

Simon Fraser University (SFU) abrió sus puertas en 1965, concebida como una “universidad pública utópica construida en una colina” (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:22) sobre el Monte Burnaby, en las afueras de Vancouver. Su diseño arquitectónico modernista giraba en torno a “un cuadrángulo académico apuntado a motivar el flujo libre de conocimiento entre las disciplinas, y su patio de ceremonias constituía un lugar amplio y abierto para reuniones masivas de estudiantes y docentes” (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:22). La fundación de SFU formó parte de una ola de universidades masivas que apuntaba a satisfacer la demanda creciente de educación pública en la era de la posguerra en Canadá y que se diferenciaban marcadamente de las primeras universidades canadienses, como McGill y la Universidad de Toronto, que

habían formado desde el siglo XIX a las élites anglófonas canadienses en base a un currículo británico colonial. Estas nuevas instituciones se convirtieron en puntos focales de las revueltas estudiantiles de fines de los 60s, siendo SFU la más turbulenta de todas, con un poderoso movimiento estudiantil, un núcleo radical de docentes y una presencia fuerte de grupos feministas en el campus (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:22). Los movimientos que se forjaron en la universidad se extendieron a la ciudad, dando origen, por ejemplo, al Caucus de Mujeres de Vancouver, una organización compuesta por estudiantes de SFU que lanzaron la famosa Caravana por el Aborto, que llegó hasta Ottawa, al otro lado del país, para protestar por las restricciones en el acceso al aborto en la reforma del código penal de 1969. Por estas razones, SFU obtuvo la reputación de ser “sede del radicalismo académico canadiense” (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:23).

El fervor de los 60s decayó en las décadas posteriores, pero Simon Fraser continuó con una tradición de justicia social expresada en protestas y luchas por los derechos laborales de docentes y personal no académico de la universidad, y por los ajustes en los créditos para estudiantes (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:35). Sin embargo, desde hace más de una década, en el marco de la incesante reestructuración neoliberal de la provincia y del país, la educación superior pública se ha visto sistemáticamente desprovista de fondos y SFU no ha sido inmune a esta tendencia. Hoy, se caracteriza por un aumento continuo de aranceles y una fuerza de trabajo cada vez más precarizada (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:23). Además, el desarme del estado de bienestar en Canadá ha cedido el terreno para la concreción de asociaciones insidiosas público-privadas, y las universidades han sido particularmente propensas a estos emprendimientos. Probablemente, uno de los ejemplos más nefastos de esto es la nueva sede de la facultad de Artes Contemporáneas de SFU, cuyo edificio se llama Goldcorp Centre for Contemporary Arts en “honor” a la empresa minera que “donó” el dinero para su edificación (Brophy & Tucker-Abramson, 2012:29).

Mi estadía en British Columbia y mi cursado en SFU coincidieron con el inicio de esta tendencia. Llegué a esa provincia en 2001, el mismo año en que los liberales ganaron las elecciones luego de varios mandatos del partido socialdemócrata. Comenzaron a subir los aranceles que habían permanecido congelados durante varios años y varias/os de mis compañeros/as debieron abandonar sus estudios por razones económicas. Mi beca me eximía del pago de aranceles, por lo cual tuve el privilegio de

poder seguir estudiando. Mi experiencia universitaria estuvo marcada por una búsqueda de politización en un medio cada vez más despolitizado y más enfocado a ampliar el ingreso de estudiantes ricos/as provenientes de los países asiáticos (especialmente de las élites chinas) que llegaban a estudiar marketing, negocios o ingenierías. Desde el primer año, participé en las actividades de la Unión de Estudiantes de Sociología y Antropología (SASU) y fui delegada de la misma. También formé parte del Grupo de Investigación del Interés Público (SFPIRG) de la universidad, un centro de recursos alternativos enfocado en la justicia social y ambiental. Allí armamos, junto con otros/as compañeros/as, el Grupo de Acción Latinoamericano, y más tarde ingresé al comité directivo, que a través de un ejercicio arduo pero constructivo de consenso, tomaba las decisiones acerca de cómo usar los fondos asignados por el centro de estudiantes de la universidad (SFSS) para la adquisición de recursos y el sostenimiento de actividades de concientización. Además, junto a un grupo de docentes y estudiantes de la universidad y a migrantes latinoamericanos/as de Vancouver, colaboré en la organización de eventos sobre la crisis en Argentina y el subsiguiente fervor de los movimientos sociales.

Haber estudiado mi carrera de grado en Canadá⁶, y en esta universidad en particular, me ha permitido acceder a bibliografía que no circula tan ampliamente por estas latitudes y/o que solo se encuentra disponible en inglés⁷. Las lecturas de teoría social que más me impactaron durante mi cursado fueron las de las feministas negras, chicanas, lesbianas, de color. En ellas encontré las respuestas más profundas y comprometidas a las preguntas sobre la opresión y el poder, y también sobre los caminos posibles hacia el cambio. Vivir en otras latitudes y relacionarme estrechamente con personas de orígenes muy diversos –especialmente refugiados/as latinoamericanos/as, kurdos/as y serbios/as- me ha posibilitado entender las conexiones internacionales de los procesos históricos, sociales y políticos. Por esta razón, la

⁶ Mi título de grado es *Bachelor of Arts*, algo así como una Licenciatura en Humanidades y Ciencias Sociales. En este sistema, los primeros semestres se estudia de todo un poco y no hace falta declarar un área de especialización sino hasta más adelante; de hecho, una de las exigencias del título es haber cursado materias de al menos 5 disciplinas distintas. Por ello, estudié poesía, teatro, historia, lingüística, francés, estudios latinoamericanos, estudios de la creatividad y otras, además de las materias específicas de mi especialización conjunta en sociología y antropología.

⁷ Cabe aquí aclarar que las traducciones de todos los fragmentos provenientes de libros/artículos cuyos títulos están citados en inglés en la bibliografía son propias, a menos que se indique lo contrario.

propuesta de Dorothy Smith, con su interés por descubrir lo extra-local en lo cotidiano, me ha parecido tan atractiva.

Al volver a Argentina, luego de un par de años de búsqueda de un lugar donde anclar mi pertenencia académica y militante, encontré en el feminismo mi hogar epistemológico y de acción política, de la mano de Alejandra Ciriza, su equipo de investigación y la colectiva Las Juanas y las Otras, por la que tuve un breve paso.

Desde que volví a Argentina, y de manera intensificada durante el transcurso del doctorado, he andado un camino de reencuentro con mi propio cuerpo, abrazando mi sexualidad (primero como lesbiana, luego como bisexual), los límites y potencialidades de la fisicalidad expresados a través del yoga, del canto, del cicloturismo y de la maternidad biológica. Tres momentos sobresalen en este reencuentro. En enero de 2010, luego de un año de entrenamiento, mi compañero Juan y yo cruzamos la cordillera de los Andes en bicicleta tándem. En 2012 buscamos un embarazo, pero resultó ser anembrionado y terminó en legrado y en varios meses de duelo matizados por el acompañamiento y esperado nacimiento casi simultáneo de mis tres primeros/a sobrinos/a. Finalmente, en abril de 2015 parí a mi hijo Cayé en casa, acompañada por mi pareja, mi madre, y sostenida por dos parteras maravillosas y una psicoterapeuta corporal que nos guiaron también en el embarazo y el puerperio. La decisión de parir en casa tiene que ver con un intento por escapar a las regulaciones institucionales que se describen en esta tesis. El trabajo de gestión de mi propio cuerpo senti-pensante que experimenté durante el embarazo anembrionario, el legrado y la recuperación dio lugar a un trabajo más autónomo de registro de mi cuerpo y necesidades durante el embarazo, el parto y el puerperio de mi hijo. No pretendo afirmar que mi experiencia es la más válida, pues entiendo que por diversas razones –físicas, emocionales, económicas, sociales- el parto sin intervenciones no es una opción disponible ni deseada para todas. Solamente explicitar desde dónde surgen mis perspectivas en este tema tan central para la tesis.

El intensificado registro de mi propio cuerpo ha dado lugar, creo, a una mayor sensibilidad ante la corporalidad de las experiencias de las mujeres que pueblan esta tesis, le ha puesto carnalidad a lo que antes habían sido supuestos, intuiciones, y ha complejizado lo que antes eran convicciones.

Me parece necesario hacer visible aquí, también mis recorridos militantes, ya que en un doble movimiento han impactado y han sido impactados por la presente investigación. Cuando comencé esta tarea, estábamos viviendo una de las etapas más activas de Ultravioletas, una colectiva lesbofeminista de la cual fui una de las fundadoras. Con el tiempo, nuestros objetivos políticos fueron mutando y ya no pudimos sostener el espacio colectivo. Algunas de nosotras, que ya habíamos formado parte de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Seguro, Legal y Gratuito, nos volcamos al socorrismo, siendo integrantes activas de La Malona Rosa. Durante el embarazo decidí tomar una suerte de “licencia” fuera de la Malona porque me sentía demasiado inestable para acompañar a otras mujeres. Luego del parto me he incorporado a Alumbra, una organización de mujeres bastante reciente que lucha contra la violencia obstétrica. Es en este espacio donde siento que más puedo aportar en este momento. Sin embargo, considero que parte de mi función es hacer visibles las conexiones entre todas estas luchas de las que he sido parte: la lucha contra la heterosexualidad obligatoria, la lucha por el derecho al aborto, la lucha por embarazos, partos y puerperios libres de violencia, tienen que ver con la autonomía de nuestros cuerpos, con el respeto por la singularidad del deseo y las decisiones. Esta tesis intenta hacer un aporte en la construcción de estas conexiones, aunque es solo el comienzo de un camino por recorrer, un camino que debe ser colectivo para rendir frutos.

PARTE I UNA GENEALOGÍA FEMINISTA DE LA MATERNIDAD

CAPÍTULO 1: GENEALOGÍAS FEMINISTAS PARA ABORDAR LA MATERNIDAD COMO INSTITUCIÓN Y COMO EXPERIENCIA

y los fantasmas – sus manos firmes por siglos-
de artistas muertas al nacer, mujeres sabias carbonizadas en los postes,
centurias de libros no escritos apilados detrás de esos estantes;
y nosotras todavía tenemos que mirar la ausencia
de hombres que no, de mujeres que no podrían hablarle
a nuestra vida- este agujero aún sin excavar
llamado civilización, este acto de traducción, esta mitad de mundo.
Adrienne Rich, “V” (*Twenty-one Love Poems*, 1976)

Los aportes más agudos y críticos al estudio de la maternidad han provenido del campo de los feminismos. Sin embargo, no todas las teorizaciones feministas sobre la maternidad han tenido la misma relevancia para esta investigación. Hemos debido escharbar entre los feminismos para dar con aquellas autoras, aquellas tradiciones, aquellas herramientas conceptuales que pudieran echar luz sobre la maternidad sin esencializar, sin petrificar, sin monopolizar sentidos ni convertir ciertas experiencias en patrones contra los cuales sopesar las experiencias otras.

1.1 NOTAS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE GENEALOGÍAS FEMINISTAS

La filósofa feminista Alejandra Ciriza ha sostenido que “[c]olocar el asunto de las genealogías feministas en el terreno histórico y político supone tener en cuenta los obstáculos ligados a las rupturas y discontinuidades en las memorias y los lazos que ligan entre sí a los sectores subalternos, pero de una manera particular a las mujeres” (Ciriza, 2008:25). Se trata de un trabajo paciente de recolección de lo disperso en un tejido frágil y provisorio pero que nos habilita “un cierto horizonte de comprensión, un cierto relato que posibilite el anudamiento del sentido y el trazado de continuidades” (Ciriza, 2008:25).

La reconstrucción de genealogías feministas se encuentra con una serie de obstáculos. Por un lado, obstáculos materiales asociados con la ausencia de archivos y

repositorios documentales, o con su preservación azarosa y el deterioro inevitable al no ser considerados como valiosos, dignos de memoria (Ciriza, 2008: 30-31). Además, las energías de las mujeres han sido absorbidas por todo el trabajo invisible e invisibilizado de la reproducción biológica y social, y eso ha implicado una dificultad para dejar herencias financieras y/o culturales.

Por otro lado, están las múltiples contradicciones que atraviesan al movimiento y la teoría feminista: “no sólo se trata de las diversas concepciones políticas que portan las radicales, las liberales, las marxistas sino del modo como éstas se articulan a sus visiones sobre el patriarcado y sus relaciones con el capitalismo, a su sensibilidad frente al racismo y a la homofobia, o a la percepción de los límites de perspectiva vinculados a una mirada eurocéntrica sobre el feminismo” (Ciriza, 2008: 29).

Esta dificultad para hilar tradiciones propias se acentúa si consideramos el carácter interdisciplinario de los estudios de género y feministas. Aunque esta tesis se enmarque en un Doctorado en Antropología, los aportes de feministas formadas en otras disciplinas han sido cruciales tanto en la elección de herramientas teóricas como en la construcción de un acercamiento metodológico.

Finalmente, sumado a todo lo anterior, el problema de las genealogías radica en “esa suerte de irreductible tensión que habita los feminismos: la tensión entre público y privado, entre lo personal y lo político, entre la demanda igualitaria y las consecuencias políticas de las diferencias entre los sexos que nos sitúan en un mundo previamente marcado, entre otras cosas, por tradiciones políticas diversas en cuya construcción sólo hemos intervenido fragmentariamente” (Ciriza, 2008:34).

Ochy Curiel sostiene que para construir una genealogía del feminismo, debemos considerar “la historia de muchas mujeres en muchos lugares-tiempos” (Curiel, 2009:1). No es posible trazar la historia de un sujeto único y unificado del feminismo sin sucumbir ante el eurocentrismo, el occidentalismo, y la colonialidad del poder. La autora propone la descolonización como posición política para crear una especie de “‘cimarronaje’ intelectual, de prácticas sociales y de construcción de pensamiento propio de acuerdo a experiencias concretas”, que conducirá a “un feminismo que se piensa y repiensa a sí mismo en la necesidad de construir una práctica política que considere la imbricación de los sistemas de dominación como el sexismo, racismo, heterosexismo y el capitalismo, porque considerar esta “matriz de dominación”[...] es

lo que da al feminismo un sentido radical” (Curiel, 2009:3). Siguiendo esta propuesta, más que ofrecer una revisión panorámica de todo lo que los feminismos han tenido para decir sobre la maternidad, esta sección supone un recorte intencional y político que rescata tradiciones de pensamiento feminista sobre la maternidad que han considerado su inserción en esos sistemas imbricados de dominación.

Con todo esto en consideración es que sostengo que el recorte genealógico que aquí se presenta es producto de asumirme “como la heredera fragmentaria y selectiva de una tradición compleja y múltiple, incierta” (Ciriza, 2008:44). Mi experiencia personal, mi recorrido académico y mi inserción en el movimiento feminista y lésbico feminista han influido en la búsqueda, en el encuentro y en la selección de las autoras y tradiciones que he convocado para cimentar mi investigación (ver Introducción para detalles autoetnográficos).

1.2 ADRIENNE RICH COMO FUNDADORA DE UNA GENEALOGÍA FEMINISTA DE LECTURA/INTERPRETACIÓN/ ANÁLISIS DE LA MATERNIDAD

Si has creído que este escombros es mi pasado
hurgando en él para vender fragmentos
entérate de que ya hace tiempo me mudé
más hondo al centro de la cuestión
Si crees que puedes agarrarme, piensa otra vez:
mi historia fluye en más de una dirección
un delta que surge del cauce
con sus cinco dedos extendidos
“Delta” (*Time's Power: Poems 1985-1988*)

Escribir una bibliografía de Adrienne Rich es tarea compleja⁸. ¿Cómo hacerle justicia a una vida tan multifacética, tan encarnada, tan comprometida con su tiempo y

⁸ Para escribir esta biobibliografía, he consultado numerosas fuentes en inglés y algunas en español, incluyendo las propias obras de la autora; sitios webs sobre feminismo, literatura y política (<http://www.poetryfoundation.org/bio/adrienne-rich>; <http://www.poets.org/poetsorg/poet/adrienne-rich>; http://www.english.illinois.edu/maps/poets/m_r/rich/bio.htm; <http://www.poetryarchive.org/poet/adrienne-rich>); notas periodísticas (<http://www.bostonphoenix.com/archive/1in10/99/06/RICH.html>; <http://www.newyorker.com/online/blogs/culture/2012/03/adrienne-rich-katha-pollitt.html>; [28](http://www.theparisreview.org/blog/2011/03/02/adrienne-rich-on-%E2%80%98tonight-no-poetry-will-</p></div><div data-bbox=)

su espacio, con las luchas de estos? A continuación, ofrezco un recorrido relativamente cronológico que apunta a reflejar la estrecha relación de su obra con su vida y con los momentos y movimientos históricos, políticos y sociales que la atravesaron⁹.

Adrienne Rich nació en Baltimore, Maryland (Estados Unidos) en 1929, hija mayor de una familia blanca, de clase media acomodada, conformada por Arnold Rich, prestigioso profesor de medicina de origen judío, y Helen Jones, una pianista que dejó su prometedor carrera para dedicarse a la crianza de sus hijas y al mantenimiento del hogar. Desde muy pequeña, fue incentivada por su padre a dedicarse a leer y escribir poesía. Sus primeras experiencias educativas fueron en el hogar, ya que su madre y padre decidieron encarar personalmente su educación y la de su hermana, hasta que ingresaran a cuarto grado.

Rich cursó sus estudios de grado en Radcliffe College, una prestigiosa institución asociada a Harvard en donde no había profesoras mujeres, y se graduó con honores en 1951, a los 22 años. Ese mismo año se seleccionó para publicación su primer volumen de poesía, titulado *A Change of World*, aclamado por reconocidos poetas de la época, como WH Auden. En 1952 recibió una beca Guggenheim para estudiar un año en Oxford, pero acortó su estadía en la universidad para explorar Europa.

Al regresar a Estados Unidos, Rich se casó con Alfred Conrad, un economista que daba clases en Harvard, al cual había conocido durante su vida universitaria. Según comentaría más tarde, intentaba adaptarse al rol que de ella se esperaba como mujer. El año 1955 la vería publicar su segundo libro, *The Diamond Cutters*, y convertirse en madre de su primer hijo, David. En los siguientes cuatro años tendría dos hijos más,

serve%E2%80%99/; <http://www.npr.org/2012/03/30/149678681/adrienne-rich-on-the-powerful-powerless-mother>); y libros de crítica literaria (Colby Langdell, 2004; Cooper, 1983; Keyes, 2008). También retomo algunas de las impresiones de Soledad Sánchez Gómez, quien estuvo a cargo de la traducción, el prólogo y las notas de una de las recopilaciones en español más difundidas de la obra poética de Rich: *Poemas, 1963-2000*, publicado por Editorial Renacimiento en 2002. Además, he utilizado algunas de las traducciones de Jorge Yglesia de *Oscuros Campos de la República* (2000), Edit. Norma, Bogotá.

⁹ Esta bio-bibliografía estará salpicada con fragmentos de la obra poética de Rich, a modo de homenaje y de demostración de la profunda relación entre su poesía, sus búsquedas vitales y su compromiso social.

Paul y Jacob, y comenzaría una lucha por conciliar la vida de madre de tres niños pequeños en los suburbios, con sus aspiraciones literarias. Rich misma describe que se convirtió en madre “en los años 50s, en un universo freudiano-estadounidense centrado en la familia, orientado al consumo” (Rich, 1986:24). Un lapso de 8 años separa su segundo de su tercer libro, un periodo lleno de sensaciones encontradas de ira y ternura, admiración y fatiga, culpa, interrogantes y tensiones que quedan registrados en sus diarios y que luego retomaría en *Of Woman Born. Motherhood as experience and institution* (1976). Finalmente, luego de solicitar la esterilización voluntaria y sostenerla ante el sistema de salud, en 1963 publicó su tercer libro de poesía, *Snapshots of a Daughter in Law*, en el que comienza a emerger su voz más cruda, más auténtica, “el tumulto interior de una mujer que se rebela” (Sánchez Gómez, 2002: 10).

Soy un instrumento con forma
de mujer que intenta traducir pulsaciones
a imágenes para alivio del cuerpo
y reconstrucción de la mente
“Planetarium” (*The Will to Change*, 1971)

A partir de allí, Rich comenzó a fechar sistemáticamente sus poemas, que van dejando testimonio del espíritu político de la época y de “la frustración y el dramático desperdicio de energía e inteligencia de las mujeres inmersas en la vacuidad de la ejecución de tareas estereotipadas y, frente a ello, el curativo proceso de cambio y reconstrucción de la identidad, que implicaría la unión de los aspectos públicos y privados de la vida” (Sánchez Gómez, 2002: 11).

Vine a explorar el naufragio.
Las palabras son propósitos.
Las palabras son mapas.
He venido a ver el daño que se hizo
y los tesoros que se han conservado.
[...]
lo que vine a buscar:
el naufragio y no la historia del naufragio
la cosa en sí y no el mito
Somos, soy, eres
por cobardía o valor

quienes hemos de hallar nuestro camino
de regreso a esta escena
llevando un cuchillo, una cámara
un libro de mitos
en el cual
nuestros nombres no aparecen.
“Buceando en el naufragio” (*Diving into the Wreck*, 1973)

En 1966, la escritora se mudó a Nueva York con su familia. Allí se involucró en la nueva izquierda estadounidense, sumándose a las protestas contra la segregación racial y al movimiento en desacuerdo con la guerra de Vietnam. También se desempeñó como docente en el City College, donde se familiarizó con las vidas de sus alumnos y alumnas de sectores vulnerables. Su politización iba en alza junto con el tumulto político de los 60s y 70s, lo cual se ve reflejado en los poemarios de la época: *Necessities of Life* (1966), *Leaflets* (1969), *The Will to Change* (1971), *Diving into the Wreck* (1973) y *The Dream of a Common Language* (1978).

En 1970 se separó de su marido, quien se suicidó poco tiempo después. Las huellas de este acontecimiento quedaron plasmadas en algunos de sus poemas. A partir de 1974, escribió numerosos ensayos, poemarios, artículos de crítica literaria; recibió galardones y realizó viajes; dio conferencias y clases en prestigiosas universidades.

Si estoy sola
es con la firmeza del bote helado en la costa
en la última luz roja del año
que sabe lo que es, que sabe que no es
hielo ni lodo ni luz invernal
sino madera, con el don de arder
“Canción” (*Diving into the Wreck*, 1973)

Rich se asumió públicamente como lesbiana en 1976. Ese mismo año, publicó *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*, producto de cuatro años de investigación, recopilación de experiencias y ejercicio de la memoria sobre su propia vida como madre e hija. También en esta época inició su relación con Michelle Cliff, escritora y editora de origen jamaicano, con quien compartiría el resto de su vida y su

militancia lésbica feminista (juntas editaron, entre 1981 y 1983, la revista *Sinister Wisdom*, una conocida publicación escrita por y para lesbianas). Su análisis de la heterosexualidad como institución, en *Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence* (1980) ha sido fundamental no sólo para el feminismo lesbiano, sino como herramienta de análisis de uno de los aspectos más violentos del patriarcado: la supresión de las relaciones entre mujeres en toda su diversidad y complejidad. La existencia lesbiana también ha sido plasmada en poemarios como *Twenty-one Love Poems* (1976) y *The Dream of a Common Language* (1978).

con el deseo de mostrarte a toda la gente que amo,
para movernos abiertamente juntas
en el influjo de la gravedad, lo cual no es simple
“II” (*Twenty-one Love Poems*, 1976)

Despierto al susurro de tus palabras dichas a años luz o años sombra
como si mi propia voz hablara.
Pero tenemos voces diferentes, aún en sueños,
y nuestros cuerpos, tan parecidos, son sin embargo diferentes
y resuena el pasado a través de nuestras venas cargado con lenguajes diferentes,
sentidos diferentes,
pero cualquier crónica del mundo compartida podría ser escrita con un sentido
nuevo:
éramos dos amantes de un género,
éramos dos mujeres de una generación.
“XII” (*Twenty-one Love Poems*, 1976)

Desde su juventud, Adrienne Rich sufrió artritis reumatoidea, una enfermedad que debilitó su cuerpo pero que, según sus propias palabras, la llevó a aprender y escribir sobre “la conexión del cuerpo con el mundo a través del dolor” (Sánchez Gómez, 2002: 12). Rich creía que “el dolor puede ser convertido en algo útil, algo que nos lleve más allá de los límites de la experiencia en sí misma, hacia una comprensión más profunda de lo esencial de la vida y de las posibilidades en nuestro interior” (Rich, 1995: 158).

En aquellos años, dirán las gentes, perdimos el rastro
del significado de *nosotros*, de *ustedes*
hasta encontrarnos

reducidos a yo
y todo ese asunto se tornó
estúpido, irónico, terrible:
intentábamos vivir una vida personal
y, cierto, aquella fue la única vida
de la que podíamos dar testimonio
Pero los grandes pájaros oscuros de la historia gritaron
y se sumergieron
en nuestro clima personal
Fueron decapitados en alguna otra parte pero sus picos y alas
se movieron
a lo largo de la costa, a través de los jirones de niebla
donde permanecíamos, diciendo yo.
“En aquellos años” (*Oscuros Campos de la República*, 2000)

En los 90s y 2000 siguió escribiendo poesía y ensayos, plasmando en ellos la situación política de su país y el mundo, interrogándose sobre el movimiento de mujeres, de diversidad sexual, la izquierda, el racismo, y la relación entre arte y política. Su obra siguió siendo premiada, pero en 1997 rechazó la medalla nacional de las artes aduciendo que sería incoherente aceptarla por parte de la administración Clinton en un panorama de injusticia racial y económica. En sus palabras, “el arte no significa nada si simplemente decora la mesa para la cena del poder que lo mantiene rehén” (Rich, 2005:46). El compromiso de Rich se transluce tanto en sus ensayos como en su poesía, sondeando “incansablemente en estos últimos cincuenta años acerca de la función radicalmente social del arte” (Sánchez Gómez, 2002: 13).

Todo lo que escribamos
será usado contra nosotros
o contra quienes amamos.
Estas son las condiciones,
las tomas o las dejas.
La poesía nunca tuvo ocasión
de estar lejos de la historia.
[...]

Cambiamos pero nuestras palabras permanecen
se hacen responsables

de más de lo que pretendíamos
y esto es privilegio verbal.
“Tiempo norteamericano” (*Your Native Land, Your Life*, 1986)

Adrienne Rich falleció en 2012 a los 82 años, menos de dos años después de publicado su último poemario, *Tonight No Poetry Will Serve: Poems 2007-2010*. Su legado de lucidez, pasión y compromiso sigue siendo una fuente de inspiración para sucesivas generaciones de feministas en la búsqueda por un lenguaje común que pueda abrazar nuestras diferencias.

si preguntan mi identidad
¿qué puedo decir sino que
soy la andrógina?
yo soy la mente viva que no pueden describir
en su idioma muerto
el sustantivo perdido, el verbo que sobrevive
sólo en infinitivo
las letras de mi nombre están escritas entre los
párpados
del recién nacido
La extranjera (*Diving into the Wreck*, 1973)

1.2.1 NACEMOS DE MUJER. CLAVES PARA LA LECTURA Y CRÍTICA DE UNA MATERNIDAD ‘INTENSIVA Y DOMESTICADA’

Nacemos de Mujer. La maternidad como experiencia e institución, fue publicado por Rich en 1976, y revisado con una nueva introducción y actualizaciones en 1986. En la obra, la autora se propone explorar las tensiones entre un mundo viejo y uno nuevo que trata de emerger, en el que aún persisten cuatro ideas del orden antiguo: la superioridad europea y cristiana por sobre otros pueblos, la fuerza como argumento superior a la relación, lo abstracto como superior a lo concreto, y el mayor valor humano de los varones en comparación con las mujeres. El libro apunta a desentrañar las raíces de todos, pero especialmente del último, de estos supuestos. Cuando comenzó a escribirlo, en 1972, Rich percibía que

“prácticamente no había nada escrito sobre el tema de la maternidad. Había, sin embargo, un movimiento en fermento, un clima de ideas, que escasamente existía cinco años antes. Me parecía que la devaluación de la mujer en otras esferas y las presiones sobre las mujeres para validarse a través de la maternidad, merecían ser investigadas. Quería examinar la maternidad (incluida la mía) en un contexto social, inscrita en una institución política: o sea, en términos feministas” (Rich, 1986: 1).

Según la autora, “sabemos más sobre el aire que respiramos, los mares que surcamos, que sobre la naturaleza y el significado de la maternidad”, a pesar de que habernos desarrollado en un útero es la única experiencia que todos los seres humanos compartimos (Rich, 1986/1995: 11). Sin embargo, como ya lo había expresado Simone de Beauvoir, la maternidad es mucho más que un destino biológico para las mujeres. El aporte fundamental de Rich es la distinción “entre dos significados superpuestos de maternidad: la *relación potencial* de cualquier mujer con sus poderes reproductivos y con los/as hijos/as; y la *institución*, que apunta a asegurar que ese potencial –y todas las mujeres- permanezcan bajo el control masculino” (Rich, 1986/1995: 13, énfasis en original). El libro es una exquisita exposición de las tensiones entre la experiencia (la suya propia, la de mujeres cercanas a ella, la de mujeres a través de la historia) y la institución (su historia, sus relaciones y enredos con otras instituciones como la heterosexualidad, la raza, la familia).

En el primer capítulo, Rich analiza el costo cotidiano de la imposición de la institución de la maternidad sobre la vida de las mujeres, la ambivalencia que corroe las relaciones entre madres e hijas/os y la imposibilidad de las mujeres de “darse a luz a ellas mismas”. Luego, en el segundo, analiza el surgimiento histórico -en el siglo XIX- de la maternidad intensiva, restringida al hogar y dissociada del mundo público, del trabajo y la producción. Esta idea de maternidad “sirve a los intereses del patriarcado: ella ejemplifica, en una misma persona, la religión, la conciencia social y el nacionalismo. La institución de la maternidad revive y renueva todas las demás instituciones” (Rich, 1986/1995: 45).

Al trazar el surgimiento del ideal de maternidad intensiva y domesticada, Rich se detiene a analizar la relación con el racismo, ya que este ideal sólo se aplicaba a las mujeres blancas, mientras se esperaba que las mujeres negras fueran meras reproductoras de la población esclavizada y se las consideraba seres más sexuales, que provocaban a sus amos, a diferencia de las “puras y castas” esposas blancas de los

colonos y terratenientes. Además, Rich reconoce la importancia que la lucha de tres siglos por la liberación negra ha tenido en la habilitación y el impulso del movimiento de mujeres de Estados Unidos, al igual que de otros movimientos de liberación de los siglos XIX y XX (Rich, 1986/1995: 57).

En los capítulos 3, 4 y 5, Rich analiza el patriarcado como “infraestructura sexual de las formas políticas y sociales” (Rich, 1986/1995: 57), a través de un recorrido histórico. La autora se ocupa de la noción de poder que permea el patriarcado -poder sobre otros/as-, que se diferencia del poder que persigue el feminismo: poder de transformación, poder sobre la propia vida, sobre el propio cuerpo. Indagando en los textos que han imaginado un pasado matriarcal, Rich descarta las respuestas concluyentes y más bien se propone escarbar en las pistas que proveen algunas simbologías prepatriarcales para concebir los cuerpos de las mujeres y sus potencialidades más allá de las visiones patriarcales.

Los capítulos 6 y 7, particularmente útiles para mi propia investigación, tratan sobre la función de la medicina y sus tecnologías patriarcales para garantizar el sometimiento de los cuerpos de las mujeres a la institución de la maternidad, al apropiarse de los procesos reproductivos. Aunque el foco está puesto en el parto, Rich no lo considera un hecho aislado sino “como un continuum, entrelazado inextricablemente con todo el espectro de la vida de una mujer” (Rich, 1986/1995: 180). Y más adelante agrega que “lo que se juega en el parto es nada menos que toda nuestra socialización como mujeres” (Rich, 1986/1995: 182). Sin embargo, en el patriarcado, el parto ha sido organizado como un tipo de producción. Cambiar la experiencia del parto significa, según Rich, cambiar la relación de las mujeres con el miedo y la sensación de vulnerabilidad e impotencia, superar la alienación de nuestros cuerpos. Y esto trae aparejadas implicaciones psíquicas y políticas de gran alcance (Rich, 1986/1995: 182).

En su análisis, Rich señala la separación entre reproducción y sexualidad que ha producido el patriarcado. Para la autora, aparecen ligadas, formando parte del continuum de experiencias y ambas sujetas a la institucionalización. El patriarcado se sostiene en la maternidad y la heterosexualidad en sus formas institucionalizadas, que deben ser tratadas “como la ‘naturaleza’ misma (...)” (Rich, 1986/1995: 43). Rich sostiene que “[s]i la maternidad y la sexualidad no estuviesen separadas forzosamente por la cultura masculina, si pudiésemos escoger libremente tanto las formas de nuestra

sexualidad como los términos de nuestra maternidad y no-maternidad, las mujeres alcanzaríamos una genuina autonomía sexual (a diferencia de lo que se considera ‘liberación sexual’)” (Rich, 1986/1995: 183-4).

Los capítulos 8 y 9 tratan sobre el paralelismo de las relaciones madre-hijo y mujer-varón, y sobre las relaciones madre-hija y entre mujeres, respectivamente. El primero examina, a través de un uso crítico de las herramientas del psicoanálisis, las relaciones de interdependencia entre los estereotipos de masculinidad y femineidad, y el poder que deriva de ellos, a la vez que propone maneras de erosionarlos y generar nuevos vínculos entre los sexos, entre los seres humanos en general. El segundo trata de compensar la falta de escritos y exploraciones que la autora percibe sobre las relaciones entre madres e hijas, y entre mujeres en general, y de revelar cómo esos silencios –junto con la supresión de esas relaciones- son necesarios para el sostenimiento de la maternidad y la heterosexualidad institucionalizadas.

El último capítulo es una exploración de la violencia que ejerce la institución de la maternidad sobre las madres y las mujeres en general, y la violencia que genera en ellas. Rich sostiene que “[l]a maternidad sin autonomía, sin decisión, es uno de los caminos que más rápido conduce a la sensación de haber perdido el control” (Rich, 1986/1995: 183-4). El capítulo hace las necesarias conexiones entre la maternidad forzada, la falta de acceso a métodos anticonceptivos, la sensación de impotencia de las mujeres en cuanto a la posibilidad de tomar decisiones reproductivas, la demanda por el aborto legal, el infanticidio como práctica cultural y como acto de desesperación. A pesar de la violencia de la institución, que distorsiona y corrompe las experiencias de maternidad, Rich concluye el libro en un tono esperanzado:

“Lo que es extraordinario, lo que puede darnos grandes esperanzas y nos puede ayudar a creer en un futuro en el que las vidas de las mujeres y los/as niños/as sean sanadas y rearmadas por las manos de las mujeres, es todo lo que hemos logrado salvar, de nosotras mismas, para nuestros hijas/os, incluso dentro de la destructividad de la institución: la ternura, la pasión, la confianza en nuestros instintos, la evocación de un coraje que no sabíamos que teníamos, el conocimiento detallado de otra existencia humana, la comprensión plena del costo y la precariedad de la vida. (...) Destruir la institución no significa abolir la maternidad. Significa canalizar la creación y el sostenimiento de la vida hacia el mismo campo de decisión, lucha, sorpresa, imaginación e inteligencia consciente

que implica cualquier otro trabajo difícil pero libremente elegido” (Rich, 1986/1995: 280).

1.2.2 NACEMOS DE MUJER. NOTAS SOBRE LA INSTITUCIÓN DE LA MATERNIDAD

A pesar de que la autora no define taxativamente la institución, a lo largo del libro queda claro cómo ha sido construida y sostenida, cómo ha mutado, a qué intereses sirve y cómo se articula con otras instituciones.

Rich demuestra cómo la institución de la maternidad “ha sido la piedra angular de sistemas sociales y políticos de la más diversa índole. Ha impedido que la mitad de la especie humana pueda tomar decisiones con respecto a sus vidas; exonera a los hombres del ejercicio auténtico de la paternidad; crea la peligrosa escisión entre la vida ‘privada’ y la ‘pública’; calcifica las decisiones y las potencialidades humanas (Rich, 1986/1995: 13). La institución de la maternidad se basa en una contradicción desconcertante: “nos ha alienado a las mujeres de nuestros cuerpos al encarcelarnos en ellos” (Rich, 1986/1995: 13).

Rich comenta que “cuando pensamos en una institución, normalmente podemos verla encarnada en un edificio: el Vaticano, el Pentágono, la Sorbona, la Secretaría de Hacienda, el Instituto de Tecnología de Massachusetts, el Kremlin, la Corte Suprema. Lo que no podemos ver, hasta que nos convertimos en estudiosas/os de la institución, son las maneras en las que el poder es mantenido y transferido detrás de las paredes y bajo las cúpulas, los acuerdos invisibles que garantizan que debe residir en ciertas manos y no en otras, las complicidades y las conexiones con otras instituciones de las que supuestamente es independiente” (Rich, 1986/1995: 275). En este sentido, la institución de la maternidad no cuenta con una encarnación arquitectónica visible de autoridad, y sin embargo, ha podido ejercer tremenda violencia sobre las mujeres y negarnos el poder, sobre nuestras propias vidas, sobre los frutos de nuestro potencial reproductivo, sobre nuestros afectos (Rich, 1986/1995: 275). Esto se debe a su inserción profunda en la organización social y en el lenguaje. En palabras de Rich, “[l]a institución de la maternidad no es idéntica a gestar, parir y cuidar niños/as, así como la institución de la heterosexualidad no es idéntica a la intimidad y el amor sexual. Ambas crean las prescripciones y las condiciones dentro de las cuales se toman o se bloquean las decisiones; no son la “realidad” pero han moldeado las circunstancias de nuestras vidas. (...) Sin embargo, cualquier institución que se exprese de manera tan universal

termina afectando profundamente nuestra experiencia, incluso el lenguaje que usamos para describirla” (Rich, 1986/1995: 42).

Entre las herramientas de perpetuación y reformulación de la institución de la maternidad, la apropiación del conocimiento y las prácticas en torno a los procesos reproductivos ha sido crucial, tal como lo demuestra Rich en los capítulos 6 y 7. La invención del fórceps, el confinamiento de las parturientas a los hospitales, el uso indiscriminado de drogas para “regular” el parto y para anestesiarse a las mujeres, y las cada vez más complejas tecnologías reproductivas no se han desarrollado como respuesta a las necesidades de las mujeres, sino como emprendimientos apuntados a la ganancia económica, el control demográfico, la experimentación científica. Esta institución “debe seguir siendo evocada para que las mujeres nunca más olvidemos que nuestros muchos fragmentos de experiencia vivida son parte de un todo que no es de nuestra creación” (Rich, 1986/1995: 276).

“Cualquier mujer que crea que la institución de la maternidad no tiene nada que ver con ella está cerrando sus ojos ante aspectos cruciales de su situación” (Rich, 1986/1995: 252). Los problemas personales, aparentemente privados, son políticos, son producto de una manera de organizar la reproducción y la crianza que no responde a las experiencias y a las necesidades y a los placeres de las mujeres. Nos afecta a todas, pero no a todas por igual. Rich hace un valioso esfuerzo por abarcar no sólo la diversidad de experiencias de maternidad, atravesadas por la clase, por la raza, por la cultura, por la religión, por la edad, sino también las maneras en que la institución afecta a las mujeres que, por decisión o alguna circunstancia, no son madres. “‘La mujer sin hijos’ y la ‘madre’ son una polaridad falsa, que ha servido a las instituciones de la maternidad y la heterosexualidad. No existen categorías tan simples” (Rich, 1986/1995: 250). La autora demuestra que tanto la maternidad como la no-maternidad, en el patriarcado han sido usadas en contra de nosotras” (Rich, 1986/1995: 253).

La distinción entre experiencia e institución planteada por Rich sigue teniendo una importancia crucial para las teorías y las prácticas feministas. Esta distinción permite politizar, es decir, generalizar problemáticas, buscar sus raíces comunes en las tramas de poder, pero sin perder de vista las vidas de mujeres concretas con sus especificidades, diferencias y desigualdades. Pensar las experiencias de maternidad como atravesadas por relaciones de poder (económico, social, cultural, político) y por los determinantes de

tiempo y de espacio es un ejercicio que sigue siendo necesario ya que la institución de la maternidad ha demostrado ser capaz de mutar, reconfigurarse, cristalizarse a través de nuevas instituciones (como los medios de comunicación). Además, esta distinción tiene gran valor heurístico respecto de las prácticas feministas. He podido observar que subsisten encerronas a las que conduce el seguir colocando el propio punto de vista como correcto y normatizador para leer y criticar las experiencias de las demás. La singularidad de las experiencias abre distintas posibilidades y formas de autonomía, que a veces son tomadas como la forma más legítima de posicionarse contra o por fuera del patriarcado. Sin embargo, ninguna experiencia discurre por fuera de la institución ni tampoco es determinada absolutamente por ella. La clave, como intentaré mostrar en estas páginas, es mantener el enfoque en la tensión entre experiencias e institución, estudiar las reconfiguraciones de la institución.

Para avanzar en la construcción de una genealogía feminista que mantenga la distinción entre la maternidad como institución y como experiencia, he incorporado a autoras y tradiciones que, por un lado, profundizan lo señalado por Rich en cuanto a la relación de la institución de la maternidad con otras instituciones como la racialización y la heterosexualidad; y, por el otro, aportan las herramientas metodológicas para estudiar las instituciones partiendo de una epistemología feminista.

1.3 EL VALOR DE LA REFLEXIÓN DE LAS FEMINISTAS NEGRAS COMO CRÍTICA HACIA LA INSTITUCIÓN DE LA MATERNIDAD

La crítica de la institución de la maternidad tal como ella ha sido edificada, el hallazgo de sus contradicciones y de sus fallas y quiebres ha debido mucho a las experiencias y conceptualizaciones de las feministas afroamericanas, que, al dar a conocer las prácticas comunitarias de ejercicio del maternaje, al señalar su valor como fuente de poder para las mujeres negras, al describir los vínculos entre mujeres que la crianza comunitaria hace posibles, permiten advertir hasta qué punto la idea de una maternidad intensiva, exclusiva, heterosexual, individualizada es un producto histórico que, por añadidura, sólo ha sido posible para algunas mujeres: de las clases dominantes, blancas, heterosexuales.

La institución de la maternidad “se da en situaciones históricas específicas, en el marco de estructuras entrelazadas de raza, clase y género” (Hill Collins,

1993/2007:311). Esta especificidad, ha sido pasada por alto por el feminismo blanco hegemónico, que no ha considerado la clase y la raza como factores, “asumiendo que la dominación masculina en la economía política y en el hogar es la fuerza motriz de la vida familiar, y que la comprensión de la lucha por la autonomía individual frente a esa dominación es central para entender la maternidad” (Hill Collins, 1993/2007:311). Según la socióloga afroamericana Patricia Hill Collins, detrás de estos análisis subyacen dos ideas peligrosas. Por un lado, que existe una división dicotómica entre la esfera pública del discurso político y económico y la esfera privada de la familia y las responsabilidades hogareñas, lo cual posibilita ver a la familia y al trabajo como instituciones separadas. Por otro lado, la idea de la familia nuclear con una clara división sexual del trabajo distorsiona las experiencias de las mujeres de color en estructuras familiares alternativas con economías políticas bastante diferentes.

Los aportes que las feministas afrodescendientes han hecho al estudio de la maternidad son invaluable para desarmar la institución en sus contradicciones. En este sentido, Angela Davis ha demostrado que la exaltación ideológica de la maternidad, que cobró gran popularidad durante el siglo XIX, no se extendió a las mujeres esclavizadas: “a los ojos de sus propietarios, ellas no eran madres en absoluto, sino, simplemente, instrumentos para garantizar el crecimiento de la fuerza de trabajo esclava. Eran consideradas “paridoras”, es decir, animales cuyo valor monetario podía ser calculado de manera precisa en función de su capacidad para multiplicar su número” (Davis, 2005: 15). Al ser consideradas paridoras y no madres, se les podía privar de sus criaturas con total libertad, para ser vendidas como terneros y vacas. Cuando se abolió la trata internacional de esclavos, se revalorizó la capacidad reproductiva de las mujeres esclavizadas, pero esto no significó que se les otorgara un status más respetado como madres del que poseían como trabajadoras. A pesar de que se esperaba que parieran tan frecuentemente como fuera posible, nunca fueron eximidas de trabajar en los campos durante el embarazo o la lactancia. De hecho, Davis resalta el sufrimiento de muchas madres que, al no poder amamantar, llevaban los pechos hinchados, lo cual les dificultaba el trabajo y las hacía susceptibles de mayores castigos (Davis, 2005: 17). Es decir, que en la misma época en que se glorificaba la maternidad de las mujeres blancas y se las encerraba en esa función, las mujeres esclavizadas no contaban con los más mínimos derechos sobre su descendencia y no se esperaba que mostraran apego por sus criaturas.

Más recientemente, Dorothy Roberts ha mostrado cómo la lucha por la autonomía reproductiva en EEUU, al no incluir el análisis del racismo como parte central de la lectura de las políticas de salud y desarrollo social ha sido un tanto equívoca respecto de las experiencias de las mujeres negras. Roberts documenta casos a finales de los 80s y principios de los 90s de ideas eugenistas que asocian la alta tasa de fertilidad de las madres negras a los problemas de pobreza de sus comunidades y expone el racismo que subyace en el acceso a la seguridad social: se obligaba a madres que dependían de los planes sociales –una gran parte de ellas afroamericanas- a usar implantes subdérmicos u otros anticonceptivos con efectos secundarios nocivos, o a someterse a esterilizaciones, bajo amenaza de que los hijos nacidos de mujeres dependientes de la ayuda social no recibirían apoyo (Roberts, 1998). Según Roberts, necesitamos reconsiderar el significado de la libertad reproductiva, ya que tiende a apoyarse sobre ideales liberales de autonomía y de independencia de la interferencia estatal, reflejando los intereses de las mujeres blancas de clase media y la alianza forjada luego de la Emancipación entre quienes bregaban por el control de la natalidad y los/as eugenistas a partir de la década de 1920¹⁰. La autora propone una concepción ampliada y menos individualista de la libertad reproductiva, que asuma que la política reproductiva afecta a los grupos subalternos en un contexto social de desigualdades de riqueza y poder. En palabras de Roberts, “la libertad reproductiva es un asunto de justicia social, no de elección individual” (Roberts, 1998: 485).

1.3.1 OTRAS-MADRES Y EL TRABAJO MATERNAL COMO LABOR COMPARTIDA EN LAS COMUNIDADES AFROAMERICANAS

Patricia Hill Collins ha demostrado, a través de sus investigaciones sobre las comunidades afrodescendientes en Estados Unidos, que la maternidad no es universalmente una relación entre una mujer y sus hijos e hijas, ni una institución privada separada de la provisión económica. Collins ha acuñado el término *othermothers* (otras-madres) que da cuenta de la gran diversidad de experiencias de maternidad más allá de la maternidad de hijos/as biológicos/as propios/as: abuelas,

¹⁰ Las limitaciones de esta idea de “libertad reproductiva” siguen pesando en la actualidad en EEUU, donde las mujeres, mayoritariamente latinas o negras, recluidas en instituciones penitenciarias son empujadas a la esterilización. En otro ejemplo reciente, el estado de Tennessee aprobó una ley que criminaliza a las embarazadas que consumen drogas.

hermanas, tías, primas, mujeres de redes de “parentesco ficticio” que han sostenido la crianza de los/as niños/as de una comunidad. A veces, estas redes de crianza han sido arreglos de corto plazo, otras veces se han convertido en una suerte de adopción informal (Collins, 2007/1991: 277-278). La fluidez de las fronteras entre las madres biológicas y las otras-madres rompe con la escisión entre maternidad y no-maternidad a la vez que desbiologiza y desindividualiza las responsabilidades de crianza. Por otro lado, estas responsabilidades asumidas por las otras-madres han sido pilares de las posiciones de liderazgo asumidas por algunas mujeres al interior de las comunidades afrodescendientes.

Este intento de revelar el carácter individualizador y biologicista de la institución de la maternidad al interior de una de las sociedades en donde más fuerte es la institución – la sociedad estadounidense- también ha sido reforzado por las investigaciones transculturales de las antropólogas feministas. Ya en 1928 la mismísima Margaret Mead reconoció durante su trabajo de campo en Samoa que la mayoría de las sociedades no aíslan a las mujeres para el cuidado de los/las niños/as, lo cual fue documentado posteriormente por numerosas investigaciones de antropología psicológica. La provisión de alimento y abrigo y el cuidado infantil implican generalmente un esfuerzo colaborativo que ha dado lugar a una amplia gama de sistemas de parentesco y familias (Seymour, 2004:540). Un ejemplo citado es el de sociedades como los Efe del bosque Ituri en Zaire, cuyas mujeres crían colectivamente a los/as niños/as incluso desde su nacimiento, compartiendo las tareas de amamantamiento y sostenimiento.

Estas formas de organización colectiva de la crianza también han sido y son características de grupos subalternos en sociedades occidentalizadas, como las latinoamericanas. Mientras las mujeres de mayores recursos económicos han podido delegar la crianza de sus hijos/as en el trabajo pago de mujeres de sectores populares, los hijos e hijas de estas mujeres han podido sobrevivir gracias a las redes familiares y comunitarias que han permitido la crianza y alimentación colectiva.

Estas experiencias revelan el trabajo sistemático por imponer un modelo de organización del parentesco y de la vida cotidiana que es funcional al capitalismo, pues invisibiliza el trabajo necesario para la reproducción de la vida; al racismo, en la medida

en que estigmatiza otras formas de organización familiar¹¹, y a la institución de la heterosexualidad, ya que muchas veces se trata de comunidades de mujeres ejerciendo colectivamente la crianza. Además, la responsabilidad colectiva rompe el aislamiento al que el patriarcado sujeta a las mujeres¹².

1.3.2 *MOTHERWORK*: MUCHO MÁS QUE TAREAS INDIVIDUALES DE CUIDADO

Hill Collins también ha aportado el concepto de *motherwork* (trabajo maternal) para dar cuenta de la amplitud y profundidad de las actividades realizadas por las mujeres afroamericanas que maternan:

Uso el término “trabajo maternal” para suavizar las dicotomías existentes en las teorías feministas sobre la maternidad que postulan distinciones rígidas entre lo privado y lo público, entre la familia y el trabajo, entre lo individual y lo colectivo, entre la identidad como autonomía individual y la identidad que emerge de la autodeterminación colectiva del propio grupo (Collins, 2007/1993: 313).

A pesar de la exposición a los roles de género de la sociedad blanca occidental, las mujeres negras durante la esclavitud y luego de la emancipación, forzadas al trabajo en el campo, no habrían podido cumplir con esos roles aunque hubieran querido. El trabajo y la maternidad siempre fueron parte simultánea de las vidas de las mujeres negras (Collins, 2007/1991: 279). Hill Collins describe el trabajo maternal de las mujeres de color como una labor atravesada por cuestiones de supervivencia, poder e identidad. Este trabajo ha incluido bregar por la supervivencia de los hijos/as, tanto los/as biológicos/as como los/as de la comunidad, es decir, por el derecho de los/as hijos/as a existir en una sociedad que los/as margina y condena constantemente. Las mujeres de color han tenido que lidiar con los patrones de poder y falta de poder en el ejercicio de la maternidad, porque sus experiencias de maternidad han estado profundamente

¹¹ Uno de los ejemplos más brutales de esta estigmatización se dio en 1965, cuando el gobierno estadounidense publicó un estudio conocido como Informe Moynihan sobre la “Familia Negra”, que “conectaba directamente los problemas sociales y económicos contemporáneos de la comunidad negra con una supuesta estructura familiar matriarcal” derivada de los tiempos de esclavitud, dejando de lado como raíces de la opresión “la discriminación racial que causaba el desempleo, las infraviviendas, una inadecuada educación y una asistencia sanitaria deficiente” (Davis, 2005: 21).

¹² Como señala la misma Rich en *Nacemos de Mujer*, el papel que juegan y el que deseáramos que jugaran los varones en la crianza sigue siendo un tema irresuelto para los feminismos.

afectadas por este proceso dialéctico: poder al interior de las comunidades y de las familias, opresión dentro de una matriz social de relaciones desiguales de clase, de raza, de género. Además, el trabajo maternal por la identidad se ha dado en una situación dialéctica en la cual el sistema de opresión racial les quita la identidad personal y el sentido de pertenencia a los grupos subordinados mientras que las culturas de resistencia siguen siendo fuertes en varios grupos racializados y étnicos. En este contexto, las madres y otras-madres deben “negociar la complicada relación de preparar a los/as niños/as para encajar en -pero a la vez oponer resistencia a- los sistemas de dominación racial” (Collins, 2007/1993: 322). A la vez que reconoce la importancia de este trabajo maternal para la supervivencia de las comunidades, Hill Collins no ignora el alto costo que tiene para las mujeres negras, desnudando la correlación existente entre desigualdades y carga de trabajo maternal.

La idea de pensar las actividades de crianza como trabajo maternal implica una crítica tanto a la naturalización biologicista como a la individualización/reclusión doméstica del trabajo de las mujeres y su significación como no trabajo.

Los aportes de las feministas afroamericanas ejemplifican la necesidad de pensar la maternidad desde múltiples perspectivas y posiciones dentro de los sistemas de poder y privilegio, para poder “dirigirnos hacia teorías feministas que incorporen la diferencia como parte esencial de la lucha común” (Collins, 2007/1993: 326-327).

1.4 LAS CONTRIBUCIONES DE LOS ESTUDIOS DE LAS MATERNIDADES LÉSBICAS

Varias publicaciones sobre la maternidad lesbiana también han aportado en la crítica a la maternidad normativa. En cuanto existen tensiones en la intersección entre la institución de la maternidad y la de la heterosexualidad obligatoria, se ha tendido a considerar que lesbiana y madre son términos mutuamente excluyentes (Thompson, 2002). Las maternidades lesbianas rompen con el imperativo mujer=madre=heterosexual, ampliando los significados y las prácticas de la maternidad por fuera de las nociones heteropatriarcales.

Aunque algunos estudios iniciales intentaron demostrar que las madres lesbianas son como cualquier otra madre, las investigadoras lesbianas feministas han tratado activamente de señalar los riesgos de caer en el discurso de la “no diferencia” que las “hace invisibles una vez más y oscurece las alternativas radicales que las vidas lesbianas

pueden forjar” (Pollack, 1987: 316). A pesar de que comparten muchos de los desafíos encontrados por las madres heterosexuales, las madres lesbianas tienen presiones adicionales que derivan del hecho de ser lesbianas en una sociedad heterosexual supremacista “que idealiza el lazo masculino-femenino y la sexualidad masculina-femenina como superiores espiritual, moral, física, emocional e intelectualmente” (Wright, 1998: 145). Por lo tanto, se espera que las parejas del mismo sexo se asimilen dentro de ese paradigma, volviéndose invisibles. Sin embargo, muchas madres lesbianas están convencidas de que “para resistir la trampa de la asimilación, las lesbianas también debemos celebrar y afirmar nuestras diferencias de lo común” (Wright, 1998: 146).

Más allá de ciertos logros legales (como el matrimonio para parejas del mismo sexo y su posibilidad de inscribir conjuntamente a los/as hijos/as, que se hicieron realidad en Argentina recientemente), algunas autoras sostienen que las madres lesbianas realizan trabajo maternal (siguiendo a Collins) adicional, como el de tener que visibilizarse constantemente en las instituciones (guarderías, escuelas, clínicas, etc) para acceder a derechos y servicios y lograr que las experiencias de sus hijos/as estén incluidas en la conceptualización del término “familia” dentro de los currículos educativos (Nelson, 1996; D’Aoust, 1995).

Nancy Polikoff sostiene que la maternidad es una institución “que funciona como una parte integral de la sociedad patriarcal para mantener y promover el patriarcado” y que el lesbianismo de las madres lesbianas no borra ni transforma automáticamente la institución de la maternidad (Polikoff, 1987: 54). Para que eso ocurra, las madres lesbianas necesitan plantear preguntas y desafíos a la institución de la maternidad. Esto significa, en parte, romper con la socialización tradicional de los niños y niñas que sirve a la reproducción del patriarcado (Cooper, 1987:233). Por otra parte, algunas autoras han explorado cómo las madres lesbianas no biológicas, tanto en las familias ensambladas como en las que tienen hijos e hijas a través de inseminación por donante, o por adopción desafían la asociación inseparable entre maternidad y biología, cuestionando “la cultura maternal establecida al pedir que ellas (ambas compañeras) no sean diferenciadas en base a haber parido o no” (Nelson, 1996: 129).

Audre Lorde enfatiza que los hijos e hijas de madres lesbianas salen beneficiados al “crecer en el marco de una relación no-sexista, en la que se desafían las suposiciones

pseudonaturales de la sociedad de que hay gobernantes y gobernados”, aunque admite que algunas lesbianas aún están atrapadas dentro de las formas patriarcales de relaciones de poder desiguales (Lorde, 1987: 225). Pero en general, las hijas e hijos de madres lesbianas parecen desarrollar “repertorios de género simbólicos, emocionales, prácticos y de comportamiento menos estereotipados” a causa de sus experiencias cotidianas de madres realizando tanto las tareas tradicionalmente definidas como femeninas como las masculinas (Stacey & Biblartz, 2001: 177). Además, varias investigaciones han demostrado que tener madres lesbianas facilita importantes aspectos del aprendizaje y el desarrollo, debido a la exposición al “concepto de diversidad cultural e individual como algo positivo más que amenazador” (Pollack, 1987: 323). Este respeto y apreciación por la diversidad que las madres lesbianas tratan de infundir en las vidas de sus hijos e hijas no se limita a la diversidad sexual:

El racismo, el clasismo y la explotación económica, tanto en EEUU como en todo el mundo, no son asuntos abstractos para muchas madres lesbianas (y otras madres). La opresión en sus varias formas es una presencia constante y diaria que quita a las mujeres no sólo el lujo de la “elección”, sino las necesidades básicas para su supervivencia y la de sus hijos e hijas. Como lesbianas, tenemos una oportunidad única de desarrollar y mantener ambientes en los que tener y criar hijos e hijas sea una experiencia revolucionaria (Pollack and Vaughn, 1987: 13-14)

1.5 LA CONTRACARA NECESARIA: PENSAR LA NO MATERNIDAD DESDE EL FEMINISMO

Los análisis feministas de la no maternidad voluntaria me han resultado profundamente esclarecedores a la hora de pensar la maternidad como institución, ya que revelan, en las dificultades que han tenido los feminismos para sostener la bandera de la no maternidad, la fortaleza de la institución y su capacidad de reconfiguración. Por otro lado, desnudan la prohibición de ambivalencia que garantiza el no cuestionamiento de la institución y que oculta una parte central de las experiencias tanto de maternidad como de no maternidad.

Entre este tipo de análisis se destaca el trabajo de Ann Snitow (2004) sobre las representaciones y las propuestas del feminismo en torno a la maternidad y la no-maternidad desde la década de los 60. La autora señala que entre las reivindicaciones más radicales de los movimientos feministas de los países occidentales industrializados durante las décadas de 1960 y 1970, había dos rupturas de los “tabúes narrativos”: una

tenía como objetivo la des-idealización de las experiencias de maternidad, y la otra la habilitación de la posibilidad para las mujeres de plantearse proyectos de vida por fuera de la maternidad. Estos cuestionamientos surgían de la crítica a la maternidad como destino único y obligatorio y de la familia nuclear hetero-patriarcal como lugar de concentración de la subordinación y dominación de las mujeres. En la década de 1980, los embates de la Nueva Derecha reforzaron la ideología de la maternidad: ensalzaron los valores familiares tradicionales asociados al parentesco, los roles sociales “naturales” y la exclusividad del comportamiento sexual al interior de la familia nuclear (Gillespie, 2000). Ante los ataques de posturas cada vez más conservadoras contra el feminismo, muchas de las reivindicaciones más radicales se suavizaron o se evaporaron, entre ellas la posibilidad de elegir una vida plena sin maternidad para las mujeres. Snitow ejemplifica esta pérdida de radicalidad:

...ya pasó mucho tiempo desde que las feministas que demandaban el aborto pusieran en el centro la idea de que uno de los buenos usos que se le puede dar a este derecho es el de no tener hijos en absoluto. Corregidas en los años reaganianos, las estrategias a favor de la legalidad del aborto comprensiblemente han destacado el derecho a esperar, el derecho a espaciar los nacimientos, el derecho a tener sólo hijos(as) deseadas(os). Temieron involucrar alguna imagen que pudiera ser leída como una retirada femenina del rol nutricional. Estamos -en este periodo de reacción- elaborando, extendiendo, reinstitucionalizando la maternidad para nosotras mismas (Snitow, 2004: 48)

Otras autoras coinciden con Snitow, subrayando incluso que en las décadas de 1980 y de 1990 el feminismo ha reflejado el mismo “renacimiento maternal” de la cultura dominante (Morell, 2004). Para Gayle Letherby y Catherine Williams el asunto ha quedado reducido a una elección más de las mujeres, sin contemplar qué implica esta decisión, quién tiene posibilidad de elegir y en qué condiciones (Letherby & Williams, 1999). Rosemary Gillespie, admite que aunque el feminismo ha promovido la elección y los derechos reproductivos, no ha logrado la incorporación de las experiencias de no-maternidad voluntaria en la teoría y en la praxis, como proyecto legítimo (Gillespie, 2000).

En el contexto latinoamericano, en el cual se podría hablar de un ensalzamiento de la maternidad como destino final de las mujeres, reforzado por el culto del

Marianismo¹³ y por la maternalización de las mujeres durante la construcción de los estados nacionales (ver capítulo XX), la posibilidad de no-maternidad ha sido aún más restringida. El valor asociado a la maternidad ha sido el punto de arranque de varias luchas sociales y por los derechos civiles de las mujeres. Por ejemplo, Marcela Nari ha mostrado que las feministas argentinas de la primera mitad del siglo XX no cuestionaban que la maternidad fuera “una misión natural” de las mujeres, lo cual las hacía coincidir con sectores tales como la iglesia y la corporación médica. En esa época, la maternidad era pensada como la razón por la cual las mujeres necesitaban acceder a derechos civiles y sociales, ya que ellas lograrían transformar la sociedad al llevar al ámbito público sus valores maternos (Nari, 2004: 253-255).

Francesca Gargallo explica que la de-santificación de la maternidad que ocurrió en 1970 en otras latitudes (como en Estados Unidos y los países europeos con corrientes feministas marxistas) no tuvo tanta fuerza y virulencia “en una América Latina convulsionada por las represiones militares y rescatada políticamente por las actuaciones de los Comités de Madres de Desaparecidas/os” (Gargallo, 2006: 113). Por su parte, Maxine Molyneux señala que durante las décadas de 1980 y 1990 muchas activistas feministas latinoamericanas esgrimieron argumentos “familistas”, que apuntaban a combinar igualdad y protección, a fin de lograr consenso para la conquista de derechos legales (Molyneux, 2003: 266s). En este contexto, el foro mexicano *Ni Madres* registra las experiencias de activistas feministas que confiesan que han sentido que su decisión de no-maternidad no ha sido tomada como válida por cierto feminismo y por los movimientos de izquierda (Foro Ni Madres, 2004).

¹³ El término Marianismo fue acuñado por Evelyn Stevens (1977) “para designar el culto a la superioridad espiritual femenina que predica que las mujeres son moralmente superiores y más fuertes que los hombres. El culto a la Virgen María proporciona un patrón de creencias y prácticas (cuyas manifestaciones conductuales son la fortaleza espiritual de la mujer, paciencia con el hombre pecador, y respeto por la sagrada figura de la madre)[...] Esta fuerza espiritual engendra abnegación, es decir, una capacidad infinita para la humildad y el sacrificio” (Fuller, 1995).

Todas estas autoras coinciden en que la existencia de una maternidad voluntaria y plena dependerá de la capacidad del feminismo de habilitar la no-maternidad como elección y no como destino trágico e incompleto¹⁴.

Leyendo las experiencias y teorizaciones sobre no maternidad, emerge la existencia, en nuestras culturas, de una prohibición de plantear la ambivalencia como parte de las cuestiones de maternidad (y por extensión, de no-maternidad). Una madre debe amar incondicionalmente. Una mujer debe tender naturalmente –sin lugar a dudas– hacia la maternidad. Esto genera sensaciones de inadecuación tanto a las madres como a las no-madres. Por ejemplo, Leatherby y Williams (1999) ofrecen un repaso de cómo fueron mutando sus decisiones sobre (no)maternidad y el lugar que ocupaban en su identidad y en su vida, destacando la ambivalencia siempre presente pero que parece no ser registrada por su entorno. Las formas en que el mandato de la maternidad se construye lleva al falso dilema de que ser madre o no ser madre son opuestos e irreconciliables. Sin embargo, leyendo y escuchando experiencias tanto de maternidad como de no maternidad, el espectro de la ambivalencia flota sobre ambas como un continuum que las une.

La institución de la maternidad y las experiencias de maternidad han sido develadas, analizadas, problematizadas por los feminismos. La supuesta naturalidad con la que se ha querido investir a la institución entra en contradicción al historizarla y contextualizarla. Empiezan a ser visibles los intereses a los que responde: el sostenimiento de la familiar nuclear heteropatriarcal, necesaria para la organización capitalista al garantizar que el costo del trabajo de reproducción biológica y social sea absorbido por las mujeres y que ese trabajo aparezca como no-trabajo. También afloran sus interconexiones e interdependencias con otras instituciones: el etnocentrismo y el racismo, la heterosexualidad obligatoria, la religión, el nacionalismo. Los feminismos han logrado desbiologizar la maternidad y mostrar modos de ejercerla que van más allá de los lazos sanguíneos, cuestionar la individualización y aislamiento de la responsabilidad maternal al visibilizar las experiencias de crianza colectiva de sectores

¹⁴ Para mayores detalles sobre este tema, se puede consultar un artículo que publiqué en autoría con Claudia Anzorena (2013).

no hegemónicos, en síntesis: contraponer al mandato monolítico de la institución el carácter múltiple, diverso, ambivalente, de las experiencias.

A pesar de toda esta genealogía con la que ya contamos, la capacidad de reconfiguración de la institución de la maternidad nos obliga a las feministas a seguir estudiándola y desarmándola, descubriendo sus nuevas o recicladas alianzas y complicidades, con todas las herramientas que nuestras predecesoras –negras, indígenas, lesbianas, madres y no-madres- nos han legado, y con algunas nuevas que deberemos ir desarrollando para nuestros tiempos. En el capítulo que sigue, exploraremos algunas de estas nuevas herramientas.

CAPÍTULO 2: LA PROPUESTA METODOLÓGICA DE DOROTHY SMITH COMO VÍA PARA EXPLORAR LA RELACIÓN ENTRE EXPERIENCIA E INSTITUCIÓN

¿Cómo analizar una institución tan difusa como la de la maternidad? Como expresó Adrienne Rich, es difícil ubicarla materialmente. Pero su peso se hace sentir sobre los cuerpos, sobre las vidas concretas y cotidianas. Se hacía necesaria la búsqueda de una metodología que permitiera mantener la distinción entre experiencia e institución y que, al mismo tiempo, analizara sus relaciones. Una metodología que se inscribiera en genealogías feministas, es decir, que mantuviera el enfoque puesto en las sujetos y que considerara sus experiencias como punto de partida para el análisis.

Sondeando entre las metodologías críticas en ciencias sociales, la propuesta más convincente me resultó la de Dorothy E. Smith, quien ha formulado una etnografía institucional que apunta a “hacer visibles las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual” (Mc Coy, 2006: 109). Este método arranca con una problemática, entendida como una “disyunción potencial o efectiva entre la experiencia y las formas en las que la experiencia es expresada socialmente (de ese modo volviéndose inteligible y accionable)” (Smith, 1987: 50).

2.1 VIDA, EXPERIENCIA Y PROPUESTA TEÓRICO- METODOLÓGICA

La vida y la obra de Dorothy Smith se enmarcan claramente en una genealogía feminista y fue una de las pioneras en su campo, la sociología¹⁵. Nació como Dorothy Edith Place en 1926 en una familia de clase media rural de Yorkshire, en el norte de Inglaterra. Durante la segunda guerra mundial, a los 18 años, tuvo que trabajar en una

¹⁵ Los datos bio-bibliográficos que se exponen en esta sección han sido obtenidos de la obra de la propia autora, que suele aportarlos para contextualizar sus hallazgos y sus propuestas, ya que muchos surgen de su propia cotidianidad. También he consultado una biografía aportada por ella misma para la página web de Etnografía Institucional de la Maxwell School of Citizenship and Public Affairs, Syracuse University, Nueva York (http://faculty.maxwell.syr.edu/mdevault/dorothy_smith.htm) y he tomado otros datos de una entrevista con ella publicada por William Carroll, especialista en metodologías críticas, en *Socialist Studies* (Carroll, 2010).

fábrica y allí entró en contacto con las ideas de izquierda. Su inquietud por lo social la llevó a entrenarse como trabajadora social, pero ya durante las prácticas se horrorizaría con las condiciones de vida en las ciudades industriales lo que la llevó a decidir que hacía falta algo más. Se mudó a Londres, donde realizó varios trabajos, especialmente como secretaria y se relacionó con partidos obreros. A los 26 años, cansada del trabajo administrativo y preocupada por el futuro de la izquierda, ingresó a la London School of Economics (LSE) donde se graduó en Sociología con mención en Antropología Social.

Durante su carrera conoció a Bill Smith, también estudiante en LSE, con quien se casó, y juntos decidieron mudarse a Estados Unidos en 1955 para realizar estudios de posgrado en Berkeley. En el transcurso de su doctorado, Dorothy tuvo dos hijos. Poco tiempo después, su marido la dejó y se divorciaron. Ella quedó a cargo de los hijos y del sostenimiento económico del hogar. Dio clases de sociología en la University of California at Berkeley durante un par de años, pero sin obtener un cargo estable, y siendo la única mujer entre 44 docentes de la facultad. Ya en esa época, a principios de los 60s, formó parte de los primeros esfuerzos por pensar el papel marginal de las mujeres en el mundo académico.

La vida como madre sola en un país extranjero, sin familia ni redes de apoyo, hizo que volviera a Inglaterra. Pero ni ella ni sus hijos quisieron quedarse allí, ni volver a Estados Unidos debido a su oposición a la Guerra de Vietnam. Un ofrecimiento de trabajo en la Universidad de British Columbia, en Vancouver, Canadá, saldó la decisión. Allí armó, junto a otras profesoras de varias disciplinas, uno de los primeros cursos de Women's Studies de Canadá. En esa época, prácticamente no existían materiales para este tipo de cursos, así que mucho de su trabajo estuvo dedicado a reunir y producir escritos para usar en la docencia, que reflejaran los profundos cambios que el movimiento de mujeres estaba generando en sus propias experiencias y las de otras mujeres.

En este contexto, Smith redescubrió al Marx que había leído en LSE, pero comenzó a ver su trabajo desde otra perspectiva: como un método de pensamiento político que la ayudaría a desarrollar una sociología para las mujeres. En esa época comenzó a participar en la formación de un grupo de acción de mujeres que apuntaba a cambiar su estatus en todos los niveles de la universidad. También se involucró en la creación de un centro de investigación de mujeres en Vancouver, cuyo objetivo era proporcionar

investigación relevante para la acción y la organización de grupos de mujeres locales (trabajadoras de fábricas, indígenas, inmigrantes) (Smith, 1987:215).

Sus experiencias como ama de casa y madre criando sola a dos hijos fueron centrales para ella, al sentir que estas vivencias se organizaban de modo muy diferente al de la labor sociológica, estructurada en torno a un sujeto de conocimiento neutral y desencarnado. Ana María Bach, estudiosa de las epistemologías feministas, explica la doble conciencia desarrollada por Smith:

Al llegar a la universidad, asumía el modo de conciencia regida por las relaciones de dominio imperantes en ese mundo y, cuando llegaba a su casa, emergía el otro modo de conciencia, el de la mujer ama de casa y madre, sujeta a los vaivenes de las actividades particulares: se creaba una conciencia bifurcada (Bach, 2010:78).

A partir de esa conciencia bifurcada, que da cuenta de una relación jerárquica entre formas de conocimiento científico y de conocimiento cotidiano, Smith se propuso formular una sociología que comenzara en lo concreto de la vida cotidiana y que anclara la investigación de lo social en las actividades diarias. Comenzar por la experiencia era lo aprendido en el movimiento de mujeres, y Smith decidió llevarlo también a su concepción y práctica sociológicas. Desde ese momento, apoyada por colegas y estudiantes, y desde distintas instituciones educativas canadienses, Dorothy Smith ha ido sentando las bases de la “etnografía institucional”, que comienza “localizando un punto de vista (*standpoint*) en un orden institucional que provee la perspectiva conductora a partir de la cual se explorará ese orden. Inicia con algunos asuntos, preocupaciones o problemáticas que son reales para las personas y que se encuentran situados en sus relaciones con un orden institucional” (Smith, 2005: 32).

Actualmente, Dorothy Smith tiene 89 años y, aunque ya está jubilada, continúa dictando cursos y conferencias, dando entrevistas y ampliando sus intereses de investigación en concordancia con los tiempos.

2.2 UNA ONTOLOGÍA DE LO SOCIAL: LA IMPORTANCIA DE LA EXPERIENCIA Y EL LENGUAJE

La crítica a las formas normativas de “hacer” sociología llevó a Dorothy Smith a plantearse la necesidad de una forma diferente de generar conocimiento sobre lo social. Para este proyecto, ha creído necesario partir de una concepción ontológica de lo social

que sirva como base para proponer cambios epistemológicos y metodológicos. Según afirma, se trata de una ontología modesta que no se enfoca sólo en asuntos epistemológicos sino que está pensada para funcionar como guía para entender cómo es que lo social cobra forma, de modo que nos ayude a observar, escuchar, registrar y analizar la realidad etnográficamente (Smith, 2005: 52). El diseño de una ontología como teoría del ser de lo social apunta a proporcionar una guía hacia los aspectos o dimensiones de procesos sociales reales y en curso, en un lugar y tiempo determinados (Smith, 2005: 52).

Se trata de un marco conceptual para prestar atención selectivamente a las realidades concretas que serán el punto de partida de la investigación. Apunta a dejar de lado las formas normativas de producir conocimiento sobre lo social, que se basan en sustituir la realidad por conceptos que la desplazan y acaban generando construcciones teóricas y sistemas de representación que no requieren de referencia empírica (Smith, 2005: 54). Smith retorna a Marx para resaltar la necesidad de no perder de vista las relaciones sociales concretas que suscitan la investigación: “para Marx, los conceptos de la economía política no deben ser tomados como datos para la ciencia social. Ellos expresan las relaciones sociales que han emergido históricamente y son estas relaciones sociales las que deberían ser el objeto de investigación” (Smith, 2005: 57). Es por eso que en la etnografía institucional se da un compromiso con lo real más que con lo conceptual, se establece una relación dialógica entre los conceptos y las relaciones sociales concretas.

Uno de los problemas que emerge en la etnografía institucional, y en las ciencias sociales en general, es el de tomar como base ontológica la experiencia individual. El recurso a la experiencia individual puede implicar el riesgo de no lograr construir una explicación relativa a sus formas de inscripción en el orden social. Existe una tensión inocultable entre las particularidades y la corporalidad de las personas, por un lado, y las instituciones sociales, que a menudo se presentan como reglas abstractas cuyo sentido permanece ajeno, por otro lado. Smith da cuenta del riesgo de cosificar lo social como sistema, obviando las particularidades y la corporalidad de las experiencias vividas por los sujetos.

Ante esta disyuntiva entre lo particular y lo general, la ontología de la etnografía institucional busca dar cuenta de la coordinación de las actividades y las prácticas de las

personas, indagando en “las intersecciones y complementariedades de sus diferentes relatos en las relaciones que coordinan su trabajo” (Smith, 2005: 63).

También es importante para esta ontología considerar que lo social se encuentra “sucediendo”; es decir, se entiende lo social como un proceso histórico en permanente devenir, en el que las acciones de las personas se encuentran entrelazadas y responden a lo que otras personas están haciendo. A su vez, las acciones responden y son influidas por lo que ha estado ocurriendo en el pasado y se proyectan hacia el futuro. Estas interrelaciones están atravesadas por conflictos y límites, pero los/as sujetos están activamente involucrados en su producción y transformación.

Esta ontología de lo social concibe al lenguaje como coordinador de las experiencias y como una forma de práctica social. La separación de cuerpo y mente se perpetúa en la separación entre las regiones del pensamiento y la mente, por un lado, y las acciones de la gente y lo social, por el otro (Smith, 2005: 75). Frente a esta dicotomía, Dorothy Smith propone reconceptualizar el lenguaje como actividad, como acción no separada del anclaje corpóreo. La etnografía institucional concibe el lenguaje como coordinador de las conciencias y las subjetividades. Para ello, retoma la idea de “territorio interindividual” de V. Vološinov, quien considera que la palabra es un “acto de dos lados” que se produce en la relación recíproca entre quien habla y quien escucha (Smith, 2005: 77). Así, sus experiencias particulares se intersectan en un mundo conocido y nombrado de manera compartida.

Para justificar el uso de esta teoría lingüística de lo social, Dorothy presenta una serie de ejemplos de la vida y obra de Helen Keller¹⁶ y del movimiento de mujeres, en los que se ve claramente la relación entre experiencia individual y experiencia colectiva y el modo como las/os sujetos emergen como tales a través de prácticas sociales que las/los hacen audibles. En ambos casos, al ingresar o crear un territorio interindividual, Helen y

¹⁶ Helen Keller, nacida en Alabama, EEUU, en 1880, fue una reconocida escritora, oradora y activista. Antes de cumplir los 2 años, una enfermedad grave le produjo la pérdida total de la audición y la visión. A los 7 años, su familia contrató a Anne Sullivan, docente especializada en alumnos/as con ceguera. Sullivan logró desarrollar junto a Helen un método de comunicación que le permitiría a la jovencita proseguir estudios universitarios, escribir la historia de su vida y recorrer el mundo promoviendo los derechos de las personas con discapacidades. También apoyó, a lo largo de su vida, al socialismo, al sufragismo y a la lucha contra el racismo.

las mujeres del movimiento lograron participar en lo simbólico, convertirse en sujetos capaces de nombrar y compartir sus experiencias y de organizarse políticamente:

Partiendo de nuestras experiencias, al hablar y pensar acerca de ellas, descubrimos profundidades de alienación y furia que eran asombrosas. (...) ¡Qué extraordinarias fueron las transformaciones que experimentamos al descubrir con otras mujeres cómo hablar entre nosotras acerca de esas experiencias y cómo hacerlas públicas (...)! Finalmente, ¡qué extraordinarias fueron las transformaciones en nosotras mismas durante este proceso! Hablar sobre nuestra experiencia fue un medio de descubrimiento. Lo que no conocíamos y lo que no sabíamos cómo pensar, podíamos examinarlo al hallar lo que teníamos en común (Smith, 2005: 7).

Smith también se apoya en el trabajo de A. Luria y de G. H. Mead, quienes conciben el lenguaje como un “sistema de generalización verbal”, que permite que, al comunicarse, las personas se centren en el significado compartido y generalizado de una palabra y no en las evocaciones particulares que ella genera. De esta manera, se produce una estandarización perceptiva que permite la comunicación.

Para reforzar su propuesta ontológica, Smith presenta una noción de discurso basada en la conceptualización de Bakhtin, en la que el diálogo (discurso en acción) aparece como una instancia que reproduce pero a la vez rehace el discurso. De este modo, la experiencia tiene un pie en cada uno de dos mundos: uno asentado en lo que el cuerpo y la mente recuerdan y otro en la realidad concreta de estar hablando o escribiendo en compañía de un/a interlocutor/a o pensando en un público futuro. El relato de experiencias inevitablemente conlleva las relaciones sociales y la organización social en las que está inmersa la persona que narra. Para la etnógrafa o etnógrafo institucional, lo que cuenta no es llegar a entender la verdad de algo que ha ocurrido u ocurre, sino descifrar la organización social de las actividades de las personas.

En esta visión, el lenguaje actúa como nexo entre experiencia e institución. Como veremos más adelante al analizar el uso de los textos en la etnografía institucional, los discursos institucionales enmarcan la inserción de (determinados elementos de) las experiencias en los procesos institucionales.

2.3 UNA EPISTEMOLOGÍA DEL PUNTO DE VISTA

Las epistemologías del punto de vista son “aquellas que destacan su oposición al supuesto de la corriente dominante que presume la posibilidad de una visión ‘desde ninguna parte’” (Bach, 2010:75). Según Smith, las ciencias sociales hegemónicas afirman “su objetividad no sobre la base de su capacidad de hablar con la verdad sino en términos de su capacidad específica para excluir la presencia y la experiencia de subjetividades particulares” (Smith, 1987: 2). Por el contrario, las epistemologías del punto de vista sostienen que el conocimiento es siempre situado. En el caso de la epistemología propuesta por Smith, se parte de una noción del punto de vista de las mujeres que “ha evolucionado a partir de la coyuntura del trabajo local y encarnado de la maternidad, la subsistencia inmediata y el cuidado del hogar, por un lado, y el trabajo que trasciende lo local y que implica participar en las relaciones extra-locales del discurso sociológico y el régimen institucional de la universidad, por el otro” (Smith, 2005: 22). La socióloga explica que la presencia de las mujeres generó graves problemas para el mundo académico que aspiraba a la neutralidad y la objetividad:

Lo que ha sido repugnante, peligroso para la pureza del mundo del intelecto iluminado, es la presencia del cuerpo mortal que la experiencia de las mujeres inserta, nuestra ruptura con la división que permite a la mente no reconocer que tiene un cuerpo, que habita en él y que no es separable de él. (...) La estrategia de partir del punto de vista de las mujeres, anclado en las realidades del mundo cotidiano, no construye un puente para subsanar esta división entre cuerpo y mente: directamente la hace colapsar (Smith, 2005: 23-24).

Según la socióloga, el enfoque que ha propuesto “toma el punto de vista de las mujeres no como una forma de conocimiento dada y finalizada sino como una manera de asentarse en la experiencia para hacer descubrimientos desde allí” (Smith, 2005: 8). En respuesta a las críticas que han tildado de esencialista la noción de punto de vista de las mujeres (acusándolo de esgrimir la existencia de una “experiencia femenina” única), Smith aclara que la categoría mujer ha funcionado como categoría política más que referencial porque “crea algo que faltaba para las mujeres, una posición de sujeto en la esfera pública y, de forma más general, una posición de sujeto en la vida política, intelectual y cultural de la sociedad” (Smith, 2005: 9). Entonces, Dorothy Smith aclara que la noción de standpoint que propone no puede ser equiparada a la de perspectiva o visión de mundo y que no universaliza una experiencia particular: es, en cambio un método que “crea el espacio para un sujeto ausente y una experiencia ausente para que

sea ocupada por la presencia y la experiencia oral de mujeres concretas hablando sobre y desde las realidades concretas de sus mundos cotidianos” (Smith, 1987: 107).

2.4 LA ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL: CONECTANDO LO COTIDIANO CON LAS RELACIONES DE DOMINACIÓN

A diferencia de otras propuestas epistemológicas feministas, la de Dorothy Smith fue un paso más allá de la crítica a las formas tradicionales de investigación social ya que apuntó a generar nuevas formas de acercamiento a lo social, nuevas prácticas con un claro interés emancipador para las mujeres y otros sujetos que han estado excluidos de la producción de conocimiento. La etnografía institucional tiene dos objetivos principales: por un lado, se apunta a producir mapeos de las tramas del poder en los complejos institucionales que dan forma a las experiencias de las personas para que éstas puedan tener un mayor margen de maniobra y decisión; por otro lado, se trata de construir conocimientos y métodos para descubrir las instituciones y las relaciones de poder de la sociedad occidental contemporánea, explorando los procesos que tienen un poder “generalizador” sobre los escenarios locales/particulares (Smith, 2005: 51).

¿Qué les ocurre a las personas? ¿Qué modela o constriñe las posibilidades a las que tienen acceso, incluyendo las posibilidades de conocer y contar sus experiencias? (Mc Coy, 2006) Estas son dos preguntas fundamentales que guían una etnografía institucional. Para responderlas, hay numerosos caminos posibles, siempre y cuando se sostenga la meta analítica de mantener la institución a la vista en vez de enfocarse en crear tipologías entre los/as informantes.

Según William Carroll, sociólogo canadiense y autor de libros sobre metodologías críticas, la etnografía institucional que ha propuesto Dorothy Smith es “un acercamiento distintivo a la investigación, que permite a la investigadora hacer visibles las relaciones sociales mientras son activamente constituidas por las personas, al mismo tiempo que se realiza una crítica a la facticidad de las relaciones y perspectivas dominantes” (Carroll, 2004:165). El concepto de “relaciones de dominación” (*ruling relations*)¹⁷ es central en la propuesta de Smith, quien lo define como

¹⁷ Traducir al español *ruling relations* no es tarea sencilla, ya que en inglés el verbo “to rule” concentra varios significados: regir, gobernar, dictar una sentencia, emitir un fallo, controlar, vigilar, ordenar, decretar, trazar una línea recta, entre otros. Smith comenta en una entrevista que sus

ese complejo coordinado internamente de organización administrativa, gerencial, profesional y discursiva que regula, organiza, gobierna y por demás controla nuestras sociedades. No es, sin embargo, monolítico, pero sí predominante y predominantemente interconectado. Es un modo realmente nuevo de organizar la sociedad, ya que se organiza en abstracción de los escenarios locales, extra-localmente, y su carácter textualmente mediado es esencial (no podría operar sin textos, ya sean escritos, impresos, televisados o computarizados) y característico (sus formas organizativas distintivas y su capacidad de crear relaciones tanto independientes como reguladoras del escenario local dependen de los textos)... Son las relaciones las que dominan, y las personas dominan y son dominadas a través de ellas (Smith, 1999:49).

Patricia Hill Collins ha subrayado la ruptura que Dorothy Smith hace con otras perspectivas predominantes en las ciencias sociales, que consideran a las relaciones sociales como relaciones fijas entre varios status o roles en cierto punto en el tiempo. Hill Collins rescata la herencia marxista de la etnografía institucional, que adopta “la estrategia de Marx de considerar a los procesos sociales como las actividades en curso de gente concreta y la extiende a fenómenos que anteriormente eran vistos como subjetivos o culturales” (Hill Collins, 1992: 75). Así, la metodología empleada por Marx para examinar relaciones mercantilizadas en el capitalismo temprano es usada por Smith para investigar los discursos y la ideología como relaciones sociales esenciales para el capitalismo contemporáneo.

La institucionalización es el proceso por el cual las experiencias particulares –con todas sus contradicciones, diferencias, desigualdades y especificidades- se traducen en versiones asimilables y estandarizables por los procesos de una institución. Aquí, el concepto de institución hace referencia a “un complejo de relaciones que forman parte del aparato de dominación, organizado en torno a una función distintiva –la educación, los servicios de salud, la ley, entre otras” (Smith, 1987:160). A diferencia de conceptos tales como burocracia, el concepto que propone Smith de ‘institución’ “no identifica una forma determinada de organización social, sino más bien la intersección y coordinación de más de un modo relacional del aparato de dominación” (Smith, 1987:160). Como ejemplo característico, describe a las agencias del Estado como

traductores/as al francés se han encontrado con la misma dificultad. Coincidiendo con Ana María Bach, quien ha traducido parte de la obra de Smith, he decidido usar “relaciones de dominación” en un intento por abarcar la polisemia de esta expresión.

ligadas a formas profesionales de organización, interpenetradas por relaciones discursivas de más de un orden. Según Smith, “podemos imaginar a las instituciones como nodos o nudos en las relaciones del aparato de dominación con la clase, coordinando múltiples avenidas de acción en un complejo funcional” (Smith, 1987:160).

Cabe destacar que esta definición no hace referencia a un tipo particular de organización si no que está pensado para funcionar en un proyecto de búsqueda empírica de procesos de trabajo que se entrecruzan y que tienen lugar en sitios múltiples. Por ejemplo, al estudiar el sistema de salud como institución, éste se presenta como un “nexo coordinado de procesos de trabajo y de acción que se producen en sitios tan diversos como hospitales, hogares, consultorios médicos, centros de salud, escuelas primarias, lugares de trabajo, farmacias, empresas farmacéuticas, agencias de publicidad, ministerios y direcciones de gobierno, medios masivos y centros de formación en medicina y enfermería” (De Vault y McCoy, 2004: 192). Según Dorothy Smith, estos procesos de institucionalización son centrales en la manera en que el poder está organizado en las sociedades capitalistas actuales.

La etnografía institucional se aleja de la visión cosificada de las instituciones, que las toma como existentes de manera independiente de las personas y, en cambio, toma como modelo la formulación de Marx que considera lo cosificado como una organización de relaciones entre las personas que no aparece como tal a simple vista. Según Liza McCoy, “la meta analítica de la etnografía institucional es hacer visible las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual [...] El desafío es hallar un modo de analizar las entrevistas que mantenga la institución a la vista” (McCoy, 2006: 109). Esta aclaración es importante ya que, según la autora, existe una tendencia a salirse del foco de análisis de los datos, orientándose hacia las/os informantes, creando tipologías entre ellos/as y perdiendo de vista la institución.

Según Peter Grahame, discípulo de Smith, hay tres tareas que definen a la etnografía institucional como una estrategia de investigación (Grahame, 2004: 185). La primera es su enfoque en la ideología. Los discursos institucionales son “sistemas conceptuales, formas de conocimiento que conllevan propósitos institucionales y reflejan una postura dentro de las relaciones de dominación” (McCoy, 2006: 118). Una de las máximas de la

EI es que la investigación debe siempre comenzar fuera del discurso institucional para evitar caer en sus propias lógicas y en su cosificación de las relaciones sociales.

La segunda tarea es su enfoque en el trabajo considerado en sentido amplio, o generoso. La definición de trabajo propuesta por Smith incluye todo lo que la gente hace que es intencional, implica esfuerzo y habilidades y se realiza en un tiempo y un espacio determinados (Smith, 2005). Esta definición claramente refleja la lucha que el movimiento feminista ha llevado a cabo con el objeto de visibilizar el trabajo no pago y devaluado que las mujeres han realizado y realizan, generalmente en el ámbito doméstico, trabajo de cuidado, crianza, sustento de la vida. Igualmente, la definición de Smith amplía y radicaliza esta concepción, incluyendo, por ejemplo, el trabajo emocional, el trabajo de vivir con HIV-SIDA, el trabajo de ser sociable (en pacientes con enfermedades mentales), etc. Definir así el trabajo permite estudiar las actividades a través de las cuales las personas se involucran ellas mismas en la producción del mundo que experimentan en la vida cotidiana, dirigiendo así la atención analítica a “la interfase entre individuos/as corporalizados/as y las relaciones institucionales” (McCoy, 2006: 110).

La tercera tarea que propone la EI es un enfoque en las relaciones sociales, es decir, en el descubrimiento de los mecanismos a través de los cuales una organización de trabajo localizada opera como parte de un conjunto más amplio de relaciones sociales que conectan múltiples espacios de actividad humana (Grahame, 2004: 185). Sin embargo, Smith advierte que conceptos como el de “relaciones sociales” u “organización social” no se corresponden directamente con una realidad estática sino que se trata de maneras de “congelar” para el análisis las dimensiones de actividad de las personas, por lo cual se debe evitar siempre la reificación de los mismos. Hay que reconocer, además, que lo social, como fenómeno de investigación, está en permanente movimiento y que el/la investigador/a está siempre presente, situado/a históricamente en ella, lo cual determina su forma de conocer y percibir la realidad (Smith, 2006b: 2).

Desde que comenzó a cobrar interés en el mundo académico a finales de los 80s, la etnografía institucional de Dorothy Smith ha generado controversia, en ámbitos académicos y feministas. Si bien no pretendemos hacer un análisis exhaustivo de la etnografía institucional en sí misma y en comparación con otras propuestas metodológicas, nos interesa destacar las críticas de Patricia Hill Collins, quien ha

cuestionado el enfoque en los textos de la etnografía institucional, ya que deja de lado otros tipos de conocimiento que tienen el potencial de oponerse a las tendencias hegemónicas del conocimiento objetificado (Hill Collins, 1992: 77). Hill Collins resalta la importancia de no sobrevaluar los conocimientos locales, “como los producidos por grupos subordinados cuyas ideas son suprimidas por los grupos dominantes, ya que pueden proporcionar una base potente de resistencia” (Hill Collins, 1992:77). Consideramos que la etnografía institucional tiene el potencial de incluir estos otros conocimientos en su análisis de las relaciones sociales, incorporando de ese modo una idea central del pensamiento social marxista como es la naturaleza dialéctica de toda relación social de dominación y resistencia (Hill Collins, 1992: 78).

2.4.1 EL TRABAJO DE CAMPO EN LA ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL

Una de las técnicas más usadas en la etnografía institucional es la entrevista. Liza McCoy describe el trabajo con entrevistas como formado por dos etapas. En una primera, la investigadora entrevista a un grupo de personas (constituido como tal debido a sus relaciones específicas con alguna institución) y se familiariza con sus actividades de trabajo y sus preocupaciones. Luego, la segunda etapa toma las preguntas generadas en el análisis de la primera etapa y las investiga a través de entrevistas con funcionarios institucionales, observación de procesos de trabajo institucional o indagación de textos institucionales claves. Cabe aclarar que estas etapas no son lineales, sino que se puede ir y venir de una a otra varias veces o enfocarse en alguna de las dos, por ejemplo (McCoy, 2006:123-124).

Otra técnica utilizada en EI es la observación participante. Según Timothy Diamond, “en cierto sentido, toda etnografía institucional comienza con observación participante” (Diamond, 2006:59), ya que los/as autores/as llegan a las problemáticas de investigación a través de sus propias experiencias. Sin embargo, Diamond opina que el lugar del/a autor/a en la EI sigue siendo un asunto abierto, a ser tratado en una variedad de acercamientos metodológicos. Su propia investigación lo llevó a utilizar la observación participante como principal herramienta, que le permitió obtener información y experiencias que de otro modo estaban vedadas para él. Diamond ingresó como enfermero asistente en un hogar para adultos/as mayores y plasmó su propia experiencia y las relaciones institucionales permeadas en la cotidianidad de su trabajo en una etnografía llamada “Making Gray Gold: Narratives of Nursing Home Care”, que obtuvo varios reconocimientos. Una de las ventajas que Diamond ve en la observación

participante es la posibilidad de que el/la autor/a sea abiertamente parte de la producción de datos, al incorporar la fisicalidad –propia y de los/as demás-, “los dolores, las emociones, el desorden de los eventos de carne y hueso” (Diamond, 2006:59).

La característica que distingue a la etnografía institucional de otras metodologías es que el análisis comienza en la experiencia y regresa a ella, habiendo explicado cómo ocurrió (Campbell y Gregor, 2004: 40). En cuanto a la recolección de datos, la etnografía institucional se diferencia de otras etnografías porque su enfoque está en dos niveles de análisis: por un lado, el nivel de entrada, que permite a la investigadora conocer la realidad local y las actividades cotidianas de los/as informantes que proporcionan el punto de vista desde el cual se investiga; por otro lado, ese primer paso va guiando a la investigadora hacia un segundo nivel, que indaga las jerarquías en el funcionamiento institucional y sus conexiones extra locales. El enfoque en estos dos niveles implica un proceso de rastreo hacia atrás o de seguimiento de pistas hacia adelante a partir del sitio local y de los datos allí recolectados. Es decir, que la investigadora puede ir y venir entre ellos según sea necesario para dilucidar las relaciones de dominación (Campbell y Gregor, 2004: 81).

Algunas de las referentes de la etnografía institucional han hecho hincapié en la diferencia entre la etnografía institucional y los métodos participativos. Lo que entra en juego en esta distinción es la caracterización del poder como dominación (ruling), lo cual implica que “la participación no es en sí misma una respuesta al ejercicio de poder en la investigación y hacer que una investigación sea participativa no hace las relaciones de investigación necesariamente más equitativas” (Campbell y Gregor, 2004: 68). Marie Campbell y Frances Gregor aclaran ser “particularmente conscientes de que la producción de conocimiento es integral a las relaciones de dominación y al ejercicio de poder de modo oficial e incluso extra-oficial” (Campbell y Gregor, 2004: 68). Según estas autoras, el potencial radical de la etnografía institucional es que permite “repensar los escenarios sociales tomando en cuenta las relaciones de poder existentes” y que el modo en que se teoriza y se diseña una etnografía institucional produce un análisis que sirve a los intereses de aquéllas/aquéllos sobre quienes se construye conocimiento.

2.4.2 LOS TEXTOS EN ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL: MOVILIZANDO LOS DISCURSOS INSTITUCIONALES

Para comprender la importancia de los textos para el proyecto de descubrimiento de la etnografía institucional, hace falta remontarse al concepto de “relaciones de dominación” (*ruling relations*) propuesto por Dorothy Smith. Una de las premisas fundamentales de la etnografía institucional es que las relaciones de dominación son mediadas textualmente. La importancia de los textos se deriva de la ontología de lo social propuesta por Smith. Al entender el lenguaje como acción, podemos apreciar la capacidad de los textos de coordinar “las diversidades de las subjetividades de las personas, sus conciencias” (Smith, 2006b: 65).

En la etnografía institucional, los textos son entendidos como una asociación de palabras o imágenes con cierta forma material definida¹⁸ que tiene un carácter relativamente fijo y replicable, “porque es ese aspecto de los textos -que pueden ser almacenados, transferidos, copiados, producidos en masa y distribuidos ampliamente, permitiendo ser activados por los usuarios en diferentes momentos y lugares- lo que les permite cumplir un papel de estandarización y mediación” (De Vault y McCoy, 2004: 197). Este poder de los textos, habilitado por las tecnologías de impresión, dio lugar históricamente a una organización de relaciones sociales independiente de lo local, del tiempo, el lugar y las personas (Smith, 2005: 166).

La constancia del texto es esencial para el funcionamiento de las organizaciones y las instituciones, ya que permite estandarizar prácticas y significados a través del tiempo y de las ubicaciones territoriales. Así se garantiza, para los/as agentes institucionales que leen el texto, la estandarización de un vocabulario, una estructura sujeto-objeto, entidades, sujetos y sus interrelaciones, etc. (Smith, 2005:110).

Los textos institucionales son movilizados de los discursos institucionales, entendidos estos últimos como proveedores de marcos dentro de los cuales lo que las personas hacen se puede “rendir”/procesar al interior de las instituciones (Smith, 2005:113). En los discursos institucionales, la intimidad de la referencia entre la palabra y la experiencia -que caracterizó y caracteriza otras formas de organización social (como las jergas barriales)- se disuelve (Smith, 2005:111).

¹⁸ Ejemplos de textos utilizados en etnografías institucionales incluyen leyes, formularios, folletos, fotografías, estatutos, protocolos, planillas, encuestas, etc (no sólo impresos sino computarizados).

A través de las prácticas textuales institucionales, las realidades concretas de las vidas de las personas se convierten en un recurso sobre el cual se realiza trabajo para extraer representaciones formalizadas y altamente restringidas. Estos procesos son de central importancia por tres razones: a) transforman lo local y lo particular en formas generalizadas para transferencia de información a lo largo de los escenarios locales del trabajo institucional; b) la cosificación de las realidades institucionales pasa por encima de las perspectivas individuales; y c) la traducción de lo real y concreto en lo institucional es un paso esencial para hacer que lo real y concreto sea accionable institucionalmente.

Los discursos institucionales “desplazan y reprimen la presencia de agentes y sujetos que no quepan en las categorías institucionales: carecen de perspectiva; subsumen las particularidades de la experiencia cotidiana” (Smith, 2005:113). Los textos, según Dorothy Smith, “suturan modos de acción social organizada extra-localmente a las realidades de nuestras vidas necesariamente corporizadas” (Smith, 2005:165). Es decir, que tienen el poder de ubicarnos como sujetos de modo que aparecemos descorporizados/as, incluso cuando están hablando de los cuerpos, como en el caso de los textos del sistema de salud.

2.4.2.1 CÓMO SE JUEGA EL PODER EN LAS RELACIONES MEDIADAS TEXTUALMENTE

Las relaciones de dominación, tal como se las define en la etnografía institucional, son una coordinación compleja y enorme del trabajo de las personas. En su interior se dirimen intenciones, deseos, oportunidades, impedimentos, bloqueos e impotencia (Smith, 2005:183). Los textos que constituyen y regulan las actividades institucionales establecen la capacidad de acción (*agency*), es decir, las capacidades “especificadas textualmente” de controlar y movilizar el trabajo de otras personas (Smith, 2005:183).

Los discursos institucionales implican procesos de diseño esencialmente políticos; es decir, que tienen que ver con las formas en que el poder emerge y se distribuye en los regímenes institucionales (Smith, 2005:120). Los marcos, los conceptos, las categorías y las tecnologías que estructuran la selección y la organización de la información sobre las personas al interior de las instituciones son centrales en la subordinación de las subjetividades y las experiencias individuales a las prioridades institucionales. “Las disyunciones necesarias en el punto de transición entre la realidad concreta y la

institucional desechan o distorsionan la experiencia de quienes están atrapados/as y sujetos/as a las formas institucionales de acción” (Smith, 2005:187).

El trabajo de primera línea (el que realizan cotidianamente administrativos/as, secretarios/as, trabajadores/as sociales, recepcionistas, médicos/as, enfermeros/as, docentes, auxiliares de fiscalías, etc.) de convertir los mundos experienciales de las personas en las realidades textuales de las instituciones se articula con textos regulatorios –leyes, reglas administrativas, sistemas de rendición de cuentas y responsabilidades, políticas, etc.- que enmarcan y autorizan la capacidad institucional para actuar (Smith, 2005:187). En etnografía institucional, se denomina marco regulatorio a la gran variedad de conceptualizaciones, teorías, políticas, leyes, planes, etc., que operan en un nivel general para estructurar la acción y la realidad institucional que coordinan el trabajo de las personas en los niveles locales. Estos marcos tienen forma pero están vacíos; entonces, lo que los llena se debe adaptar a su forma. El movimiento es circular: los marcos gobiernan la selección de lo que se puede registrar, observar, describir, etc; luego, la información que se ensambla de este modo es interpretada a través de los marcos que estructuraron los procedimientos de selección (Smith, 2005:191). Por ejemplo, los formularios, y otros géneros y dispositivos textuales están diseñados para seleccionar a partir de la realidad, lo que encaja en el marco institucional (Smith, 2005:199). Y luego, la información recabada a través de esos dispositivos se usa para producir estadísticas.

2.4.2.2 INCORPORAR LOS TEXTOS A LA INVESTIGACIÓN ETNOGRÁFICA

La clave para incorporar textos en modo etnográfico es poder reconocer: a) que su lectura es situada, se da en un espacio y un tiempo concretos; b) que son parte integral de un curso de acción; y c) que implican una conversación texto-lector/a en la que participan personas concretas (Smith, 2005:168). De este modo, podemos eludir nuestra percepción de los textos como pasivos y verlos en acción. Al coordinar un proceso de trabajo, los textos de los escenarios institucionales también producen la “observabilidad” institucional del trabajo de quienes allí se desempeñan; es decir, que hay una doble coordinación: por un lado, la coordinación de una secuencia en la que participan más de una persona en un curso de acción institucional; y por otro, la que conecta con las personas responsables de supervisar el proceso y asegurarse de que el trabajo realizado cumple con los requisitos regulatorios (Smith, 2005:170).

Al incorporar los textos al análisis, la etnografía puede ir más allá del momento de disyunción entre las experiencias y las instituciones, indagando en el proceso regulatorio que la organiza (Smith, 2005:198). Enfocarnos en los textos en el momento en que entran en acción y coordinan los procesos organizados institucionalmente nos permite investigar lo macrosocial etnográficamente (Smith, 2005:200).

Existen varias formas de incorporar los textos a las prácticas etnográficas, aunque las dos formas más usadas han sido las que analizan los textos como coordinadores de secuencias de acción/trabajo y las que los consideran como parte de jerarquías intertextuales (Smith, 2006: 66). En el primer caso, se exploran secuencias de acción institucional en las cuales los textos coordinan el trabajo de diferentes niveles y agentes institucionales, estableciendo quién tiene el poder de actuar en cada instancia, los tiempos y lugares de las acciones, los resultados esperables, todo esto dentro de los marcos regulatorios de las instituciones. Un ejemplo de este tipo de texto son los procesos textuales que constituyen un “caso” judicial, en el cual archivos y documentos se mueven de un/a agente a otro/a, a lo largo de un circuito de responsabilidades y acciones (destacamentos policiales, juzgados, cortes, etc). El segundo tipo de trabajo con textos implica analizar cómo algunos textos “maestros”, de mayor jerarquía, regulan otros textos. Las acciones de las personas no son ya sólo eso sino que se hacen interpretables como expresiones o instancias de una fuente más alta de organización, independiente de las personas particulares (Smith, 2006: 82). Un ejemplo de jerarquías intertextuales sería el caso de las leyes (nacionales, provinciales) que regulan la creación de programas y protocolos de atención en el ámbito de la salud.

2.5 LA ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL COMO VÍA DE EXPLORACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LAS EXPERIENCIAS DE MATERNIDAD Y LAS REGULACIONES INSTITUCIONALES

Estudiar las experiencias y las configuraciones de la institución de la maternidad desde este acercamiento metodológico no es una idea nueva, ya que la etnografía institucional surge de la experiencia bifurcada de la propia Dorothy Smith como madre y docente universitaria. El primer intento de aplicar esta metodología tuvo que ver con experiencias de maternidad en relación a las instituciones educativas. Fue llevado a cabo en los años 80s y 90s por Dorothy Smith y Alison Griffith, ambas madres criando solas a sus hijos/as, quienes se propusieron develar los discursos que organizan el trabajo de las madres en torno a la escolarización de sus hijos/as y su ideología centrada

en los/as niños/as (Campbell y Gregor, 2004: 41) y también cómo se construye el discurso escolar sobre las familias monoparentales, familias consideradas como problemáticas a priori. Griffith continuó en esa línea de investigación, “revelando los procesos institucionales que construyen nuestras nociones populares sobre las familias monoparentales” (Griffith, 2006: 136), que se encuentran en los medios, en documentos de política social, en las escuelas, etc. Además, Griffith ha indagado cómo

las escuelas han llegado a contar con que las madres estén preparadas, dispuestas y sean capaces de producir hijos e hijas ‘listos/as para el aprendizaje’ y para trabajar junto a los/as docentes de maneras específicas. Las madres son incorporadas en el proyecto de escolarización a través del uso de ideas (provenientes de discursos) por parte del personal escolar acerca de la buena maternidad y de lo que se espera que todas las madres sepan y compartan (Campbell y Gregor, 2004: 41).

Se trata de un discurso sobre la maternidad que “es la presentación textual de la interacción de la díada madre-hijo/a en términos que han sido estructurados por el discurso sobre el desarrollo infantil” (Griffith citada en Campbell y Gregor, 2004: 41).

En el caso de mi propia investigación, la atención estará puesta en los procesos de institucionalización que se producen al interior de los servicios de salud. En este sentido, varias de las etnografías institucionales más recientes se abocan a analizar los discursos y las prácticas institucionales de los servicios de salud, haciendo énfasis en el trabajo invisibilizado que llevan a cabo los/as usuarios/as -por ejemplo, aquellos viviendo con VIH, cuyas vidas se ven atravesadas por la interacción con los servicios de salud- y el personal de salud de menor rango -por ejemplo, el trabajo de contención emocional por parte de las enfermeras (Mykhalovskiy & Mccoy, 2002; Rankin & Campbell, 2009). Estos trabajos sirven como inspiración para analizar las experiencias de las mujeres que transitan sus embarazos, partos y puerperios al interior de los servicios de salud pública en Mendoza.

La etnografía institucional, fundada en una ontología y una epistemología surgidas de los aprendizajes del feminismo y del marxismo, aparece como un método atractivo en continua configuración. Ha ido puliendo sus herramientas a través de los sucesivos aportes de las/os estudiantes de Smith y de otras/os investigadoras/es, no solamente en el campo de la sociología sino también, por ejemplo, en el de los servicios sociales

(especialmente salud y educación) y en el de los organismos de desarrollo internacional. Este método de indagación de lo social ha ido ampliando sus márgenes de aplicación debido a su capacidad de adaptación a las diferentes posibilidades, necesidades, objetivos, conocimientos y circunstancias de las/os investigadoras/es que la han elegido. Consideramos, junto con Walby, “que la etnografía institucional, como método de investigación es pujante debido a su capacidad de explicar claramente las interconexiones entre la vida cotidiana y los procesos institucionales” (Walby, 207:1013). Además, como sostienen Marie Campbell y Frances Gregor, “[e]l potencial para la conjugación de investigación académica y compromiso político sigue siendo una motivación para las sucesivas generaciones de estudiantes que trabajan en etnografía institucional” (Campbell, y Gregor, 2004: 14).

Con su doble enfoque en las experiencias de maternidad y sus versiones institucionales, este acercamiento permite analizar las relaciones entre ellas, sus tensiones, sus articulaciones, sus batallas. Nos conduce a atender a los procesos de institucionalización que siguen estandarizando, ocultando, cosificando experiencias que el feminismo ha visibilizado en toda su diversidad, complejidad, fluidez y contradicciones, haciendo énfasis en todo el trabajo invisible que llevan a cabo las mujeres. Las operaciones de las instituciones parecen neutralizar las críticas feministas a la institución de la maternidad; es por eso que la etnografía institucional deviene una herramienta clave para restituir una visión feminista de la(s) maternidad(es), para continuar politizando las experiencias de las mujeres.

PARTE II MATERNIDAD COMO INSTITUCIÓN

CAPÍTULO 3: LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PROCESOS

REPRODUCTIVOS

¿Cómo han parido las mujeres? ¿Quién las ha ayudado, cómo y por qué? Estas preguntas no atañen simplemente a la historia de la partería y la obstetricia: son preguntas políticas.

Adrienne Rich, *Nacemos de mujer*, 1986: 128

Una de las formas más claras en las que el heteropatriarcado y los poderes de turno han podido apropiarse del potencial reproductivo de las mujeres ha sido a través de la institucionalización de los procesos de embarazo-parto-puerperio. Al hablar de la institucionalización nos referimos al proceso por el cual se ponen bajo control del Estado, de los poderes religiosos y los poderes científicos, las experiencias y los significados asignados al papel de las mujeres en la reproducción humana y social. En este capítulo nos ocuparemos de los procesos de apropiación de los cuerpos y saberes de las mujeres por parte del Estado y de la corporación médica.

Desde la perspectiva que se sostiene en este capítulo, la producción de la institución de la maternidad ha estado vinculada a una violenta expropiación de las capacidades y poderes corporales de las mujeres y de sus saberes en torno a sus cuerpos. Si la mirada histórica nos permite indagar en las articulaciones entre los procesos de expropiación de los bienes comunes que permitieron la acumulación originaria de capital en Europa a expensas de los continentes coloniales, de proletarios y mujeres, desposeídos de sus bienes y saberes, de sus vínculos y capacidades, la mirada antropológica proporciona herramientas para la desnaturalización de las intervenciones que las instituciones sanitarias de las sociedades occidentales ejercen sobre los cuerpos de las mujeres gestantes, parturientas y puérperas, transformando el acto fisiológico de gestar y parir en un nodo de significados centrales para la construcción cultural del género y la sexualidad.

Es decir: si algunas herramientas permiten acceder a la lectura de las transformaciones materiales que condujeron a la expropiación de las capacidades de las mujeres para traer al mundo la vida humana, la antropología proporciona instrumentos de lectura para calar en la especificidad de las relaciones de poder que se juegan durante los procesos reproductivos y en cómo impactan en las experiencias de las mujeres.

Por último nos detendremos a analizar cómo confluyeron los poderes estatales con el saber médico para procurar la maternalización de las mujeres en Argentina como un mecanismo fundamental para la construcción de la identidad y la fortaleza nacional.

3.1 CONSTRUIR LA INSTITUCIÓN DE LA MATERNIDAD: EXPROPIAR LOS CUERPOS Y SABERES DE LAS MUJERES

Intento dar cuenta de un tiempo y un espacio en el cual la salud y el manejo de la reproducción y la sexualidad eran asuntos de la vida comunitaria, que se encontraban principalmente en manos de las mujeres con más experiencia y con una herencia de saberes transmitidos y profundizados de generación en generación. ¿Quién mejor que alguien que conoce tus alegrías, tus penas, tus problemas, y los de tu entorno, para cuidarte y entenderte en momentos de enfermedad o durante el embarazo, el parto, el puerperio? Aunque no pudiera curarte, “tampoco podía causar gran daño, y muchas veces podía dar alivio” (Ehrenreich & English, 1990: 57).

En el caso de la atención del embarazo, el parto y el puerperio, no debió ser fácil convencer a las mujeres de cambiar la confianza que tenían hacia su vecina sanadora-comadrona, construida durante toda una vida, por la entrega a un hombre (o varios) desconocido que se erguía en su superioridad social, para atender cuestiones tan íntimas como el nacimiento de sus hijos/as (Knibiehler, 2001:70). Debió ser toda una batalla, no sólo contra las sanadoras-comadronas, sino contra la experiencia de autonomía de las mujeres, sus lazos de solidaridad, su sentido de la “intimidad”.

El acompañamiento y cuidado durante los sucesos reproductivos fue arrebatado de las manos de las mujeres como parte de un proceso mayor de devaluación y persecución de los cuerpos y los saberes de las mujeres que comenzó en el siglo XVI en Europa, se extendió a América del Norte en el siglo XVIII y llegó a nuestro país en el siglo XIX. En este capítulo recorreremos algunos de los hitos de este proceso y sus consecuencias, a través de los escritos de feministas provenientes de varias latitudes que han tratado de recuperar este fragmento de historia que, como toda la historia relacionada a la vida cotidiana de las mujeres, ha sido excluida de los relatos oficiales, o incorporada solamente cuando esta cotidianidad se veía atravesada por la necesidad de control y registro de las instituciones (la iglesia, el estado, las sociedades de beneficencia, la academia, las corporaciones profesionales, etc.).

El recorrido se remonta inicialmente a la transición al capitalismo en Europa y su feroz guerra contra los saberes y la autonomía de las mujeres a través de la caza de brujas, las políticas reproductivas estatales y el afianzamiento del modelo médico para la atención de los procesos reproductivos. En *Calibán y La Bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria* (2010), Silvia Federici nos transporta a la “transición” del feudalismo al capitalismo en Europa, una época de pugnas por la tierra, por los recursos, por el saber y por el poder. A diferencia de la imagen que se nos ha transmitido a través de la educación y la cultura popular -en la que esta época aparece como un periodo de evolución necesaria de un tiempo regido por la superstición y sumido en la ignorancia hacia uno regido por la razón y las ciencias- Federici nos presenta un panorama de luchas populares basadas en ideales de vida comunitaria y abolición de las jerarquías, enfrentadas a los grandes poderes feudales (los terratenientes y el clero). La derrota del campesinado en estas luchas fue también la derrota de modos de conocimiento y de acción comunitarios que afectó particularmente a las mujeres y sus posibilidades de autonomía (económica, social, personal). Federici describe cómo a través de los procesos de desposesión de la tierra, de los espacios comunes, de los saberes y las prácticas comunales en Europa, se produjo no sólo la acumulación de trabajadores explotables y capital sino también la *acumulación de diferencias*, de género, de raza, de edad (Federici, 2010: 90).

Dos fenómenos interrelacionados que tuvieron lugar en esta etapa afectaron especialmente a las mujeres, ya que requirieron una profundización y perfeccionamiento de los mecanismos de control sobre sus cuerpos: por un lado, se produjo una disociación entre producción y reproducción, que redujo la reproducción de la vida humana a un destino biológico de las mujeres, invisibilizando y degradando todo el trabajo que implica; por otro lado, ante sucesivas “crisis poblacionales”, surge una preocupación estatal y científica por el tamaño de la población como asunto clave para la riqueza de las naciones, que demanda una exacerbación en el control de las “actividades y capacidades reproductivas” de las mujeres. Para que estos dos fenómenos fueran exitosos, debió ponerse en marcha un proceso de institucionalización de la maternidad.

3.1.1 LA DISOCIACIÓN ENTRE PRODUCCIÓN Y REPRODUCCIÓN

Con el paso de una economía de subsistencia a una economía mercantilizada se produjo una disociación entre trabajo productivo y reproductivo, al asignarle valor monetario sólo a la producción para el mercado. En la sociedad precapitalista, las

unidades domésticas eran centrales para la producción agrícola y artesanal. La llegada del capitalismo produjo un cambio en los mecanismos de socialización de la producción, que pasaron a organizarse en torno a las fábricas y oficinas. Quienes trabajaban en estos nuevos centros productivos (los varones) obtenían a cambio un salario, mientras que quienes quedaban excluidos (las mujeres, los/as niños/as y los/as ancianos/as) perdían “el poder relativo que se derivaba de que la familia dependiera del trabajo de ellos, el cual se consideraba social y necesario” (Dalla Costa y James, 1972: 2). Al destruir la unidad entre familia, comunidad y producción, el capitalismo separó a los varones de la familia y los convirtió en trabajadores asalariados, asignándoles la responsabilidad económica de mujeres, niños/as, ancianos/as y enfermos/as. Luego, separó a los niños/as al enviarlos/as a las escuelas, sumando a la división sexual del trabajo, una división intergeneracional de las tareas que previamente no había sido tan marcada (Dalla Costa y James, 1972: 2).

La división sexual del trabajo asignó el trabajo asalariado, en cuanto trabajo productor de valor por excelencia, a los varones excluyendo a las mujeres u otorgándoles, cuando lo realizaban, puestos subordinados y remuneraciones míseras. A través del salario, se ha organizado también, y de manera más insidiosa, la explotación del trabajo no asalariado (Dalla Costa y James, 1972: 5). Esta explotación ha sido aún más efectiva porque se oculta detrás de la falta de un salario. El trabajo reproductivo, es decir, el trabajo de reproducción de la mano de obra, esencial para la acumulación del capital, fue despojado de su valor económico y transformado en destino biológico de las mujeres, mistificado como un recurso natural o un servicio personal fuera del capital (Federici, 2010: 16).

Privadas del uso de las tierras comunes y apartadas de la economía mercantilizada, las mujeres campesinas y proletarias se volvieron particularmente vulnerables a la miseria y se hicieron dependientes del trabajo asalariado de sus parientes masculinos para su supervivencia (Federici, 2010: 112). Por otro lado, mientras que la producción se organizó socialmente, la reproducción se volvió cada vez más una tarea aislada realizada por mujeres en sus respectivos núcleos familiares. Diversos estudios sobre una variada gama de fuentes históricas revelan que se produjo una relegación sin precedentes de las mujeres a la esfera privada, con una consiguiente disminución de su poder y de su acceso a los saberes socialmente recocidos (Dalla Costa y James, 1972; Federici, 2010; Mc.Laren 1993; Ehrenreich & English, 1988). Angus McLaren apunta

que aunque “no se debería exagerar los poderes de la mujer durante la Edad Media (...) las reinas y las mujeres de la aristocracia ejercieron una influencia difícil de encontrar entre los siglos XVI y XX” (McLaren, 1993:187).

Esta separación entre producción y reproducción se consolidó con la expansión del modelo de familia burguesa, nuclear, como ámbito privado por antonomasia. Con el transcurso del tiempo, se irá considerando este tipo de familia como la base de la sociedad, responsable del mantenimiento de la cohesión y la reproducción social (Anzorena, 2008: 39). “Complemento del mercado, instrumento para la privatización de las relaciones sociales y, sobre todo, para la propagación de la disciplina capitalista y la dominación patriarcal, la familia surgió también en el periodo de acumulación primitiva como la institución más importante para la apropiación y el ocultamiento del trabajo de las mujeres” (Federici, 2010:149). En este nuevo régimen, se incrementaron las medidas para vigilar el matrimonio y censurar las relaciones sexuales pre-matrimoniales; las mujeres podían ser azotadas por fornicar (McLaren, 1993: 187). Para la mayoría de las mujeres, el matrimonio monogámico aparecía como la única opción para poder asegurar su supervivencia y la de sus hijos/as.

3.1.2 LA EXTENSIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA GUERRA CONTRA LAS MUJERES

Al mismo tiempo que se producía la degradación del trabajo reproductivo, la necesidad de éste se acrecentaba. Ante las “crisis poblaciones” producidas por la desposesión, el hambre, las guerras y las epidemias, la necesidad de disciplinar y estabilizar la población se hizo imperativa. Federici señala que “[a] mediados del siglo XVI, la idea de que la cantidad de ciudadanos determina la riqueza de una nación se había convertido en algo parecido a un axioma social” (Federici, 2010: 133). Expertos de diversas disciplinas coincidían en la importancia de una población extensa para garantizar la prosperidad de una nación, a través del trabajo y de un ejército con suficientes fuerzas. En esta época -antes y durante el apogeo del mercantilismo- se adoptaron varias medidas pro-natalistas, tales como la promoción del matrimonio y la vida familiar y la penalización del celibato, que junto con el surgimiento de la asistencia pública y los registros demográficos, “formaron el embrión de una política reproductiva capitalista” (Federici, 2010: 135).

Federici considera que para llevar adelante las políticas pronatalistas, los Estados desataron “una verdadera guerra contra las mujeres, claramente orientada a quebrar el

control que habían ejercido sobre sus cuerpos y su reproducción” (Federici, *idem*). Esta guerra se plasmó en la redefinición de los “delitos reproductivos”, ya que a mediados del siglo XVI todos los gobiernos de Europa impusieron castigos antes imprevisos – incluyendo la ejecución- a la anticoncepción, el aborto y el infanticidio.

Angus McLaren, especialista en historia de los anticonceptivos, revela que “a principios de la era moderna la discusión sobre la fertilidad, antiguamente dominada por la Iglesia, fue secularizada” y que “el control de las mujeres sobre su cuerpo fue más que nunca vigilado de cerca” (McLaren, 1993: 167, 186).

En cuanto al aborto, que había sido fundamentalmente una cuestión de mujeres, al igual que el embarazo y el parto, a partir del siglo XVII adquiere una dimensión política junto a los demás temas referidos a la natalidad (Galeotti, 2004, 49-58). Mientras que en la antigüedad el feto había sido considerado una especie de apéndice del cuerpo de la madre, incluso como parte de sus vísceras, los descubrimientos científicos del siglo XVII lo dotaron de autonomía y abrieron el camino para su ingreso en la esfera pública. Si bien anteriormente había sido un debate liderado por las autoridades eclesiásticas, con variaciones importantes según las creencias sobre el momento de la animación, ahora aparecía en el derecho consuetudinario. Por ejemplo, desde 1494 existen registros de penalización tanto del aborto intencionado como natural en Freiburg, Alemania (McLaren, 1993:189).

McLaren ha documentado para el siglo XVI y XVII un cambio en la forma en que el infanticidio era penado: tanto en Francia como en Inglaterra se decretó que “cualquier embarazo encubierto que terminara con la muerte del niño sería perseguido como asesinato” (McLaren, 1993:187). Mientras que en el mundo medieval se castigaba a ambos progenitores, ahora las investigaciones se concentraban exclusivamente en las mujeres.

Se hicieron esfuerzos para vigilar a las mujeres embarazadas a través de registros formales, controlando que sus embarazos llegaran a término y castigándolas en caso contrario (Federici, 2010: 136; McLaren, 1993: 189). Por otro lado, en algunos países como Inglaterra, el embarazo prematrimonial era un delito penado por la ley (McLaren, 1993:187). Es decir, que las mujeres solteras que se enfrentaban con un embarazo se encontraban en un callejón sin salida: podían ser castigadas tanto por llevarlo a término como por interrumpirlo.

Entre las estrategias para llevar adelante la guerra contra las mujeres, la caza de brujas fue el esfuerzo más organizado y extendido, por lo cual nos detendremos a analizarlo en mayor profundidad en el siguiente apartado. Pero antes de eso, cabe destacar que este monopolio estatal del control corporal a través del establecimiento y ejecución de las prioridades demográficas ha sido imperativo para la supervivencia del capitalismo y para la regulación de las “clases” y “razas” consideradas inferiores. Como ejemplos de esta preocupación por el control poblacional podemos mencionar tanto las campañas de prohibición de la anticoncepción en países como Chile y Argentina durante las últimas dictaduras militares, como las campañas de esterilización forzada de mujeres y niñas indígenas en Bolivia en los años 70s y Perú en los años 90s. Como caso paradigmático, la misma Rich señala la convivencia, en los EEUU de los 70s de las dificultades de acceso al aborto y a la esterilización voluntaria para las mujeres blancas, mientras las negras, latinas e indígenas eran empujadas a esterilizaciones forzosas (Rich, 1986: xix-xx). La apelación a la población como riqueza, no ha desaparecido de los discursos de política internacional: actualmente se habla del “bono demográfico” que deben aprovechar los países de América Latina, que cuentan con una mayor proporción de personas en edades potencialmente productivas (jóvenes y adultos/as) en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas (niños/as y adultos/as mayores), produciendo un descenso histórico en las “relaciones de dependencia” (CELADE, 2007).

Tan profundo fue el silencio impuesto por la caza de brujas que tuvo un efecto de siglos de duración. Fue recién en los años 60s que las críticas a este monopolio se hicieron oír con fuerza, a través de las demandas de los movimientos feministas y de mujeres.

3.1.3 CERCAMIENTOS Y CAZA DE BRUJAS: EXPROPIACIÓN DE SABERES Y CUERPOS

Según Federici, “[e]xiste un acuerdo generalizado sobre el hecho de que la caza de brujas trató de destruir el control que las mujeres habían ejercido sobre su función reproductiva y que sirvió para allanar el camino al desarrollo de un régimen patriarcal más opresivo” (Federici, 2010:26). Esta faceta brutal de la guerra contra las mujeres “destruyó todo un mundo de prácticas femeninas, relaciones colectivas y sistemas de conocimiento que habían sido la base del poder de las mujeres en la Europa precapitalista, así como la condición necesaria para su resistencia en la lucha contra el feudalismo” (Federici, 2010:157). Se estima que durante la caza de brujas, “[e]l 85% de

todos los condenados a muerte eran mujeres: viejas, jóvenes y niñas” (Ehrenreich & English, 1981: 12).

Federici acusa tanto a Marx como a Foucault y a la mayoría de los grandes estudiosos de la transición al capitalismo y de las formas de control estatal institucionalizadas, de haber pasado por alto un análisis de la caza de brujas como parte fundamental de estos procesos. Fruto de siglos de silencio y distorsión de las historias, la cultura popular (expresada en novelas, películas, cuentos infantiles y no tanto), nos ha presentado una visión de la caza de brujas como producto de una época de fanatismo religioso de los inquisidores y/o de locura colectiva de las mujeres de determinados pueblos. Es cierto que el andamiaje ideológico y moral fue provisto por la Iglesia Católica (aunque también colaboraron grandes “pensadores” de la época tales como Thomas Hobbes y Jean Bodin). Sin embargo, Federici sostiene y demuestra el carácter político de este fenómeno: en su punto cúlmine, no fueron las autoridades religiosas sino las cortes seculares las que llevaron a cabo la mayor parte de los juicios. En Italia y España, donde operaba la Inquisición, hubo menos ejecuciones que en Alemania, Francia, Inglaterra y Suiza, donde la Iglesia y el Estado colaboraban estrechamente en la persecución. El carácter político de la caza de brujas se evidencia también en que implicó un punto de acuerdo entre naciones con distintas religiones, incluso enfrentadas por la guerra. Federici declara sin titubeos que “la caza de brujas fue el primer terreno de unidad en la política de las nuevas Naciones-Estado europeas, el primer ejemplo de unificación europea después del cisma de la Reforma” (Federici, 2010:231).

Por otro lado, la caza de brujas no fue un fenómeno masivo durante la etapa más “supersticiosa” de la Edad Media sino que tuvo su apogeo entre 1580 y 1630, es decir, cuando ya estaban en marcha los procesos colonizadores en América, las relaciones feudales sucumbían ante las instituciones del capitalismo mercantil y se producía el paso a un paradigma racionalista (Federici, 2010:226).

Cabe también aclarar que la caza de brujas no fue un fenómeno exclusivamente europeo y de la Edad Media. En *Calibán y la bruja*, Federici analiza “la influencia recíproca por medio de la cual ciertas formas represivas que habían sido desarrolladas en el Viejo Mundo fueron trasladadas al Nuevo, para ser, luego, retomadas en Europa” (Federici, 2010: 288). Según los documentos rescatados por Federici, “también en el Nuevo Mundo, la caza de brujas constituyó una estrategia deliberada, utilizada por las

autoridades con el objetivo de infundir terror, destruir la resistencia colectiva, silenciar a comunidades enteras y enfrentar a sus miembros entre sí” a la vez que se constituyó en “una estrategia de cercamiento que, según el contexto, podía consistir en cercamientos de tierra, de cuerpos o relaciones sociales” (Federici, 2010: 288). Por otra parte, la autora da cuenta de cómo “la expansión global del capitalismo a través de la colonización y de la cristianización aseguraron que esta persecución fuera implantada en el cuerpo de las sociedades colonizadas y, con el tiempo, puesta en práctica por las comunidades sojuzgadas en su propio nombre y contra sus propios miembros” (Federici, 2010: 315). Entre los ejemplos que Federici ofrece se encuentran oleadas de quemaduras de brujas en el oeste de la India en la década de 1840 y en Kenia, Nigeria y Camerún durante las décadas de 1980 y 1990, coincidiendo estas últimas con la imposición de las políticas de ajuste estructural. En la actualidad, se han reportado decenas de casos de brutal tortura y asesinato de personas –principalmente mujeres– acusadas de brujería en Papúa Nueva Guinea (MacLean, 2014).

Ante tanta violencia y concordancia internacional, Federici se pregunta por las razones que pudieron motivarlas. En su libro *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*, Barbara Ehrenreich y Deidre English afirman que “las brujas representaban una amenaza política, religiosa y sexual para la Iglesia, tanto católica como protestante, y también para el Estado” (Ehrenreich & English, 1981: 11). Básicamente, atendiendo a los registros de los juicios contra ellas, se las acusaba de poseer una sexualidad femenina, de estar organizadas y de poder curar (Ehrenreich & English, 1981: 13). Estas tres condiciones amenazaban los procesos de aplastamiento de las rebeldías campesinas y de dependencia en las instituciones públicas nacientes.

Más allá de las causas que motivaron la caza de brujas, lo que nos interesa descifrar es cómo repercutió en las vidas y los cuerpos de las mujeres. La caza de brujas logró dos victorias fundamentales –mutuamente imbricadas– para el patriarcado y el capitalismo: expropió y degradó el saber ancestral de las sanadoras y, en particular, de las comadronas, despojando a las mujeres de los conocimientos sobre sus propios procesos corporales; y puso los cuerpos de las mujeres bajo el control directo del Estado, habilitando su uso como máquina natural de reproducción y crianza (Federici, 2010:139).

3.1.3.1 LA PERSECUCIÓN DE LAS COMADRONAS Y LA APROPIACIÓN MASCULINA DE LA OBSTETRICIA

Entre las más perseguidas durante la caza de brujas se encontraban las comadronas. El *Malleus Maleficarum* (1484), manual de cabecera para inquisidores y catálogo de crímenes brujeriles, ya se había encargado de dejar en claro que las brujas que ayudaban a parir y conocían las técnicas de aborto eran las más peligrosas (*Malleus Maleficarum*, Primera Parte, 2001(1486): 68-69). Según Federici, las sospechas que recayeron sobre ellas provenían más de los miedos de las autoridades al control de la fertilidad que de cualquier otra preocupación por la supuesta incompetencia médica de las comadronas (Federici, 2010:137). Como vimos, cualquier atentado contra las capacidades reproductivas de las mujeres ponía en peligro el desarrollo de una población extensa necesaria para el crecimiento económico nacional. ¿Y quién más dedicada a lidiar con las cuestiones reproductivas que las comadronas? Además, mientras mejor se desempeñaran, más peligrosas se las consideraba, ya que hacían más difícil la implantación de la confianza en la emergente ciencia racionalista. Debieron entonces ser desacreditadas, degradadas en su doble condición de acientíficas y brujas aliadas con el demonio.

Las parteras no fueron desterradas por completo de sus funciones de un día para otro, ya que pocas mujeres (sólo las acomodadas) podían pagar los servicios de un médico para que atendiera sus partos, pero la caza de brujas “las marcó para siempre con el estigma de la superchería y una posible perversidad” (Ehrenreich & English, 1981: 20). Sus saberes fueron transformados en potencialmente demoníacos y se las puso bajo la vigilancia del Estado y de los médicos varones, que a partir del siglo XVII comenzaron a ejercer la obstetricia. Sin embargo, los saberes de estas mujeres (basados en la experiencia de generaciones y con mucho más conocimiento de la anatomía femenina que el ostentado por los médicos de la época) fueron apropiados por los médicos obstetras, quienes escribieron y difundieron los primeros manuales de obstetricia haciendo uso de su privilegio de acceso a la educación formal y a los canales de difusión de las ideas (Rich, 1986: 134, 141).

Esta profesión, anteriormente considerada indigna para quienes ejercían la medicina, empezó a cobrar mayor relevancia con la invención del fórceps y otras tecnologías que permitían a los médicos intervenir activamente en el proceso del parto, a su vez que obtenían importantes réditos monetarios por monopolizarlas. Frente a la paciencia y las

manos de carne de las parteras, la nueva obstetricia masculina entronizaba a la ciencia y las manos de hierro (Rich, 1986: 145-151). El uso exclusivo del fórceps y otras maniobras de la obstetricia por parte de los médicos obstetras y la prohibición de ingreso a las casas de estudio de medicina para las mujeres fueron usados como instrumentos para asegurar la dependencia de las comadronas en casos de complicación -división del trabajo obstétrico que se mantiene hasta el día de hoy (Cassidy-Brinn et al, 1984:89). La misoginia institucionalizada separó la esfera de las parteras de la de los médicos obstetras, negándoles a las primeras el acceso a los conocimientos de cirugía y a las tecnologías, y a los segundos el conocimiento de la anatomía femenina y de las técnicas relacionadas con el parto. Esta separación costó muchas vidas de parturientas y les quitó la oportunidad a mujeres brillantes (Rich, 1986: 141-142). Enfrentadas a la creciente hostilidad por parte de las autoridades y al peligro de la hoguera, muchas parteras fueron empujadas a la alianza con estos poderes. En algunos países como Francia y Alemania, fueron reclutadas para ser espías del Estado en asuntos reproductivos, a cargo de informar sobre los nacimientos y examinar a las acusadas de parir en secreto (Federici, 2010:139).

Por otro lado, mientras se acusaba de “sucias” a las parteras, se daba comienzo a dos siglos de “epidemia” de fiebre puerperal causada en gran medida por el confinamiento de las parturientas en los hospitales, que contaban con condiciones de poca higiene, hacinamiento e insalubridad y donde los médicos pasaban de la morgue a la sala de partos sin escala higiénica ya que no se conocían aún los principios de la asepsia (Rich, 1986: 151). Rich afirma que se obligaba a las mujeres pobres a asistir a estas instituciones, “en parte, probablemente, porque eran material para la enseñanza y la experimentación, al igual que en la actualidad” (Rich, 1986: 152). Además, podemos suponer que las mujeres expulsadas de las antiguas tierras comunes, fuente de su “subsistencia, autonomía y sociabilidad” (Federici, 2010:106), perdieron también los lazos de solidaridad comunitaria que les permitían tener acceso a las comadronas.

A pesar de las advertencias e investigaciones de un puñado de médicos que ya desde 1795 postularon que eran los mismos médicos quienes contagiaban esta enfermedad a las mujeres, sus postulados fueron desestimados e incluso tomados como ofensa por parte de quienes ejercían la profesión. Tuvieron que pasar unos 100 años más para que se empezaran a escuchar estas voces, en respuesta a los descubrimientos de Lister y Pasteur. Rich ve en estos sucesos “[u]na cierta indiferencia, un cierto fatalismo hacia

las afecciones de las mujeres, que aún persiste en las profesiones masculinas de ginecología y cirugía” (Rich, 1986: 153). También Cassidy-Brinn et als. sugieren que la historia de la fiebre puerperal en Europa “proporciona un manual para cualquier aspirante a reformista de las prácticas relacionadas con el parto, ya que ilustra llanamente la resistencia de los médicos y los hospitales ante cualquier desafío a su poder sobre las vidas y la salud de las madres y los/as bebés” (Cassidy-Brinn et als., 1984:88).

Además del aumento de las muertes por sepsis puerperal, con el ingreso de los médicos se produjeron otros cambios en la práctica obstétrica que afectaron las vidas (y las muertes) de las mujeres. En caso de emergencias durante el parto, las parteras tradicionalmente habían priorizado salvar las vidas de las mujeres (Rich, 1986:147), mientras que los nuevos practicantes optaban por la vida del feto (Federici, 2010:138). Esto debió ser un mensaje claro para las mujeres: sus vidas, sus cuerpos, ya no valían tanto. Otro de los cambios importantes fue el de la ruptura de los procesos (sexuales y) reproductivos entendidos como continuum; mientras las comadronas habían brindado cuidados pre y postnatales, contención psicológica y afectiva, los médicos obstetras se limitaban a asistir en el momento del parto (Rich, 1986: 150-151). La ruptura de este continuum tiene consecuencias hasta el día de hoy, ya que se sigue considerando al parto un momento discreto, dissociado del resto de las experiencias sexuales, reproductivas, sociales, económicas, culturales de la mujer que lo transita.

Federici asevera que “[c]on la marginación de la partera, comenzó un proceso por el cual las mujeres perdieron el control que habían ejercido sobre la procreación, reducidas a un papel pasivo en el parto, mientras que los médicos hombres comenzaron a ser considerados como los verdaderos «dadores de vida» (como en los sueños alquimistas de los magos renacentistas)” (Federici, 2010:138). Este proceso de desposesión –como todo proceso de desposesión- fue acompañado de un proceso de control y represión, que trataremos a continuación.

3.1.3.2 LA MATERNIDAD TRANSFORMADA EN TRABAJO FORZADO

Es imprescindible señalar el acuerdo entre las/los autoras/es citadas/os (Federicci, Ehrenreich & English, McLaren, Galeotti, Rich) sobre la profundidad de los cambios ocurridos en la etapa de transición al capitalismo en cuanto a la regulación de las actividades reproductivas. Si bien estas siempre han sido parte de los asuntos sociales y

comunitarios, eran mayoritariamente asuntos de mujeres. Durante dos siglos (XVI a XVIII), la combinación de las políticas abiertamente pronatalistas y la caza de brujas con su feroz persecución de las prácticas anticonceptivas, abortivas e infanticidas, dio como resultado procesos de dominación, explotación y control de las mujeres y sus funciones de procreación. Los úteros devinieron territorios políticos controlados por los varones y por el Estado (Federici, 2010: 138-139). Así, estos úteros –sinécdoque de los cuerpos de mujeres ante la visión patriarcal capitalista- se convirtieron en máquina natural –oxímoron útil para la invisibilización del trabajo reproductivo- calibrada para las necesidades de la acumulación capitalista.

Federici indica que “al negarle a las mujeres el control sobre sus cuerpos, el Estado las privó de la condición fundamental de su integridad física y psicológica, degradando la maternidad a la condición de trabajo forzado, además de confinar a las mujeres al trabajo reproductivo de una manera desconocida en sociedades anteriores” (Federici, 2010: 142). En un proceso de expropiación y cercamiento similar al ocurrido con las tierras comunales (logrado a través de las guerras y la reforma religiosa), los cuerpos de las mujeres fueron expropiados a través de la caza de brujas (también una guerra, contra las mujeres) y “cercados” por la amenaza de la hoguera (Federici, 2010: 142).

Esta expropiación y cercamiento de los cuerpos de las mujeres produjo cambios profundos en las relaciones de género, en las relaciones entre mujeres y en la relación de las mujeres con sus propios cuerpos. Despojados de las tierras comunales, los hombres proletarios encontraron en los cuerpos cercados de las mujeres proletarias (cercados para el trabajo remunerado y cercados para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos) nuevos “bienes comunes”: cuerpos y trabajo convertidos ahora en recursos naturales (Federici, 2010: 147-148). La acumulación de diferencias de género al interior de la nueva clase proletaria fue así un proceso exitoso en la transición al capitalismo.

El cercamiento también se dio en las posibilidades de organización entre mujeres. Como vimos, la figura del aquelarre –la acusación de estar organizadas en sectas diabólicas- fue un agravante en los juicios de brujería, que obsesionó a quienes los realizaban, probablemente por relacionarlo con las reuniones para organizar levantamientos campesinos y como espacios de socialización e intercambio de saberes (Ehrenreich & English, 1990: 12). La persecución de las mujeres organizadas quebró los

lazos de solidaridad y amistad entre mujeres, que en muchos casos fueron obligadas a denunciarse entre sí bajo tortura (Federici, 2010: 155-156).

Finalmente, el cercamiento de los cuerpos de las mujeres y su confinamiento a la maternidad forzada, también creó barreras entre cada mujer y su propio cuerpo, ya que, al decir de Rich “en la más fundamental y desconcertante de las contradicciones, nos alienó de nuestros cuerpos, encerrándonos en ellos” (Rich, 1986: 13). El cuerpo fue transformado en uno de los peores enemigos de una mujer, ya que en esta época de exacerbada persecución de los “crímenes reproductivos” incluso un aborto involuntario podía acarrear severas penas (Federici, 2010: 136) y se podía ser ejecutada por parir hijos/as extramatrimoniales (Federici, 2010: 141).

3.2 LA MEDICALIZACIÓN COMO NÚCLEO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN. LECTURAS ANTROPOLÓGICAS DE LA OBSTETRICIA OCCIDENTAL

El embarazo, el parto y el puerperio son, se supone, procesos universales y dependientes de la fisiología del cuerpo. Sin embargo, cada cultura y cada momento histórico ha impreso formas de organización vinculadas a las construcciones sociales, políticas y económicas del género, el parentesco y la sexualidad. La antropología de la reproducción ha puesto, precisamente, de manifiesto que tales experiencias no ocurren “...como un mero proceso biológico, sino que se encuentran culturalmente moldeados, dándose de diferentes maneras en cada sociedad y en los diferentes grupos sociales” (Blazquez Rodríguez, 2005: 2). Las antropólogas han hecho aportes cruciales para el estudio de la medicalización de los procesos reproductivos y de la maternidad, enfocándose en las representaciones de la reproducción como proceso fisiológico, patológico y productivo y como fenómeno que da lugar a las dicotomías naturaleza-cultura y producción-reproducción (Blazquez Rodríguez, 2005: 1).

Según el estado del arte preparado por María Isabel Blazquez Rodríguez, las primeras etnografías dedicadas a estudiar transculturalmente los procesos reproductivos datan de la década de 1970, en la que el enfoque estaba más centrado en una “antropología del parto”. Algunos ejemplos de esta corriente son los trabajos de Nancy Stoller (1974), Brigitte Jordan (1977) y Sheila Kitzinger (1978). Estos estudios continúan llevándose a cabo en las décadas siguientes, con trabajos destacados como los

de Ann Oakley (1980), Carolyn Sargent (1982) y Robbie Davis Floyd (1992 y otros posteriores).

Más adelante, ya en la década de 1980, aparece otra serie de etnografías enfocadas en la atención obstétrica y la medicalización de los procesos reproductivos en sociedades industrializadas. Entre los trabajos destacados de este enfoque, se pueden citar los de Rosalind Petchesky (1984), Emily Martin (1987) y Ellen Lazarus (1988 y 1994).

También existe una producción importante a partir de finales de la década de 1980 de etnografías que indagan en torno a las prácticas y las experiencias generadas por las nuevas tecnologías reproductivas, incluyendo los trabajos de Michelle Stanworth (1987), Marilyn Strathern (1992) y Verena Stolke (1987).

En esta sección indagaremos en algunos de estos trabajos cuyos aportes han sido vitales para construir las herramientas conceptuales que permiten analizar los mecanismos de institucionalización de los procesos reproductivos a través de los servicios de salud y sus consecuencias para las experiencias de maternidad de las mujeres.

3.2.1 LOS MODELOS DE ATENCIÓN DEL PARTO Y LA SUBALTERNIZACIÓN DE LAS MUJERES

Brigitte Jordan ha sido llamada la “partera” de la antropología del nacimiento (Davis-Floyd & Sargent, 1996:111). A través de un estudio etnográfico realizado en los 70s en torno a los sistemas de parto en cuatro sociedades (Yucatán, Holanda, Suecia y los Estados Unidos), ha mostrado que el parto es “una transacción íntima y compleja cuyo tema es fisiológico y cuyo lenguaje es cultural” (Jordan, Lozoff & Malone, 1988: 2). Según la autora, para analizar el proceso de nacimiento, es necesario utilizar una perspectiva biosocial que dé cuenta tanto de la función biológica como de la matriz sociocultural en la que se halla inmersa.

Jordan propone varios elementos para el análisis transcultural del parto: la definición local del evento, la preparación para el parto, los sistemas de apoyo y de atención, la ecología del parto, el uso de medicamentos y de tecnología, y el locus de la toma de decisiones. En cuanto a este último elemento, la autora analiza el modo en que el conocimiento sobre el parto se construye, circula y se usa en los distintos escenarios que ha investigado (partos atendidos por parteras tradicionales, por parteras con estudios formales, por médicos/as, en casas, en hospitales). Jordan explora cómo se establece el

“conocimiento con autoridad”, que supone “el conjunto de saberes que adquieren el más alto poder y legitimidad para explicar los fenómenos en un contexto determinado” (Sadler, 2004: 2). Según Jordan, “la tecnología sofisticada tiende a producir una distribución jerárquica del poder de decisión y por tanto la transformación de las relaciones sociales” (Jordan, 1987: 313). Estos estudios le han llevado a cuestionar los efectos de la exportación indiscriminada de alta tecnología obstétrica a los países menos desarrollados, ya que tiende a erosionar el uso de tecnologías originarias, produciendo nuevos tipos de riesgo para la salud de las mujeres y sus hijos/as (Jordan, 1987). Retomaremos este asunto más adelante, en relación a la construcción y circulación del conocimiento con autoridad en torno al embarazo y al parto.

Robbie Davis-Floyd es probablemente la antropóloga más conocida y más citada al interior del movimiento para la humanización del parto. heredera del proyecto de Jordan de despojar al modelo médico hegemónico de su halo de neutralidad y superioridad frente a otros sistemas de atención del parto, Davis-Floyd se propone demostrar que “a pesar de sus pretensiones de rigor científico, el sistema médico occidental está menos basado en la ciencia que en su contexto cultural más amplio; como todos los sistemas de atención de la salud, encarna los sesgos y las creencias de la sociedad que lo ha creado” (Davis-Floyd, 2001: S5). En sus estudios, intenta desnudar el funcionamiento de lo que ella denomina “modelo tecnocrático de atención del parto”.

En el modelo tecnocrático priman los principios de separación y fragmentación: descomposición del individuo en partes, división del proceso reproductivo en elementos constituyentes, disociación de la experiencia del nacimiento del flujo de la vida, y separación entre el cuerpo y la mente (Davis-Floyd, 2001:S6). Para este modelo, al igual que para el pensamiento occidental en su conjunto, el cuerpo se presenta como una profunda paradoja al ser “simultáneamente una creación de la naturaleza y el punto focal de la cultura” (Davis-Floyd, 2001:S6). La resolución de esta paradoja es considerar al cuerpo como máquina, y al cuerpo masculino como máquina prototipo. Por tanto, las diferencias del cuerpo femenino son consideradas como desviaciones, defectos, riesgos y vulnerabilidades ante los influjos de la naturaleza, que requieren de regulación y control por parte de personas especializadas (Davis-Floyd, 2001:S6). Sobre esta visión se funda la obstetricia moderna, coetánea del desarrollo del capitalismo industrial.

De este modo, el tracto reproductivo de la mujer aparece como una máquina que debe ser operada por técnicos especializados trabajando con horarios semi-flexibles para poder cumplir con los requerimientos de producción y control de calidad de los hospitales y sistemas de salud (Davis-Floyd, 1987: 293). El hospital deviene una sofisticada fábrica tecnológica, y la sala de partos una línea de montaje. A través de los procedimientos médicos, el fluir del nacimiento se deconstruye en segmentos identificables que luego son reconstruidos como proceso mecánico, estandarizado, subordinando las necesidades de las mujeres a las prácticas y rutinas institucionales. El producto que resulta de este proceso de nacimiento es el nuevo miembro de la sociedad, el/la bebé; mientras que la nueva madre se considera un sub-producto (Davis-Floyd, 1987: 294).

A través de su análisis, Davis-Floyd intenta mostrar cómo muchas de las prácticas rutinarias de la obstetricia occidental tienen un sentido cultural más que una explicación científica. Entre las prácticas analizadas por la autora, se encuentra la posición litotómica, que implica una “inversión simbólica desde la autonomía y la privacidad hacia la dependencia y la exposición total, expresando y reforzando su falta de poder (de la mujer) y visibilizando el poder de la sociedad (evidenciado en su representante, el/la obstetra) en el momento cúlpe de su propia transformación individual” (Davis-Floyd, 1987: 297). Por otra parte, las telas estériles en las que se la envuelve de pies a cabeza ilustran que su bebé es “puro y limpio y debe ser protegido de la suciedad fundamental de su cuerpo y su sexualidad” (Davis-Floyd, 1987: 297).

A través del análisis de las prácticas estandarizadas de la atención hospitalaria del parto en Estados Unidos, Davis-Floyd llega a la conclusión de que su sentido cultural es funcionar como rito de pasaje para las mujeres estadounidenses (Davis-Floyd, 1994: 1). Estos procedimientos apuntan a

contener y controlar lo inherentemente transformador que hay en el nacimiento, y a transformar a la mujer que pare en una madre, en todo el sentido social de la palabra, es decir, en una mujer que ha internalizado los valores centrales de la sociedad estadounidense: creencia en la ciencia, confianza en la tecnología, reconocimiento de su inferioridad (consciente o inconscientemente), conformidad ante los dictados de la sociedad y cumplimiento de las demandas de sus instituciones (Davis-Floyd, 1987: 299).

La autora interpreta también el entrenamiento que reciben los/as estudiantes de obstetricia durante la carrera de medicina y la residencia como rito de pasaje. La manera en que la formación y las jerarquías institucionales están organizadas asegura la producción de profesionales que adhieren incondicionalmente al modelo tecnocrático de atención del parto. Algunos de los aspectos de esta formación tienen que ver con que los/as residentes llegan a la práctica luego de años de intensa dedicación al estudio teórico, que ha logrado dissociarlos del mundo y distanciarlos de los seres humanos vivos y reales. Una vez en la residencia, la tecnología proporciona el mayor antídoto contra la incertidumbre de los cuerpos y las experiencias únicas de las mujeres a las que atienden. Por otro lado, la vivencia de unos pocos partos complicados parece tener más efecto en sus creencias y comportamiento que cientos de partos normales, reforzando más aún su adherencia tenaz a los rituales médicos, que se les han presentado como la única forma de evitar esos desastres (Davis-Floyd, 1987: 299). A pesar de que muchas veces es evidente que las complicaciones son generadas por las intervenciones y la tecnología, los problemas suelen ser atribuidos a la defectuosidad inherente a la naturaleza y el cuerpo de las mujeres y no a errores de los propios rituales (Davis-Floyd, 1987: 299).

“Una de las funciones principales del ritual es la preservación cultural”, señala la autora (Davis-Floyd, 1994: 13). El ritual funciona tanto para preservar como para transmitir la cultura a través de la puesta en acto de su sistema de creencias. Y al preservar la cultura, se preserva también su estructura de poder, ya que quienes están a cargo del ritual generalmente son quienes ostentan mayor poder. En el caso de los rituales de la atención hospitalaria del parto en Estados Unidos, su función sería preservar el patriarcado, al mantener la toma de decisiones y su puesta en práctica en manos de médicos/as entrenados/as bajo los supuestos de la medicina patriarcal, y ubicar a las mujeres en una posición de vulnerabilidad y dependencia (Davis-Floyd, 1994: 14-15). Sin embargo, Davis-Floyd cree que el ritual también puede servir para efectuar cambios sociales, si se logran crear y se ritualizan nuevos sistemas de valores; así, la autora ve esperanza en el movimiento por la humanización del parto tanto al interior de las instituciones de salud como en los partos domiciliarios (Davis-Floyd, 1994: 15-16).

Los aportes de las investigaciones de Davis-Floyd son innegables a la hora de analizar cómo sigue funcionando la atención hospitalaria del parto en nuestro país, pues

se ha adoptado un sistema de formación y atención médica muy parecido al de Estados Unidos.

3.2.2 GRAMÁTICAS MECANICISTAS: ENCORSETAR LAS EXPERIENCIAS DE LAS MUJERES

Sin desconocer sus aportes, una de las críticas que pueden hacerse tanto al trabajo de Jordan como al de Davis-Floyd es que se enfocan en el parto y no tanto en otras facetas de la vida sexual y/o (no) reproductiva de las mujeres y de las condiciones en las cuales se produce el embarazo. La misma Adrienne Rich advirtió sobre los peligros de una crítica solamente centrada en el parto:

En la medida en que el movimiento por un parto alternativo se ha focalizado en el parto como único tema, esta reforma ha sido fácilmente subsumida en un nuevo idealismo de la familia. Sus orígenes feministas se han desdibujado, junto con el desafío potencial a la economía y la práctica del parto medicalizado y a la separación de maternidad y sexualidad (Rich, 1986: 2).

Rich propone, junto a otras autoras, la idea de continuum para dar cuenta de las experiencias en torno al cuerpo, la sexualidad y la reproducción. Así considerado, el parto hospitalario con sus violencias, más que un rito de pasaje, aparece como la reafirmación de lo aprendido en nuestra socialización como mujeres, y toda esta socialización está con las mujeres durante el momento del parto (Rich, 1986: 182).

En este sentido, el proyecto de Emily Martin es más amplio que los de Jordan y Davis-Floyd. En *The Woman in the Body. A Cultural Analysis of Reproduction*, escrito en 1987 y reeditado en 2001, la autora analiza la “gramática” y las metáforas de las ciencias médicas occidentales en torno a los cuerpos de las mujeres, y particularmente en torno a la menstruación, el parto y la menopausia. A través del análisis de textos médicos y de entrevistas con mujeres de distintas edades y clases, blancas y racializadas, el trabajo de Martin indaga en las metáforas que describen los procesos corporales de las mujeres como formas de producción.

En el caso de la menstruación y la menopausia, el conjunto de metáforas de producción aplicadas a los cuerpos de las mujeres representa un sistema de transmisión de información con una estructura jerárquica (Martin, 2001:41). La menstruación aparece en los textos médicos como una falla en la producción que da como resultado productos sin capacidad de uso, desechos (Martin, 2001: 46). Además, se considera que las mujeres están “fuera de control” cuando menstrúan, escapando de los mandatos de

continuidad de la especie (Martin, 2001: 47). Por su parte, la menopausia es representada como una falla de la estructura de autoridad del cuerpo que ya no es capaz de enviar los mensajes correctos para que se produzca la ovulación, derivando en procesos de “regresión, deterioro, atrofia, disminución y tumulto” (Martin, 2001: 43). En ambos casos, las imágenes son negativas, indicando que algo ha salido mal con la producción.

En cuanto al parto, al igual que Davis-Floyd, Martin expresa que “para entender el tratamiento médico del nacimiento, debemos reconocer que en el desarrollo del pensamiento y la medicina occidentales, el cuerpo ha sido considerado como una máquina” (Martin, 2001: 54). En la construcción del conocimiento médico de la obstetricia, paralela al desarrollo del capitalismo industrial, el útero fue concebido como máquina que el médico debía operar o reparar. Sin embargo, Martin percibe que esa metáfora ha ido dando lugar a una metáfora de producción, en donde el médico ya no es sólo un mecánico sino un supervisor de fábrica o incluso un dueño y la que realiza el “trabajo” es la mujer cuya “máquina” (útero) produce el “producto” (bebés) (Martin, 2001: 57). Por ejemplo, la autora muestra cómo el lenguaje que usan los textos médicos para describir los efectos de las intervenciones durante el parto y trabajo de parto parece hacer referencia a un aumento en la productividad (Martin, 2001: 59).

Los relatos médicos sobre el parto presentan al trabajo de parto justamente como trabajo, definido en términos de física: “mecánicamente, el trabajo es la generación de movimiento contra una resistencia. Las fuerzas implicadas en el trabajo de parto son las del útero y el abdomen que actúan para expeler al feto y que deben sobreponerse a la resistencia de la cervix a dilatarse y de la fricción creada por el canal de parto durante el pasaje de la presentación” (Martin, 2001: 58). Los estudios de tiempo y movimiento, destinados a mejorar la producción en procesos fabriles a través de un mayor control de los factores, usan este mismo tipo de definición. No es extraño, entonces, que los médicos describan un buen o mal parto en términos del “progreso realizado en ciertos períodos de tiempo” (Martin, 2001: 59).

En este sentido, Martin señala cómo el trabajo de parto y el parto, como el trabajo fabril, está subdividido en varias etapas y sub-etapas. La primera etapa incluye la fase latente y la fase activa; esta última, a su vez, se subdivide en la fase de aceleración, la fase de máxima pendiente y la fase de desaceleración. La segunda etapa incluye el

descenso del/ la bebé por el canal de parto y el nacimiento. Finalmente, la tercera etapa abarca la separación y el alumbramiento de la placenta. Cada una de estas etapas y sub-etapas tiene asignado un ritmo de progresión en base a estudios estadísticos (Martin, 2001: 59). Martin se pregunta por las implicaciones de aplicar conceptos sobre producción provenientes de otros tipos de trabajo a un “proceso complejo en el que se entrelaza la experiencia física, emocional y mental” (Martin, 2001: 66).

Como veremos más adelante, en el análisis de los datos recogidos en la presente investigación, las metáforas desentrañadas por Martin siguen siendo útiles para comprender cómo se organiza la experiencia de parir al interior de las instituciones médicas y en torno a qué prioridades se determinan los tiempos y los espacios del parto por medio de los textos institucionales.

A través de su análisis, Martin intenta dar cuenta de cómo

“los códigos aparentemente abstractos de la ciencia médica en realidad narran una historia muy concreta, enraizada en una forma particular de jerarquía y control social. Generalmente, no escuchamos la historia, sólo escuchamos los “datos”, y esto en parte es lo que hace tan poderosa a la ciencia. Pero las mujeres - cuya experiencia corporal es degradada y demolida por modelos que implican fallos en la producción, deshechos y descomposición- tienen literalmente en su interior la capacidad de confrontar la historia que cuenta la ciencia con otra historia, basada en sus propias experiencias (Martin, 2001: 197).

Como contracara de las versiones médicas de los acontecimientos relacionados con el ciclo reproductivo, Martin se pregunta

¿De qué modo las mujeres, en el transcurso de sus vidas cotidianas, responden a las metáforas científicas sobre sus cuerpos? ¿Las alcanzan al menos a percibir? ¿Las aceptan como naturales y como la obligación legítima de las mujeres o se resignan a tolerarlas? ¿O las combaten como amenazas profundas y siniestras para una existencia plena? (Martin, 2001: 67).

Indagando en posibles respuestas, Martin presenta los relatos de mujeres recopilados por su equipo, en donde aparecen imágenes de fragmentación y alienación, de separación entre el yo y el cuerpo, en donde el cuerpo aparece como algo a lo que la mujer se debe adaptar o aprender a tolerar, algo que debe ser controlado, y los procesos corporales relacionados con la reproducción y la sexualidad se presentan como algo externo, que “les sucede” a las mujeres (Martin, 2001: 76-77). Debido a que sus

funciones corporales van con ellas a todos lados, las mujeres tienen impedimentos para encajar en la división de los espacios sociales, en donde los procesos corporales debieran suceder en el hogar y no en espacios públicos, como lugares de trabajo o de estudio. Lo que todas las mujeres comparten en las sociedades occidentales, según Martin, es “la experiencia de ‘mantenimiento’ de sus propios cuerpos, cuyos efluvios, demandas y exigencias raramente aparecen en las asignaciones horarias del tiempo organizado socialmente” (Martin, 2001: 201). La autora sostiene que esto les aporta a las mujeres un punto de vista privilegiado para la crítica de cómo los tiempos y los espacios son construidos socialmente a costa de la exclusión de las experiencias y los cuerpos de los sectores subordinados¹⁹.

En los relatos de las mujeres, Martin encuentra que ante la ideología que sostiene que la conciencia y el cuerpo se pueden disociar, que las contracciones son involuntarias, y que el parto es una forma de producción, ellas sienten, aunque a un nivel no articulado tal vez, que algo no está bien, y realizan “esfuerzos atormentados para reconciliar su experiencia con las expectativas médicas” (Martin, 2001: 89). La autora registra reacciones contrapuestas en los relatos de las mujeres sobre sus experiencias corporales mediadas por el saber médico: “reivindicación activa junto a aceptación pasiva, percepción clara de las alternativas junto a descontento desconcertante, integridad e integración junto a separación y fragmentación” (Martin, 2001: 91).

Las vivencias cotidianas de las mujeres no sólo exhiben gestos de resistencia ante las visiones médicas, sino que también “pueden evocar atisbos de otras maneras de vivir, otras maneras de usar el tiempo, otras maneras de dar cuenta del sentido de la menstruación, el parto y la menopausia” (Martin, 2001: 200-201). Para la autora, todavía resulta necesario hacerse la pregunta sobre qué modelos de experiencia, de

¹⁹ Además del “mantenimiento” (la autora usa la palabra *housekeeping*, que incluiría limpieza, tareas domésticas) del propio cuerpo, Martin agrega que la mayoría de las mujeres tiene la responsabilidad principal por el mantenimiento de los espacios domésticos (Martin, 2001: 91). Y las mujeres de sectores populares muchas veces tienen a cargo el mantenimiento de espacios domésticos de otras personas para quienes trabajan, o de espacios sociales como hospitales, escuelas, edificios públicos. Es decir, ellas son quienes pueden ver más claramente todo el trabajo que se requiere para que los cuerpos puedan circular por el mundo como si no tuvieran necesidades y procesos de cambio.

acompañamiento y de cuidados desarrollarían las mujeres si tuvieran la oportunidad de hacerlo autónomamente:

¿Qué imágenes traerían a la experiencia, qué arreglos prácticos buscarían, qué tecnologías desarrollarían, y bajo qué condiciones las usarían? Estas preguntas solamente pueden ser respondidas por mujeres de diferentes trasfondos étnicos y de clase, reunidas en grupos para reflexionar y actuar en torno a sus propias experiencias (Martin, 2001: 157).

La investigación de Martin aporta herramientas de análisis que resuenan profundamente con el enfoque sostenido en esta tesis, ya que ahondan en la importancia de ubicarse en la experiencia como continuum, y de buscar las articulaciones entre percepciones de la corporalidad, lenguaje médico y procesos sociales tales como la revolución industrial y la maquinización de los cuerpos de proletarios y mujeres.

Tanto Jordan y Davis Floyd como Martin iluminan las articulaciones entre organización patriarcal de la sociedad y formas dominantes de saber, desentrañan los modelos y metáforas acuñadas por la medicina hegemónica respecto de los cuerpos de las mujeres y los procesos de embarazo, parto y puerperio, así como también las relaciones entre las instituciones y las experiencias de las mujeres, cuyos márgenes de maniobra a menudo se hallan reducidos por el desfasaje entre sus saberes y percepciones y los laberintos que deben transitar en el seno de las instituciones. Mientras Jordan y Davis Floyd están más preocupadas por la comparación transcultural y la valorización de otros modelos y tradiciones de atención, Martin atiende a las desigualdades sociales entre las mujeres al interior de su propia sociedad, epítome de lo occidental.

Sumar las herramientas de la antropología de la reproducción a nuestro análisis de los mecanismos pasados y actuales de institucionalización de los procesos reproductivos a través de la medicalización nos permite pensarlos insertos en las relaciones de poder entre los sexos, en la organización social del conocimiento y en las necesidades de la economía de la salud. También nos permite contraponer los saberes y prácticas institucionalizados a las experiencias de mujeres concretas, atendiendo al acceso desigual a los servicios de salud reproductiva en razón de la clase, el origen étnico, la condición racializada, la edad y el lugar de residencia (rural, urbano).

3.3 LA INSTITUCIONALIZACIÓN DE LOS PROCESOS REPRODUCTIVOS EN ARGENTINA

Si acordamos que la institucionalización ha ido articulada a la escotomización de los procesos reproductivos y a la expropiación de los cuerpos y saberes de las mujeres, que han de inscribirse forzosamente en procesos institucionales, es preciso atender a la forma que adquirieron en Argentina para poder luego revisar su legado en la situación actual.

El proceso de institucionalización de la maternidad (y, en consecuencia, de maternalización de las mujeres) y de los asuntos reproductivos se inició en nuestro continente varios siglos después que en Europa y respondió a otro contexto histórico. Sin embargo, el legado europeo -producto de la colonización- en cuanto a la división sexual del trabajo y el uso de la medicalización como herramienta de institucionalización de la reproducción puede rastrearse en los discursos justificativos, en las leyes que sustentaron este proceso y en las instituciones que se crearon. Como ha indicado Marcela Nari:

la maternalización de las mujeres no fue un fenómeno local. Por el contrario, se siguieron aquí las coordenadas de un proceso general que abarcó al mundo occidental y los países y regiones occidentalizados entre fines del siglo XVIII y principios del XX. Formó parte de un conjunto de transformaciones sociales, económicas y políticas clave que abrieron paso a las sociedades capitalistas (Nari, 2004:101).

A diferencia del proceso europeo, en América Latina la consolidación de la corporación médica y del estado nacional fueron procesos cronológicamente más cercanos, que se fortalecieron mutuamente. Como ha indicado Magnone (hablando sobre Uruguay pero reflejando un proceso compartido por varios países de la región), en este periodo “[l]os valores de la medicina se infiltraron en la mentalidad y sensibilidad de los constructores y reformadores del Estado, configurándose como dispositivos de poder en el cuerpo individual y social” (Magnone, 2012: 32). La formación de una noción de nacionalidad se apoyó firmemente en los discursos y las acciones de las instituciones sanitarias (Nari, 2004:103), mientras que el Estado naciente legitimó la hegemonía de los saberes médicos profesionales por sobre los saberes curativos populares. Esta coyuntura tuvo un impacto profundo en las vidas de las mujeres, ya que, interpeladas en su papel de madres, se convirtieron en el blanco de gran parte de las campañas para garantizar la fortaleza de la “razas” nacionales.

3.3.1 “GOBERNAR ES MATERNALIZAR”

En nuestro país, a partir de finales del siglo XIX y durante las primeras décadas del XX, la percepción de escasez de la población se convirtió en un asunto que obsesionó a la élite política encargada de fundar la “Nación Argentina”. El eslogan de Alberdi – Gobernar es Poblar- refleja el espíritu de la época, que consideraba al extenso territorio nacional un “desierto” que necesitaba ser poblado con brazos para el trabajo y la defensa nacional. Las olas de inmigrantes provenientes de Europa resolvieron en parte este “problema” pero trajeron la semilla de otro: nuevas prácticas anticonceptivas (Felitti, 2011: 26). Estas prácticas, sumadas a los avances en higiene y mejoras en la calidad de vida, aceleraron el proceso de transición demográfica en el país (especialmente en Buenos Aires), que fue más vertiginoso que en otras latitudes, produciéndose el descenso de la tasa de natalidad casi inmediatamente después del de la tasa de mortalidad, lo cual desaceleró el crecimiento poblacional (Torrado, 2003:120). Al problema de la cantidad, se le sumaba el problema de la “calidad” de la población, ya que el descenso en las tasas de natalidad se daba más marcadamente entre los sectores considerados “más deseables” (las clases medias emergentes), con mayor acceso a los métodos anticonceptivos, mientras que los sectores bajos, “menos deseables”, continuaban reproduciéndose (Felitti, 2011: 26). En este contexto, el higienismo y la eugenesia aparecían como respuestas a las preocupaciones por la cantidad y la calidad de la población.

3.3.2. LOS ESFUERZOS EUGENÉSICOS E HIGIENISTAS POR “RENATURALIZAR” LA MATERNIDAD

La eugenesia, ciencia surgida en Inglaterra a fines del siglo XIX, extendía las ideas de Charles Darwin a las poblaciones humanas, proponiendo la mejora de la “raza”²⁰ a través de las uniones de los más aptos y mejor dotados y el impedimento de la reproducción de los “degenerados”. A diferencia de los postulados darwinianos, en los que existía la posibilidad de adquirir caracteres del medio y transmitirlos hereditariamente, las ideas eugenésicas iniciales negaban cualquier posibilidad de mejoramiento a través del medio, aduciendo la superioridad natural de determinadas “razas” sobre otras y justificando así la necesidad de controlar la propagación de las

20 En esta época, el concepto de “raza” se relacionaba estrechamente con el de “nación”, aludiendo a quienes compartían un territorio, una historia, una lengua desde tiempos inmemoriales. Podía también justificar las diferencias sociales (de clase, de género, étnicas) en base a divisiones jerárquicas “naturales” e inmodificables. Además, servía para ligar lo físico, con lo espiritual y moral. (Nari, 2004: 37-38)

indeseables (Nari, 2004: 34-35). Esta eugenesia negativa no tuvo tanto éxito en Argentina, donde no existía una única “raza” de pureza ancestral, sino un conjunto heterogéneo de habitantes nativos, criollos e inmigrantes; estas ideas, además, chocaban con la doctrina de la iglesia católica, que rechazaba cualquier intento de control de la natalidad²¹. Más bien se dio una eugenesia preventiva, que apuntaba a incorporar y homogeneizar a esos grupos –a través de la profilaxis social- en una “raza argentina” que sería el sustento de la Nación (Nari, 2004: 41). En este proyecto de “regeneración social”, el papel de las mujeres como madres propagadoras de una “conciencia sanitaria popular” era fundamental. Se las consideraba más dúctiles y pasivas, es decir, más fácil de transformarse ante las características del medio y de transmitir esta herencia a los/as hijos/as. De hecho, al ser el cuerpo de las mujeres el “medio” más inmediato, se convertía en el sitio ideal para la transformación eugénica ya que “comprende mejor que el hombre los medios para mejorar la especie en todas sus relaciones” (Balvastro citado en Nari, 2004: 46).

La garantía de la cantidad y la calidad de la población recayó entonces sobre los hombros de las mujeres, cuyas capacidades reproductivas y habilidades maternas se convirtieron en asuntos de salud pública. El Hospital de Mujeres, existente desde 1774, no había recibido a las parturientas sino hasta 1882, y hubo que esperar tres décadas más para que se inaugurara la primera sala de Maternidad para “las enfermas de parto”, un lugar estrecho, poco higiénico y deficiente (Correa, 2000: 206). Pero una vez establecida la importancia de la medicalización de la maternidad y la crianza, desde finales del siglo XIX, comenzaron a proliferar las instituciones encargadas de atender a las mujeres-madres y los niños: “hospitales, maternidades, dispensarios, institutos de puericultura, ‘gotas de leche’”, y también espacios de planificación de políticas sanitarias (Nari, 2004: 121). Como ha indicado Fabiola Rodhen (aludiendo al caso

²¹ No podemos obviar mencionar aquí que simultáneamente al proceso de mestizaje, se produjo en nuestro país el exterminio de la población nativa a través de sucesivas campañas militares hacia los territorios indígenas. La denominada “Conquista del Desierto”, comandada por Julio A. Roca, se desarrolló entre 1878 y 1885, y dejó como saldo alrededor de catorce mil indios muertos y reducidos a la servidumbre, y la ocupación de quince mil leguas cuadradas, que se destinarían, teóricamente, a la agricultura y la ganadería, mientras que “las enfermedades contraídas por el contacto con los blancos, la pobreza y el hambre aceleraron la mortandad de los indígenas patagónicos sobrevivientes” (Pigna, 2014).

brasileño pero aplicable también a nuestro país), “[l]a construcción de un aparato burocrático, la organización de un cuerpo de leyes de salud pública, la creación e implementación de una política sanitaria [...] fueron expresiones no de demandas populares sino de la necesidad de modernización del país proclamada por los centros de poder nacional y regional” (Rohden, 2003: 41). Además, estos espacios se erigían como la alternativa científica a otros populares (curanderos, comadronas) y privados (sociedades caritativas).

Desde sus comienzos, y movidas por la necesidad de reducir la mortalidad infantil, estas nuevas instituciones sanitarias apuntaban a la atención de la salud materno-infantil, “entendida de manera indiferenciada y cuyo principal objetivo sería la ‘protección’ de los niños” (Nari, 2004: 121). La idea del “binomio madre-hijo”, que empieza a cobrar fuerza en esta época, revela un proceso paradójico: mientras que los/as recién nacidos/as cobran una identidad propia en vez de fundirse en el “conglomerado que había constituido la prole de antaño”, las mujeres son absorbidas por su capacidad reproductora, perdiendo “status de individuo, derechos naturales, civiles y políticos” (Nari, 2004: 142).

Las instituciones médicas creadas para atender a la salud materno-infantil se constituyeron en transmisoras de una pedagogía higienista de la maternidad que pretendía “uniformar una serie de comportamientos, hábitos, sentimientos y valores alrededor de la crianza, el cuidado y la socialización de los hijos en función del nuevo modelo de madre: sufriente, amorosa y altruista” (Nari, 2004: 141). Frente a los supuestos embates de la sociedad moderna, anómica y desintegradora de los “lazos tradicionales”, que había dado lugar a la proliferación del aborto, el infanticidio y los nacimientos extramatrimoniales, la corporación médica –autoproclamada experta en cuestiones de naturaleza humana- apuntó a la “renaturalización” de la maternidad, a la recuperación del instinto materno. Como ha indicado Felitti, “la corporación médica invirtió grandes esfuerzos en la educación de las madres, con el objetivo de preservar a la familia, a la que consideraban verdadero resguardo de la ‘raza blanca’ y de la ‘salud colectiva’” (Felitti, 2011: 28). En este contexto, “los cuerpos femeninos serían resignificados en busca de indicios de la maternidad. Todo otro posible uso del cuerpo, desde la sexualidad hasta el trabajo asalariado, amenazaban la reproducción y todo lo vinculado a ella, la sociedad, la familia, la ‘raza’” (Nari, 2004: 101).

Atendiendo a las preocupaciones de los médicos, plasmadas en fuentes de la época, resulta evidente que los intentos de medicalización de los procesos reproductivos se enfrentaron a gran resistencia por parte de las mujeres (Nari, 2004: 128), quienes seguían transmitiéndose conocimientos heterogéneos y cambiantes, y acudiendo a las parteras de sus comunidades en vez de asistir a los hospitales por rechazo a ser “observadas y atendidas por extraños” (Nari, 2004: 198). Por ello, los médicos emprendieron una misión pedagógica que intentaba impartir la “educación sexual” para niñas, que devenía en una suerte de maternología, fusionando sexualidad y reproducción (Nari, 2004: 141-2). Lo que resulta significativo es que esta “lucha contra las madres (“montañas de prejuicios”, saturadas de “ideas anticuadas y erróneas”) por la maternidad, en muchos aspectos se inició antes de que la ciencia demostrara una superioridad teórica y práctica” (Nari, 2004: 143). Por ejemplo, la insistencia en la hospitalización de los partos se dio antes de que la asepsia se convirtiera en una norma aceptada por los médicos, incluso cuando las tasas de mortalidad relacionadas con el parto y el puerperio eran más altas en los hospitales que en los casos de mujeres atendidas por parteras en sus casas.

Por otro lado, las prácticas que pretendían implantarse, pocas veces encontraban anclaje en las condiciones materiales de las mujeres, especialmente entre las que trabajaban fuera de su hogar. Por ejemplo, las campañas para promover la lactancia materna se centraban en la eliminación de falsas ideas sobre el amamantamiento y en el fomento del deseo de amamantar, pasando por alto la falta de espacios y arreglos laborales adecuados para tal fin (Nari, 2004: 144). Cuando la educación no alcanzaba, las instituciones sanitarias recurrían a la penalización de aquellas mujeres que se desviaban del ideal de maternidad. En una época en la que “todo comportamiento no maternal o no maternalizable era frecuentemente percibido como una afrenta a la naturaleza y como un 'desorden' social” (Nari, 2004: 175), no sorprende que existieran, para las mujeres que se negaban a amamantar y cuidar a sus hijos/as, penas de prisión o detención en casas de corrección u hospitales donde eran obligadas a ejercer la maternidad (Nari, 2004: 190).

3.3.3 EL ATAQUE CONTRA LA AUTONOMÍA DE LAS COMADRONAS

Paralelamente a la medicalización de la maternidad, se dio un proceso de desprestigio y deslegitimación de las comadronas. Tal como había ocurrido en Europa en siglos anteriores, se las puso en la encrucijada de aliarse con el poder médico o pasar

a la ilegalidad y correr el riesgo de ser multadas (Correa, 2000: 198). La profesionalización de las comadronas, que las transformó en parteras certificadas, se dio en América Latina a partir de la segunda mitad del siglo XIX y tuvo características similares a las del caso francés:

... el desarrollo de escuelas patrocinadas y de cursos privados dirigidos por médicos; la práctica profesional en recintos caritativos y/o que iban camino a convertirse en parte de la incipiente asistencia pública; la animadversión de los médicos y de las primeras instruidas contra la existencia y labor de las parteras no examinadas que ejercieron y disputaron, no en pocas ocasiones, una misma clientela (Zárate, 2007: 288).

Sin embargo, no cualquiera podía acceder a esta formación, ya que, según un decreto de 1852, para ingresar a la Escuela de Partos de la Universidad de Buenos Aires, se debía cumplir con los siguientes requisitos: “edad mínima 18 años; fe de bautismo; certificado de buena conducta; arancel de 80 pesos y saber leer y escribir” (Cillo, 2004: 29). En una época en la que el acceso a la educación y a la posesión de bienes estaba prácticamente vedado para las mujeres, y en especial para las de los sectores populares, que eran quienes a menudo ejercían la partería, sólo algunas alumnas selectas y unas cuantas extranjeras lograban acceder a esta formación. En 1902 se crea la Asociación Obstétrica Nacional, por iniciativa de las primeras parteras matriculadas apoyadas por el poder médico, que apuntaba a establecer una “matrícula profesional, uniforme y obligatoria” (Correa, 2000: 210). Estos procesos de desacreditación y profesionalización de las parteras han sido evidenciados también en Chile (Zárate, 2007) y Uruguay (Magnone, 2010).

Esto se enmarcaba en los esfuerzos por controlar y garantizar el crecimiento de la población, ya que se percibía como nocivo el oficio de las comadronas no certificadas, es decir, de aquellas cuyos saberes y prácticas no habían pasado por el filtro de la ciencia médica y las prioridades estatales. Se abrió así una brecha entre las parteras matriculadas y las populares, en donde las primeras fueron usadas como mediadoras entre las instituciones sanitarias y las mujeres reacias a acudir a ellas (Nari, 2004: 201), y las segundas fueron redefinidas como ilegales, sinónimo de abortistas (Correa, 2000: 211). A pesar de los esfuerzos por parte de las instituciones sanitarias por absorber la autonomía de las parteras, en los primeros años del siglo XX una gran mayoría de las mujeres seguía pariendo en su casa, asistidas por parteras barriales que cobraban

honorarios accesibles, o en “pensiones de maternidad” de los barrios, dirigidas por parteras matriculadas (Correa, 2000: 209).

3.3.4 EL AFIANZAMIENTO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Recién en la década de 1930 se empiezan a ver los frutos de los esfuerzos para institucionalizar los procesos reproductivos y transformarlos en asuntos de salud pública. En esta década se terminan de afianzar las ideas eugenésicas y se consolida “un cuerpo de saberes, prácticas y políticas alrededor de este vínculo entre mujer y niño: el ‘binomio madre-hijo’” (Nari, 2004: 177). Según estas ideas, la maternidad comenzaba antes de la concepción (en el deseo) y continuaba más allá del parto, en la lactancia (cordón umbilical líquido) y la crianza. Simultáneamente a este reforzamiento de la biologización de la maternidad, se afianza la coordinación de los espacios institucionales dedicados a atender los procesos reproductivos: en 1937 se crea la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, dependiente del Departamento Nacional de Higiene (Nari, 2004: 189). En esta década se da el salto más importante en cuanto a la institucionalización de los partos, duplicándose del 30 al 60 por ciento de atención hospitalaria (Nari, 2004: 179). Otro indicio de que la maternidad, en estos años, se consolida como “asunto público” fue su creciente registro; en el Censo de 1936 se puede apreciar un perfeccionamiento en los instrumentos de registro poblacional que atañen a las actividades reproductivas de las mujeres (nacidos vivos y muertos, tasa de fertilidad, esterilidad, mujeres con más de 20 hijos, etc) (Nari, 2004: 19).

Estas políticas fueron continuadas durante las décadas de 1940 y 1950. En 1940 se organiza el Primer Congreso de la Población en Buenos Aires, convocado por el Museo Social Argentino y con el auspicio de organismos oficiales nacionales, provinciales y municipales (Ramacciotti, 2003: 3). Entre las conclusiones y propuestas se encuentran las de “volver a las mujeres a su rol hogareño y exaltar moralmente la maternidad” y que las mujeres puedan trabajar sólo “cuando carezcan de la capacidad de concebir y hayan dejado de representar un valor genético para la Nación” (Torrado, 2003: 151-2). Aunque estas propuestas no se tradujeron en reformas sociales debido a que carecieron de sanción legal, “muchas de ellas, y algunos de sus participantes, van a ocupar un papel relevante durante la gestión pública en los años del peronismo” (Ramacciotti, 2003: 3). Para el modelo peronista, “la maternidad fue uno de los tópicos privilegiados, ya que el gobierno planteaba el aumento de la natalidad y el fortalecimiento de la familia como unidad básica de la sociedad en la cual la mujer tenía un rol clave” (Di Liscia, 2000: 5).

Entre los “ideales del Estado” plasmados en el Boletín del Día del Ministerio de Salud Pública se encontraba el de “formar una raza sana y fuerte, en la que se pueda confiar para conducir a la Patria hacia sus grandes destinos” (Di Liscia, 2000: 43). Para tal fin, “el Estado peronista se constituye en el gestor del aprendizaje maternal, propulsando la Educación para la Maternidad” (Di Liscia, 2000: 44). En esta época, a la medicalización de la maternidad se le suman grandes esfuerzos educativos por parte de las instituciones sanitarias, tendientes a reconceptualizar la maternidad como función social, espiritual, que desbordaba la maternidad biológica individual (Di Liscia, 2000: 6-10).

Durante el tercer gobierno peronista (1973-76), la institucionalización de los procesos reproductivos tiene un nuevo hito: el Decreto 659, que dictaba el control de la comercialización y venta de productos anticonceptivos (presentación de recetas) y la prohibición de actividades de control de la natalidad. Se trata de la primera medida explícitamente coercitiva sancionada en el país con respecto al derecho individual de regulación de la fecundidad (Torrado, 2003: 157). El decreto no tuvo tanto efecto en la venta libre de anticonceptivos pero sí fue “drásticamente eficaz en obstaculizar el conocimiento de y el acceso a métodos anticonceptivos modernos (e incluso tradicionales) a los grupos sociales más desfavorecidos de todo el espectro social (que eran también los de mayor fecundidad)” (Torrado, 2003: 157). Al impedir la prestación de servicios de planificación familiar en las instituciones de salud pública y obras sociales, sólo accedían a los métodos quienes podían pagar la medicina privada. Estas medidas fueron profundizadas durante el gobierno militar, a través del Decreto 3938 (1977), *Objetivos y Políticas Nacionales de Población* (Torrado, 2003: 158).

Con el retorno a la democracia y la presión de los movimientos sociales (especialmente el movimiento de mujeres y el feminismo) y los organismos internacionales, a partir de la segunda mitad de la década de 1980 empieza a cobrar forma el concepto de derechos reproductivos frente a las nociones economicistas y demográficas (Torrado, 2003: 158). Sin embargo, el legado de los procesos de institucionalización que equipararon mujer a madre y transformaron los cuerpos de las mujeres en herramientas para la construcción de la “raza” y la Nación, permanece vigente. Como ha indicado Karina Felitti, este proceso llevó a que Argentina adoptara

...una orientación conservadora en esta materia [los derechos reproductivos] que se refleja en la existencia muy limitada y reciente de servicios de planificación familiar, la

resistencia a la difusión de la educación sexual en las escuelas, la escasa mención a los temas de salud reproductiva y anticoncepción en los programas universitarios para profesionales de la salud, la penalización del aborto y la falta de información estadística sobre estas cuestiones (Felitti, 2005: 135).

El hecho de que “[e]l acceso a la atención sanitaria, antes que un derecho, tuvo la impostura de una obligación” (Fornes, 2011: 135) habilitó muchas de las prácticas violentas que aún hoy caracterizan la atención institucional de los procesos reproductivos que ocurren en los cuerpos de las mujeres.

A lo largo del periodo estudiado, sorprende “la unanimidad con la que gobernantes, dirigentes políticos, intelectuales, religiosos, militares, empresarios, militantes izquierdistas –con filiaciones contradictorias y a veces antagónicas-, argumentan en pro de la natalidad y/o en contra de la planificación familiar (...)” (Torrado: 2003: 160). Es decir, que la capacidad reproductiva de las mujeres ha sido un tema de debate en el que han estado habilitadas multitud de voces y autoridades, excepto las de las propias mujeres. Estas voces conservadoras que no parecen tan lejanas, al decir de Felitti (2005, 135), siguen teniendo ecos en la actualidad. Mientras escribo esta sección, no puedo dejar de citar al Senador mendocino Vilches, que recientemente opinó, en un debate sobre el aborto no punible, que si las mujeres “quieren decidir sobre su cuerpo, que se hagan una cirugía estética, pero sobre otra vida no” (Hidalgo, 2012).

La institucionalización de los procesos reproductivos por parte del Estado y del saber médico se edificó sobre la violenta expropiación que tuvo lugar hacia inicios del siglo XVI, durante el período que Marx denominara de acumulación originaria de capital. Tras sus pasos Federici establece la relevancia del sexocidio que recorrió ambos márgenes del Atlántico para el control de los cuerpos de las mujeres y la expropiación de sus saberes. En este punto coinciden, tal como lo hemos indicado, autores /as como McLaren, Galeotti, Ehrenreich & English y Rich. Sobre estas bases los Estados nacionales llevaron a cabo procesos de medicalización e institucionalización que no fueron precisamente producto de un desarrollo natural impulsado gentilmente por la preocupación por el “bienestar de las personas”, como los discursos de política pública suelen sostener. La institucionalización respondió –y responde todavía en gran medida- primordialmente a una necesidad de control y disciplinamiento de los cuerpos, las

prácticas y las representaciones para ponerlos al servicio de los poderes políticos y económicos del patriarcado, el capitalismo, la colonización, el Estado nación. Al ampararse bajo el halo de superioridad y neutralidad del saber médico y la ciencia occidental, esta historicidad ha logrado permanecer oculta.

Al abrigo de la neutralidad se ha sostenido que la medicalización no es sino el mejor camino para las mujeres en sus procesos de embarazo, parto, puerperio, lactancia. Sin embargo los análisis de las antropólogas han permitido desnudar las funciones patriarcales, racistas y subalternizadoras de la obstetricia occidental y darle visibilidad y audibilidad a las experiencias de las mujeres y a la diversidad de modos de encarar los procesos corporales relacionados con la reproducción. También han permitido visibilizar cómo los procesos de institucionalización incorporan y reafirman las desigualdades entre ellas. Entre los aportes más útiles de la antropología de la reproducción, hemos incluido los trabajos de Jordan y Davis Floyd cuyas comparaciones transculturales y valorización de otros modelos y tradiciones de atención permiten desandar la supuesta inevitabilidad y superioridad de las intervenciones médicas occidentales. El trabajo de Martin permite abordar críticamente las metáforas médicas que describen los procesos corporales de las mujeres como formas de producción y las respuestas que las mujeres tienen ante las mismas.

Desde los inicios de los intentos de institucionalización, puede verse claramente que hubo resistencias por parte de las mujeres a aceptar las prácticas y representaciones impuestas desde el poder médico y desde el Estado y a ingresar en las instituciones. Es decir, que las tensiones entre la maternidad como institución y la maternidad como experiencia han sido una constante en los procesos de institucionalización de las actividades sexuales y reproductivas de las mujeres. Estas tensiones han dado lugar a lógicas contradictorias que sostienen simultáneamente la naturalidad de la maternidad y la necesidad de enseñarles a las mujeres a ser madres (Nari, 2004: 102), que colocan alternativamente a la maternidad entre la obligación y el derecho (Felitti, 2011: 26). Lo irresuelto de estas tensiones sigue pesando sobre los sentidos que se atribuyen a la maternidad tanto desde las instituciones (sanitarias, educativas, sociales, políticas, religiosas, mediáticas, etc.) como desde las experiencias.

CAPÍTULO 4: LAS POLÍTICAS DE “SALUD MATERNA” EN EL MARCO DE LA SALUD PÚBLICA. TENDENCIAS NACIONALES Y PROVINCIALES A LO LARGO DE SIETE DÉCADAS

El sistema de atención médica de cada país refleja íntimamente su propia historia, cultura y sistemas político, social y económico. Un país no puede simplemente ‘adoptar’ el sistema de atención médica de otro y esperar razonablemente el éxito (Enthoven citado en Belmartino, Bloch y Báscolo, 2002: 4)

El sistema de salud en Argentina ha estado atravesado, a lo largo de su historia, por los vaivenes políticos, las crisis económicas y las tensiones entre los intereses de numerosos agentes: la corporación médica, los/as profesionales de la salud y los/as no profesionales, funcionarios/as públicos/as de nivel nacional, provincial y municipal, sindicatos, economistas, organismos internacionales de financiamiento (el BID, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional) y regulación/cooperación (OMS, OPS, PNUD), organizaciones de la sociedad civil y finalmente, los/as usuarios/as en toda su diversidad. En el sistema de salud argentino conviven tres subsistemas: el público, el de seguridad social, y el privado. Esta sección apunta a delinear algunas de las características del subsistema público durante las últimas décadas, aunque es inevitable hacer referencia a momentos históricos anteriores y a sus relaciones con los otros dos subsectores, especialmente el de seguridad social, ya que sus desarrollos han estado entrecruzados y, como indica un informe reciente del PNUD sobre Argentina: “la ausencia de coordinación de los subsectores y de regulación de los componentes no públicos ha sido el problema central de la política sanitaria” (PNUD, 2011: 8).

El sistema de salud argentino ha estado afectado “por la presencia de tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional” (Belmartino, 2009: 4). Estas tensiones se cristalizan en coyunturas críticas (Belmartino, 2009: 1), que revisaremos a continuación. La primera se remonta a la década de 1940, cuando se produjo el afianzamiento del sistema a partir de las políticas del peronismo, que instituyeron un Estado “responsable-garante” del derecho a la salud. En esa década y parte de la siguiente se produjo una multiplicación de la oferta pública universal y gratuita de servicios de salud, aunque también se expandió la lógica del seguro social

asociado al trabajo formal asalariado (Tobar, 2001: 7). La segunda coyuntura considerada es la que produjeron las políticas neoliberales de la década de 1990, que propulsaron procesos de privatización, desregulación, descentralización y focalización en la administración de los servicios públicos. En esos años fue notable la incidencia de los organismos internacionales de financiamiento, que impusieron una fragmentación institucional y regulatoria y sujetaron el sistema a la lógica del mercado, escindiendo la administración financiera y la prestación de servicios y profundizando las desigualdades en la calidad de la atención médica. Finalmente, se analiza la coyuntura que derivó de la crisis de 2001, donde se gestaron políticas de reorganización del sector de salud pública para paliar la crisis sanitaria. En épocas recientes, se ha tendido a mantener una doble lógica que, por un lado, conserva las políticas focalizadas y fragmentadas, y, por otro lado, produce estrategias estatales de mediano y largo plazo para recomponer la articulación a nivel nacional.

El retorno de la democracia vino acompañado de la visibilidad de las consecuencias políticas de las diferencias intergeneracionales en el campo de las políticas públicas. Ello ha incidido también en el campo de las políticas públicas. Sin embargo, como intentaremos mostrar, la institución de la maternidad y el peso de la occidentalización de las prácticas médicas pueden rastrearse en el diseño de políticas públicas orientadas a la atención de las mujeres en sus procesos gestacionales

El proceso de ajuste en el campo de las políticas de salud ha ido acompañado por una serie de avances legales en consonancia con los lineamientos estipulados por las Convenciones Internacionales de derechos incorporadas al plexo constitucional. En el ámbito legislativo, la etapa que siguió a la crisis de 2001 se ha caracterizado por la sanción de numerosas leyes que apuntan a garantizar los derechos sexuales y reproductivos, comenzando con la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002) y su reglamentación (2003) y culminando con la Ley de Fertilización Asistida (2013)²².

²² En el marco legislativo, a partir de 2003, con la sanción de la Ley de Salud Sexual y Procreación responsable, se sucedieron numerosos avances como la Ley de Educación Sexual Integral y la Ley de Contracepción Quirúrgica (2006), la Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento (2004), la Ley de prevención y sanción de la trata de personas y asistencia a sus víctimas, sancionada en 2008 y modificada en 2012, la Ley de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones

Los avances legislativos sin embargo, del mismo modo que sucede con otros derechos logrados por mujeres y disidentes sexuales, no han ido acompañados de transformaciones en los sistemas de garantía de derechos, “más bien muchos derechos se transforman, en razón de la clase fundamentalmente, en privilegios” (Ciriza, 2013: 71). Como ha indicado Claudia Anzorena,

[h]a florecido a nivel global una retórica sobre el reconocimiento de derechos que décadas atrás era inimaginable, pero en el marco de Estados que coinciden con las ideas de que son los/as ciudadanos/as depositarios/as de la responsabilidad sobre sus condiciones de existencia. Estos nos ubica ante una paradoja: los derechos se han ampliado, pero no hay quién se responsabilice de su garantía” (Anzorena, 2004:16-17).

Como veremos para el caso de la salud materna, los servicios ofrecidos no se enmarcan en el derecho a la salud y a la vida de las mujeres, sino que responden a otras prioridades: la efectividad en la gestión, el cumplimiento de metas sanitarias ante organismos internacionales, las políticas demográficas del país, y una larga serie de “razones de Estado” que desconsideran a las mujeres como sujeto de derechos.

4.1 LAS COYUNTURAS CRÍTICAS EN LA SALUD PÚBLICA

Los sistemas de salud suelen comportarse como si fuesen sexualmente neutros. Esta presunta neutralidad se asienta en un doble juego: por una parte la identificación del cuerpo masculino con el cuerpo humano sin más, y por la otra la idea de que las mujeres son las portadoras de las consecuencias del “sexo”. Binarismo, heterosexismo y patriarcado hallan en la biología su justificativo final. De allí que no se suele registrar la forma bajo la cual el sistema reproduce la subordinación de las mujeres, tanto en su carácter de destinatarias de servicios de salud como en tanto profesionales y trabajadoras de la salud. Explica Débora Tajer que el sistema cuenta con las mujeres como responsables de la salud de sus familias a la vez que las carga con la mayor parte

interpersonales (2009), la Ley de matrimonio igualitario (2010), la Ley de identidad de género para personas trans (2012) y la Ley 26.862 de Fertilización Humana Asistida (2013) que dispone el acceso a tratamientos de fertilización no sólo para parejas heterosexuales con problemas de fertilidad sino para parejas del mismo sexo y mujeres solas. Desde el sistema judicial, el 13 de marzo de 2012, la Corte Suprema de Justicia de la Nación (CSJ) emitió un fallo que aclara el artículo 86 del Código Penal Argentina, estableciendo que el aborto es legal en todos los casos de violación y que el gobierno nacional y los provinciales deben tomar las medidas necesarias para garantizar el acceso (F. A. L. s/ Medida autosatisfactiva).

del trabajo de cuidado y de gestión. Según la autora: “la supuesta mayor eficiencia de estas mujeres para el sistema está basada en la sobrecarga de las mismas, con su consiguiente aumento del desgaste. Por lo tanto, con una mayor carga de malestar y morbilidad para aquellas elegidas para mejorar los indicadores de salud de la familia” (Tajer, 2012: 19).

Si bien no haremos referencias detalladas en esta sección, es preciso poner de relieve que, en sus distintas etapas el sistema ha tendido, de maneras específicas según la coyuntura histórica, a reforzar la institución de la maternidad sujetando las capacidades reproductivas de las mujeres al control del Estado y a la lógica heterosexista y patriarcal. Si bajo el primer peronismo el horizonte apuntaba a una cobertura universal, se dirigía a las mujeres como las responsables del crecimiento demográfico que el país necesitaba y como agentes de salud al interior de las familias. Bajo el signo del neoliberalismo se transformaron en las responsables de la mortalidad infantil y en las depositarias de la sobrecarga de trabajo de cuidado y de gestión. La nueva coyuntura las contempla bajo el paraguas del Plan Nacer.

4.1.1 DE CARRILLO A LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES

Durante la gestión de Ramón Carrillo al frente de la política sanitaria peronista (1946-1954), el antiguo Departamento Nacional de Higiene se transformó primero en Secretaría Nacional de Salud Pública y más adelante en Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (1949). El modelo de Carrillo, similar al del servicio nacional de salud británico, se basaba en un nivel de entrada al sistema de salud a través de médicos/as independientes, un segundo nivel conformado por los Centros de Salud a cargo de la atención ambulatoria y las actividades de educación/prevención y un último nivel compuesto por los hospitales, que concentraban mayores recursos y tecnología. Hacia el final del segundo periodo peronista, la estructura hospitalaria del país era predominantemente pública: el 80% de las camas hospitalarias estaban a cargo del sector público y más de la mitad dependían de la Nación (Rovere, 2004: 2-3). Aunque no alcanzó a transformar la totalidad del sistema de salud, el modelo de Carrillo dejó huellas indelebles tanto en los servicios de salud pública (Tobar, 2001: 17-18) como en la percepción que de estos tienen los/as ciudadanos/as.

A partir de 1955, los sucesivos gobiernos dictatoriales deshicieron parte de la obra de Carrillo al impulsar la descentralización de los servicios de salud pública, trasladando la responsabilidad de la Nación a las provincias. Los procesos de descentralización en

Argentina no pueden ser vistos como un triunfo federal, expresión de poder de los gobiernos provinciales, sino que se trató de decisiones unilaterales de las autoridades centrales –dictatoriales- para liberar recursos económicos y facilitar el ingreso de lógicas del mercado en el funcionamiento de los servicios (Rovere, 2011: 23). Tampoco tuvieron estos procesos la motivación de incluir a los/as ciudadanos/as a través de la territorialización para garantizar la participación en la definición de políticas, ni tuvieron un proceso previo de transferencia de capacidades de gestión y recursos a los gobiernos provinciales (Cetrángolo et al, 2007). La descentralización acentuó las disparidades porque no se interpusieron acciones para mediar las brechas entre las diferentes necesidades, capacidades y recursos de cada provincia (Cetrángolo et al, 2007; PNUD, 2011). Es decir, que el sistema de salud argentino ha presentado una importante fragmentación territorial, en la cual “cada provincia constituye un espacio de recepción que opera con particulares restricciones presupuestarias, sus políticas sanitarias –locales y regionales-, perfiles diferenciados de demandas, marcos regulatorios específicos (...) y diferente grado de desarrollo de la oferta privada” (PNUD, 2011: 56). En este sentido, Mario Rovere ha advertido “la trampa que significa dejar que en un país económicamente unitario y concentrado se le traslade la responsabilidad a las provincias y se construya el supuesto federalismo sólo en el gasto social” (Rovere, 2004: 4).

Además de la fragmentación territorial, el sistema de salud de Argentina se ha caracterizado por una fragmentación institucional y regulatoria, al estar dividido en subsectores (público, seguridad social y privado) con falta de coordinación e integración entre ellos y también al interior de cada uno. A pesar de varios intentos de los gobiernos democráticos por unificar e integrar los subsistemas –principalmente los llevados a cabo durante el tercer peronismo con el Sistema Nacional Integrado de Salud y el gobierno de Alfonsín con el Seguro Nacional de Salud- no se logró una verdadera integración por falta de apoyo político, por la oposición de la corporación médica y de los sindicatos para cuyo poder es esencial el control de las obras sociales (Perrone y Teixidó, 2007).

Esta fragmentación institucional y territorial del sistema de salud ha dado como resultado una fragmentación de derechos, ya que los distintos sectores de la población tienen desigual acceso a la atención en función de su lugar de residencia (en provincias de mayores o menores recursos, en zonas urbanas o rurales), sus capacidades de pago y su situación laboral (PNUD, 2011: 56). A continuación, nos detendremos a considerar el

modo en que las políticas neoliberales de la década de 1990 tendieron a profundizar estos aspectos del sistema de salud.

4.1.2 LA SALUD PÚBLICA BAJO EL INFLUJO NEOLIBERAL

La década de 1990 marcó una inflexión en las formas de intervención del Estado en asuntos sociales y económicos, con la profundización del modelo neoliberal. Ante los efectos de la crisis hiperinflacionaria de finales de los ochenta, el presidente Carlos Menem logró llevar adelante –en línea con las recomendaciones de los organismos internacionales de crédito postuladas en el Consenso de Washington²³- procesos de privatización, desregulación, descentralización y focalización en la administración de los servicios públicos. En el ámbito de la salud pública, estos procesos significaron una profundización de las inequidades en el acceso a la salud, y la continuación de las políticas de descentralización que habían iniciado los gobiernos dictatoriales en 1962, 1968 y 1978 (Perrone y Teixidó, 2007).

El contexto internacional en el que se llevaron a cabo las reformas neoliberales en Argentina incorporó factores externos al sistema de salud que tuvieron gran impacto sobre la reforma menemista. El ascenso de la Nueva Derecha en los años 80, con el triunfo de Ronald Reagan en EEUU y Margaret Thatcher en Gran Bretaña, trajo aparejada desconfianza en la ONU y sus Agencias, donde los países del “Tercer Mundo” habían adquirido una influencia considerable durante la década de 1970 (Hobsbawn, 1995). El reacomodamiento de las fuerzas conservadoras se reflejó en la UNESCO como campo de batalla ideológica, al punto de que EEUU restringió sus aportes económicos y en 1984 retiró su membresía (aunque permaneció como “observador”), siguiéndolo un año más tarde el Reino Unido y Singapur (Quesada Luna, 2005).

La desfinanciación de la UNESCO cristalizó el poder que estas potencias detentaban en el campo internacional, mientras vislumbraron “la ductilidad y maleabilidad para expandir medidas afines a sus intereses económicos a través de las instituciones de

²³ El “Consenso de Washington” consiste en una serie de medidas económicas de ajuste estructural que implicaban disciplina fiscal, reordenamiento del gasto público, reforma impositiva, liberalización de las tasas de interés, una tasa de cambio competitiva, liberalización del comercio internacional y de la entrada de inversiones extranjeras directas, privatización y desregulación (Williamson, 2004).

Bretton Woods, básicamente el FMI y el Banco Mundial, que a veces con diferencias o mayores flexibilidades para la región latinoamericana serán acompañados por el BID” (Rovere, 2011: 24). Así, los organismos internacionales crediticios, lejos de limitarse a financiar obras físicas, legitimaron su poder para exigir como condicionalidad para proveer préstamos, la aceptación de sus recomendaciones y asistencia técnica. En el plano del uso de los préstamos en el área de la salud, en el año 1993, el Banco Mundial publicó el documento “Invertir en Salud”, el cual dejaba sentado un enfoque para políticas públicas de salud basadas en los principios de la focalización, la eficacia y la eficiencia, que incluía acciones como “reorientar el gasto público en salud hacia programas de alta eficacia (focalización), y facilitar la mayor diversidad y competencia en el financiamiento y la prestación de servicios de salud, con la incorporación del financiamiento privado y el fortalecimiento de los mercados de seguros privados” (Leone, 2011: 73)²⁴.

En Argentina, este proceso tuvo sus efectos más palpables en la década de 1990²⁵. Entre los proyectos financiados y “asistidos” por los organismos de crédito, cabe mencionar el PRESSAL (Proyecto de Reforma del Sector Salud), lanzado en el año 1996, que apuntaba a “modernizar” el gerenciamiento hospitalario a través de la creación de Hospitales Públicos de Autogestión (Perrone y Teixidó, 2007: 40-41). Esta experiencia se llevó a cabo en 15 hospitales de Mendoza, Ciudad de Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Algunos de los objetivos de este proyecto incluían: “el diseño de modelos contractuales para la compra venta de servicios y sistemas de pago; el desarrollo de los registros de beneficiarios a los efectos de identificar en todos los casos al responsable financiero de la atención; el paquete esencial básico de servicios a garantizar, Programa Médico Obligatorio (PMO)” (Perrone y Teixidó, 2007: 41). Es decir, se apuntaba a hacer funcionar a los hospitales públicos bajo las reglas del

²⁴ En esos años surgieron diversos documentos elaborados por especialistas con recomendaciones que, teñidas de discursos progresistas, exacerbaban el individualismo y la visión de que cada persona o institución debía preocuparse por maximizar sus capacidades para ser “mejores”, privatizando las responsabilidades por la falta de recursos.

²⁵ La dictadura militar del 1976-1983, a través del terrorismo de Estado (y al igual que otras dictaduras latinoamericanas) claramente allanó y sembró el terreno político, ideológico y económico que hizo posible la implementación descarnada del modelo neoliberal-neoconservador que llevó a cabo el menemato.

mercado. Sin embargo, el modelo de autogestión no resultó ser una experiencia exitosa y no se extendió al resto del país.

También en esta época se debilitó la función rectora del Ministerio de Salud de la Nación. Previo a la década de 1990, el Ministerio “se presentaba como la institución que definía cuestiones en materia sanitaria, materia regulatoria, era la principal fuente de financiamiento y prestador de servicios” (Soratti, 2007: 2). A través de la injerencia de los organismos internacionales, en los noventa se terminaron de traspasar las instituciones prestadoras de servicios a los sistemas provinciales de salud e incluso a algunos municipios. Por otro lado, a pesar de mantener el Ministerio la misma estructura y cantidad de personal que tenía previo a la descentralización, hacia el final de la década la gran mayoría de ese personal no contaba con capacitación para realizar tareas de planificación o asistencia técnica, por lo cual se debía contratar personal para la formulación de planes, programas o evaluaciones a través de préstamos del Banco Mundial o del Banco Interamericano de Desarrollo, cargando los gastos a la deuda externa (Arce, 2003: 7).

Las recomendaciones de los organismos de crédito a su vez fueron responsables de la desregulación de las obras sociales y de la apertura a la medicina prepaga. A partir del decreto 9/93 conocido como “Libre elección de las Obras Sociales”, se perdió el esquema solidario por rama de actividad que había imperado hasta el momento, dando lugar a un esquema en el que “la suerte de una obra social dependía de su eficiencia y capacidad para financiarse, de lo contrario debía fusionarse, asociarse o integrarse en otras entidades” (Perrone y Teixidó, 2007: 42). En este escenario, se dio un “descreme”, es decir, la migración de los/as afiliados/as de más altos ingresos hacia sistemas de medicina privada prepaga o hacia obras sociales de mayor prestigio, y la migración de los/as afiliados/as de bajos aportes a obras sociales menos costosas, de menor calidad y mayor limitación en las prestaciones. Además, se produjo la separación de la administración financiera de la prestación de servicios, y se adoptó una administración bajo concepto de riesgo (Leone, 2011: 73). Estos procesos llevaron a muchas obras sociales al borde de la inviabilidad o de la absoluta dependencia de subsidios estatales (Rovere, 2011: 26).

El desguace del sistema de salud no se dio de manera aislada. Fue parte de la implementación de las recetas neoliberales en todos los ámbitos de la política

económica y social, que promovían un crecimiento económico alto y sostenido, a través de políticas de estabilización, reformas estructurales, libre operación del mercado y reducción del Estado. Con el objetivo de reestablecer el equilibrio fiscal y reducir el gasto público se transfirieron gran parte de las actividades públicas al mercado a través de la desregulación, la privatización y la descentralización. Estas políticas redefinieron la intervención del Estado sobre ciertos sectores de las áreas sociales, ajustando los gastos en las áreas de salud y educación, lo que produjo un agravamiento de las desigualdades socioeconómicas y diferencias regionales en cuanto a cobertura y calidad. Mientras en el mercado mundial se producía la apertura a las transnacionales y a los capitales especulativos, la función del Estado era bajar los costos de la competitividad, para lo que debían deprimir la fuerza de trabajo e implementar políticas salariales restrictivas (Ezcurra, 1998). Estas medidas de ajuste estructural y de recorte del gasto público afectaron el mercado de trabajo produciendo una situación de desigualdad, precarización y expulsión inauditas hasta ese momento. En definitiva, los efectos de estas políticas fueron devastadores para la mayor parte de la población: se perdieron derechos laborales, se degradaron los servicios y prestaciones sociales, se precarizaron los niveles salariales, los derechos sociales y las condiciones de vida (Montes, 1996; Ezcurra, 1998). Las consecuencias de estas políticas empezaron a reflejarse en el aumento de los índices de pobreza, indigencia, precarización laboral, sobreexplotación y desempleo.

Esta situación impactó en el acceso a la salud, ya que mientras que en 1991, había un 36,8% de población sin cobertura de salud por obras sociales o seguro privado, este porcentaje subió a 48,1% en 2001. Sin embargo, a pesar de este aumento de los usuarios del sistema público, entre 1993 y 2002 el gasto público consolidado en salud bajó del 15,27% al 13,92% en los presupuestos ejecutados (López, 2011: 37). Es decir, que mientras crecían las necesidades de la población, se desfinanciaba y achicaba el sector público de salud, bajando la calidad y afectando la accesibilidad (Jañez y Mammoni, 2007: 9).

En la segunda mitad de la década de 1990, supuestamente para amortiguar los efectos producidos por el modelo, se implementaron una serie de programas sociales denominados “compensatorios”, fuertemente focalizados en la población considerada de mayor vulnerabilidad, financiados a través de préstamos de los organismos multilaterales. Lejos de crear condiciones para superar los problemas que el propio

modelo había generado, este mecanismo de financiamiento, según Lo Vuolo y otros/as, estaba relacionado con la necesidad de obtener créditos para mantener el nivel de reservas, y así financiar el clientelismo político y controlar el conflicto social. En palabras de los/as autores/as,

“[I]a ‘inflación’ de estos programas es un rasgo distintivo no sólo de la nueva política de gobierno, sino de la poca coordinación entre éste y los organismos internacionales que prestan dinero para ejecutar estos programas. Entre otras causas, además de la incapacidad de gestión y falta de claridad conceptual sobre los problemas, esto sucede porque la obtención de créditos de estos organismos es funcional para sostener el nivel de reservas internacionales, al tiempo que permite eludir las carencias presupuestarias y operar también como un signo de poder institucional” (Lo Vuolo et al., 2004; 181).

Esta situación no hacía más que profundizar el espiral de precarización–endeudamiento–ajuste; en palabras de López, “aumentó el endeudamiento externo al tiempo que generó las condiciones para nuevos ajustes, retroalimentando el círculo vicioso de desigualdad, exclusión, marginalidad y pobreza” (López, 2011: 37). La perversidad de este callejón sin salida se evidencia también en la forma en que se ejecutaban los préstamos, ya que se financiaban ítems tales “como capital social, participación comunitaria, infinitas capacitaciones, capital humano, espíritu emprendedor, fortalecimiento institucional” que luego debían ser auditados por personal “idóneo” de los mismos organismos financiadores a los cuales se les pagaba con fondos de endeudamiento (Rovere, 2011: 24), impulsando la creación de lo que Lo Vuolo y otros/as denominan una burocracia paralela, que respondía a los intereses de los organismos de financiamiento internacional (Lo Vuolo et al., 2004). Estas medidas paliativas apenas alcanzaban a poner parches sobre una situación insostenible, en la cual más de la mitad de la población se encontraba bajo la línea de la pobreza (López, 2011: 37) y la economía estaba a punto de entrar en default.

4.1.3 UNA NUEVA COYUNTURA CRÍTICA: LA SALUD PÚBLICA LUEGO DE LA CRISIS DE 2001

La crisis que estalló en diciembre de 2001, y se extendió durante la primera parte de 2002 marcó un período de recesión dramática que produjo una caída abrupta del gasto en salud (PNUD, 2011: 38). Ante la masiva pérdida de protección social por parte de trabajadores/as, el sector público se enfrentaba a una brecha enorme entre la demanda creciente y su capacidad para dar respuesta con los recursos recortados. En este escenario, una de las primeras medidas tomadas por el Poder Ejecutivo nacional –en ese

entonces por el presidente provisional Eduardo Duhalde (2002 – 2003)- fue la declaración de la Emergencia Sanitaria en el Territorio Nacional, a través del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 486/2002²⁶. A través de la Emergencia Sanitaria, el poder Ejecutivo amplió su margen de acción, ya que le otorgaba facultades para instrumentar políticas y dictar normas aclaratorias y complementarias para la ejecución del Decreto²⁷.

En estas medidas, se enmarcó un proceso de reorganización del sector de salud pública con los objetivos de hacer frente a la crisis sanitaria a corto plazo y articular estrategias para el mediano y largo plazo (Cohen, 2009; PNUD, 2011). Estos objetivos se han expresado en políticas que, por un lado, apoyándose en planes y programas específicos, focalizados en patologías, problemáticas o grupos determinados, continuaron en cierta medida con los enfoques de los '90 (López, 2011 43); y por otro lado, han producido estrategias sectoriales de mediano y largo plazo apuntadas a generar lazos más fuertes entre los ministerios provinciales y el nacional a través del Consejo Federal de Salud, COFESA (PNUD, 2011: 9).

Entre el primer tipo de políticas, se encuentran la política nacional de medicamentos, que permite por ley la prescripción de medicamentos por nombre genérico y el programa Remediar, de distribución de medicamentos; el programa de Médicos Comunitarios, y varias iniciativas tendientes a mejorar la atención materno-infantil, tales como el Plan Nacer, que será analizado con más detalle en la siguiente sección. López sostiene que este tipo de políticas son un legado no superado del modelo neoliberal ya que sólo apuntan a “reducir fragmentariamente algunos indicadores y desdibuja[n] la intención de avanzar hacia un sistema integral de salud, universal con acceso por derecho de ciudadanía” (López, 2011: 43).

En cuanto al segundo tipo de políticas, si bien el Consejo Federal de Salud se conformó a partir de un decreto de 1981, ha sufrido vaivenes en su nivel de actividad de

²⁶ El 6 de enero de 2002, se sancionó la Ley 25.561 de Emergencia Pública y Reforma del Régimen Cambiario, que puso fin a la Convertibilidad. Esta ley declaraba «la emergencia pública en materia social, económica, administrativa, financiera y cambiaria» (Ley 25.561, año 2002, artículo 1°), que habilitaba al Poder Ejecutivo nacional a tomar medidas en torno al sistema financiero y económico; como también a implementar medidas de protección y contención social. Días después, Eduardo Duhalde declaró la Emergencia Alimentaria Nacional (Decreto 108/2002), la Emergencia Nacional Ocupacional (Decreto 165/2002) y la Emergencia Sanitaria Nacional (486/02).

²⁷ Sucesivos decretos la prorrogarían hasta diciembre de 2015.

acuerdo a la relevancia y al espacio concedido por parte de las autoridades sanitarias del país y a las coyunturas políticas de cada momento. Fue a partir de la gestión de Ginés González García como Ministro de Salud de la Nación, a principios de 2002, que el COFESA adquirió un protagonismo sin precedentes (Rodrigáñez Riccheri y Tobar, 2003: 3), devolvió visibilidad a la autoridad del sector y posibilitó la adopción rápida de medidas forjadas por consenso frente a la emergencia, como el Plan Federal de Salud (COFESA, 2004:7).

El Plan Federal de Salud (2004-2007), plantea como objetivo a largo plazo “un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un ‘Estado garante’ del bienestar de la población” (COFESA, 2004:19). Este sistema reformulado tendría, entre sus características principales, el afianzamiento del Ministerio de Salud de la Nación y los ministerios provinciales en su rol de rectoría, un acento en la atención primaria, la protección del financiamiento de los programas establecidos, y la participación de la sociedad civil en el diseño e implementación del modelo (COFESA, 2004: 20). La estrategia federal se planteó como una secuencia de reformas y no como un cambio estructural drástico, y se concibió como flexible para adecuarse a las circunstancias y adaptarse a lo largo del tiempo (PNUD, 2011: 9). A pesar de estos avances, un estudio reciente afirma que “el sistema en su conjunto consolidó su organización fragmentada” (PNUD, 2011: 9).

Cabe señalar que la crisis no significó el alejamiento de inversores y organismos internacionales, sino que algunos de ellos vieron en ella una oportunidad de seguir ejerciendo influencia en las políticas sanitarias de emergencia. Como sostiene Rovere, “a pesar de los históricos avances en la recuperación del rol del Estado, de los derechos humanos, en la autonomía e incluso en la soberanía de áreas estratégicas como jubilaciones, empresas públicas o compañías aéreas, Salud continuó[a] siendo un sector que se encuentra básicamente matrizado por los proyectos financiados por organismos internacionales de crédito” (Rovere 2011: 26).

El legado de las políticas neoliberales en el sistema de salud ha significado la continuación e incluso el crecimiento de una burocracia paralela que consume buena parte del presupuesto y que está a cargo de la toma de decisiones bajo una lógica mercantil que poco tiene que ver con la salud concebida como derecho. A pesar de que

las marcas retóricas de las políticas de salud de los últimos tiempos señalen una lógica de derechos y participación, la administración en salud (que es donde finalmente se toman las decisiones presupuestarias y se generan las directrices que orientan al sistema) sigue desligada del terreno, de las comunidades, y transita por los carriles de la “gestión de calidad”, la “eficiencia en el gasto” y el cumplimiento de metas y objetivos fijados por los organismos internacionales. Estas prioridades quedarán en evidencia en el análisis de los textos que regulan los procesos de embarazo, parto y puerperio al interior de los servicios de salud pública, tal como analizaremos en las siguientes secciones.

4.2 BREVE PANORAMA DE LA SALUD PÚBLICA EN MENDOZA EN LA ACTUALIDAD

El sistema de salud pública en la provincia de Mendoza ha registrado los mismos avatares que el sistema a nivel nacional. En este apartado nos ocuparemos de los procesos que, tras las reformas neoliberales que redefinieron las características de la salud pública, han tenido lugar desde 2001 en adelante.

En Argentina, los gobiernos provinciales adquirieron total autonomía en materia de políticas de salud y responsabilidad por la provisión de servicios a partir del proceso de descentralización. Sin embargo, debido a sus características, ninguna provincia cuenta con la definición explícita de un plan básico de prestaciones, por lo cual el acceso a las mismas depende de los recursos (humanos y de infraestructura y equipamiento) y de las capacidades locales de gestión (PNUD, 2011: 25).

En comparación con otras provincias, Mendoza se ubica en el séptimo lugar en cuanto a gasto público en atención de la salud. Según un estudio reciente, la población con cobertura de salud aumentó del 51% al 63% entre 2001 y 2010 (Dirección de Epidemiología y Ambiente Saludable, 2012)²⁸. Estos porcentajes la ubicarían casi alineada con el promedio nacional. Entre la población con cobertura de salud, el 80% corresponde a afiliados/as a las obras sociales provinciales y nacionales (trabajadores/as aportantes, su núcleo familiar, jubilados/as y PAMI), mientras que el 18% pertenece a Prepagas a través de obra social y por contratación voluntaria, y el 2% a Programas y Planes estatales de salud (Dirección de Epidemiología y Ambiente Saludable, 2012).

²⁸ Esta cifra incluye obras sociales, PAMI, prepagas y planes estatales como el Plan Nacer. Estos últimos no deberían considerarse como cobertura, ya que sólo cubren determinadas prestaciones relacionadas con un área particular de la salud, como la atención obstétrica.

Cabe destacar que Mendoza es una de las diez provincias donde existe mayor brecha entre el gasto por beneficiario de la obra social provincial y el gasto público por población sin cobertura de seguro (Cetrángolo et al, 2008: 22). En este sentido, tomando datos de 2007, el gasto por beneficiario de la obra social provincial fue de \$38 mientras que el gasto público por persona sin seguro de salud fue de solo \$20 (Cetrángolo et al, 2008: 22). Es decir, que existen importantes disparidades entre quienes acceden a los servicios de una obra social o prepaga y quienes no cuentan con cobertura o solo cuentan con la cobertura de los planes y programas especiales.

La provincia cuenta en la actualidad con 23 hospitales y 360 centros de Salud y postas, distribuidos en toda la provincia. La gran mayoría de los hospitales de mayor complejidad, incluyendo los de referencia, tienen un régimen de gestión descentralizada, mientras que los de menor complejidad y de regiones más alejadas suelen ser de gestión centralizada (Cetrángolo et al, 2008: 33). En cuanto a los centros de salud, o CAPS (centros de atención primaria de la salud), la gran mayoría son dependientes del Ministerio de Salud Provincial (79 %) y el resto son de dependencia municipal (Cetrángolo et al, 2008: 69). A diferencia de los hospitales (especialmente los descentralizados), la capacidad de recaudación de recursos de los CAPS es muy limitada, ubicándose por debajo del 2 % en casi todos los casos, lo que evidencia la dependencia económica del nivel central y de las decisiones de asignación presupuestaria que disponen la provincia y los municipios cada año (Cetrángolo et al, 2008: 71).

En cuanto a la organización territorial del sistema, la provincia se divide en 5 regiones sanitarias: región Metropolitana Norte, región Metropolitana Sur, región Este, región del Valle de Uco y región Sur. Cada una de ellas presenta diferencias importantes, tanto en la densidad poblacional y en los indicadores socioeconómicos como en la oferta de servicios públicos de salud, de cobertura de seguros de salud y porcentaje de habitantes con necesidades básicas insatisfechas (Cetrángolo et al, 2008: 27-28). Por ejemplo, todos los hospitales de referencia de la provincia se ubican en la región Metropolitana Norte, que comprende los departamentos de Capital, Guaymallén, Las Heras y Lavalle. También existen disparidades al interior de los departamentos que componen cada región. Por ejemplo, Lavalle solamente cuenta con un hospital de la más baja complejidad, y algunas de sus poblaciones viven a más de 100 kilómetros del

mismo. Además, este departamento tiene el menor porcentaje de cobertura de salud de la provincia (Cetrángolo et al, 2008: 30).

Tal como lo han establecido los objetivos del Plan Federal de Salud, la provincia viene apuntando a reorientar los servicios de atención de la salud sobre la base de la estrategia de atención primaria de la salud, la cual, según sus declaraciones, “promueve la distribución equitativa de los recursos con el acceso económico, geográfico y cultural” (Dirección de Investigación Ciencia y Técnica, 2012). A pesar de esta meta, al igual que en el resto del país la mayor parte del gasto público en salud corresponde al sostenimiento del funcionamiento de los hospitales. Por ejemplo, el presupuesto del año 2007 destinó \$ 283 millones a hospitales y \$ 69 millones a centros de salud (Cetrángolo et al, 2008: 27). En el mismo año, el recurso humano para prestación de servicios de salud de la provincia incluía a 11255 personas que cubrían 16,8 millones de horas de atención; de este total los hospitales concentraban el 78% de la oferta y los centros de salud el 22% restante (Cetrángolo et al, 2008: 52). Además de las disparidades presupuestarias, la estrategia de atención primaria de la salud no ha podido concretarse ya que los centros de salud continúan realizando sus actividades en base al modelo tradicional de atención exclusiva de la demanda y se observa un déficit de la integración del equipo profesional, principalmente en la actividad comunitaria y social, así como la falta de un sistema de información adecuado sobre la población del área, sus características y necesidades (Paganini et al, 2010:18).

En Mendoza, la situación a nivel nacional es replicada en menor escala: existe un creciente nivel de burocratización y una diversidad de planes y programas especiales más que una política unificada de salud. Cada nuevo gobierno rediseña la estructura del Ministerio de Salud provincial. Considerando solo el periodo estudiado en esta tesis, podemos ver que en el 2005, bajo la gestión de Julio Cobos, se crearon las Subsecretarías de Gestión Sanitaria y Planificación y Promoción de la Salud. Más adelante, durante la gestión de Celso Jaque, se pusieron en marcha la Subsecretaría de Gestión Sanitaria y la de Planificación y Control y se crearon la Dirección de Nutrición e Higiene de la Alimentación, la Dirección de Informática, la Dirección de Investigaciones, Ciencia y Tecnología, y la Dirección de Epidemiología y Ambiente Saludable. Por otro lado, en este mismo período la provincia ha tenido numerosos cambios de mando de las jerarquías del Ministerio de Salud, incluso al interior de la misma gestión.

Si observamos el organigrama vigente del Ministerio de Salud (Figura 1), podemos detectar la multiplicidad de oficinas dedicadas a la administración de la salud, casi tantas como las destinadas a garantizar la provisión de servicios.

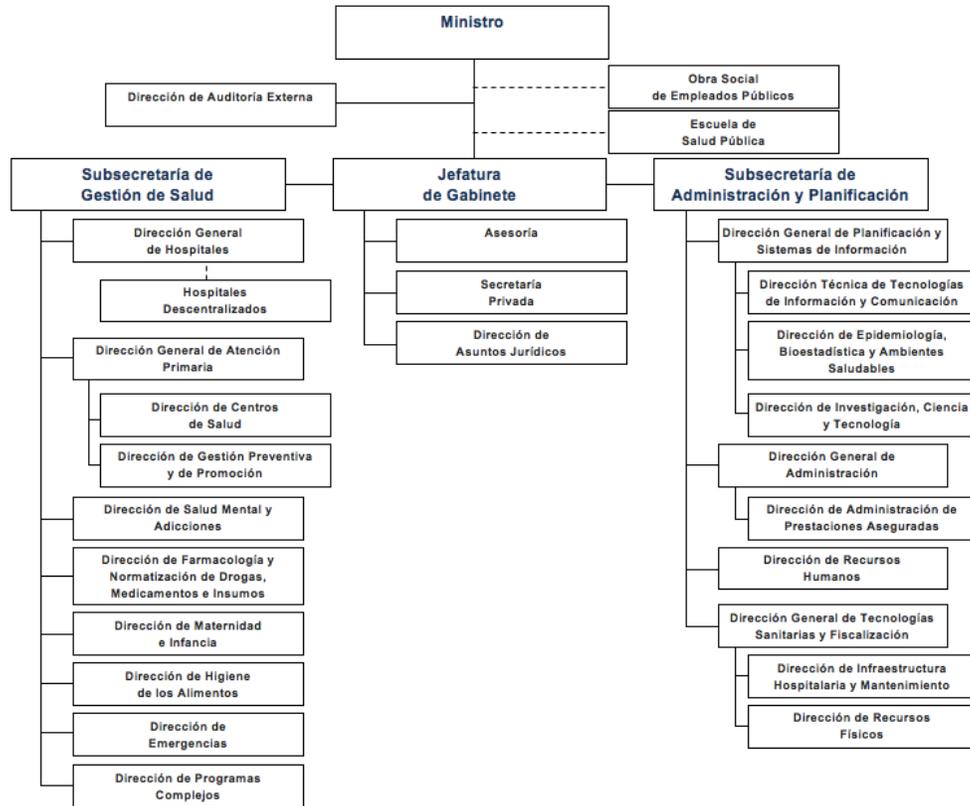


Figura 1: Organigrama vigente del Ministerio de Salud de Mendoza (Tomado de: <http://salud.mendoza.gov.ar/ministerio/> en enero de 2015)

Al igual que en el diagnóstico nacional, existen problemas de fragmentación institucional y territorial, reconocidos por los propios gobernantes en sus discursos de balance de gestión. En 2008, Celso Jaque reconoció la “necesidad de superar la fragmentación y la ausencia de coordinación dentro del propio sistema de salud” (Honorable Legislatura, 2008: 22). El mismo gobernador afirmó en 2011 que “el Sistema de Salud de Mendoza necesita una transformación aún más profunda, pensando en las próximas generaciones y no en las próximas elecciones. Los mendocinos más necesitados nos reclaman con urgencia una verdadera política de Estado en Salud” (Honorable Legislatura, 2011: 23). Francisco Pérez en su segundo discurso sostuvo que “[e]nfrentamos, también, hipocresías en materia de salud. Llevamos más de 20 años con

un Estado ausente y sin una política clara, que asigne valores, recursos y programas de modo ordenado y eficaz” (Honorable Legislatura, 2013: 18).

A pesar de estas autocríticas, la oferta pública de la provincia no cuenta con una articulación explícita para el seguimiento de pacientes entre la asistencia primaria ambulatoria y la especializada (Cetrángolo et al, 2008: 80). Por otro lado, algunos departamentos y localidades por fuera del Gran Mendoza -la zona de mayor concentración poblacional y urbanización de la provincia- no cuentan con hospitales preparados para atender emergencias, y las zonas más alejadas y rurales –en donde habita la mayoría de las comunidades indígenas- apenas cuentan con postas que funcionan esporádicamente, lo que las deja a la deriva ya que tampoco cuentan con servicios de transporte público para llegar hasta los centros de atención de mayor complejidad. Además, muchos CAPS carecen de medios modernos de comunicación y sólo cuentan con radio (Cetrángolo et al, 2008: 79). Esto deja desguarnecida a la población de estas zonas y a las mismas postas, que tienen grandes dificultades para contratar personal que efectivamente pueda asistir y permanezca por un periodo prolongado.

Si se retoma la hipótesis de lectura planteada por Belmartino de que el sistema de salud argentino ha estado afectado por tensiones constantes entre universalismo y particularismo, intervención estatal y regulación corporativa, unificación y fragmentación de jurisdicciones y de cobertura poblacional, la provincia ofrece, efectivamente, un panorama caracterizado por una intervención estatal ineficiente que no ha logrado resolver la fragmentación jurisdiccional y que no logra proporcionar cobertura equivalente a los diversos sectores sociales. Quienes sufren mayor perjuicio son los/las socialmente menos favorecidos por razones de clase, ubicación geográfica y pertenencia étnica. Esto queda en evidencia en las disparidades en el gasto en salud entre el sistema público y el de seguridad social, en el elevado nivel de concentración de recursos en el oasis norte y la falta de acceso en las zonas rurales, y también en la ausencia de continuidad en las políticas sanitarias, atadas a los vaivenes electorales.

4.3 LA “SALUD MATERNA” EN EL MARCO DE LA SALUD PÚBLICA

Las políticas de “salud materna”, que aparecen subsumidas en la denominación “salud materno-infantil”, han sido un reflejo de las tendencias generales de salud pública, al ser consideradas un área prioritaria que revela el estado de un sistema de salud. Estas políticas no han permanecido ajenas a los vaivenes descritos anteriormente, y han estado particularmente afectadas, a partir de los años 80, por la retirada de la intervención estatal en beneficio del seguimiento de los lineamientos establecidos por los organismos internacionales de financiamiento.

A fines de la década de 1980 se instaló a nivel mundial la preocupación por los elevados índices de morbilidad y mortalidad materna en los países del llamado tercer mundo²⁹. El llamado de atención provino principalmente de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, adoptada en Nairobi en 1987, durante una consulta internacional de las agencias de las Naciones Unidas, los gobiernos, los donantes y varias ONG; y del lanzamiento del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, el 28 de mayo de 1988, por parte de las participantes del V Encuentro Internacional Mujer y Salud, realizado en San José de Costa Rica (Ramos et al., 2004: 27). Desde entonces, se han suscripto compromisos, se han creado observatorios y se han generado numerosos programas, a nivel internacional, regional, nacional y local, tendientes a reducir los índices de mortalidad materna.

Desde los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se considera que la mortalidad materna es un evento trazador de las limitaciones de los servicios públicos de salud en cuanto a acceso y calidad, y es también considerado un problema para el desarrollo social ya que

²⁹ La discusión sobre la denominación de “mortalidad materna” para abarcar muchas muertes producidas por abortos voluntarios ha sido dada por feministas, quienes han sostenido que llamar “muerte materna” a la defunción de una mujer que en realidad estaba tratando de evadir la maternidad, poniendo en riesgo su propia vida, es una contradicción que sirve a los intereses de una sociedad patriarcal que intenta negar a las mujeres su derecho a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, en condiciones legales y seguras. Ya en 1996, en el libro “Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública”, Susana Checa y Martha Rosenberg discutían la expresión mortalidad materna y proponían usar ‘muerte de mujeres gestantes’ (Checa y Rosenberg, 1996: 34). Aunque el término no fue adoptado masivamente, actualmente es utilizado por muchos trabajos sobre el tema. Las políticas públicas analizadas en este capítulo, sin embargo, mantienen la denominación “mortalidad materna”, y por lo tanto es el término que usaremos para analizarlas.

repercute en las condiciones sociales y económicas de las familias y las comunidades (Ramos et al., 2004: 25-26).

Argentina se ha hecho eco de estas preocupaciones y ha asumido compromisos ante organismos internacionales en cuanto a la reducción de la mortalidad materna³⁰. Sin embargo, el descenso sostenido de la razón de mortalidad materna registrado entre 1980 y 1994 se detuvo desde entonces, e incluso experimentó incrementos en los tramos 1994-1996, 2000-2002, en 2006 y 2009 (Ramos et al., 2004: 27; OSSyR, 2013: 4). Este estancamiento ha motivado numerosas iniciativas apuntadas a la reducción de la mortalidad materna –que generalmente aparece fusionada a la reducción de la mortalidad infantil. Ante la crisis de 2001, la emergencia sanitaria incluyó entre sus poblaciones más vulnerables a las mujeres en edad fértil y los/las niños/as, por lo cual el decreto que efectuó la primera prórroga de la emergencia sanitaria (en diciembre de 2002) creó un Seguro Materno-Infantil para otorgar cobertura médico-asistencial a las mujeres embarazadas, las mujeres en edad fértil (en lo referido a la salud sexual y reproductiva exclusivamente) y a los/as niños/as de hasta cinco años de edad. De esa preocupación surgirían posteriormente el Plan Nacer y otras iniciativas, como la inclusión de metas de disminución de la mortalidad materna en el Plan Federal de Salud 2004-2007 (OSSyR, 2010).

A pesar de la constante creación de programas y políticas apuntados a brindar servicios de salud materno-infantil, de continuar el ritmo de descenso observado hasta el presente, la razón de mortalidad materna (RMM) para el año 2015 será del 42,6 x 100.000 nacidos vivos, es decir 3,3 veces superior a la meta y equivalente a una reducción del 18% en veinticinco años, en lugar del 75% comprometido (OSSyR, 2013: 4).

En esta sección se intenta dilucidar algunas de las razones por las cuales las mujeres siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo, el parto/aborto y el puerperio. Pero, principalmente, se intenta dar cuenta de la problemática más amplia del acceso y la calidad de los servicios obstétricos existentes en el ámbito de la salud pública. Al priorizar el descenso de la RMM, las políticas de salud materna muchas veces caen en un reduccionismo cuantitativo que no permite concebir la salud materna

³⁰ Principalmente la Conferencia de Cairo de Población y Desarrollo (1994) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio suscriptos en el 2000, cuando la Argentina se comprometió a reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015 y en 10% la desigualdad entre provincias.

como salud integral, ligada a la salud sexual y reproductiva y a las condiciones de vida de las mujeres. Así, se pierde de vista la morbilidad relacionada con el embarazo, el parto/aborto y el puerperio, que deja importantes secuelas en los cuerpos y las vidas de las mujeres. A través de un análisis del Plan Nacer, la principal política nacional de salud materno-infantil de los últimos años³¹, y de los datos obtenidos durante el trabajo de campo, se intentará desentrañar las prioridades que actualmente estructuran los servicios de “salud materna” en Mendoza.

4.3.1 LO QUE CUENTA COMO “SALUD MATERNA” HOY: EL PLAN NACER ARGENTINA Y SU APLICACIÓN EN MENDOZA

Para analizar qué cuenta como salud materna en el sistema de salud pública, nos enfocaremos inicialmente en el Plan Nacer Argentina, por su alcance (ha llegado a todo el territorio nacional), sus objetivos (Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5) y por el hecho de que se ha convertido en estandarte de las “nuevas políticas de salud” debido a su modelo de gestión (financiamiento basado en resultados). Nuestro análisis apunta a determinar cuáles han sido las prioridades en “salud materna” y qué lugar ocupan los derechos de las mujeres en esas prioridades, aunque resulte una pregunta paradójica a simple vista.

Los datos que hemos considerado para el análisis toman en cuenta documentos proporcionados por la coordinación nacional del plan (enviados por Yanina La Banca, Coordinadora de Control de Gestión), encontrados en el sitio web del Plan, el sitio web del PNUD y el sitio web del Banco Mundial. La principal fuente primaria para este análisis es una entrevista realizada al coordinador provincial del Plan, Dr Mariano Musotto. También se utilizaron datos sobre el funcionamiento del plan en centros de

³¹ En 2012, el Plan Nacer cambió a Programa Sumar y amplió su población de cobertura, incluyendo a todos/as los niños/as y adolescentes de 6 a 19, y a todas las mujeres de 0 a 64, previendo servicios de cuidado sexual y reproductivo para la población entre 14 y 25 años y prevención de cáncer de cuello de útero y de mama. Mendoza fue la quinta provincia en adherir a este nuevo Programa, en agosto de 2012. No nos detendremos a analizar la especificidad del Plan Sumar, porque sus componentes de salud materno-infantil se mantienen prácticamente iguales, a excepción del agregado del paquete perinatal de alta complejidad, que ejemplifica la continuidad del enfoque cuya principal preocupación es la salud neonatal, descuidando la calidad de la atención obstétrica.

salud aportados por los/as profesionales de la salud entrevistados o acompañados durante el trabajo de campo.

En septiembre del año 2000, una reunión de líderes mundiales recibió el milenio con una declaración aprobada por 189 países, entre ellos la Argentina. La declaración se proponía delinear metas de desarrollo (conocidas como Objetivos del Milenio) a ser cumplidas para el 2015. Las metas serían alcanzadas a través de los esfuerzos de los países en desarrollo con la asistencia de los países desarrollados. Entre los 8 objetivos propuestos, el N° 5 se propone *Mejorar la Salud Materna*, a través de dos metas: a) reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015, y b) lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva³². La preocupación por la salud materna surge de la consideración de que “la enorme diferencia entre el peligro que corren las mujeres embarazadas en los países en desarrollo y el riesgo que amenaza a sus contrapartes en el mundo industrializado constituye la mayor desigualdad sanitaria del mundo”³³. Mucho se ha escrito sobre la perspectiva reduccionista que han impuesto los ODM en la agenda de desarrollo y derechos humanos³⁴. Aunque no nos detendremos a describir las consecuencias de esta perspectiva, el análisis que proponemos da cuenta de las problemáticas surgidas del reduccionismo.

En relación al Objetivo de Desarrollo del Milenio N°5 (Mejorar la Salud Materna), la Argentina se ha fijado dos metas: reducir entre 1990 y 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna; y reducir en un 10% las desigualdades entre las provincias³⁵. Como parte de los esfuerzos para alcanzar el cumplimiento del compromiso de reducción de los índices de mortalidad infantil y materna, en 2004 el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación lanzó el Plan Nacer, que funcionaría como una estrategia de seguro público de salud, en el marco del Plan Federal de Salud. El Plan Nacer surgió como “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial” (ARG/04/023), presentado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y financiado a través de un préstamo (7225-AR) otorgado por el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (Banco Mundial).

³² Ver <http://www.un.org/es/millenniumgoals/maternal.shtml>

³³ Ver Estado Mundial de la Infancia 2009. Salud Materna y neonatal. Unicef.

³⁴ Ver Gita Sen and Avanti Mukherjee (2013)

³⁵ Otros componentes del ODM 5, como la atención del parto por parte de personal calificado y la institucionalización de los partos, ya son una realidad en el país desde la década del 90 por tanto no han sido considerados como metas.

El Plan tiene dos objetivos simultáneos:

1. *Mejorar las condiciones sanitarias de los pobres, especialmente las madres y niños sin seguro, deteniendo los aumentos y hasta reduciendo las tasas nacionales de mortalidad infantil y materna.*
2. *Incorporar cambios estructurales en los sistemas de salud provinciales con el propósito de mejorar la eficacia del financiamiento público y la prestación de los servicios de salud (PNUD, ARG/04/023: 2).*

El plan funciona como un seguro materno infantil en las provincias, destinado a atender a una población elegible, que incluiría a las mujeres embarazadas hasta la finalización del embarazo por cualquier causa y hasta 45 días posteriores a dicho evento, y a los niños y las niñas menores de 6 años, que no poseyeran cobertura social explícita. El seguro incluye una serie de beneficios definidos por un nomenclador (seguimiento del embarazo y de la salud infantil, cobertura de vacunación, etc) a ser prestados por efectores seleccionados por las provincias. Por cada consulta y práctica médica que recibe la población elegible, el efector de salud factura a la provincia y obtiene recursos financieros para mejoras edilicias, compras de equipamiento, capacitación, etc. Cada prestador tiene la capacidad para decidir en qué invertir dichos fondos.

4.3.1.1 LAS METAS SANITARIAS DEL PLAN NACER

Las metas sanitarias del Plan Nacer son las siguientes: 1) *la captación temprana de la mujer embarazada*, 2) *la efectividad de atención del parto y atención neonatal*, 3) *la efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematurez*, 4) *la efectividad de atención prenatal y del parto*, 5) *la auditoria de Muertes infantiles y maternas*, 6) *la cobertura de inmunizaciones*, 7) *el cuidado sexual y reproductivo*, 8) *el seguimiento de niño sano hasta 1 año*, 9) *el seguimiento de niño sano de 1 a 6 años*, y 10) *la inclusión de Comunidades Indígenas* (PNUD, 2009:6-7).

A simple vista, parece una cobertura bastante amplia e integral, pero al analizar las definiciones operativas de dichas metas sanitarias (ver Cuadro 1), se imponen concepciones cuantitativas y limitadas de estas metas. Por ejemplo, la meta III define la efectividad del cuidado prenatal como “infantes que pesan más de 2500 gramos”, restringiendo la comprensión de la salud a un resultado expresado por una cifra estática.

También son ilustrativas las metas II y IV, que definen la efectividad del nacimiento y de los cuidados pre y neonatales en función de las condiciones físicas del/a recién nacido/a luego del parto (medidas a través del método APGAR – Apariencias, Pulso, Gesto, Actividad, Respiración – 5 minutos después del nacimiento) y de las vacunas recibidas por la mujer, obviando cualquier consideración sobre la calidad de la atención del parto, en donde se juegan derechos específicos regidos por legislación nacional (Ley de Parto Respetado, N° 25.929).

La meta X, es otro ejemplo de la estrechez con la que se han definido las trazadoras, ya que sólo contempla el número de prestadores formados para trabajar con población indígena sobre el total de prestadores que prestan servicios a esa población. Los requisitos para que un prestador cumpla con esta meta son que tenga impreso el material sobre población indígena generado por la unidad ejecutora central, en buenas condiciones de uso y a disposición de las auditorías que lo requieran; no se les exige que hayan participado activamente en alguna capacitación para la atención intercultural e integrada (Auditoría General de la Nación, 2013: 42). En una crítica más profunda, podemos argumentar que el modo en que está formulada la trazadora, haciendo referencia a “comunidades”, borra a las mujeres y niños/as indígenas como sujetos de derecho, con necesidades propias que no siempre pueden ser canalizadas por medio de una “voz comunitaria” unificada. A su vez, esta formulación le ahorra al Estado, a través de los efectores, la necesidad de plantearse el tema de la identidad: ¿quién cuenta como indígena? ¿la persona que pertenece a una comunidad reconocida formalmente? ¿la persona que se autodefine como tal? ¿qué sucede con las personas indígenas que habitan espacios urbanos, desligados/as de sus comunidades de origen?

Esta estrechez también es aplicable a la meta VII, en la que el cuidado sexual y reproductivo equivale solamente a la “provisión de información sobre servicios de anticoncepción y de salud sexual durante el puerperio”, que según un documento para efectores equivaldría a brindar información sobre métodos anticonceptivos y enfermedades de transmisión sexual (Manual de Trazadoras, 2007: 20-21). Llama la atención que se trata del único indicador para puerperio.

En términos generales, se puede observar que de las 10 trazadoras, solamente 3 implican la medición de servicios dirigidos a las mujeres (la I, la IV y la VII), mientras que 5 se enfocan exclusivamente en la salud de los/as bebés y niños/as. De los servicios

dirigidos a mujeres, dos son sobre embarazo y uno es en el puerperio. Ninguno contempla específicamente a la mujer durante la atención del parto.

	Asunto sanitario que valora	Descripción de la trazadora en la Provincia	Definición operativa de la medición cuatrimestral de la trazadora
I	Captación temprana de mujeres embarazadas	Nº de mujeres embarazadas elegibles con primer control prenatal antes de la semana 20 de gestación / Nº de mujeres embarazadas elegibles	Nº de mujeres embarazadas elegibles que durante el cuatrimestre reciben su primer control prenatal (1) antes de la semana 20 de gestación / Nº de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
II	Efectividad de atención del parto y atención neonatal	Nº de Recién Nacidos (RN) de madres elegibles con Apgar a los 5' mayor de 6 / Nº total de partos de madres elegibles	Nº de Recién Nacidos (RN) en el cuatrimestre de madres elegibles con Apgar a los 5' mayor de 6 / Nº de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
III	Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad	Nº de RN de madres elegibles con peso de nacimiento superior a 2500 grs / Nº de RN de madres elegibles	Nº de RN en el cuatrimestre de madres elegibles con peso de nacimiento superior o igual a 2500 grs / Nº de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles.
IV	Efectividad de atención prenatal y del parto.	Nº de partos de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto/ Nº total de partos de madres elegibles.	Nº de partos en el cuatrimestre de madres elegibles con VDRL en el embarazo y vacuna antitetánica previa al parto / Nº de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
V	Evaluación del Proceso de atención de los casos de Muertes Infantiles y Maternas	Nº de Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes maternas y de muertes de niños menores de 1 año elegibles/ Nº de muertes de madres embarazadas elegibles y de niños elegibles menores de un año según corresponda.	Nº de Evaluación del Proceso de atención de los casos de muertes realizadas entre la fecha de muerte y el último día del cuatrimestre de de las muertes maternas y de niños menores de 1 año elegibles ocurridas en el cuatrimestre inmediato anterior / Nº de muertes maternas y de niños menores de 1 año elegibles ocurridas en el cuatrimestre anterior (2)
VI	Cobertura de inmunizaciones	Nº de niños menores de 18 meses elegibles con vacuna antisarampionosa o triple viral administrada/ Nº de niños menores de 18 meses elegibles.	Nº de niños elegibles que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre que han recibido la vacuna antisarampionosa o triple viral según programa. / Nº de niños elegibles que cumplen 18 meses durante el cuatrimestre
VII	Cuidado Sexual y Reproductivo	Nº de puérperas elegibles que recibieron consulta de consejería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto/ Nº de puérperas elegibles.	Nº de puérperas elegibles que recibieron en el cuatrimestre al menos una consulta de consejería en salud sexual y reproductiva dentro de los 45 días post-parto / Nº de recién nacidos en el cuatrimestre de madres elegibles
VIII	Seguimiento de niño sano hasta 1 año	Nº de niños menores de 1 año elegibles con cronograma completo de controles y percentilos de peso, talla y perímetro cefálico/ Nº de niños menores de 1 año elegibles	Nº de niños elegibles que al último día del cuatrimestre evaluado cuentan con menos de 12 meses y que poseen cronograma completo de controles y percentilos (3) de talla, peso y perímetro cefálico desde el inicio del cuatrimestre en cuestión / Nº total provincial de niños elegibles con menos de 12 meses

IX	Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años	Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles con cronograma completo de controles y percentilos de peso y talla / Nº de niños entre 1 y 6 años elegibles	Nº de niños elegibles que al último día del cuatrimestre evaluado cuentan con 12 meses o más y menos de 72 meses y que poseen cronograma completo de controles y percentilos (3) de talla y peso que le correspondiere según su edad durante el último año contado desde el último día del cuatrimestre evaluado, sin computarse los controles que le pudieren corresponder durante el primer año de vida / Nº total provincial de niños elegibles de 12 meses o más y menos de 72 meses
X	Inclusión de la población indígena	Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible, con personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible	Nº de prestadores que prestan servicios a la población indígena elegible, con al menos un personal capacitado en el cuidado específico de dicha población/ Nº total de prestadores participantes en la provincia

Cuadro 1: Descripción y definición operativa de las Trazadoras del Plan Nacer y (Manual de Trazadoras, 2007: 3-4)

4.3.1.2 LO QUE NO CUENTA COMO “SALUD MATERNA”

Como vimos en el capítulo anterior, las instituciones sanitarias creadas para la atención de los procesos reproductivos se han centrado en la salud materno-infantil, que es “entendida de manera indiferenciada y cuyo principal objetivo sería la ‘protección’ de los niños” (Nari, 2004: 121). La idea del “binomio madre-hijo”, que aún hoy permea no sólo los discursos sino la formulación y la ejecución de políticas como el Plan Nacer, hace desaparecer esas necesidades de atención de las mujeres que se perciben como carentes de impacto directo en los fetos y/o los/as recién nacidos/as. En este sentido, es importante resaltar que las intervenciones requeridas para mejorar la salud materna no son idénticas a las que reducen la mortalidad neonatal/infantil. Por ejemplo, los controles prenatales han mostrado ser más beneficiosos para los resultados neonatales que para las mujeres (Ramos et al., 2004: 27). Como vimos, el Plan Nacer cuenta con tres trazadoras (I, III y IV) que evalúan el control prenatal y ninguna para el control en el puerperio.

Ya en 2004 un cuidadoso informe nacional advertía que

Se ha invertido más en el cuidado prenatal que en la atención del parto y del puerperio inmediato, la atención obstétrica de emergencia y la provisión de abortos seguros y de tratamiento para las complicaciones de abortos inseguros. Sin embargo, la gran mayoría de las complicaciones y de las muertes maternas ocurre durante y después del parto, en

las primeras horas y días del posparto, y debido a las complicaciones de abortos (Ramos et al., 2004: 27).

El proyecto del cual surge el Plan Nacer se muestra indiferente ante estas especificidades que permitirían abordar mejor el fenómeno de la deficientemente llamada “muerte materna”, ignorando la incidencia del aborto y de las complicaciones del puerperio. Así, se pasan por alto las condiciones de riesgo debidas a la clandestinidad en la que se realizan los abortos en Argentina, especialmente entre los sectores de menores recursos económicos, sectores a los cuales apunta este Plan. Llama la atención que si la formulación de la política que da lugar al seguro de salud “materno-infantil” indica que “incluiría a las mujeres embarazadas hasta la finalización del embarazo **por cualquier causa**” no se considere la atención postaborto como parte integral de la política³⁶.

El aborto no punible también queda afuera de esta política para mujeres embarazadas. En Argentina el aborto está penado salvo dos excepciones: cuando el embarazo pone en riesgo la salud o la vida de la mujer gestante o cuando es producto de una violación (Artículo 86, Código Penal, 1922). La causal violación se presta a dos interpretaciones: una amplia según la cual el aborto estaría permitido en todos los casos de violación y una restrictiva donde éste no sería punible sólo cuando la violación hubiera sido perpetrada contra una mujer con discapacidad mental. Sin embargo, la judicialización innecesaria y la negativa de los servicios de salud a realizar los abortos legales, se han dado inclusive en situaciones en que los casos se encuadraban perfectamente en las causales interpretadas de manera restrictiva³⁷. En marzo de 2012 la Corte Suprema de Justicia de la Nación emitió un fallo sobre aborto no punible que avala la interpretación amplia del Código Penal (CSJ, F. A. L. s/ 13 de marzo de 2012).

³⁶ En este sentido, el actual Ministro de Salud de la Nación, Juan Manzur, dijo desconocer la guía integral de atención de los abortos no punibles que se elaboró durante la gestión de Ginés González García y que la anterior ministra Ocaña tampoco difundió (Carbajal, Julio 2009, online).

³⁷ Desde 2005, la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito, una articulación nacional de organizaciones, colectivas y grupos sobre todo, aunque no exclusivamente, feministas, ha realizado, en diferentes provincias, acompañamientos en casos de negación u obstaculización a abortos permitidos por la ley. Ver: Las acciones de la Campaña ante el ANP, donde se presentan los acompañamiento de 11 pedidos en 7 localidades del país (<http://abortolegalseguroygratuito.blogspot.com.ar/2009/08/foro-las-acciones-de-la-campana.html>).

Este fallo, lejos de saldar la discusión, fue resistido por gran parte de los gobernadores y funcionarios de las provincias, como el ministro de Salud de Mendoza, y de la Nación, dando lugar a declaraciones reaccionarias e inclusive misóginas.

Es decir, que si no se incluye una buena atención en los casos previstos por la ley (peligro para la salud o vida de la mujer gestante y violación), el panorama tampoco es muy esperanzador para la atención post aborto en general. En este sentido, podemos suponer que desde el punto de vista de la política y de los/as hacedores/as de política, y como bien indica el nombre que eligieron para el plan, “nacer”, la única opción que tiene una mujer ante un embarazo es continuarlo, sin importar si sus condiciones físicas se lo posibilitan (los abortos pueden ser espontáneos y las mujeres sufren maltratos al llegar a los efectores de salud con abortos en curso, independientemente de si son provocados o no), mucho menos sus deseos o qué pasa con ellas una vez que el embarazo finalizó.

La mortalidad materna durante el puerperio existe, y ocupó alrededor de un 19% en la estructura de causas de las muertes maternas en el periodo 2004-2011 en Argentina, contando sólo las causas caratuladas “sepsis y otras complicaciones del puerperio” y “hemorragias post parto” y no otras afecciones durante el puerperio, como los trastornos hipertensivos, la diabetes gestacional, etc (CEDES, 2010 y 2013). Esto, sin contar las muertes durante el “puerperio extendido” (entre los 42 días y antes del año de haberse producido el parto). Sin embargo, aunque el nomenclador de prestaciones del Plan Nacer contempla las consultas en el puerperio (sólo en el puerperio inmediato, es decir, luego de las 24 horas del parto), no hay trazadoras específicas para evaluar estas prestaciones y tampoco hay prestaciones específicas para “puerperio de alto riesgo”, como sí las hay para embarazos de alto riesgo y recién nacidos que requieren de cuidados intensivos.

Las obras (mejoras edilicias, adquisición de tecnología, capacitación) realizadas por los efectores de salud de Mendoza con fondos del Plan Nacer reflejan las prioridades hasta aquí analizadas. Las dos obras de mayor magnitud en el servicio de maternidad de referencia provincial (el del Hospital Lagomaggiore) han sido la remodelación y equipamiento del servicio de Neonatología y la puesta en funcionamiento del Banco de Leche Humana (Gallardo, 2010; Pérez, 2012). Es decir, que las obras han apuntado a la mejora de la atención de los/as recién nacidos/as.

Sin poner en duda la necesidad de mejorar los servicios de neonatología, resulta cuestionable que no se hayan emprendido obras de envergadura en el sector de la Maternidad del Hospital donde transcurre el trabajo de parto y el parto, considerando las denuncias constantes sobre el estado preocupante en que se encuentra. Desde el inicio de este trabajo de investigación, además de los comentarios escuchados de quienes han tenido sus partos en esa institución y de quienes allí trabajan, han aparecido numerosas notas periodísticas que señalan esta situación:

“Estoy horrorizada” dice con angustia Gladys Velázquez, pro tesorera de la Asociación Mendocina de Profesionales de la Salud (Ampros) y testigo de la denuncia que la institución realiza sobre el mal estado edilicio y la escasez de camas en el Servicio de Maternidad del hospital Lagomaggiore. Las quejas de los pacientes (SIC) los lleva a comprobar en persona las deficiencias en el servicio y tomaron fotografías del lugar acompañados por un escribano. “Hay madres en camilla en el pasillo que han esperado más de 12 horas por una cama. Lo que hemos visto esta mañana es un horror, no tiene calificativos”, señaló Velázquez (Diario Los Andes, 19/11/10)

“En este contexto es imposible pensar en el concepto de parto humanizado. Acá las madres esperan a su parto en una sala de dilatación en la que hay 7 camas y ni siquiera tienen biombos para mantener su privacidad. A eso se suma que tenemos tres salas de parto de las que entran y salen embarazadas todo el tiempo, y ellas son alojadas en un pasillo esperando a que se desocupe una cama en el servicio para ser alojadas allí. En este contexto es casi imposible pensar que una embarazada pueda ser contenida por su pareja o su núcleo familiar, porque acá no hay más lugar para que entre nadie más. Los familiares tienen que esperar afuera, hasta que alguna enfermera se desocupe y pueda salir a contarles que el bebé ya nació”, se sincera la tocoginecóloga Leticia Ojeda, que ya cuenta más de 18 años trabajando en esa maternidad. (Diario UNO, 15/04/12)

"Es lamentable cómo se atiende a la gente. Hay parturientas en los pasillos que han estado cuatro o cinco horas esperando tener una cama con el bebé en sus brazos, cestos con sábanas contaminadas con sangre, residuos patológicos en el descanso de una escalera, paredes dañadas, el principal quirófano de partos no tiene puertas, la camilla se ha roto en dos oportunidades en un mes el año pasado y hay serios problemas de contaminación porque no hay telas mosquiteras y entran a gusto, moscas e insectos. Muchas veces hay moscas en el quirófano o en la sala de esterilización de ropa"

"Hay servicios que no tienen colchones, ya que los roban. No hay seguridad, las medianeras son bajas. En la maternidad no hay agua caliente hace más de un mes, las mamás no pueden bañarse durante el puerperio y tienen que ir a otro servicio." (María Isabel del Pópolo, titular de Ampros, para El Sol online, 04/03/13)

Cada vez que se producen este tipo de denuncias, se anuncian obras de remodelación, pero al momento de escribir este capítulo seguían siendo sólo promesas³⁸.

Considerando que el Plan se llama "Nacer" y que tiene entre sus objetivos mejorar la calidad de la atención obstétrica, resulta sorprendente que no tome en cuenta los derechos a un parto respetado, que son Ley en Argentina desde el 2004. La Argentina cuenta desde el 2004 con la Ley Nacional 25.929 de "Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento". La misma establece, entre otras cosas, que toda mujer tiene los derechos relacionados con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, entre los que se encuentran el derecho a ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas, a ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales, al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, a no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética, a estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto, etc.

Además de las reformas de infraestructura que se requerirían para el cumplimiento de esa ley, otra de las formas de avanzar en su cumplimiento sería la valoración del trabajo de las licenciadas en obstetricia. Datos recientes indican que en Argentina hay 1,1 obstétrica (partera universitaria) cada 10000 habitantes (Estadísticas Vitales, 2013), una cifra que contrasta ampliamente con las de Holanda, por ejemplo, en donde hay 1

³⁸ Según una nota periodística del 23 de mayo de 2013, el plan Nacer financiaría \$2.000.000 para la refuncionalización de la maternidad del hospital Lagomaggiore para dar cumplimiento a la ley de parto respetado (ver siguiente nota), proyecto que estaría terminado para fines de ese año (Carina Pérez, "Avanza la aplicación de la ley del parto respetado", Diario UNO, 23/05/2013, <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/Avanza-la-aplicacion-de-la-ley-del-parto-respetado--20130523-0011.html>). Sin embargo, personal del hospital me confirmó en enero de 2014 que esas obras seguían sin realizarse.

obstétrica cada 700 personas. En la actualidad, hay 3000 obstétricas en Argentina, pero el Ministerio de Salud calcula que se necesitarían “9000 mujeres que sin ser médicas conozcan el arte de saber acompañar, contener y alentar a una mujer parturienta” (Peker, 2009, online).

4.3.1.3 EL PLAN NACER COMO ESTANDARTE DE LAS “NUEVAS POLÍTICAS DE SALUD”

A tono con las modalidades más recientes de financiamiento externo de proyectos sociales, el Plan Nacer está formulado dentro de dos marcos de referencia. En cuanto al préstamo del Banco Mundial que lo sustenta, la herramienta utilizada para el pago y seguimiento del préstamo corresponde a un Préstamo de Programa Adaptable (APL, según sus siglas en inglés). En cuanto al método de gestión y rendición de cuentas, se lo considera un proyecto piloto en la aplicación de un modelo de financiamiento basado en resultados (RBF, según sus siglas en inglés), ya que las provincias reciben 60% del financiamiento en base a la población elegible inscrita y el 40% restante está ligado al cumplimiento de las metas de las trazadoras, que son “indicadores de salud que miden resultados intermedios que nos permiten inferir acerca del efecto del Plan Nacer en la disminución de la morbi-mortalidad materna e infantil” (Manual de Trazadoras, 2007: 3).

Los préstamos de programa adaptable se utilizan generalmente en proyectos de desarrollo a largo plazo que apuntan a cambios institucionales o de comportamiento, y que requieren de consenso entre diversos actores de un sector. Los APL consisten en una serie de préstamos en los que cada préstamo se diseña según lo aprendido en los anteriores. Se toman como referencia “disparadores” (triggers) que definen el momento de pasar de una etapa a otra, una vez alcanzados los objetivos propuestos. Según el Banco Mundial, las ventajas de este tipo de préstamos es que son más realistas en cuanto al planeamiento de fases de reforma, que fomentan la continuidad y sustentabilidad de la planificación y que ofrecen menores cargas financieras (Banco Mundial, Adaptable Program Loan, online). El hecho de que este proyecto esté enmarcado en un APL refleja un interés por cambiar el modo de funcionamiento institucional de los servicios de salud en Argentina. Según el coordinador del Plan Nacer en Mendoza, Dr. Mariano Mussotto, se trata de “un modelo de gestión diferente, en cuanto a la generación de recursos, a la gestión de datos. El Plan se anuncia como un apoyo económico pero empiezan a encontrarse diferentes aristas”.

Siguiendo los imperativos de la reforma institucional de las últimas décadas, el Plan Nacer plantea cambios en los modelos de gestión pública de la salud. En vez de priorizar el cumplimiento de una regla o de la implementación correcta, el énfasis está puesto en los incentivos, el rendimiento, el impacto y la satisfacción de los/as usuarios/as. Se observa también una tendencia hacia la descentralización de la responsabilidad, a nivel nacional y luego a nivel provincial. Por otro lado, se proponen sistemas de información abiertos que permitan mayor transparencia y supervisión social. Así, ingresa en el campo de las políticas públicas un lenguaje y unas herramientas que han sido propios de la gestión empresarial. Más allá de las ventajas en cuanto a maximización de recursos (que siempre son escasos cuando se trata de política social), cabe preguntarse si estas herramientas son capaces de dar cuenta de la complejidad de la realidad social.

El Plan Nacer es un ejemplo del régimen liberal de proveedor único con el que Juliana Martinez Franzoni caracteriza a la Argentina, en el que “la inversión pública por habitante continúa siendo alta pero refleja una combinación de asignaciones previas (en pensiones), con asignaciones focalizadas más recientes (salud y educación)” (Martinez Franzoni, 2005: 24). El Plan Nacer combina varias formas de focalización. Por un lado, se trata de una focalización funcional, ya que está basada en características individuales y grupales específicas de los/as beneficiarios/as (mujeres embarazadas y niños/as hasta 6 años de edad, en ambos casos sin obra social). Pero también entra en juego una focalización geográfica, ya que la primera parte del Plan contemplaba sólo a las provincias del NOA y el NEA y la “bajada” del Plan se hace desde Nación a cada provincia y luego cada provincia debe interactuar con las áreas de salud de los municipios.

El financiamiento basado en resultados en el sector de salud instituye la entrega de efectivo o bienes cuando se realizan acciones mensurables o se alcanzan metas de desempeño predefinidas (International Health Partnership: 1). Se está usando cada vez más dentro de programas nacionales de salud como herramienta para el fortalecimiento de los sistemas de entrega y para acelerar el cumplimiento de los Objetivos del Milenio 4 y 5. Según sus defensores, este tipo de financiamiento permite un enfoque en los productos y resultados más que en los ingresos o los procesos (International Health Partnership: 1) y es una herramienta para flexibilizar la intervención y la toma de

decisiones en el nivel de los efectores de servicios. Sin embargo, algunos estudios han demostrado que hay evidencia limitada de la efectividad del RBF y que los incentivos financieros tienen el potencial de influenciar comportamientos individuales discretos en el corto plazo más que asegurar cambios sustentables (Oxman y Fretheim A, 2008, online). Además, los mecanismos de funcionamiento de los incentivos otorgados a gobiernos u organismos son variables, inciertos y difíciles de predecir. Otros críticos han resaltado la dificultad de evaluar las iniciativas de pago ligado a rendimiento, ya que “comparado con las rutinas de trabajo estandarizado de una cinta de ensamblaje, la estimación de la cantidad y calidad del trabajo médico parece ser mucho más complicada” (Kalk y Kieselbach, 2009, online). Las “buenas” prácticas en el cuidado médico van más allá de procedimientos estandarizados y pautas de tratamiento, lo que dificulta una medición objetiva. Una dificultad para medir la calidad es que “los indicadores solamente pueden medir ciertas dimensiones de un cuidado de calidad integral y la mayoría de los indicadores no son suficientes para capturar todos los aspectos necesarios” (Kalk y Kieselbach, 2009, online).

También cabe resaltar que como cofinanciador del Plan, el Banco Mundial aparece “con el doble rol de posibilitar el financiamiento de una parte de la intervención social del Estado nacional y de condicionar y monitorear las formas de esa intervención” (Soldano y Andrenacci, 2006: 33). Así, la política asistencial ha pasado a ser equivalente a la racionalidad y eficacia en la disposición de recursos públicos, que apuntan a la legitimación de las formas de intervención del Estado.

Una dificultad en la implementación del plan ha sido la modalidad de contratos. Según el coordinador mendocino, ni él ni los miembros de su equipo cuentan con contrato del Plan Nacer debido a la falta de conveniencia laboral; en su caso, ha mantenido su cargo en un centro de salud. Irónicamente, aunque el Plan paga sumas considerables a servicios de auditoría, prevé perfiles y condiciones de contratación para el personal de coordinación provincial que no parecen muy atractivos. En palabras de Mussotto,

Lo que pasa es que tampoco tenés perfiles porque si vos tenés un tipo que le pagás 5000 pesos, que tenés que facturar, que no tenés relación de dependencia, vos facturando 5000 pesos si trabajás en alguna cosa más... ¿y por qué no consiguen tipos más expertos que yo o mejor formados? Porque los tipos que aprendieron se fueron, porque los organismos

internacionales les pagan en dólares. [...] Yo no tengo ningún personal pagado por Nación. No tengo inconveniente porque tengo un jefe de operaciones que aprendió mucho. Cuesta conseguir gente, porque cuando vos lees los títulos...aparte los tenés que encontrar con esos requisitos, la experiencia, y con otra cosa importante, que quiera esperar cuatro meses para cobrar.

Estas dificultades se contradicen con el objetivo del Plan Nacer de impulsar la generación y capacitación de recursos humanos para que ejerzan un efecto multiplicador tendiente a mejorar la calidad de los servicios a largo plazo. Para ello, debería ofrecer contratos que respeten los derechos laborales y aseguren la continuidad de los/as profesionales en el ámbito público.

Otra de las características diferenciales del Plan Nacer es el énfasis puesto en la transparencia de gestión. El Plan contempla numerosas auditorías a todo nivel. Ante la pregunta sobre el funcionamiento y efectividad de las auditorías, el coordinador mendocino comentó su experiencia:

Por ejemplo, cada una de las prestaciones que yo tengo, tengo un aval, yo audito a ver si en la historia clínica está ese registro que yo pagué. No lo audito yo solo, lo audita una auditoría externa del programa, tenemos auditorías de todo. Los centros de salud y los hospitales están muy cansados de tener muchísimas auditorías. Tenemos auditorías provinciales, auditorías externas, auditorías nacionales. Las provinciales nos auditan más que nada lo administrativo, las formas. Nosotros, desde el programa, cuando vamos tratamos de enseñar lo importante que es un registro, pero bueno, hay muchas deficiencias.

De hecho, entre las actividades con mayor grado de ejecución del plan se encuentra la línea de Consultoría, que alcanzó el 97%, mientras que la línea de Capacitación llegó a una ejecución de apenas 37%, y estuvo destinada solamente a efectores y no a beneficiarios/as (Auditoría General de la Nación, 2013: 33).

El Plan Nacer inaugura una tendencia nacional hacia el desarrollo de seguros de salud provinciales³⁹. Sin embargo, se trata de seguros contradictorios, ya que no son

³⁹ “Por ello resulta de interés del gobierno argentino extender esta experiencia hacia otros grupos poblacionales y para ello resulta necesario modificar la denominación del “Programa para la Creación de Seguros de Maternidad e Infancia Provinciales” creado por la Resolución N° 198/03, por la de “Programa

los/as beneficiarios/as quienes reciben directamente el seguro y deciden cómo usarlo, sino que son los prestadores de salud los que cobran un adicional por servicios que de todas maneras deberían estar prestando como parte de la cobertura básica y universal. Y son los prestadores –hospitales, centros de salud, postas sanitarias (en realidad, las personas a cargo de estos centros)- quienes tienen la capacidad de decidir en qué se gasta lo acumulado a través de los seguros. Para quienes trabajan “en la trinchera”, el Plan Nacer implica una carga extra de trabajo burocrático, ya que deben completar planillas especiales cada vez que prestan un servicio incluido en el nomenclador. Esto resta tiempo a los ya escasos minutos destinados a la atención.

Por otro lado, se pone en duda la sustentabilidad del financiamiento del Plan. En principio, el programa es financiado conjuntamente por el Estado Nacional y el Banco Mundial. Durante los primeros tres años de implementación, el estado aporta la mitad del financiamiento y el Banco pone la otra mitad. Luego de tres años, el financiamiento del Banco comienza a retirarse y los gobiernos provinciales deben ocuparse gradualmente del financiamiento del Plan. Según el proyecto del PNUD, “el crecimiento económico permitirá a las provincias adheridas al Seguro contar con mayores ingresos fiscales para financiar los mayores gastos que implican la ampliación de la cobertura” (PNUD, *HOJA DE DATOS BASICOS del Proyecto: ARG/04/023 “Proyecto de Inversión en Salud Materno Infantil Provincial”*: 13).

A la pregunta de si creía que esta apreciación con respecto a las capacidades económicas de las provincias era realista, el Dr. Mussotto dio evidencia de incertidumbre. Para él, “lo importante del Plan hoy es que hay que tratar de utilizar ese dinero, de mejorar las armas de gestión, de tener información, de tener inclusión, bases con los nombres, documentos, apellidos de los afiliados, dónde viven, y saber a quién vacunamos, a quién atendemos y ordenar el sistema. Tener números, datos sólidos”. Es decir, que no confiaba plenamente en la continuidad del programa pero sí en la continuidad de los cambios positivos efectuados a través del programa en términos de gestión y registro. Su incertidumbre no estaba errada: un informe de la Auditoría General de la Nación reveló que las provincias seguían aportando solamente el 30% del

Nacional de Desarrollo de Seguros Públicos de Salud””
(<http://www.prensa.argentina.ar/2012/08/16/33255-salud-decidio-extieden-la-experiencia-del-plan-nacer.php>)

financiamiento en las fases finales del proyecto (Auditoría General de la Nación, 2013: 36).

La necesidad de esfuerzos para reducir la mortalidad infantil y materna es incuestionable. Sin embargo, no se pueden tomar a estas problemáticas sociales como aisladas de la cuestión social en sentido amplio. Al leer la documentación que da origen al Plan Nacer, quedan al descubierto concepciones de estos problemas que los reducen a “necesidades puntuales de carácter transitorio que no constituyen un producto de la forma de organización de la sociedad y que pueden ser resueltas con estrategias de intervención cuyo núcleo problemático esencial es la determinación de las modalidades de gerenciamiento más apropiadas” (Soldano y Andrenacci, 2006: 6). El Plan Nacer es un claro ejemplo de las nuevas políticas, enmarcadas en los ODM, que se caracterizan por “su tendencia a la fragmentación, su incompleta comprensión de la complejidad de las tramas de la política pública, sus estrategias de descentralización, privatización y focalización perversas” (Soldano y Andrenacci, 2006: 6).

Enmarcado retóricamente en una lógica de derechos (de las mujeres y los/as niños/as), su aplicación obedece a una lógica mercantil tendiente a garantizar la eficiencia en el gasto público. Con su énfasis en la rendición de cuentas (no ante los/as ciudadanos/as que hacen uso de sus servicios sino ante las autoridades nacionales y los/as consultores/as internacionales) y su intrincado aparato de auditorías, el Plan Nacer garantiza la reproducción de la burocracia paralela en la provisión de servicios de salud. En tanto que la construcción de sus metas sanitarias, trazadoras e indicadores apuntalan las prioridades demográficas y habilitan la invisibilización de los derechos y necesidades específicas de las mujeres durante los procesos reproductivos. Al final de cuentas, las mujeres parecen estar ausentes en esta política: no se consideran sus partos ni sus abortos, ni se atiende de forma integral el puerperio. El mismo nombre del Plan, “Nacer”, da cuenta de su sesgo: el objetivo ulterior es resguardar al “producto”, dentro de la lógica mecanicista que exploramos en el capítulo anterior.

Desde su consolidación en la década de 1940, el sistema de salud pública de Argentina ha estado atravesado por varias coyunturas críticas que han producido un movimiento pendular y a veces contradictorio entre universalismo y focalización, entre integración y descentralización, entre una lógica de derechos y una planificación

enfocada en resultados bioestadísticos. Lejos de haber cedido terreno a una política sanitaria verdaderamente inclusiva y centrada en los sujetos, en la actualidad persisten estas fuerzas contradictorias. Más que un modelo de atención, presenciamos el afianzamiento de un modelo de gestión de la salud, orientado al cumplimiento de metas impuestas por organismos internacionales y regido por las reglas del mercado.

Las políticas de salud materno-infantil no escapan a este panorama. Es más, se han convertido en un terreno de experimentación de los “nuevos” modelos de financiamiento y gestión, tal como lo demuestra el Plan Nacer Argentina. El montaje de estos dispositivos se traduce en prácticas que afectan concretamente a las mujeres cuyos procesos reproductivos las ponen en contacto con las instituciones sanitarias, prácticas que analizaremos en los siguientes dos capítulos.

CAPÍTULO 5: EL PROCESAMIENTO DE LOS “CUERPOS MATERNALES”.

INSTITUCIONES Y AGENTES

En esta sección, abordaremos, a partir de los datos recabados durante el trabajo de campo y a través de las herramientas de la etnografía institucional, las formas en las que las instituciones de salud pública de Mendoza “procesan” los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas.

El capítulo refleja una mirada analítica sobre las instituciones que gestionan y procesan los cuerpos maternos, procura desmontar la lógica que las instituciones de salud pública despliegan en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio. De allí la relevancia de la descripción de sus prioridades subyacentes: indicadores demográficos, economía y gestión de la salud, procesos de formación de profesionales e investigación en medicina operan sobre el campo institucional, generando una serie de efectos de los cuales la mayor parte de los/las sujetos no es consciente, que estructuran los espacios y los tiempos de la atención.

Asimismo hemos considerado pertinente desplegar un análisis de las formas de intervención de los diversos profesionales de la salud, ya que dan cuenta de la cotidianeidad de las prácticas institucionales.

EL TRABAJO DE CAMPO

El recorrido realizado en cuanto a recolección de datos se basó en los preceptos de la etnografía institucional⁴⁰. De este modo, la primera fase del proyecto implicó entrevistas con “informantes de punto de vista”, en este caso, mujeres de sectores populares que han tenido a sus hijos/as entre 2001 y 2012 en hospitales públicos de la Provincia de Mendoza y han atendido sus embarazos y puerperios en instituciones públicas (hospitales y/o centros de salud). He realizado 8 entrevistas en profundidad con mujeres sobre sus experiencias en relación a embarazos, partos y puerperios y a las circunstancias en las que se han convertido en madres. Llegué a estas mujeres principalmente a través de la militancia (pertenecen o han pertenecido a algún espacio en el que he participado como militante o con el que hemos articulado con mi grupo de

⁴⁰ Para un panorama completo del trabajo de campo, ver Anexo de Trabajo de campo.

militancia) y también a través de lo territorial (vecinas de la zona en la que resido). Muchas de ellas habían expresado la centralidad de la maternidad en sus experiencias de vida, por eso las elegí. Además, he realizado observación participante en un jardín maternal comunitario en un barrio de la periferia del Gran Mendoza, en el cual trabajan rotativamente las madres de los/as niños/as que asisten.

En cuanto a mi trabajo de campo en torno a las regulaciones institucionales, he decidido enfocarme exclusivamente en los procesos de institucionalización que se dan en los servicios de obstetricia y salud reproductiva. He realizado entrevistas con médicos/as gineco-obstetras, pediatras y de familia, licenciadas en obstetricia, y trabajadoras sociales que se desempeñan o se han desempeñado en el ámbito público. Algunas de estas personas han ocupado posiciones jerárquicas al interior de hospitales, centros de salud, en la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia y el Plan Nacer en Mendoza. En las entrevistas, generalmente encaradas en base a preguntas guía pero abiertas, apunté a dilucidar las nociones sobre maternidad y sobre los cuerpos de las mujeres que permean los discursos institucionales y sobre los textos que guían la atención que estandarizan las prácticas.

Además, he realizado observaciones en las salas de internación post-parto (que alojan a las mujeres luego de un parto vaginal, cesárea o legrado) del Hospital Luis Lagomaggiore, cuyo servicio de maternidad es el de referencia para la provincia de Mendoza, y en centros de salud y centros de integración comunitaria (CIC) de zonas urbanas, semi-rurales y rurales de los departamentos de Guaymallén, Las Heras y Lavalle.

El uso de la etnografía institucional obedece a que esta perspectiva teórico-metodológica ha demostrado ser una herramienta útil para “trazar las (des)conexiones entre lo que las personas necesitan y lo que obtienen de los servicios de salud [...] describiendo al trabajo como una herramienta metodológica clave ... y delineando cómo prestando atención al trabajo se pueden generar mapas empíricos de las relaciones entre lo que les sucede a los/las pacientes y las características rutinarias de los sistemas de cuidado” (Sinding, 2010: 1657). Es decir, para analizar las relaciones entre las experiencias y el funcionamiento concreto de las instituciones.

Si se retoma la definición de trabajo propuesta por Smith que, como hemos señalado en el Capítulo 2, incluye todo lo que la gente hace de manera intencional e implica

esfuerzo y habilidades y se realiza en un tiempo y un espacio determinados (Smith, 2005) y se apunta, como ella lo hiciera, a visibilizar el trabajo no pago y devaluado que las mujeres han realizado y realizan, es comprensible la ruta que se ha seguido. A la manera de la etnografía institucional, mi trabajo de campo ha comenzado por los testimonios de punto de vista a fin de situarme en una perspectiva externa respecto de las visiones institucionales, para luego adentrarme en la institución y su funcionamiento. Sin embargo, la lógica de la exposición no sigue la de la recolección de datos.

Se ha optado por describir en primer término el trabajo institucional de procesamiento de los cuerpos de las mujeres para luego atender, al que ellas mismas realizan para acceder a la atención de sus embarazos, partos y puerperios. En este sentido, consideramos que esta propuesta metodológica permite registrar el modo en que son “procesados” los cuerpos de las mujeres gestantes, parturientas y puérperas al interior de las instituciones de salud pública de Mendoza.

La inversión realizada en la exposición de los resultados obedece a la necesidad de precisar las condiciones bajo las cuales las sujetos transitan sus experiencias. Generalmente invisibles para ellas, su visualización constituye un objetivo central de esta investigación.

A su vez, ello permitirá visibilizar en el capítulo 7 el trabajo que las mujeres hacen para gestionar sus propios cuerpos, invisible tanto para ellas mismas como para las instituciones y la sociedad, en la medida en que se ha naturalizado aquella idea de que las mujeres “se” embarazan, los médicos/as “hacen partos” y el puerperio es un proceso fisiológico de 42 días, una suerte de tiempo nebuloso que ellas transitan de retorno a la normalidad.

5.1 PROCESAR LOS CUERPOS MATERNALES

No es fortuita la elección del verbo “procesar” (y su sustantivación “procesamiento”) para designar el trabajo realizado por los/as agentes de las instituciones de salud en torno a los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Aunque a veces no resulte de gran ayuda para comprender los fenómenos socio-lingüísticos en movimiento, esta vez la Real Academia Española parece muy acertada con tres de sus definiciones para el verbo “procesar”:

1. tr. *Der.* Declarar y tratar a alguien como presunto reo de delito.

2. tr. *Tecnol.* Someter a un proceso de transformación física, química o biológica.

3. tr. *Tecnol.* Someter datos materiales a una serie de operaciones programadas.⁴¹

Sostenemos que en las instituciones de salud se realizan estos tres tipos de procesamiento de los “cuerpos maternos”. La primera acepción refleja el control y la supervisión que se ejercen sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, la sospecha constante por acción u omisión, en busca de conductas de riesgo que se consideran perjudiciales para los fetos o bebés. Durante el embarazo, la falta de controles médicos, las adicciones, la edad de la mujer (demasiado joven, demasiado vieja), la alimentación y muchos otros factores pueden poner a la embarazada bajo sospecha de no estar haciendo lo suficiente o lo correcto para garantizar un producto (bebé) de calidad. En síntesis, se espera de las mujeres que sus cuerpos obedezcan a ciertas pautas:

CUERPO OBEDIENTE	
EN EL EMBARAZO	<ul style="list-style-type: none"> - recibe todos los controles, los análisis y los estudios - se alimenta adecuadamente - no fuma, no consume drogas, no consume alcohol - se “cuida”, se “pone lindo” - no engorda, ni adelgaza demasiado - no realiza tareas pesadas
EN EL PARTO	<ul style="list-style-type: none"> - no grita, no hace escándalo, no se queja - no pide acompañamiento de pareja o familiar - no se levanta, no se mueve - no cuestiona las decisiones ni intervenciones médicas - reacciona de la manera esperada a las intervenciones para “regular” el progreso del parto
EN EL PUERPERIO	<ul style="list-style-type: none"> - da de mamar - obtiene y usa anticonceptivos - está presto para la atención de las necesidades del/la recién nacido/a

Cuadro 2. Características de un “cuerpo obediente” (Producción propia).

La idea subyacente a estas percepciones es que si la mujer no cumple con la obediencia de estas normas su cuerpo se convierte en un aglomerado de factores de riesgo. De todas maneras, aquí hallamos una contradicción, porque la visión médica del embarazo y el parto implica que es una patología potencial, en la que algo puede salir mal en cualquier momento. Es decir, que si de todas maneras algo puede salir mal, por

⁴¹ Tomado de la versión online del Diccionario de la Real Academia Española: <http://lema.rae.es/drae/?val=procesar>

la misma “naturaleza” percibida de estos procesos ¿por qué se tiende a culpar a las mujeres y sus comportamientos por ello?

Muchas veces, la clase suele ser motivo suficiente de sospecha. La noción de que las mujeres pobres se embarazan para cobrar las asignaciones familiares, tan en boga en el sentido común de estos últimos años, también se filtra en las percepciones del personal de las instituciones sanitarias. Una médica a cargo de acciones de salud reproductiva (principalmente legrados, colocación de DIU y ligadura) del Hospital Lagomaggiore comentó sin miramientos que “con la asignación universal ahora vienen muchas mujeres a sacarse el DIU”. En este sentido, una de las mujeres entrevistadas expresó de manera muy enfática la sensación de ser juzgada por el personal sanitario (en este caso, enfermeras):

... y no es culpa de nada que uno esté embarazada y que vaya a tener un hijo, no es una culpa. Te tratan como si fuera algo malo y no es así. Seguramente ellas también son madres (Romina).

En el caso de las mujeres de sectores populares, estas visiones se ven agravadas por la idea de que existe una cierta “desidia” de su parte en cuanto a quién las atiende y dónde se hacen atender. Uno de los médicos entrevistados comentaba:

En la parte pública se divide, porque como el obstetra... como el que le controló el embarazo no le toca el parto, ni le da el alta en el postoperatorio, hay una discontinuidad de profesionales. Entonces, se sectoriza lo que es embarazo, parto, puerperio, lactancia y... eso repercute muchísimo porque obviamente la paciente, si bien en la parte pública hay pacientes que por ahí no les interesa quién las atienda, total... (Médico gineco-obstetra que actualmente trabaja en el sector privado pero trabajó en el público, entrevistado en 2011).

Es decir, que se subestima el interés de las mujeres por la continuidad de cuidado. Aquí ocurre algo parecido a lo señalado por la antropóloga Ellen Lazarus: “hay una equiparación del silencio con la satisfacción: se asume que si la mujer no se queja sobre la atención perinatal es porque está satisfecha con ella” (Lazarus, 1994:39). El impacto de las relaciones de poder entre médicos/as y pacientes (en este caso mujeres gestantes, parturientas y puérperas) y del miedo a las represalias o a que se resienta su acceso a los servicios, pasa desapercibido para quienes hacen este tipo de comentarios.

También puede usarse esta acepción de criminalización para describir las situaciones en las cuales las mujeres llegan a los hospitales con complicaciones por aborto. En 2013

una mujer fue denunciada por médicas del Hospital Fernandez de CABA por llegar a dicho hospital con un aborto en curso. La mujer recibió maltratos durante su paso por el hospital y fue trasladada a una comisaría a menos de 24hs de la intervención médica, donde permaneció presa por 10 horas, cuando todavía sufría pérdidas (Carbajal, 2013). Casos como éste han aparecido en Mendoza y en otras provincias en los últimos tiempos, demostrando cómo la criminalización pasa de metáfora a realidad y pesa sobre los cuerpos de las mujeres que llegan a los hospitales públicos con abortos en curso o por complicaciones post-aborto⁴².

Esta criminalización también es evidente durante el trabajo de parto. Es frecuente que las mujeres reciban comentarios humillantes que hacen referencia a los dolores como castigo por haber disfrutado de la sexualidad:

la partera que le dice a la chica “ahora llorás, jodete, cuando tenías las piernitas abiertas no te dolía” y la piba desesperada porque en realidad nadie le explicaba qué le iban a hacer (Lic en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Yo me acuerdo que estábamos en la sala de parto cuando me llevaron y pasa una enfermera y dice “Cállense la boca, si les gusta el durazno aguántensela”. Y una chica que también era joven y era el primer hijo también -éramos 5 ahí en la misma sala de parto- y le dijo “usted debería estar ayudándonos y no diciéndonos lo que nos está diciendo”. Y la enfermera dijo “Yo no las mandé a abrir las piernas” (Natalia).

En el puerperio, el tratamiento de las madres que se niegan a amamantar o encuentran dificultades para hacerlo puede considerarse también dentro de esta forma de procesamiento de los cuerpos maternos:

Yo le dejé de dar hacen dos semanas más o menos. Así que dos meses y medio. Fue triste en realidad pero ya no la quería más y tampoco la iba a torturar a la niña con la teta. No la quería. (Entrevistadora: ¿Y vos sentías que había presión para seguir dando de mamar por parte de alguien?) ¡Sí, sí! Hasta el día de hoy me siento cuestionada. La doctora me dice “¿por qué no le das de mamar?” Sí, hay una presión. Aparte en el mismo hospital cuando estábamos internadas era como “¡DALE DE MAMAR, DALE DE MAMAR!” (Karina).

⁴² Aunque no se aborda explícitamente el tema de las experiencias de aborto en los hospitales públicos, este proyecto no pierde de vista la relación entre esas experiencias y las aquí narradas, ya que todas forman parte del continuum de la vida sexual y reproductiva de las mujeres.

La segunda acepción es probablemente la más lineal, pero es útil para revelar el trabajo que conlleva regular las transformaciones físicas, corporales, que se producen durante el embarazo, el parto y el puerperio. Las prácticas en las instituciones médicas muchas veces someten estos procesos a intervenciones que tienen como fin acercarlas a estándares considerados “normales”. En el embarazo, este tipo de regulación se refleja, por ejemplo, en el control del peso que pierde o adquiere la mujer gestante a medida que pasa el tiempo y de sus condiciones de salud (hematológicas, presión arterial, glucosa, y otras); para regular estas situaciones corporales se modifica la dieta, se añaden suplementos, se prescriben medicamentos, etc.

Donde esta acepción se ve más claramente es en los procedimientos para regular el trabajo de parto en los hospitales, que incluyen la imposición de la posición litotómica para atravesar el trabajo de parto, pasando por la administración de sustancias químicas como la oxitocina para acelerarlo, hasta la realización de episiotomías para prevenir supuestos desgarros:

La episiotomía, que es ampliar en el momento del parto la vagina, era para, la fundamentación que se dio era para de alguna manera evitar que se hiciera un desgarro. Una cosa es hacer una episiotomía, donde vos hacés una disección perfectamente predeterminada, con un bisturí, a que se haga un desgarro que puede irse hacia cualquier lugar (Dra. Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia).

Todas estas intervenciones, como vimos en el apartado anterior a partir de los análisis de Davis-Floyd y Martin, responden a la creencia de que los cuerpos de las mujeres no son confiables y que deben ser tratados como máquinas que necesitan un manejo activo por parte de los/as profesionales.

Finalmente, la última acepción es la que refleja la mayor parte del trabajo de análisis que será expuesto en el capítulo siguiente, donde se procederá a un análisis de los discursos institucionales, entendidos en etnografía institucional como “maneras de conocer (medir, nombrar, describir) asuntos del ámbito profesional, gerencial, científico o autorizado, que son ampliamente compartidas y que los hace accionables dentro de relaciones institucionales ligadas a la misión y a la rendición de cuentas” (McCoy, 2006: 118). Es decir, que son discursos en acción, que organizan las prácticas institucionales, tanto en lo que respecta a las intervenciones sobre los cuerpos como a las prácticas textuales. En el caso de la salud materna, se intenta develar la forma en

que las experiencias son transformadas en datos a través del uso de textos institucionales, especialmente el carné perinatal/historia clínica perinatal y el partograma.

El procesamiento de los “cuerpos maternos” se produce en instituciones reguladas por prioridades que resultan a menudo invisibles para los/las sujetos, prioridades inscriptas en la lógica del capitalismo; de las transformaciones de los sistemas de salud, de las políticas de los Estados-nación y los organismos internacionales respecto de regulaciones demográficas y políticas públicas; y de los procesos de formación de los profesionales de la salud y de investigación médica.

5.2 LAS PRIORIDADES QUE ESTRUCTURAN LOS SERVICIOS DE SALUD MATERNA

Los servicios de salud materna están estructurados en torno a prioridades externas (extralocales) a las experiencias de las mujeres que transitan el embarazo, el parto y/o el puerperio. Entre estas prioridades, sostenemos que las más importantes se centran a) en los procesos demográficos, b) en la organización administrativa de las instituciones y la economía de la salud, y c) en la organización de la formación e investigación médicas.

5.2.1 INDICADORES DEMOGRÁFICOS

En el capítulo 3 pudimos dar cuenta de la influencia de las prioridades demográficas en las políticas reproductivas desde el surgimiento de los Estados-nación. Con el afianzamiento de los organismos multinacionales de financiamiento y/o regulación, la necesidad de contar con estadísticas que se ajusten a los compromisos suscriptos lleva a que los programas y servicios de salud materna estén orientados hacia esos objetivos. En el caso de la salud materna, siempre fusionada a la salud infantil, el objetivo principal es la reducción de la mortalidad materno-infantil. Se considera que la mortalidad materna y la mortalidad infantil son indicadores esenciales para evaluar el estado de un sistema de salud y que la inclusión temprana en programas de salud es la manera más efectiva de prevenirlas:

...por qué hago referencia a la mortalidad materna... porque la mortalidad materna es un indicador de cómo está el sistema de salud de un país. La mortalidad materna e infantil. O sea que si vos querés saber cómo anda un país en este tema, en salud, uno de los indicadores de mayor impacto es el de la mortalidad materna (Dra. Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia de la provincia).

De las 10 trazadoras [del Plan Nacer], en realidad hay dos que son ejes que te marcan un sistema. Una es la captación de las embarazadas antes de la semana 20 y otra son la cantidad de controles que tiene un niño en el primer año de vida. El resto son indicadores importantes pero esos dos te marcan el índice sanitario, porque vos sabés cuándo empezaste a controlar a tu embarazada por primera vez y cuántas veces controlaste en el primer año de vida a un chico, porque vos sabés que eso después no lo vas a recuperar más. (Dr. Musotto, Coordinador del Plan Nacer en Mendoza).

Tanto la Dra. Papa como el Dr. Musotto se posicionan como gestores de la salud y expresan una visión del sistema desde una perspectiva de política pública y no desde un enfoque en la atención de los/as sujetos. La manera en la que están formulados los programas desde su inicio también deja en evidencia esta orientación. Por ejemplo, en una publicación acerca del estado de conocimiento sobre la salud materna en Mendoza, leemos que

En lo que respecta a nuestra provincia, en el año 1994 se sancionó la ley 6124 por medio de la cual se crea el plan de Maternidad e Infancia con el objeto de *disminuir la morbi-mortalidad materna de embarazadas, madres y niños hasta 5 años*. (Ministerio de Salud de Mendoza, 2011:23. El énfasis es mío).

Es decir, que los servicios son creados y monitoreados casi exclusivamente en torno a indicadores de morbi-mortalidad, por lo cual la calidad de la atención y la integralidad de los cuidados pasan a un segundo plano o, en el peor de los casos, desaparecen de las agendas institucionales.

5.2.2 ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

A partir de la década del 90, las transformaciones neoliberales en el sector salud han ubicado a “la Economía de la Salud [...] en un lugar privilegiado como herramienta de análisis, de diagnóstico y productora del diseño de las políticas de cambio” (Báscolo, 2003: 2). Esta disciplina traslada las herramientas de la gestión y administración empresarial a la provisión de servicios sanitarios públicos, teniendo como objetivo “definir estrategias que ante el aumento de la demanda, permitan brindar servicios de alta calidad con recursos limitados (Parajon, 2007: 3). Para justificar los gastos en salud ante una lógica que exige racionalidad, eficiencia y costo-efectividad, los servicios deben ser presentados como “inversiones” que, en última instancia, tienen una repercusión para el desarrollo económico local, nacional y/o regional:

un nuevo análisis global del Guttmacher Institute, lanzado conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), documenta los beneficios considerables que se obtienen a partir de la inversión en una constelación de servicios de salud sexual y reproductiva en varias áreas clave: servicios de anticoncepción; embarazo, parto y cuidados neonatales; servicios y medicamentos para mujeres embarazadas que viven con VIH; y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual comunes. Esta investigación actualiza y cuantifica el impacto directo e inmediato de estas inversiones *en términos de vidas protegidas y dólares ahorrados*, así como las sinergias que pueden surgir si se satisface plenamente un rango de necesidades de manera simultánea. Al mismo tiempo, *hay una multitud de beneficios sociales y económicos adicionales*, pero no menos importantes, *para las mujeres, las familias y las comunidades que fluyen a partir de dichas inversiones* (Barot, 2015:1. El énfasis es mío).

El tipo de prioridades establecidas a través de estas perspectivas responde a una racionalidad utilitarista, elaborada a partir de la hegemonía del pensamiento neoliberal, que construye congruencia entre economía capitalista y retórica de derechos. Hasta tal punto que se establece una equivalencia entre “*vidas protegidas y dólares ahorrados*”.

Dos ejemplos claros de esta manera de priorizar las intervenciones y gastos en salud se pueden apreciar en las referencias al ahorro estatal propiciadas por las políticas de lactancia materna y de reducción de la mortalidad materna. Las muertes maternas son consideradas

un problema relevante para el desarrollo social. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo para ella, sino también para su familia y comunidad (PAHO, 2003). Las repercusiones sociales y económicas son diversas: las mujeres son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que proveen el sustento familiar. Una sociedad que pierde la contribución de una mujer es una sociedad cuya vida social y económica declina, su cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado (Ramos et al, 2004: 26).

Por lo tanto, invertir en acciones que apunten a la reducción de las tasas de mortalidad materna, redundará en beneficios económicos para las familias, las comunidades y los países.

En cuanto al papel que juega la economía de la salud (considerada tanto en su dimensión familiar como en la nacional) en las políticas de promoción de la lactancia

materna, se afirma que hay importantes implicancias económicas en la promoción del amamantamiento, especialmente en países en desarrollo, considerando su función preventiva de enfermedades. Según esta lógica, “más enfermedad implica costos más elevados de servicios de salud curativos y tales demandas a menudo sobrecargan los sistemas de salud y los presupuestos de las familias que de por sí son insuficientes” (Baer: 1981, 198).

Esta lógica del ahorro familiar y estatal en gastos de salud a través de la promoción de la lactancia no ha pasado desapercibida para algunas investigadoras feministas. La antropóloga Vanessa Maher advierte que esta lógica parece ignorar las condiciones de vida cada vez más duras que experimentan las mujeres y los/as niños/as en los países en desarrollo, al sugerir que las mujeres extraigan y provean más recursos de sus propios cuerpos (Maher citada en Law, 2000: 441). Así, la leche materna y la maternidad se convierten en “los vehículos simbólicos para un traslado de la carga de recursos y responsabilidades que nuevamente recaen sobre los hombros de las mujeres” (Law, 2000: 441).

Al parecer, esta lógica también está afectando a los países desarrollados, tal como lo demuestra un informe reciente:

[A]demás de las demostradas ventajas para la salud, la lactancia materna también tiene beneficios económicos, no sólo para las familias -la leche de fórmula suele ser bastante cara-, sino para los países. Así lo demuestra un estudio que acaba de publicar la revista *Archives of Disease in Childhood* en el que, por primera vez, se cuantifica la rentabilidad que tiene esta práctica para el sistema sanitario de un país, concretamente, para el Reino Unido.[...] Los investigadores afirman que el Sistema Nacional de Salud inglés podría ahorrar 40 millones de libras anuales -más de 50 millones de euros- si las madres alargaran el tiempo de lactancia. [...] Para llegar a esta conclusión han calculado los costes de las cinco enfermedades sobre las que la lactancia materna ha demostrado ser más beneficiosa. En el caso de los niños, estas son la gastroenteritis, las infecciones respiratorias, la otitis y la enterocolitis necrotizante [...] Para las madres, sería el cáncer de mama [...] (Marín, 2014)

Sin ir tan lejos, esta lógica apareció en Mendoza con la creación del Banco de Leche Humana más avanzado del país en 2011:

Además de las enfermedades y muertes que se evitan con la administración de leche materna a los casos más críticos, el titular del Banco destacó el *importante ahorro en costos que se*

logra en tiempo de internaciones, trabajo profesional y sustitución de medicamentos o leches especiales (IniciativaMendoza, 2012: online. Énfasis mío.).

Mendoza será la quinta provincia en contar con una institución de esta naturaleza, pero la primera en tener un edificio de las características del que funcionará en el Lagomaggiore. Para esto se construyó una sala, que fue equipada para tal fin y se capacitó al personal. *El uso del banco de leche permitirá ahorrar \$1.000.000 anuales sólo en el Lagomaggiore* (Diario Vox, 2011. Énfasis mío.).

A estas prioridades de corte macroeconómico, se pueden sumar las prioridades administrativas que organizan la atención. Si nos remontamos al modelo de gestión del Plan Nacer, descrito en el capítulo anterior, queda claro que el mismo apunta a estandarizar prácticas y otorgarles un valor monetario, exigiendo detallados registros de las prestaciones, no para mejorar la historia clínica de los/as usuarios/as sino para cumplir con las numerosas auditorías que se exigen.

La primacía de la lógica económica, que prioriza la gestión más que la atención, va en detrimento de aquellos procesos corporales como la salud sexual, que no pueden ser inscriptos en consideraciones de corte cuantitativo.

Esta perspectiva respecto de la salud tiende a reforzar la visión de cuerpos fragmentados en procesos que producen provecho/desarrollo/ahorro y otros que, porque no lo hacen al menos visiblemente, se minimizan o directamente suprimen del horizonte de los servicios.

5.2.3 FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

Las prioridades cognoscitivas hacen referencia a los lineamientos que rigen la formación de los/as profesionales de la salud y la investigación en salud, que luego determinan las prácticas habilitadas y avaladas al interior de las instituciones sanitarias. Los hospitales públicos suelen ser hospitales-escuela, donde realizan sus residencias los/as profesionales en formación, y cuyos pacientes se convierten en material de estudio, en casos a ser presentados ante los/as docentes o residentes de años más avanzados. En ocasiones, se prioriza la necesidad de aprendizaje de los/as estudiantes por sobre los derechos de las personas, incluido el derecho a la intimidad, al consentimiento informado o a no prestar consentimiento en absoluto.

...en el Hospital Lagomaggiore a veces es muy agresivo el hecho de que es como un hospital escuela. (Entrevistadora: te ven 80...) te ven 80 y aparte de verte 80, te hacen tacto 80 (Lic en obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Estoy con pérdida de sangre todo...ahí es donde entra el mismo médico que tiene el médico de piso, que venía con todos los estudiantes, que “vean esto”, “tóquenlo” y le digo “pero si estoy con dolor, estoy con pérdida, cómo me hacen tacto acá”. Y él decía “No, sientan” y yo le decía “me duele”. Venía el otro “a ver...” metía mano, “a ver” y otro así (Juana).

La última ecografía de los 8 meses, me la fui a hacer a la sala del 16 y el doctor me dijo que el bebé era más chiquito que lo tenía que ser para las 35 semanas, y el bebé tenía como 31 en la panza. (...)Yo le dije: Bueno, ¿qué hago, me voy al hospital? Y me dice, “no, tranquila”... Pero imaginate! ¡Yo estaba de los pelos! Fue el ecógrafo...encima estaba con todos los estudiantes adentro y hablaban entre ellos “pero el bebé, hay un problema”...fue horrible la situación, fue muy fea. Nadie me explicaba, hablaban entre ellos (Karina).

En cuanto a la investigación médica, se ha determinado que sufre de lo que se conoce como desequilibrio “10/90”, es decir, que menos del 10% de los recursos de investigación de salud en el mundo se aplican al 90% de los problemas de salud que aquejan a los países denominados “en vías de desarrollo”. La falta de investigación en temas clave para la salud materna ha sido documentada por los mismos organismos públicos. Un informe sobre el estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna, en Argentina, enumera los siguientes déficits de investigación:

- Sistema y servicios de salud y calidad de atención: Formas de organización del sistema (redes de referencia y contrarreferencia); Variabilidad en la práctica asistencial; Mejoramiento en diseño y uso de guías, normas, protocolos de procedimientos
- Barreras geográficas, culturales y económicas para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductivos
- Desigualdad e inequidad de género
- Innovaciones en los programas curriculares de educación sexual y salud reproductiva en carreras relacionadas con ciencias de la salud
- Evaluaciones económicas de costo-efectividad de intervenciones destinadas a salud materna

- Diferencias étnicas en el riesgo de morbilidad materna
- Evaluación de políticas y reformas de salud (salud sexual y reproductiva, salud materna, seguro para la madre y el niño), de educación (acceso igualitario de las niñas a la alfabetización), de trabajo (acceso igualitario de la mujer al empleo y disponibilidad de guarderías en los lugares de trabajo) (Ortiz, 2007:14)

Si consideramos la salud materna en sentido amplio, más allá de las causas de morbilidad de mujeres por razones reproductivas, podemos sumar la ausencia de investigaciones relacionadas con el impacto de los procesos reproductivos y de su atención sobre la salud sexual y la salud mental de las mujeres. Al no prestarse a cálculos de costo-efectividad, este tipo de interrogantes parece no tener cabida entre las preocupaciones enumeradas por el informe. Por otro lado, la prevalencia del aborto como una de las causas principales de muerte tampoco aparece claramente entre las líneas de investigación sugeridas, aunque la provisión de servicios pre- y post-aborto, por ejemplo, sí conllevaría una reducción en los costos de internación por complicaciones obstétricas.

La relación entre la investigación y la práctica médicas ha venido cambiando en las últimas décadas a partir del afianzamiento de lo que se conoce como “medicina basada en la evidencia” (MBE). Este término fue introducido en 1989 por un grupo de epidemiología clínica de la Universidad McMaster de Hamilton, Canadá. Este grupo consideraba que la toma de decisiones clínicas basada en la experiencia individual estaba irremediamente obsoleta. Proponían, en cambio, un acercamiento a la actividad clínica que tomara como base la revisión cuidadosa y posterior aplicación de las mejores y más actualizadas publicaciones de investigación clínica (Mykhalovskiy & Weir, 2004: 1059).

El auge de la medicina basada en la evidencia se relaciona con el de la economía de la salud, ya que se considera que su uso en las decisiones clínicas permite “racionalizar” los servicios de salud:

Ningún sistema de salud puede satisfacer todas las demandas que se le hacen, así que las decisiones sobre la distribución de los recursos son muy importantes. Los recursos deberían ser asignados a las áreas donde puedan ser más efectivos, y quitados de donde su

rendimiento no sea óptimo. La única manera de juzgar la efectividad es a partir de la evidencia (Enkin, 2004:8)⁴³.

Según las críticas hechas desde la economía política, se trata de una forma de control extra-local del contenido del trabajo médico, que ata las prácticas de toma de decisiones de los/as profesionales a imperativos fiscales (Mykhalovskiy & Weir, 2004: 1061).

En este nuevo paradigma, en detrimento de la experiencia, la tradición, la intuición y la recomendación de autoridades médicas, las decisiones clínicas comienzan a validarse en los resultados de los mejores estudios disponibles. Se establece una escala jerárquica de conocimiento según el tipo de evidencia del que proviene:

Valor de la evidencia: escala jerárquica

I. Evidencia fuerte basada en por lo menos una revisión sistemática de estudios múltiples, bien diseñados, randomizados y controlados.

II. Evidencia fuerte basada en al menos un estudio bien diseñado, randomizado y controlado de tamaño apropiado.

III. Evidencia basada en estudios bien diseñados, pero no randomizados, de un solo grupo.

IV. Evidencia basada en estudios (provenientes de más de un grupo de investigación) no experimentales bien diseñados.

V. Opiniones de autoridades respetadas en su tema basadas en evidencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités expertos (Enkin, 2004:8).

Es decir, que lo que cuenta como evidencia son datos evaluados en razón de una jerarquía construida a partir de una determinada concepción de la ciencia y la investigación en medicina, descuidando la idea de que la cura se produce a partir de una relación singular, hasta tal punto que durante mucho tiempo se ha hablado de “el arte de curar”.

Desde el humanismo, se ha criticado la fragmentación y reificación de los sujetos que opera la medicina basada en la evidencia al borrar las experiencias de los/las

⁴³ El texto de Enkin (2004), “La necesidad de obstetricia basada en la evidencia” fue traducido y publicado en la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, lo cual da cuenta de la relevancia de estas preocupaciones en el campo de la obstetricia a nivel nacional.

pacientes y reducirles a receptores pasivos de comunicaciones entre profesionales. También suprime la experiencia de los /las profesionales, niega el valor del interrogatorio y de las maniobras semiológicas y subordina la capacidad diagnóstica de los /las médicas a esquemas de tratamiento basados en el “éxito” de determinados medicamentos.

La mayor parte de las investigaciones valoradas como productoras de “evidencia fuerte” son financiadas por la industria farmacéutica. Las mismas se publican en revistas procedentes, en su mayor parte, de Estados Unidos y Europa, que están marcadas por perspectivas científicas, no se interesan por los determinantes sociales de la salud (clase, etnia, género, orientación sexual) e incluso han ido reduciendo el espacio dedicado a temas diagnósticos, etiología de las enfermedades y relación médico-paciente. Por añadidura, la mayor parte de las revistas reconocidas no controlan la veracidad de las declaraciones relativas a conflictos de intereses y a las fuentes de financiamiento de las investigaciones⁴⁴.

La medicina basada en la evidencia tiende a farmacologizar la práctica médica y a brindar soluciones técnicas a lo que deberían ser debates políticos sobre la orientación de los sistemas de salud (Mykhalovskiy & Weir, 2004: 1062).

La obstetricia, entre las demás especialidades médicas, parece haberse mantenido al margen de las tendencias hacia la actualización en la práctica clínica, como un área subalterna que ha perdido valiosas oportunidades de avance:

como yo veo muchas pacientes por ahí surgen cosas que ... son tan raras que a uno se le olvidan ...es tan amplia la especialidad que aparte hay cosas nuevas que salen que te tenés que ir perfeccionando. Es decir, por lo menos una horita y media por día tenés que aprovechar para estudiar...si no los conocimientos... (Entrevistadora: ¿y eso es común?) No, en esta especialidad no. Por eso en obstetricia hay un viejo dicho que dice “si querés esconder plata, escondela en un libro de obstetricia que nadie la va a encontrar”...eso es muy común en esta especialidad. Pero bueno, a mí...trato de salir de eso... (Médico gineco-obstetra que actualmente se desempeña en el sector privado)

⁴⁴ Agradezco a Gustavo Carminati, médico del Servicio de Clínica Médica del Hospital Lagomaggiore, por sus valiosos aportes para la redacción de este análisis. Sus aportes están basados en una experiencia de 40 años de práctica de la medicina en el sistema público.

De todas las especialidades médicas es en la obstetricia y la ginecología donde es menos probable que la práctica clínica esté apoyada por evidencia científica. Tienen un pasado distinguido, pero la especialidad ha perdido imagen recientemente. La primera oportunidad no aprovechada fue en los '60, cuando fallamos en randomizar la atención de las embarazadas de bajo riesgo en el hospital comparado con el parto domiciliario. Habiendo llenado las camas vacías por la atención de todas las embarazadas en el hospital, los obstetras comenzaron a introducir una serie de modificaciones costosas en la rutina del cuidado prenatal y la atención del parto sin ninguna evaluación rigurosa previa.

La lista es larga, pero las más importantes fueron: inducción, ecografía, monitoreo fetal y pruebas de función placentaria. En 1976 se atendieron un 20% menos de recién nacidos a un costo 20% mayor en comparación a años anteriores (Enkin, 2004:8).

La medicina basada en la evidencia aparece como solución para la subalternización del campo de la obstetricia al interior del saber médico. Además de la compasión, el buen juicio, la destreza quirúrgica, es preciso que “el obstetra bien (in)formado” cuente con habilidad para las estadísticas y acceso a internet las 24 horas (Wendland, 2007: 218).

Como una de las especialidades médicas que concentra el mayor porcentaje de juicios de mala praxis, la obstetricia basada en la evidencia aparece como resguardo ante posibles juicios, una manera de justificar en el “mejor conocimiento científico disponible” las decisiones tomadas:

Yo creo que se ha hecho una profesión muy a la defensiva, es decir, lo que pasa es que hay instalada una industria del juicio de mala praxis. Los especialistas que más juicio tienen son los obstetras, los neonatólogos, los anestelistas y los pediatras. Entonces todo lo que esté relacionado con un niño trae problemas [...] Generalmente nos movemos con parámetros muy parecidos. Pero cuando no hay criterios unificados, se dificulta, seguro. Aparte, cuando vos tenés un protocolo y un estándar de manejo tenés un aval legal también. Bueno, yo hice lo que tenía que hacer, si pasó lo otro, bueno, es parte de las complicaciones de la práctica (Médico gineco-obstetra que actualmente se desempeña en el sector privado).

La obstetra-antropóloga Claire Wendland descubrió varias omisiones en lo que respecta a qué tipo de consecuencias se consideran importantes para evaluar el éxito de un parto o cesárea analizando el tipo de estudios obstétricos que se constituye en evidencia y pilar de los protocolos de atención. Entre estas omisiones, señala la subjetividad maternal: el dolor, el tiempo de recuperación, el estrés prolongado incluso

por años, los sentimientos negativos hacia el parto y el/la bebé, ninguno de estos factores aparecía como importante a la hora de evaluar los resultados de las intervenciones. Es decir, que la experiencia de la mujer del nacimiento y sus secuelas se desvanecían del análisis (Wendland, 2007: 222). Por otro lado, el tipo de complicaciones registradas en estos estudios se restringen al corto plazo, mayormente a las ocurridas durante la estadía en el hospital. Las complicaciones relacionadas con la cesárea muchas veces se dan en embarazos o partos posteriores, por lo cual estos datos quedan por fuera de la evidencia considerada. Wendland señala también que la categorización de las complicaciones según nivel de magnitud se basan en la perspectiva del/la médico/a más que de las mujeres, dándole mayor gravedad, por ejemplo, a cortes de la vejiga ocurridos durante una cesárea, que constituyen un “daño al honor del cirujano” que a una infección abdominal que puede acarrear muchas más molestias y más tiempo para su curación. Finalmente, la autora señala que la misma concepción de la cesárea como una alternativa equivalente al parto pasa por alto que se trata de una herida producto de una cirugía, y pone al parto vaginal en la posición de necesitar la misma cantidad de justificación, o más, como método de nacimiento (Wendland, 2007: 223).

Las prioridades impuestas por los modelos actuales de producción y transmisión del conocimiento médico, el peso de la industria farmacéutica, la mayor frecuencia de los juicios por mala praxis en el campo de la obstetricia en particular, han transformado las prácticas médicas en el sistema de salud.

Si el modelo hegemónico no escuchaba a las mujeres y desvalorizaba los determinantes sociales vinculados a los procesos gestacionales, éste, basado en evidencias estadísticas volcadas en revistas destinadas a profesionales, deja escasísimo margen para la atención a lo social y a la singularidad de la experiencia corporal del embarazo, parto y puerperio. Desde luego, la desatención a la relación con las mujeres que atraviesan procesos gestacionales, el descuido de las prácticas de interrogatorio y revisión, al dejar escaso margen para la escucha de la palabra y para el registro de las señales de los cuerpos, erosionan la autonomía de las mujeres, mucho más cuando se trata de sujetos pertenecientes a sectores populares, racializadas y/o ubicadas por fuera de la heteronorma.

5.3 ESPACIOS, TIEMPOS Y AGENTES INSTITUCIONALES

5.3.1 LOS ESPACIOS Y SUS TIEMPOS

Resulta imprescindible caracterizar brevemente los espacios donde transcurren las interacciones, las experiencias y los procesos de trabajo que se describen en este capítulo y el siguiente. La dimensión del espacio, así como la del tiempo –que está íntimamente ligada a ella, como veremos- es un factor que determina las relaciones sociales que transcurren en su interior.

Debido a la estrategia de Atención Primaria de la Salud y Regionalización del Cuidado Perinatal del Ministerio de Salud de la Nación, se han establecido funciones diferenciadas para hospitales y centros de atención primaria:

Con los centros de salud, hace un tiempo se decidió descentralizar la atención del embarazo, por ejemplo en el Hospital Lagomaggiore. En donde, el hospital, por ser la maternidad de referencia de la provincia, atiende los casos complicados ... Entonces, salió una resolución que al principio culturalmente costó también imponerla porque la gente iba al hospital a atenderse un parto normal. Entonces, hoy cada persona se controla su embarazo en el centro de salud más cercano. Y el centro de salud deriva al hospital aquellos controles de embarazo que son de alto riesgo, si detecta una diabetes, una hipertensión arterial, si detecta una restricción del crecimiento intrauterino, si hay procesos infecciosos como el HIV, hepatitis B. O si son pacientes con insuficiencia renal y son dializadas. Entonces, ellas, esas personas, son derivadas a la maternidad... se controlan en el hospital. [...] Algunos departamentos o regiones tienen un centro de salud de mayor complejidad donde se atiende a las embarazadas de alto riesgo y quizás sea como un filtro previo a llegar al hospital. Todo depende del recurso humano fundamental, capacitado para ello y de los recursos técnicos también: que haya un laboratorio que tenga los estudios que son imprescindibles cuando tenés un embarazo de riesgo. Pero hoy el sistema está constituido así. Los hospitales más periféricos atienden los dos. Pero acá en el gran Mendoza, el Lagomaggiore sólo atiende control de embarazos de alto riesgo, derivados desde los distintos centros de salud (Dra. Sara Papa).

La circulación en los hospitales está ligada a momentos “críticos” es decir, a problemáticas durante el embarazo, trabajo de parto y parto, o complicaciones durante el puerperio (mastitis, legrado por presencia de restos placentarios en el útero, etc.). El nivel de institucionalización de estos espacios es muy grande, mientras que los centros de salud y los centros integrales comunitarios aparecen como lugares más relajados, en donde el diálogo es más posible (entre las mismas mujeres y entre mujeres y profesionales de la salud) y puede haber mayor flexibilidad a la hora de negociar el

acceso a algunos servicios, ya que su funcionamiento depende mucho del personal que allí se desempeña.

5.3.1.1 EL HOSPITAL LAGOMAGGIORE

El Hospital Lagomaggiore es uno de los hospitales de mayor complejidad de Mendoza. Desde 1981, cuenta con el servicio de maternidad de referencia de la provincia: la maternidad José Federico Moreno⁴⁵, en donde se producen aproximadamente el 35% de los partos y se atienden 41% de las hospitalizaciones por aborto de la provincia⁴⁶.

Según varias de las profesionales de la salud entrevistadas, que trabajan o han trabajado en dicha maternidad, se trata de un espacio complejo y paradójico, en donde “tenés todo, todo mezclado (...) Es que están los mejores, en todos los sentidos. Y los peores. Es muy variado” (Licenciada en Obstetricia que realizó pasantías y prácticas en la maternidad Federico Moreno, entrevistada en diciembre de 2011). Una médica tocoginecóloga que lleva 17 años trabajando en el Hospital lo describe de la siguiente manera:

Este hospital tiene una dinámica regresiva de funcionamiento, donde lo que se sigue, para mi gusto, es la filosofía del Gatopardo: hay que cambiar para que las cosas sigan igual. Entonces “de palabrita” decimos “sí, hay que cambiar” y nos embanderamos y suscribimos declaraciones de Hospital amigo, de maternidad centrada en la familia, y de toda la pelotita. Y la firmamos, que es lo más grave. En los hechos, la cosa funciona de otra manera”.

Estas percepciones coinciden con la apreciación que ha hecho Cecilia Canevari sobre la doble raíz del término hospital, que lo ubica entre la hospitalidad y la hostilidad (Canevari, 2011: 35).

Si adherimos a la idea de que en la estructura del espacio se inscribe la lógica del sistema (Canevari, 2011: 95-96), la organización del hospital dice mucho sobre el funcionamiento de la institución, sus prioridades y sus desconexiones.

⁴⁵ La maternidad José Federico Moreno, primera maternidad pública de la provincia, fue fundada en 1911 en el entonces Hospital Emilio Civit.

⁴⁶ Datos para el año 2009, los más actuales disponibles en el sitio web del Ministerio de Salud de Mendoza, www.infosalud.mendoza.gov.ar

Uno de los médicos que allí se desempeña comentó que cada uno de los componentes de la maternidad se constituye como un compartimento estanco (ver figura abajo), cada uno con su propio/a jefe/a, lo cual dificulta la fluidez de comunicación entre los/as profesionales y la generación de estrategias conjuntas para mejorar la atención.

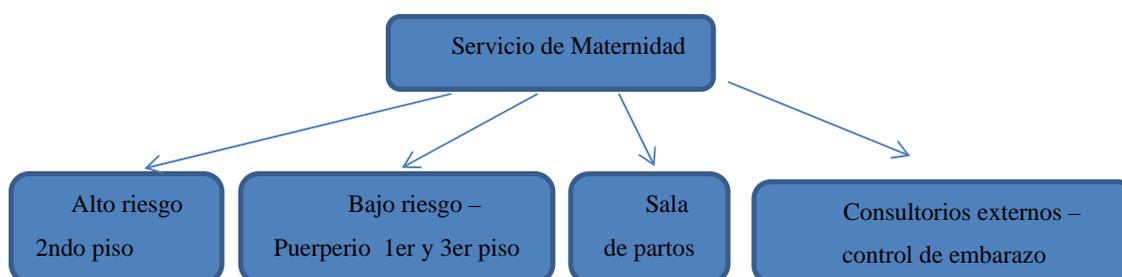


Figura 2. Estructura del servicio de maternidad del Hospital Lagomaggiore (Producción propia en base a datos del personal).

Es decir, que desde la misma organización espacial de la Maternidad se produce una fragmentación de los momentos del proceso reproductivo y una clasificación según el nivel de riesgo evaluado⁴⁷. Estas consideraciones determinan tipos de atención y circuitos diferenciados para las mujeres.

⁴⁷ El Banco de Leche Humana y la Residencia para Madres están ubicados también en la Maternidad Federico Moreno, pero su funcionamiento es diferente al del resto de los servicios. Un banco de leche humana es “un ámbito físico relacionado a un Hospital en donde se recolecta, clasifica, analiza, pasteuriza, almacena y luego se distribuye la leche humana excedente donada de madres voluntariamente” (<http://www.bancodelechemendoza.com.ar/quees.htm>). El del Hospital Lagomaggiore tiene los avales del Servicio de Neonatología, de la Dirección Provincial Materno Infantil del Ministerio de Salud, de la Dirección de Recursos Físicos del Ministerio de Infraestructura, Vivienda y Transporte, de la organización Fundacer, de la Universidad Tecnológica Nacional, del Rotary Club, de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, del Instituto de Medicina y Biología Experimental de Cuyo (CONICET), y otros organismos. La Residencia para madres, destinada a alojar durante la noche a las mujeres de los departamentos alejados del hospital, y durante el día también a quienes viven en el Gran Mendoza, es manejada por Fundacer, una ONG que apunta a disminuir la prematuridad y la morbi-mortalidad infantil en Mendoza. Allí las mujeres reciben comida, realizan tareas de “laborterapia” como costura y pintura, reciben talleres de salud reproductiva, etc. Aunque depende del servicio de Neonatología, la residencia se encuentra en el segundo piso del servicio de Maternidad. También existe, dentro del predio del hospital, pero en un edificio separado, un espacio llamado “la

A la desconexión de los espacios se le suma la jerarquización, donde algunos de ellos aparecen como prioritarios, al menos desde el punto de vista de la infraestructura y los recursos que se les destinan. Mientras que el Banco de Leche Humana está regulado por normas de control de calidad (ISO 9001/2008) y cuenta con tecnología de última generación, la sala de partos es objeto de constantes denuncias por su problema crónico de infraestructura (ver capítulo anterior) y la Residencia para Madres es un salón que parece casi una cárcel, con una docena de cuchetas una junto a la otra y un mesón en el medio.

La médica tocoginecóloga mencionada anteriormente sostiene que el problema de infraestructura de la Maternidad no tiene tanto que ver con lo económico como con la falta de voluntades:

[H]ay cuatro o cinco cambios que podríamos hacer, sin demasiado costo económico que podrían modificar la atención. Pero hay que vencer resistencias de costumbres y hábitos que están enraizados en el sistema, y esos son los que no se pueden cambiar. Entonces no es un problema de infraestructura. Yo creo que es un problema de voluntades. Cuando la gente quiere hacer alianzas solidarias para algunas cosas las consiguen. Yo creo que tenemos que hacer una autocrítica muy importante de hasta qué punto estamos nosotros dispuestos a cambiar. Yo te diría que el principal factor no es la infraestructura sino la resistencia al cambio.

El sector de internación de puerperio también aparece como un espacio descuidado, desatendido:

... yo me acuerdo que tenía miedo. De dormir con la luz apagada. Yo me acuerdo que la prendía y por ahí pasaban las enfermeras y te gritaban “Apague esa luz”. Pero yo la apagué y sentí que pasó, ya no volvía. Prendí y las cucarachas hicieron esto: (hace gesto de esparcirse). Yo me acuerdo la señora de al lado gritó porque tenía en la cama una cucaracha. Yo no quería ni dormir (Natalia).

La percepción de desatención en el puerperio fue confirmada por uno de los médicos que trabaja en la internación de puerperio, que comentó que ni siquiera cuentan con una computadora para ese sector. Más allá del factor edilicio, el tipo de servicio que se

Casita”, en donde las mujeres pueden internarse junto a sus hijos/as que han estado en neonatología, para prepararse antes de que reciban el alta (<http://kit186.wix.com/fundacer#!reas--creadas-por-fundacer/csbh>).

recibe en cada espacio también es variable, según los testimonios de las mismas mujeres:

Eso te contaba, en el 1er piso era ya otro el trato de las enfermeras hacia las madres. Te daban el remedio a cualquier hora. Estuve en el 2do internada y en el 1ro una vez que tuve a la gordita. Ya te daban cualquier cosa... ya ni te preguntaban nada, las enfermeras eran así como muy light...igual ya como que del 2do bajó totalmente la calidad al 1ro, o sea, como que ya toda la comida no era la misma...Era la misma pero venía más fresca, de verdad te digo....Y después en la casita Fundacer era un desastre la comida, yo sé que la comida la dona el hospital, pero era así. Te la tiraban, te la tiraban por poco por la cabeza (Karina).

Estas variaciones reflejan las prioridades institucionales, la voluntad –al decir de la médica entrevistada- o falta de ella para destinar recursos o al menos prestar atención a estas situaciones. No es casual que el sector donde permanecen internadas las mujeres con embarazos de alto riesgo y el Banco de Leche, que abastece a neonatología, reciban atenciones más dedicadas y mayores recursos que los sectores en donde se encuentran las mujeres de parto y las que ya han parido. La preocupación por la calidad del “producto” de la gestación es diametralmente opuesta a los cuidados prestados a las parturientas y puérperas.

El manejo del espacio en el hospital también expresa las relaciones de poder en su interior a través de la separación de áreas permitidas y restringidas; estas últimas están resguardadas por personal de seguridad que controla quién ingresa y quién egresa, y que separa a las mujeres de su grupo familiar. La sensación de reclusión se acentúa al percibir que una vez que ingresa, una mujer no tiene libertad para irse (Canevari, 2011: 96), ya que se ha puesto en marcha el mecanismo por el cual su cuerpo ahora pasa a estar en manos de la institución y sus registros.

La organización de los tiempos del hospital también refleja las prioridades institucionales. Como ha indicado Canevari, se produce un disciplinamiento a través del uso del tiempo: “quien detenta el poder, puede hacer esperar, quien se encuentra subordinado deber tener la paciencia de la espera” (Canevari, 2011: 96). La distribución del tiempo se da en función de las necesidades institucionales más que de las mujeres. Por ejemplo, uno de los médicos entrevistados comentó que en el consultorio de embarazo de alto riesgo tiene que ver a 10 pacientes en 2 horas. Es decir, que se dedica menos de 15 minutos a cada paciente, muchas de ellas con problemáticas complejas.

El control de los tiempos durante el trabajo de parto es un ejemplo extremo de esta imposición de otras prioridades temporales por sobre los tiempos propios del cuerpo de cada mujer.

...generalmente se dialoga con la paciente y se le dice “vamos a poner un suero porque” esto que te cuento, que es lo más frecuente, un poco se han espaciado, la dilatación está igual desde hace más de dos horas, entonces le vamos a poner una anestesia, le vamos a poner un suerito, con eso a ver si corregimos esto que está estacionado, este trabajo de parto que hace más de dos horas está igual (Dra. Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia).

Una mujer que tuvo a su hijo en el hospital en 2012 comentó sobre la incomodidad del “goteo” (oxitocina sintética) que le pusieron durante su trabajo de parto. Ante la explicación por parte de la entrevistadora de que eso produce contracciones más dolorosas, pero acelera el trabajo de parto y que tal vez algunas mujeres preferían eso a un trabajo más lento pero más “natural”, ella replicó: “claro, pero no te dan la opción. Tienen que desocupar las camas rápido”. Es decir que el seguimiento de protocolos y el imperativo de liberar espacio para otras mujeres priman por sobre el bienestar y las decisiones de las mujeres.

Otro ejemplo del uso del tiempo que refleja las prioridades institucionales es la duración de la “rotación” de los/las residentes en Gineco-obstetricia por el servicio de puerperio:

(Entrevistadora: Ustedes en la residencia ¿hacen también paso por puerperio?) Sí, pero en realidad es re poquito. Son dos semanas. (Entrevistadora: ¿en toda la residencia solamente 2 semanas?) Sí. La verdad que es como por ahí un error. Lo que pasa es que siempre se tiende como a subestimar el puerperio. Porque una vez que nace el hijo, ya está. Se terminaron los problemas. Y en realidad no es así (Residente de 2^{do} año, Hospital Lagomaggiore).

Por otro lado, en el hospital, el trabajo de atención está organizado jerárquicamente, con funciones definidas con precisión para cada escalafón. Y esta división del trabajo se sostiene aún a costa de perjudicar a las mujeres:

También lo que observé en el hospital es que...están como muy determinados los roles y el tipo de trabajo que tiene que hacer cada uno. Entonces, el camillero agarra la camilla. Si no está el camillero, “ah, bueno, esperemos que llegue, porque él es el que agarra la camilla”. Entonces como que hay mucha riña ahí también de “No, me estás quitando el trabajo”, “vos

no tenés que hacer esto, lo tengo que hacer yo, lo tiene que hacer él” (Estudiante 1 de la licenciatura en obstetricia).

Aparte, [...] el hecho de que por ejemplo, cómo un médico va a hacer el trabajo de un camillero o cómo un médico va a hacer el trabajo de una enfermera. Entonces, ahí también... (Entrevistadora: Es como rebajarse, para ellos) Claro, a mí me dio esa sensación. Nosotros una de las veces que fuimos al Lagomaggiore, nos pasó de escuchar a una mamá que acababa de tener a su bebé, que la dejaron en la sala de parto, en el box de parto no sé cuánto tiempo. Debe haber estado una hora, y estaba muerta de frío. Y ningún médico se levantaba a taparla. Y en un momento, que ella [la otra estudiante de obstetricia] fue y dijo: “esa mujer tiene frío, ¿le puedo poner una frazada?” (Estudiante 1: ¡pidiendo permiso, yo!) “sí, andá, ponéle”. Y se reían, como diciendo “mirá las cosas que hace”. (...) Y yo estaba hablando con una chica, una residente, y ella me comentó: “Lo que pasa es que ése es el trabajo de la enfermera. O sea, yo la puedo ir a tapar, no tengo problema. Pero ése no es mi trabajo. Es el trabajo de la enfermera. Ella lo tiene que hacer.” Entonces, viste cuando decís... ¡tiene frío! ¡Acaba de parir! (Estudiante 2 de la licenciatura en obstetricia)

Un día estábamos en una sala de parto y estábamos acompañando una mujer y justo empezó a pujar, así, sentía sensaciones de puje y le decían “No, no, no, señora, vamos a pasarla a otro lado”. Bueno, entre esa, entre la fuerza, hizo caca, y al bajarse se manchó toda la espalda, la llevaron arrastrando, y después, cuando a esa chica ya la pasaron a internación, yo en una de esas bajé a internación y me la crucé: estaba acostada, en internación, con todas las otras mujeres, y cagada todavía. Y me dijo: “¿No me podés pasar... me tenés esto para... no sé, puedo ir al baño?” Y yo no sabía si decirle que sí o no, ese miedo de decir ¿cómo, tengo que preguntarle a quién si la mujer puede ir al baño? ¡A nadie! Va, levántese... hay un manejo de poder tan fuerte que inhibe. Como... pedir permiso: “¿pue, puedo taparla?” Porque hay un manejo de poder muy fuerte, como una deshumanización...(Estudiante de la licenciatura en obstetricia 2).

Es decir, que la organización jerárquica garantiza que cada escalafón pueda ejercer su forma particular de poder sobre quienes se encuentran abajo. La partera argentina Raquel Schallman, con años de trabajo en instituciones sanitarias, sostiene que se produce un “sometimiento en cadena” en donde la administración somete a los/as médicos/as, éstos a las parteras y ellas a las mujeres (Schallman, 2007: 182).

5.3.1.2 LOS CENTROS DE SALUD Y CENTROS INTEGRALES COMUNITARIOS

Como vimos, los centros de salud y algunos centros integrales comunitarios (CIC) son responsables de los controles prenatales de embarazos de bajo riesgo y de la

atención del puerperio. Se trata de espacios con características propias según su ubicación, su capacidad de financiamiento, el tipo de población al que atienden (rural, urbana) y la organización interna de sus recursos humanos. Durante el trabajo de campo, se realizaron observaciones en tres centros de salud y un centro integral comunitario, cuyas características describimos brevemente a continuación.

El centro de salud del Barrio Nebot, del departamento de Guaymallén, es un centro que atiende a una población semi-rural de bajos recursos, con trabajos estacionales ligados a los tiempos agrícolas, de las empacadoras de frutas y ajo, y de los aserraderos para fabricación de cajones.

El centro de Salud de Gustavo André, en el departamento de Lavalle, está ubicado en un sector urbanizado que es parte de una zona agrícola, la principal zona de producción vitivinícola del departamento, que limita con el Secano. Por lo tanto, su población se desempeña mayormente en torno a las labores agrícolas.

El centro de salud de Asunción, también en el departamento de Lavalle, está ubicado en pleno secano lavallino. Aunque se asienta en la pequeña zona urbanizada de la localidad, la mayor parte de la población se encuentra muy dispersa espacialmente, habitando en puestos y desempeñándose mayormente en la crianza de caprinos. La mayoría de la población se reconoce como descendiente del pueblo huarpe. Algunos/as de sus habitantes también se dedican a las artesanías (tejidos, cestería y talabartería) y al trabajo en la escuela-albergue (celadores, cocineras/os) y el centro de salud (enfermería).

El CIC de Costa de Araujo se encuentra en una zona urbanizada a 15 kilómetros de la villa cabecera del departamento de Lavalle. Sus habitantes se dedican principalmente a la producción agrícola y apícola. Allí atienden dos licenciadas en obstetricia que realizan controles de embarazos y puerperios y consejerías en salud sexual y reproductiva. En el CIC se lleva a cabo un trabajo interdisciplinario muy interesante, del que participan profesionales jóvenes con formación en salud social y comunitaria, incluyendo, además de las obstétricas a psicólogo, terapeutas corporales, y odontóloga.

Al interior de los centros de salud y CIC, las estructuras, tanto espaciales como interpersonales, no parecen tan jerárquicas como en los hospitales y los/as profesionales tienen mayor autonomía.

El hecho de estar insertos al interior de la comunidad muchas veces les otorga a estos espacios un halo de familiaridad que no existe en los hospitales. No hay jerarquización entre consultorios que atienden las distintas especialidades; de hecho, muchos de ellos son compartidos por varios profesionales que atienden en distintos turnos o días.

Se perciben relaciones cercanas entre el personal administrativo, de enfermería y las licenciadas en obstetricia. Muchas veces el personal administrativo y de enfermería reside en el territorio y es quien puede asesorar a las licenciadas sobre la situación en el barrio/localidad, los inconvenientes familiares y/o laborales de algunas mujeres para poder acceder a los servicios. En cuanto a la autonomía, al no regirse por protocolos de atención como en los hospitales, las profesionales tienen mayor posibilidad de ir moldeando sus prácticas y tiempos según las necesidades de la población.

Esta flexibilidad es un arma de doble filo, que puede generar angustia y/o incertidumbre en los/as profesionales. Una de las licenciadas en obstetricia que se desempeña en el CIC de Costa de Araujo y el Centro de Salud de Gustavo André comentó que “no hay lineamientos. Vos entrás y te piden que atiendas”. Además, agregó que en terreno se “desuniversiza”, es decir, que los conocimientos teóricos adquiridos en su carrera y sus especializaciones no se adaptan a la realidad ni son necesariamente útiles para el trabajo directo con las mujeres.

Por otro lado, al prestarse a la singularidad de cada profesional, el tipo de atención recibida puede depender demasiado del nivel de compromiso individual:

El ginecólogo, vos vas y él no te conoce. Por más que vayás tantas veces seguidas. Él no sabe quién sos. Para él sos un paciente más y listo. Cada vez que entrás te dice “Y vos quién sos?” (Su hermana Romina interviene: “No se para ni siquiera para salir hasta adelante y decir, llamarte por el apellido, que te toca. Te grita el apellido desde ahí donde está sentado”) No, ahora no pasa eso. Bueno, él sigue ahí sentadito en su escritorio pero te hacen formar una filita para el consultorio. Vos tenés que estar esperando que salga la otra chica para entrar rápido y que él no se enoje (Natalia).

El manejo de los tiempos, más que la organización del espacio es una de las formas en que se imponen las prioridades institucionales por sobre las de las mujeres. Una trabajadora social del programa de salud reproductiva identificó algunas de las formas en que los tiempos institucionales obstaculizan el acceso a los servicios:

Por ahí viste, yo he visto mujeres... una de las cosas que les preguntamos son sobre los controles de embarazo. Que eso también, es todo un tema. “ah, ¿no se controló nunca? Es una irresponsable, qué se yo...” y por ahí yo les he preguntado a las mujeres y te dicen “tengo que ir a las cuatro de la mañana, tengo que cruzar un baldío, tengo que comprar un número...” Yo, le decía a mi marido “si yo tengo que ir a un centro de salud a hacer cola a las cuatro de la mañana, embarazada, yo tampoco lo hago...o si tengo que cruzar un baldío donde ya han abusado o le han robado a una mujer, yo no voy...” Pero eso, ¿vos vas a decir que el director del centro de salud, o un enfermero no saben eso? Para decir “damos los turnos a las siete de la mañana.... Con qué necesidad hacés ir... (...) Yo también lo veo a eso, que muchas veces... son obstáculos que el mismo sistema de salud pone. Y que por ahí vos decís “no es tan difícil solucionar eso...” o sea, ir a otra hora... (Entrevistadora: Pero también está esta cuestión de “bueno, si es gratis, que se la aguanten”) Claro, o si es gratis, que lo haga con las condiciones que nosotros ponemos (Lic. en Trabajo Social, Programa de Salud Reproductiva y Hospital Lagomaggiore).

Algunas de las mujeres entrevistadas se hicieron eco de esta apreciación:

Hace todo a las apuradas (el obstetra). Porque por ejemplo vos tenés el turno a las 15:30 y él llega a las 16:30, 16:45. Si vos tenés el turno número 5 te hacen ir igual a las 15:30, porque te tienen que hacer el control. Y lo hacen en una hora determinada al control. No es que vos llegás y te lo hacen. (Entrevistadora: ¿Y el control qué significa?) Te tienen que pesar, medir, tomar la presión y tus datos nada más. (Entrevistadora: ¿Y eso quién lo hace?) La enfermera. Si no están de paro (...) (Entrevistadora: ¿Y qué hacés en ese caso?) El ginecólogo te lo hace, pero enojado y rápido. (Entrevistadora: Porque encima le toca hacer ese trabajo) No es el trabajo de él (irónica), claro (Romina).

Las relaciones de los centros de salud con otras instituciones de mayor complejidad (laboratorios, centros de salud de referencia donde se realizan análisis y ecografías, hospitales) también ofrece ejemplos de jerarquización que obstaculizan la atención:

Sí, la atención, digamos, no todas las instituciones le dan la posibilidad a la mujer de que tenga su turno diferido. Si bien el Ministerio lo exige, no en todos los centros de salud la mujer tiene el acceso a un turno diferido para el control de embarazo. La práctica no respeta la libre demanda para los análisis, la analítica. Entonces, las mujeres tienen que ir a hacer cola y turno para que les hagan los análisis, siendo que el Ministerio te manda una receta donde abajo te le pone “Señor jefe de servicio de laboratorio, recuerde que la embarazada es a libre demanda”. Se lo resalta, y van y tienen que sacar turno. Lo mismo con las ecografías. A nivel, digamos, institucional, el tema de no todos los profesionales les quieren hacer

electrocardiogramas. Yo, es rutina hacerle un electrocardiograma a una embarazada. Y a veces tengo el gran problema de que no se los quieren hacer (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Claro, porque nosotros para hacernos análisis hay que ir sí o sí a Villanueva, al centro de salud de Villanueva (el de referencia de Guaymallén). Porque ahí en el nuestro no te hacen nada, solamente los fines de mes. Pero si necesitás algo urgente...Pero a veces en Villanueva te dicen que vos sos de Jesús Nazareno, no podés hacer las cosas ahí. (Entrevistadora: ¿Incluso si lo que estás pidiendo no lo tienen en tu centro de salud?) Sí, yo fui a buscar unos medicamentos que me habían pedido y me dicen que en el centro de salud no había, que me fuera a Villanueva a pedirlos. Cuando llegué me dicen “No, nosotros no tenemos. Vos sos de Jesús Nazareno, el centro de salud de allá te tiene que dar los medicamentos, nosotros no podemos”. Así que no te los dan (Natalia).

La desconexión entre servicios, especialmente entre hospitales y centros de salud, también refleja una priorización de las necesidades administrativas (control de los turnos y los tiempos) por encima de la atención integral, atentando contra los preceptos de la estrategia de APS:

desde el Hospital Lagomaggiore te sacan el alta conjunta. Entonces, te dan el alta y te dicen “tal día usted tiene que ir al centro de salud, usted y el bebé para el control”. Cuando esa mujer llega al centro de salud con ese alta, con ese turno, en el centro de salud no se lo toman. Porque en el centro de salud, por problemas de sistemas se pelearon, porque desde el hospital se metían en el sistema de los centros de salud a dar un turno programado. Entonces, ¿qué pasa?... Seamos realistas, que venga a mí una mujer con el papelito de alta conjunta al (centro de salud del barrio) Nebot, yo la voy a atender. Pero que venga al (centro de salud) 16, donde yo estoy arriba y la chica viene abajo con ese papel, le van a decir “no, va a tener que venir a sacar un turno la semana que viene”. Y ahí, la chica se olvidó de hacerse el control... (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Una de las entrevistadas ha encontrado una manera de paliar la desconexión, y darles a las mujeres la posibilidad de un seguimiento conjunto entre el primer nivel de atención y un servicio de mayor complejidad –pero más despersonalizado- como el hospital:

Las de alto riesgo van siempre o al centro de salud N°16 acá en Guaymallén, pero básicamente al Hospital Lagomaggiore. Qué pasa...cuando yo capto un embarazo de alto riesgo yo no la dejo a la embarazada con la derivación de alto riesgo. Entonces, hago un trabajo en conjunto, que muchas veces en el hospital ni saben que la mujer sigue yendo al

centro de salud. Porque, suponiendo, en alto riesgo no les llenan la cartilla, entonces yo sí se las lleno. Porque a ellas les sirve para ir viendo la evolución de su embarazo (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Sin embargo, se trata de una iniciativa propia, producto de un compromiso real con las mujeres y una capacidad de evaluar las fallas del sistema, tal vez como resultado de haber participado en el Programa de Salud Social y Comunitaria.

En general, podríamos decir que los centros de salud y CICs son espacios sumamente heterogéneos, en donde la falta de regulación puede resultar en prácticas más cercanas a las necesidades de las mujeres y las comunidades, pero también puede suceder que se obstaculice el acceso a la atención o disminuya la calidad de la misma.

Como ya señaló la antropóloga Ellen Lazarus para el sistema de salud estadounidense, la estrategia de regionalización, que apunta a canalizar la “demanda” de atención según el nivel de riesgo evaluado, produce desigualdades en la atención que refuerzan, en vez de paliar, las desigualdades y las complicaciones. Las mujeres con embarazos clasificados como de bajo riesgo son atendidas en los centros de salud y CICs de sus propios barrios, por licenciadas en obstetricia o médicos/as gineco-obstetras, recibiendo en general una atención más personalizada y con mayor disponibilidad de tiempo para la escucha. Por el contrario, las mujeres cuyos embarazos han sido diagnosticados como de alto riesgo deben concurrir a controles a los Hospitales o centros de salud de mayor complejidad. Allí, no siempre son atendidas por los/as mismos/as profesionales, y muchas veces son expuestas a una multiplicidad de disciplinas (enfermeras, administrativos, nutricionistas, trabajadoras sociales, cardiólogos, etc), recibiendo explicaciones contradictorias de cada una, sin la guía de un profesional de confianza que pueda transmitir información coherente (Lazarus, 1994:32). Además, estos espacios cuentan con tiempos regulados más estrictamente. Como vimos, a los/as médicos que realizan control de embarazos de alto riesgo en el Hospital Lagomaggiore se les exige que dediquen solamente 12 minutos por paciente.

Por otro lado, la estrategia de regionalización puede verse desvirtuada cuando los mecanismos de derivación no cuentan con un sustento material y los recursos humanos que garanticen que quienes viven en los sectores más alejados puedan acceder a servicios de mayor complejidad. Durante el trabajo de campo, quedó en evidencia que la población del departamento de Lavalle (preeminentemente rural) tiene serios

problemas para el acceso a la salud, en general, y a la salud reproductiva en particular. Una de las licenciadas en obstetricia entrevistadas, que cubre varias guardias en el Hospital Sícoli, el único del departamento, comentó las dificultades a las que se enfrenta en su trabajo:

Tampoco tenemos los recursos como un hospital de tercera complejidad, no tenemos quirófano, no tenemos incubadora de transporte... O sea, (sólo podemos atender) los partos que vienen en expulsivo y embarazos de bajo riesgo y trabajos de parto que se desarrollan normalmente... Ya cuando viene un factor de riesgo, detectamos antes algo anormal, nosotras como licenciadas en obstetricia lo que tenemos que hacer es derivar porque tenemos nuestras limitaciones (...) También me ha pasado que no he tenido móvil para trasladar a la paciente, no ha habido ambulancia. Hay dos ambulancias, una estaba rota y la otra había salido al campo a otra urgencia, entonces lo que se hace es llamar al Servicio Coordinado que demora 40 minutos, que en ese lapso puede morir el bebé por falta de oxígeno (...) Bueno, también tenemos casos de hemorragia, bebés macerados, abortos incompletos, de todo, muchas patologías que no se pueden resolver en el hospital, porque es, como para ejemplificar, un centro de salud grande, con una camilla obstétrica, una licenciada en obstetricia, una médica que no es pediatra (...) Yo, particularmente, acompaño a la madre hasta el hospital Lagomaggiore con un enfermero; ni siquiera llevamos un médico. Y la guardia queda sin obstetra. O sea que si llega otra urgencia, bueno, tiene que hacerse cargo el médico que está en ese momento como jefe. (...) Así se está manejando el hospital en este momento, por falta de recursos (Lic. en Obstetricia, centros de salud y hospital Sícoli de Lavalle).

Ante situaciones de riesgo, se procede a derivar al Hospital Lagomaggiore, pero muchas veces desde este último cuestionan los criterios de derivación:

Y las derivaciones son muy cuestionadas de parte del hospital Lagomaggiore, porque están muy saturados de trabajo, entonces por ahí, nosotros derivamos algo que ellos no consideran importante (...) “Ah, qué raro, del Sícoli” va llegando la mujer, “del Sícoli, seguro”. Te desestiman. A mí me ha pasado que me llaman para ver por qué la derivé (...) Yo detecto un factor de riesgo y la derivo. Porque yo no puedo arriesgar a la paciente, más allá de mi título, pero la vida de la paciente y del bebe, son dos vidas. Así que al mínimo factor de riesgo yo la derivo. Que me digan lo que quieran, pero yo le salvo la vida (Lic. en Obstetricia, centros de salud y hospital Sícoli de Lavalle).

Esta profesional no exagera en su preocupación. El Sícoli es un hospital de complejidad 1, que no puede hacer cirugías aunque fue construido con un quirófano que

hoy es un depósito. Debido al crecimiento poblacional, atiende muchos más pacientes de los que se contaban al inaugurarlos. Los/as profesionales que allí atienden coinciden en que debería tener un quirófano, pero las autoridades aducen que no tienen fondos para solventar un equipo completo de cirujanos, anestesistas, enfermeras para terapia intermedia. En vez de eso, según estos profesionales “cada vez que pedimos algo o pasa algo grave nos dan una ambulancia” (Perez, 2013). Esta situación se ve reflejada en numerosos incidentes y denuncias con respecto al funcionamiento del Hospital Sícoli que se han sucedido durante el trabajo de campo. En septiembre de 2010, una mujer de 20 años con un embarazo de alto riesgo, de 6 meses de gestación, llegó en la madrugada al hospital con fuertes contracciones y con una crisis de nervios, que terminó con su traslado al Hospital Lagomaggiore por orden del médico de guardia, que según testigos, nunca la revisó. El traslado se realizó sin asistencia de un profesional, por lo cual en el camino debió ser asistida por otra paciente y por el chofer, ante quienes dio a luz un feto muerto (ElSol Online, 2010).

En octubre del mismo año, una mujer de 23 años con un embarazo a término y sin antecedentes de complicaciones llegó al centro asistencial lavallino con un cuadro de cefalea y presión arterial en aumento. Allí permaneció en observación más de dos horas pero, ante la gravedad del cuadro, fue derivada de urgencia en una ambulancia sin médicos ni enfermeros hacia el hospital Lagomaggiore. Allí llegó convulsionando, con vómitos y con alteración del estado de conciencia, según relataron sus familiares. Se le practicó una cesárea y tuvo a su hijo, quien sobrevivió, pero ella no se recuperó de la anestesia y falleció por una hemorragia cerebral posiblemente ocasionada por un aneurisma (Diario Vox, 2010).

En abril de 2013, una mujer embarazada de Lagunas del Rosario, una localidad alejada del secano lavallino, empezó a sangrar abundantemente y tuvo que esperar que llegara una ambulancia, sin médico, desde Costa de Araujo para trasladarla al Sícoli. Al llegar allí, le informaron que no sentían los latidos del bebé y una enfermera y una obstetra subieron con ella a otra ambulancia rumbo al Lagomaggiore. Sin embargo, el viaje fue interrumpido por un desperfecto mecánico, por lo cual necesitó una tercera ambulancia para llegar a destino. Entre la urgencia y el ingreso inmediato a la Maternidad, pasaron alrededor de dos horas. En la sala de partos, se constató el fallecimiento de la criatura, probablemente como resultado de un desprendimiento prematuro de placenta (Diario Noticias Mendoza, 2013).

Ante estas situaciones y las constantes denuncias, el Ministerio de Salud resolvió poner en marcha “un protocolo de atención de la embarazada de alto riesgo según el cual, una vez detectado el caso, se la tendrá en una sala hospitalaria unos días antes a la espera de la fecha de su parto o cesárea, para evitar llegar apurados al momento del período expulsivo del bebé, por lo cual la madre podría necesitar un traslado de emergencia” (Perez, 2013). Este tipo de medidas ya funcionaba en varios hospitales como el Lagomaggiore, pero ahora el concepto de alto riesgo se amplía a las “embarazadas cuyas características respondan a una ‘ruralidad extrema’, es decir, aquellas mujeres de escasos recursos, habitantes de zonas muy alejadas como el desierto lavallino, alta montaña o el sur provincial, donde no sólo la lejanía sino también los malos caminos o las inclemencias climáticas pueden dificultar la salida hacia un centro asistencial, cuando ya se desató el parto” (Perez, 2013). Es decir, que en vez de acercar y garantizar el acceso a los servicios, invertir en transporte bien equipado y personal capacitado, se espera que las mujeres dejen sus hogares, sus vidas, sus otros/as hijos/as, para paliar las fallas del sistema de derivación.

De este modo observamos cómo la estrategia de regionalización, tal como sucedió con la descentralización de los sistemas de salud, se termina convirtiendo en una fuente de desigualdades territoriales en el acceso a la atención.

5.3.2 LOS/AS PROFESIONALES

5.3.2.1 LOS /LAS ADMINISTRADORES/AS

En la cúspide de la jerarquía se encuentra el personal directivo que, en esta institución de autogestión, toma las decisiones en cuanto a la asignación de recursos (materiales y humanos) y tiempos para los servicios y se ocupan de los lineamientos legales y de la adopción de normas y protocolos.

Más allá de que el hospital sea de autogestión, las decisiones tomadas en cuanto a “temas sensibles” como salud sexual y reproductiva tienen que ver con la gestión política de turno y con los efectos que, sobre el sistema de salud, han tenido y aún se perpetúan de las políticas neoliberales (Cfr. C. 4). Asimismo, en el campo de los derechos sexuales y reproductivos no se ha logrado institucionalización suficiente como para que existan áreas específicas para la provisión de servicios integrales de salud sexual y reproductiva al interior del hospital, incluso se ha obstaculizado la coordinación del trabajo en esta materia.

En términos generales se trata de profesionales que no tienen demasiada formación en la atención de la salud. Su función es la de administrar burocráticamente el funcionamiento del hospital organizando el ahorro de recursos y ajustando su funcionamiento a protocolos previamente establecidos (normas ISO, manuales de buenas prácticas orientados al ahorro de tiempo y a la eficacia, eficiencia y efectividad en el uso de recursos materiales y humanos).

5.3.2.2 MÉDICOS/AS

Los/as médicos ocupan el siguiente nivel en la jerarquía, aunque entre ellos también hay escalafones según sean jefes/as de servicio, profesionales de planta, de guardia o residentes. Sus prestigios y reconocimientos también dependen de sus especialidades, pues hay algunas muy valoradas y otras, como es el caso de la ginecología y la obstetricia, que son consideradas como de menor rango.

El campo se halla sujeto, desde hace algunos años a transformaciones tanto en la formación, como hemos señalado más arriba, como con cambios sociales que han incidido en el vínculo médico/a-paciente.

5.3.2.2.1. GINECO-OBSTETRAS

Durante el trabajo de campo, emergieron varias caracterizaciones de los/as profesionales que se dedican a la gineco-obstetricia, tanto por parte de otros/as profesionales de la salud y de médicos/as de otras especialidades como por parte de los/as mismos/as gineco-obstetras.

hay toda una corporación, los médicos somos bastante malditos. Los ginecólogos, en una presentación de hace unos años, dijeron que nosotros (yo soy médico de familia) no estábamos capacitados para hacer tomas de pap, no para informar, sino para colocar DIU, para dar anticonceptivos... (Dr Mussoto, Coordinador Plan Nacer Mendoza)

Nosotros es lo que vemos, por ahí, sobre todo en la parte de ginecólogos. El pediatra por ahí siempre es más permeable, el neonatólogo, acepta más algunas cosas. Pero la otra parte (GINECOLOGOS Y OBSTETRAS) es la más resistente (Dra. Elizondo, Directora Interina de Maternidad e Infancia).

Existe en la obstetricia, como en toda especialidad, una defensa de los límites que separan su área de incidencia de las demás especialidades. Este celo repercute en el acceso a la salud sexual y reproductiva, ya que muchas veces se oponen a que otros/as realicen prácticas para las que están capacitados/as y que garantizarían una mayor

amplitud de prestaciones y de horarios de atención. Por ejemplo, en el CIC de Costa de Araujo, las licenciadas en obstetricia derivan a algunas de las mujeres que atienden al centro de salud de la misma localidad, con órdenes para que se les entreguen óvulos o medicamentos, pero estos les son negados bajo pretexto de que no están recetados por un médico.

Por otro lado, existen tensiones y disputas de poder con otras profesiones, especialmente con las legales y jurídicas. Los juicios de mala praxis son percibidos como una amenaza latente que afecta las prácticas y que es producto de la intromisión de los/as abogados/as en el campo de la salud:

se ha hecho una obstetricia más práctica y más dedicada a la cesárea que al parto, pero por la gran cantidad de juicios que hay en torno a eso... vos estás al filo del juicio permanente, por cualquier cosa que hagas o dejes de hacer, también. Por eso uno tiene que ser práctico (...) porque antes no había tanto juicio de mala praxis. Ahora con tanto abogado suelto y sin trabajo... (Entrevistadora: ¿Cree que tiene que ver con esto?) Que no te quepa ninguna duda. El abogado siempre cobra sus honorarios, gane o pierda. El que queda mal es o el paciente que hizo el juicio que perdió plata porque no lo ganó o el médico que lo perdió por el otro lado. Pero el 90% de los juicios que se inician por mala praxis terminan en un fallo favorable para el médico. Pero todo eso no deja de tener un costo económico para el médico, porque gasta plata en abogados, un estrés gigante, porque todo lo que genera eso alrededor es estresante, y un desprestigio para el médico (Médico gineco-obstetra).

La crítica a la intromisión se extiende también los/as legisladores/as. Las leyes que apuntan a reconocer los derechos de las mujeres y sus familias durante los procesos reproductivos son percibidas como imposiciones de visiones que nada tienen que ver con el “trabajo en la trinchera”:

lo que pasa es que las leyes las hace gente que no está en la trinchera. Una cosa es sacar conjeturas tomando un café tranquilo como estamos ahora y otra cosa es venir a atender un parto a las tres de la mañana que se te complica y tenés que andar transpirando por todos lados. Es muy diferente las leyes, muchas veces las leyes las hace gente que no sabe lo que es la obstetricia o trabajar en la trinchera. Eh...entonces por ahí no están adaptadas al modelo...o lo que se vive en la actualidad. Si hubiesen leyes que protegieran y filtraran más juicios de mala praxis, yo creo que sería el médico... menos, menos quirúrgico de lo que corresponde (Médico gineco-obstetra, actualmente en el sector privado).

Desde el Derecho Positivo, es muy fácil para alguien que está en el escritorio de legislador decidir qué es lo que tienen que hacer los demás. Sin haberse informado primero, o haber recorrido, cómo es el sistema de salud que en este país es responsabilidad del estado. Entonces yo creo que las políticas de estado, antes de legislar “de palabrita” debieran basarse en un estudio muy profundo de los hechos que llevan a que las realidades sean como son (...) Entonces, existe una ley que en la reglamentación nunca contempló cuál iba a ser el límite de tiempo, cuál iba a ser el contralor, y cuales iban a ser las sanciones que se iban a poner a las instituciones (...) Cómo se iba a reglamentar, en qué forma se iba a cumplir; y cómo iba a funcionar el estado como garante, que en este país el estado es garante de la salud pública. Las primeras instituciones que no cumplen son las públicas. Entonces, acabáramos; yo estoy haciendo una ley para que no se cumpla (Médica gineco-obstetra del Hospital Lagomaggiore).

Además de las tensiones con agentes externos, al interior de la misma disciplina existen divisiones del trabajo que responden a la visión fragmentada de los cuerpos que analizamos en el capítulo 3. De acuerdo a un relevamiento realizado por Cecilia Canevari,

hay 31 sociedades federadas y 18 adherentes, un total de 49 sociedades médicas reunidas en la FASGO (Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia), dedicadas a la formación de recursos humanos, actualización, organización de eventos científicos, publicaciones y diferentes acciones destinadas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en distintas etapas de su vida (Canevari, 2015: 9).

Por añadidura trabajan y construyen su autoridad sobre partes aisladas del cuerpo relacionadas con la salud sexual y/o reproductiva. Canevari resalta que no hay otra federación de sociedades médicas que contenga en su interior tantas y tan variadas miradas sobre su objeto de estudio. Otro dato de interés es que Comisión Directiva actual de la FASGO (período 2013-2015) está conformada por 22 varones y 4 mujeres, quienes recién aparecen en los cargos de menor jerarquía, tales como vocales suplentes. Ante el ingreso de numerosas mujeres a la especialidad, la primacía de una visión androcéntrica se sostiene a través de estos cargos jerárquicos que establecen los “temas de relevancia” para la especialidad, incluyendo mortalidad materna, asuntos legales, salud sexual y reproductiva, y formación de residentes (Canevari, 2015: 9).

El campo de a gineco-obstetricia sigue la lógica general de la medicina: la mayor jerarquía y prestigio corresponde a las especialidades más cercanas se al uso de

tecnología e innovaciones cognoscitivas, como es el caso de las Tecnologías de Reproducción Asistida (TRA) y el diagnóstico fetal.

En consonancia con las transformaciones inducidas por la medicina basada en la evidencia y por los cambios administrativos e institucionales se han producido cambios en la relación médico- paciente. La incidencia de otras perspectivas, al menos en el nivel de las reflexiones conscientes, parece producir inquietud en algunos médicos/as, aun cuando la inercia de las prácticas continúe perpetuando visiones un tanto paternalistas:

...(t)uvimos un cambio de paradigma en el modelo de relación médico paciente y yo pertenezco a una generación de transición. Los individuos que están hoy entre 70 y 40 años fueron formados en un modelo que, aunque en el discurso dijera una cosa, en la práctica era bastante paternalista. Nosotros vivimos... la coexistencia con otro modelo que es el antropológico social donde la atención se centra en una cuestión de corresponsabilidad comunicacional, donde de común acuerdo negociamos sentidos con los pacientes y de común acuerdo el paciente se hace responsable de las decisiones que tomamos en la práctica y el médico se libera, deja de ser el padre o el dios de los pacientes y es un ser humano con defectos y virtudes...que lo que trata de hacer es buscar lo que sea mejor para el paciente...Este centrarse en la relación médico paciente en el paciente y no en el sistema de atención, en la atención obstétrica implica un cambio muy importante hacia el cual intentamos remar con enorme resistencia. Y que es que si la maternidad es un hecho social, esto implica que la familia debe involucrarse un poco más... hacerlos partícipes; hecho en el que nosotros dejamos de ser un poco los dueños de las decisiones. Esto es muy difícil, porque la relación médico paciente sigue siendo una relación asimétrica en donde uno es dueño la información y el otro dueño de la necesidad.... (Médica gineco-obstetra del Hospital Lagomaggiore).

5.3.2.3 LICENCIADAS EN OBSTETRICIA

Cecilia Canevari ha indicado que

Como todas las organizaciones patriarcales, los servicios de salud tienen una estructura jerárquica con una base ancha y femenina conformada por enfermeras, obstétricas, y otras profesiones. Este grupo sostiene el funcionamiento permanente (y necesario) de los hospitales, con salarios más bajos y con escasa participación en la toma de decisiones o en el uso de los recursos. (...) Y también se espera que ellas se ocupen de los aspectos emocionales o de contención a las mujeres y sus familias (Canevari, 2015: 10).

Entre quienes llevan a cabo esos trabajos nos interesa indagar en las especificidades del trabajo que realizan las licenciadas en obstetricia, también conocidas como obstétricas, al interior de los servicios de salud, porque durante el trabajo de campo ofrecieron perspectivas críticas que surgen de su ubicación marginal en las tramas de poder institucional.

Según el relato de sus propias experiencias, la subordinación de las obstétricas se constata no sólo en los lugares que ocupan al interior de las instituciones sino desde su misma formación, controlada por el saber médico⁴⁸, y desde la definición legal de su campo laboral:

hay profesores que descalifican mucho a la mujer. Este año hemos tenido un profesor que realmente era increíble... escuchar a este hombre cómo descalificaba muchísimo a casi todo el mundo, especialmente a la Argentina, en general, y a las mujeres. (...) Hemos tenido clases en las que nos ha dicho que hay cosas que no nos va a enseñar porque nunca vamos a llegar a un puesto importante. (...) El último examen que rendimos con él, nosotras estábamos todas listas... para rendir... Nos hizo salir del curso, para que se pusieran primero los de Medicina. (...) A mí todo eso me resultaba muy violento... muy violentas las clases de este hombre. De tener que callarme y no poder decirle nada (Estudiante 1 de la licenciatura en obstetricia).

A mí algunas cosas me parecieron coherentes... en relación a lo que ellos proponen como la formación de la Licenciada en Obstetricia... hacen mucha diferencia con lo que se les da a los médicos. Entonces, a nosotras se nos da menos... te permite hacer lo que ellos quieren que vos puedas hacer después en el sistema (...) Es coherente con cómo funciona cada profesional adentro del hospital (Estudiante 2 de la licenciatura en obstetricia).

En cuanto a las restricciones legales:

..Senadores no nos dio la media sanción a nosotras. Fue por el tema... que decían que nosotras hacíamos abortos. Entonces, ellos decían que si salía la Ley de ejercicio profesional de las licenciadas en obstetricia iba a aumentar la tasa de abortos en la

⁴⁸ Desde la segunda mitad del siglo XIX, en Argentina la formación de las parteras ha estado en manos de la corporación médica (Cfr. C. 3). De hecho, la carrera suele ser parte de la oferta educativa de las Facultades de Medicina. En el caso de Mendoza, desde hace algunos años, la única Licenciatura disponible se encuentra en una Universidad privada. Según una egresada de la última promoción que se graduó en la Universidad Nacional de Cuyo, la carrera se cerró por una superpoblación de obstétricas.

provincia. Lo dijeron todos... Ese debate se abrió el año pasado en la Legislatura y fue. Nos descuartzaron. Viste cuando decís, “que qué pretendíamos nosotras con una Ley de ejercicio distinta”, porque nosotras pedíamos... el tema de salud reproductiva (Lic en Obstetricia).

Como vimos en el capítulo 3, las licenciadas en obstetricia son la versión profesional de las antiguas comadronas. Sin embargo, a diferencia de la amplitud de funciones que definía con anterioridad al oficio, la licenciatura en obstetricia prepara a sus alumnas (mujeres en su abrumadora mayoría) casi exclusivamente para la atención de partos:

Y la carrera, o sea la Licenciatura en Obstetricia, ex parteras, es esa capacitación absoluta para hacer partos, entendés? Hacer la contención de la mujer en sala de partos (Lic. en Obstetricia).

Al interior de los hospitales, las licenciadas en obstetricia cumplen una función fundamental en el sostenimiento de las maternidades, pero su labor suele estar subordinada a la de los médicos/as. En la visión de las/os médicos/as, las licenciadas en obstetricia aparecen como personal técnico con un campo de acción claramente delimitado, que se espera que respeten:

La encuesta (sobre embarazo no planificado) la hicieron, incluso, por personal técnico especializado como eran las obstétricas (Dra Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia).

la licenciada en obstetricia es como que también es más sensible porque está más cercana a la mamá y todo el tema. (...) Es un buen recurso que la hegemonía médica lo había como dejado de lado... y ellas tienen bien delimitada su tarea. Yo he trabajado bastante con ellas y veo que no invaden lo que no es de ellas pero sí dan un fuerte apoyo en lo que deben a las mamás. Las mamás las valoran muchísimo. (...) La OPS está haciendo mucho hincapié en que en la atención primaria ellas estén (Dra. Elizondo, Directora Interina de Maternidad e Infancia).

Desde el punto de vista de las propias obstétricas, la relación con los/as médicos/as aparece como más conflictiva:

Entonces, entré al hospital y al principio nos echaban, porque los médicos “qué hacen estas licenciaditas, váyanse afuera”, nos decían. Nos echaban de la sala de partos. Si entraban los residentes nosotras no podíamos hacer partos. (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

La obstetricia es muy linda, pero a veces tiene esas cosas que a veces los médicos te lo hacen sentir, de que uno no estudió la carrera de medicina, entonces “vos qué sabés más que yo, si vos estudiaste una simple licenciatura”. Y a lo mejor una, 4 años estudió lo mismo, o sea, estudió la misma cosa que ellos a lo mejor lo hicieron después de su carrera (Lic. en Obstetricia Centros de Salud de Guaymallén).

...la toma de decisiones tiene que ver con las jerarquías... siempre el médico obstetra tiene una jerarquía mayor a la obstétrica y bueno, que tiene que salvarse el título... Pero igual ellos no es que están todo el trabajo de parto, vienen cuando tienen que hacer o si no, dicen “bueno, después tráeme la planilla y la firma”, depende, la relación que tengas con ese médico (Estudiante 2 de la licenciatura en obstetricia).

Ni siquiera, nosotras mismas. O sea, el día de mañana, al trabajar, ni siquiera vamos a tener autoridad sobre nosotras. Vamos a tener que hacer lo que nos dice el médico y hasta el camillero, te diría. ¿Entendés? Es así (Estudiante 1 de la Lic. en Obstetricia).

Y uno, digamos, tiene una gran limitación en título... desde (el programa de) salud reproductiva nos apoyan a nosotras para que recetemos anticonceptivos. Y los médicos nos odian porque damos anticonceptivos (Lic. en Obstetricia Centros de Salud de Guaymallén).

Según el relato de algunas obstétricas entrevistadas, existe una marcada diferencia entre las parteras mayores, con años de trabajo institucional e institucionalizado y con una fuerte naturalización de las relaciones subordinadas con los/as médicos/as, y las que pertenecen a las nuevas generaciones, que están intentando recuperar otra tradición, otra genealogía y se resisten a aceptar la herencia de servidumbre como único legado válido. Las más jóvenes muchas veces son objeto de violencia por parte de las más viejas:

Entonces nosotras teníamos, a lo mejor, nuestras colegas, ahora colegas, en ese momento tutoras, muy exigentes, o sea que nos humillaban delante de las pacientes para demostrar su superioridad (Lic. en Obstetricia Centros de Salud de Guaymallén).

La formación que por un lado las pone en desventaja, pues las ubica en relación de subordinación respecto de los portadores del saber médico cuyo conocimiento y lugar se halla institucionalizado y reconocido, es también una oportunidad, pues la mayoría de ellas porta una visión menos enfocada en lo patológico, a la vez que les permite advertir las relaciones de poder que las intervenciones sobre los cuerpos producen:

Es que genera mucho poder (controlar un parto). De igual manera, a mí algo como muy loco que me pasó en el hospital fue sentir mi propio ego. O sea, ver personas vulnerables

enfrente mío y ver cómo cada quien viene, sube, baja, abre, corta, pone...y te remueve, viste, el ego, porque verdaderamente las personas te demandan que las ayudes, o que hagas algo, y por ahí, lo que tenés que hacer justamente es estar, pero no meter mano... la conciencia de decir “Bueno, estoy acompañando un proceso natural y qué puedo aportar desde donde estoy y dejar que suceda”... (Estudiante 2 de la Licenciatura en Obstetricia)

En el año 2010 empecé con un proyecto de Salud Reproductiva a trabajar en el Centro de Salud N° 16 que es el de cabecera de Guaymallén y ahí atienden 5 médicos ginecólogos, entre hombres y mujeres, con una medicalización del embarazo importante, y de a poco me fui haciendo el lugar para poder entrar a hacer control de embarazo como lo hacemos nosotras, que en realidad, como nosotras no tenemos acceso a la medicación, es como que la medicación es la última opción... a veces una mujer que tiene una glucemia altísima, que la van a estudiar por una diabetes gestacional, si vos le explicás una dieta... y no tenés que llegar a una medicación, ni nada. Entonces, esa es la diferencia a lo mejor entre el embarazo controlado por un médico y controlado por una licenciada en obstetricia (Lic. en Obstetricia, centros de salud de Guaymallén).

La visión integral de las mujeres, la posibilidad de percibirlas en sus mundos sociales y la visión de sus cuerpos incide en una doble dirección: por una parte las aleja de la concepción fragmentaria del cuerpo y, por otra, las habilita para percibir la violencia institucional y sus montos:

Hay muchas mujeres que tienen ese rechazo a su propio cuerpo, a su propio concepto de salud (Entrevistadora: Muchas han sido violentadas) Exacto. Entonces, no se quieren hacer un papanicolau porque les metieron un espéculo gigante y las terminaron lastimando. O a mí me pasa cuando les voy a hacer un tacto. Le digo “mirá, te voy a hacer un tacto, tengo mano chiquita, no te va a doler, ponete blandita”. Y a veces les hago el tacto y me dicen “ah, pero no me dolió”, porque no hay necesidad de esa agresión al cuerpo de la otra persona (Lic. en Obstetricia, centros de salud de Guaymallén).

El Neonatal (un hospital público de Córdoba) era más tipo el Lagomaggiore...no el Lagomaggiore porque ya estaba un poco más bien parado, pero enorrme, llegaban mujeres una atrás de la otra, gente trabajando así como en serie. Y ahí vi, presencié, situaciones muy violentas, de las cuales me sentí en un momento, no testigo sino medio cómplice, como que dije “cómo puedo estar ahí y no haber hecho nada”. Me cayó una culpa muy grande (Estudiante 2 de la Lic en Obstetricia).

...al no estar contemplado lo emocional y psicológico, uno de los riesgos que he escuchado que dicen por ahí: “se te puede volver loca la mujer”, “se te puede” (enfatisa)...o sea, podés llegar a volverla loca. Es re peligroso, ¿entendés? Porque podés llegar a volver loca a una mujer adentro de un lugar así, si la maltratás. Ellos no creen que lo hacen ellos, sino que la mujer se vuelve loca sola (Estudiante 2 de la Lic en Obstetricia).

Uno de los partos, la última vez que fui al Lago (Hospital Lagomaggiore), fue terrible. Estaba la obstetra y 7 compañeras, una charlando del novio, la otra diciendo que tenía que ir a comprar, la enfermera encima de la parturienta, haciéndole maniobras que ya son ilegales... Se suben y empujan, para bajarlo, esa maniobra es ilegal y la siguen haciendo las enfermeras en el Lago... Me pareció una falta de respeto hacia esa chica que estaba hacía no sé cuánto. Me pareció terrible y le pregunté qué había hecho: “para bajarla, vos te ponés así, entonces ayudás a que baje”. La criatura no bajaba porque tenía dos vueltas de cordón... Y así y todo le hicieron episiotomía. La enfermera estaba arriba empujando, la obstetra –era una doctora, no era un hombre, era una mujer- le iba a cortar y la enfermera le dijo “no, pará, no cortés”, “sí, sí corto”, track! Y yo escuché el “track” y ahí ya salí. Ya ahí me fui, me senté en la camilla afuera, dije bueno, esto... (Estudiante 1 de la Lic en Obstetricia).

Algunas de las licenciadas entrevistadas han podido ampliar su inserción laboral, especialmente a través del programa de Médicos Comunitarios⁴⁹, llevando esta visión integral a la atención primaria, realizando consejería en salud sexual y reproductiva, controles de embarazo de bajo riesgo y controles de puerperio en CICs y centros de salud.

Entonces, antes de recibirme colaboraba y trabajé algunas veces para el programa de salud reproductiva y en el 2009 tengo la posibilidad de entrar, con el posgrado social comunitario,

⁴⁹ El Programa Médicos Comunitarios, vigente desde el 2004, tiene como objetivo general “fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, como política de Estado, en los sistemas locales de salud” (<http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/objetivos>). El programa, que apunta al trabajo interdisciplinario, incluye profesionales de distintas carreras con perfil socio-sanitario (médicos/as, psicólogos/as, enfermeros/as, trabajadoras/es sociales, licenciadas en obstetricia, odontólogos/as) así como agentes sanitarios/as y promotores/as de salud locales, algunos/as de comunidades indígenas. Según las últimas estadísticas disponibles (a julio de 2012), en Mendoza el recurso humano del programa sería de 456 personas, distribuidas en 170 efectores del primer nivel de atención.

a primer nivel de atención, que realmente no tenía idea... en realidad vos entrás al centro de salud y no sabés qué vas a hacer, ¿me entendés? Yo entré en el (Centro de Salud del) barrio Nebot... es una institución donde no se controlaba embarazos porque los médicos eran clínicos y no controlaban embarazos. Me acuerdo que tenía dos embarazadas y bueno, ahora tengo un montón. Y bueno, ahí fue como empezar a especializar mi profesión en lo que a mí me gustaba, que era el primer nivel de atención, siempre muy ligado al hecho de la salud reproductiva. [...] Entonces, yo en el barrio empecé a hacer un trabajo, sobre todo que me conociera la gente, saliendo del centro de salud, y que me vieran embarrarme... Iba a buscarla (a la embarazada)... y a concientizar un poco en la importancia del control prenatal. Ahora, realmente van, las chicas (Lic en Obstetricia Centros de Salud de Guaymallén).

El trabajo que realizan estas obstétricas en los centros de salud y CICs se corresponde con una visión integral de los procesos reproductivos. Algunas de ellas organizan cursos de preparación para la maternidad:

Y el curso... el tema de la gimnasia es el título, pero es como yo le digo: una preparación integral para la maternidad. Porque en realidad son talleres, que damos, que doy y que dan un montón de profesionales desde el ámbito de la psicomotricidad, psicóloga, médica, una pediatra, en las cuales nosotros lo que hacemos es darle talleres a las chicas, para darles herramientas para ir preparándose y acompañándolas en este proceso. Realmente, eso creo que es una de las cosas más importantes que hemos logrado, ya como que es una política del centro de salud. Al principio, te lo toman como que es una tontera (...) Y cuando vos les pedís la devolución del curso (a las mujeres), se ponen a llorar y te cuentan lo importante que fue de tener a alguien que las acompañara.(...) la mayoría de las chicas que hacen un curso de gimnasia preparto controlan su puerperio (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Yo doy gimnasia pre-parto y lo doy acá. Porque la mayoría de las mujeres se hacen ver acá. Tenemos una población muy grande, 8000 personas de Costa de Araujo, y también tenemos mucha gente de Nueva California, que viene de San Martín que no tiene ginecólogo... más que nada ejercicios de respiración y de relajación. Porque en el embarazo hay muchos cambios a nivel orgánico entonces te ayuda a mitigar, por ejemplo las molestias, los calambres, los dolores de espalda, la tensión...te ayuda bastante... Lo importante es que sepan qué les va a pasar, cómo va a ser, que no vayan sin saber. (Entrevistadora: para dar el curso hiciste alguna formación o en la misma facultad les enseñan?) No, he sido autodidacta (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud y Hospital de Lavalle).

Otras se interiorizan sobre consejería en métodos anticonceptivos y brindan atención especial a adolescentes y jóvenes. Incluso una de las licenciadas acompañadas durante el trabajo de campo se ha familiarizado con los mecanismos de acceso rápido a ligaduras tubarias y ha logrado coordinar con un hospital regional para que reciban a las mujeres que atiende, garantizado el transporte del CIC para que puedan llegar hasta allí.

Una de ellas incluso se ha interesado en medicinas alternativas y entabló una amistad estrecha con la partera del barrio en el que trabaja:

Y justo hoy hablando ...me decía una odontóloga, que es comunitaria, rarísimo, que habían encontrado en Lavalle un libro escrito a mano de un chamán que tenía todas las recetas de medicamentos, de hierbas medicinales, con la forma de preparación, la indicación, todo...escrito a mano! Estaba en la biblioteca, así que a nosotros nos van a conseguir una copia, porque Guaymallén está armando un proyecto para trabajar en el verano sobre esto de medicina alternativa. Y este fin de semana, el sábado y domingo en Lunlunta hay un encuentro que es una feria sobre medicina alternativa, que bueno, yo voy a ir, porque está bueno. Sí, en realidad suponete ... había una mujer que hacía los partos en el barrio Nebot, hasta que llegué yo. Entonces cuando llegué yo, nos hicimos muy amigas con ella, una mujer excelente. Su madre, chilena, comadrona en Chile. Su abuela, partera. Entonces, venía con una herencia increíble. Cuando me conoció a mí, nos hicimos muy amigas a pesar de la diferencia de edad (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Es decir, que la visión de estas profesionales y por tanto, la modalidad de atención que brindan a las mujeres, se acerca mucho más a la lógica del continuum que la que ofrecen los/as médicos/as. Raquel Schallman, que viene realizando una crítica al lugar subordinado de las parteras en el sistema de salud argentino, señala el repliegue que sufrió el oficio y todos los espacios que han perdido en el cuidado de la vida reproductiva:

La función histórica de las parteras está hoy despedazada. Hablo de despedazamiento porque el rol de acompañar la vida reproductiva de la mujer desde que se embaraza, pero particularmente alrededor del parto, está dividido entre muchos especialistas (Schallman, 2007:178).

Según Schallman, el control de los embarazos fue anexado por los/as médicos/as obstetras, que inicialmente sólo intervenían en casos de complicación durante el parto. Luego aparecieron los/as anestesistas en el escenario, y se perdieron las técnicas ancestrales de mitigación del dolor. Las enfermeras de sala de partos ingresaron para

facilitar el trabajo de los/as médicos/as y se apropiaron del lugar con sus propias lógicas. Los/as neonatólogos/as, las nurses y las puericultoras eclipsaron el cuidado conjunto que las parteras ofrecían durante el puerperio, enfocándose en los/as recién nacidos/as como protagonistas luego del parto. Finalmente, la “preparación para el parto” quedó en manos de psicólogas, profesoras de yoga o gimnasia, bailarinas, kinesiólogas, musicoterapeutas, y otras disciplinas, quitándoles a las parteras “la herramienta por excelencia para establecer una relación profunda e íntima con las embarazadas” (Schallman, 2007:180). A diferencia del celo de los/as médicos en cuanto a los límites de su especialidad, las observaciones de Schallman tienen más que ver con una crítica a la fragmentación en la atención, que afecta la integralidad y la calidad y que significa la pérdida de oportunidades de establecer vínculos más sólidos entre las mujeres y quienes las acompañan durante la gestación, el parto y el puerperio.

A juzgar por la proliferación de asociaciones que han surgido en los últimos años para reivindicar su trabajo y luchar por su autonomía, las parteras se hallan en un momento de refundación de su oficio, que les permite no sólo ver la institución desde una perspectiva externa, sino ir a la búsqueda de sus poderes perdidos, retornar sobre sus pasos de brujas y comadronas. A la vez, esta posición externa respecto de la institución las habilita para escuchar las voces de la experiencia, de la propia y la de las mujeres a quienes acompañan, a convertirse en aliadas de las mujeres en la lucha por garantizar sus derechos sexuales y reproductivos. Ante la despolitización que supone la institucionalización, en donde las rutinas aparecen como “la mejor manera” de lidiar con los procesos reproductivos, estas profesionales politizan los espacios, las prácticas y las relaciones. Algunas de estas parteras vienen cumpliendo un papel fundamental al interior de las organizaciones que luchan contra la violencia obstétrica y por la humanización del parto. Esta nueva politización tiene un gran potencial disruptivo al interior de las instituciones, pero también corre el riesgo de caer en un discurso de “renaturalización”, en el cual los cuerpos de las mujeres aparecerían como liberados de los avatares de las condiciones materiales, sociales e históricas.

En este capítulo hemos pretendido dar cuenta de cómo están estructuradas, a nivel de prioridades, tiempos, espacios y agentes, las instituciones sanitarias que atienden y

“procesan” los cuerpos de las mujeres durante la gestación, el parto y el puerperio. En la mayoría de los relatos y a partir de los datos recabados durante el trabajo de campo, queda en evidencia que la lógica institucional, que responde a relaciones extralocales, despersonalizadas y reificadas, prima por sobre las necesidades de las mujeres que se convierten en usuarias de los servicios públicos de salud con todo lo que ello implica.

Las prioridades más evidentes que estructuran estos servicios se relacionan, por una parte con las políticas demográficas, epítome de los vínculos que los estados nacionales han establecido con los cuerpos de la “población”, y que, en el caso de las mujeres se traduce en la necesidad de regular el embarazo, parto y puerperio en razón de las metas establecidas por los organismos internacionales como voceros de las relaciones asimétricas norte-sur, con sus implicancias político-sociales y raciales.

Bajo las actuales relaciones (capitalistas, patriarcales y racistas) de dominación, las políticas públicas, vinculadas al modelo neoliberal, responden a la lógica del ahorro en recursos. Más que derecho la salud ha devenido en gasto, y ello ha ido dejando marcas sobre los sistemas de atención, que priorizan la administración por sobre los derechos, las demandas y las necesidades de los/las sujetos. A ello se suma la transformación en las formas científicas de concebir los cuerpos humanos, atravesadas también por el primado de la abstracción, la racionalización y la mercantilización que han ido dejando atrás la posibilidad de atención a la experiencia de las personas. Lejos del viejo “arte de curar” el primado de la estadística, de los protocolos estandarizados y de la hiper-especialización de los saberes se ha instalado también en el campo de la gineco-obstetricia fragmentando el cuerpo y sus procesos. Si la medicina tradicional no era capaz de hacerse cargo de la relación entre procesos corpóreos y sociedad, la actual no ha resuelto ese dilema, a la vez que ha ido tomando cada vez más distancia del contacto con el cuerpo.

Podría pensarse que se trata sólo del discurso médico, pero lo que hemos procurado poner en evidencia a partir del trabajo de campo es su materialización en las prácticas, en el manejo de los tiempos y la disposición de los espacios institucionales.

Las instituciones funcionan a partir de la organización de los espacios y los tiempos, pero también a partir de la construcción y el sostenimiento de jerarquías entre los agentes involucrados. De este modo, aquellos que ocupan los lugares más altos en la jerarquía - administradores y médicos/as - son portadores de miradas más cercanas a los

discursos institucionales, mientras que quienes ocupan lugares marginales al interior de la institución -como las parteras o las trabajadoras sociales- son quienes logran una mayor distancia crítica y una capacidad de registrar la brecha entre las experiencias – propias y de las mujeres- y las regulaciones institucionales.

En los últimos años el resurgimiento de la partería ha producido una pequeña grieta en los discursos institucionales y los modelos establecidos de atención. Algunas parteras parecen dispuestas a recuperar antiguas genealogías del oficio, a acompañar desde una mirada integral a los procesos de gestar, parir, transitar el puerperio y la lactancia. Existe, desde luego, el riesgo de intentar “volver a la naturaleza”, pero es innegable que se trata también de una oportunidad de poner en crisis las regulaciones institucionales.

CAPÍTULO 6 LOS TEXTOS QUE REGULAN EL PROCESAMIENTO DE LOS “CUERPOS MATERNALES”. UN EJERCICIO DE ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL

Este capítulo se propone develar las tramas textuales de las regulaciones institucionales que se despliegan sobre los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y, en menor medida, puérperas. La etnografía institucional apunta a lograr un mapeo de la manera en que el poder se ejerce a través de formas definidas y materialmente presentes de organización social mediada a través de textos (Campbell, 2014:1496). Retomando lo expuesto en el capítulo 2, consideraré los textos como “artefactos materiales que portan mensajes estandarizadores” (Bisaillon, 2012:620). En este caso, se trata de artefactos impresos, algunos de los cuales se transfieren a un registro electrónico, que no sólo están presentes en el trabajo cotidiano de los/as agentes de la salud que atienden los procesos reproductivos, sino que su llenado constituye en sí mismo una parte importante del trabajo que se espera que realicen como agentes de la institución. Como vimos anteriormente, los sistemas de salud han debido acomodar sus prácticas a las lógicas neoliberales y a los requisitos de los organismos internacionales. Los textos han sido claves para garantizar esta doble rendición de cuentas: leyes, normas, protocolos, guías, formularios y otros documentos impresos y/o electrónicos han sido y continúan siendo producidos por parte de los “gestores” de la salud a nivel internacional, nacional y regional.

Durante el trabajo de campo, tres textos aparecieron como fundamentales para regular el trabajo de las/os agentes de salud en relación a las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas: el carné perinatal/historia clínica perinatal, el partograma y la encuesta del Programa Provincial de Alto Riesgo Materno Infantil y Reproductivo⁵⁰. Esos textos casi no aparecieron en los relatos de las mujeres entrevistadas ni fueron mencionados espontáneamente por los/as profesionales que las atienden (excepto por quien cumple con la tarea de llenado del tercer texto). Se hicieron visibles para mi indagación mayormente a través de las observaciones en terreno y de las preguntas específicas a “gestores/as” de salud. Es decir, que existe una naturalización del uso de estas herramientas institucionales, tanto por parte de las mujeres como por parte de

⁵⁰ En el Anexo 2 se presenta una copia de cada uno de estos textos.

los/as profesionales. A continuación, trataré de desnaturalizar el uso de estos textos, mostrando que no constituyen meramente un registro de las características de las usuarias ni de las prácticas de los/as agentes, como parecería a simple vista, sino que transforman las experiencias de las mujeres en versiones simplificadas y estandarizadas y prescriben/habilitan las acciones y los recursos institucionales al interior del sistema de salud pública. A lo largo del análisis textual se hará visible un vocabulario estandarizado –y técnico- para referirse a los procesos corporales y una conformación de sujetos y entidades y de las relaciones entre ellos, que marcan los límites de lo que la institución considera importante para el cumplimiento de sus objetivos y su funcionamiento cotidiano, más allá de las necesidades y singularidades de las mujeres y de las experiencias propias de las/os profesionales.

6.1 EL CARNÉ PERINATAL/HISTORIA CLÍNICA PERINATAL COMO NEXO ESCINDIDO ENTRE LAS EXPERIENCIAS, LAS PRÁCTICAS INSTITUCIONALES Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Bastante temprano, en mi trabajo de campo, supe de la existencia de una historia clínica específica para la atención de los procesos reproductivos. Durante una entrevista con una exdirectora de Maternidad e Infancia de la provincia, la Dra. Sara Papa, al preguntarle sobre la historia clínica que se usa en los servicios de obstetricia, comentó que:

[e]n realidad, la historia clínica es única, y, en medicina, es donde vos tomás el ingreso de la persona, con todos los datos de filiación, por qué vino, en este caso el control de embarazo. Y existe también, paralelo a la historia clínica convencional, un carnet perinatal [...] un carnet donde vos rápidamente lo llenás. [...] Ese sistema pretende unificar criterios a nivel de país para poder tener datos estadísticos, que no los tenemos. Ese carnet perinatal, el día que la mamá ingresa al centro de salud, la embarazada, vos le tomás todos los datos y tiene casilleros en los que está diseñado cada uno de los controles, donde figura edad de embarazo, altura uterina, presión arterial, datos así. Y tiene otra parte donde están los datos del parto, si fue un parto espontáneo, si hubo ruptura de bolsa, qué APGARD tiene el bebé, si fue atendido en la institución, si fue a nivel privado, cómo fue el alumbramiento, si fue un parto espontáneo. En una cartillita de este tamaño, ahí están todos los datos de información que es el SIP. Esos datos los tiene que llenar la gente del hospital que los atiende y la gente del centro de salud. Es una tarea titánica, pero bueno, en eso se está trabajando mucho, porque además lo volcás y te sirve, le sirve a la institución para también valorar la calidad institucional con la que se está atendiendo y le

sirve a la provincia y le sirve al país obviamente. País que no tiene datos no existe. Entonces, esa es la historia clínica, el carnet perinatal, que en muchos casos lo usan como historia clínica, pero eso no tiene la amplitud que la tradicional historia clínica debe tener.

Más adelante, indagando en las acciones de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia encontré una publicación para la formación interna, que hacía referencia a la necesidad del uso de los Carné perinatales e Historias Clínicas Perinatales y listaba sus objetivos:

- Servir de base para planificar la atención de la embarazada y su hijo y facilitar el funcionamiento de los servicios perinatales.
- Normatizar y unificar la recolección de datos.
- Facilitar al personal de salud la aplicación de normas de atención para la embarazada y el recién nacido.
- Ofrecer elementos indispensables para la supervisión y evaluación de los centros de atención de la madre y el recién nacido.
- Conocer las características de la población asistida.
- Constituir un registro de datos perinatales para la investigación en servicios de salud.
- Constituir un registro de interés legal para la embarazada, su hijo, el equipo de salud y la institución responsable de la atención (Dirección Provincial de Maternidad e Infancia, 2010: 43).

El carnet perinatal y la Historia Clínica Perinatal Base (HCP-B) son instrumentos claves al interior del Sistema Informático Perinatal (SIP) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) para uso en los servicios de gineco/obstetricia y neonatología del continente. Además de la HCP y el carnet perinatal, el SIP cuenta con un formulario de aborto, partograma, planillas de hospitalización neonatal y enfermería neonatal y programas de captura y procesamiento local de datos (Fescina et al, 2010: 3).

La HCP es un formulario A4 que viene siendo usado en los sistemas de salud de la región desde 1983, con algunas modificaciones desde entonces, pero manteniendo el mismo formato y diseño (Fescina et al, 2010: 4). Consta de varias secciones que permiten ingresar los datos personales, la historia clínica abreviada, la historia reproductiva y la evolución del embarazo, el parto, el puerperio inmediato y datos del/la recién nacido/a. En su reverso se encuentra un listado de códigos para la clasificación de las patologías más frecuentes del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, las

principales indicaciones del parto operatorio o de la inducción, y de la medicación administrada en el parto (Díaz et al, 1997: 10).

El carné perinatal es un instrumento asociado al uso de la HCP, que se entrega a las usuarias. Consta de dos carillas: en una de ellas hay una versión de la HCP idéntica a la que se usa en las instituciones; en la otra, se registran los datos de identificación de la portadora, “algún material educativo” y gráficos de altura uterina y aumento de peso durante el embarazo, además de espacio para anotar datos de exámenes complementarios, hospitalización y otras observaciones (Díaz et al, 1997: 13).

Varias líneas a profundizar se desprendían de la apreciación de la Dra. Papa y de la publicación de la Dirección de Maternidad e Infancia. Por un lado, la capacidad de estos textos para coordinar el trabajo institucional a nivel vertical y horizontal. A nivel vertical, el carné y la HCP establecen los marcos de referencia de lo que se considera prioritario en la atención perinatal. Se usan para producir estadísticas unificadas a nivel provincial y nacional, y para “existir como país” en un mundo regido por relaciones extra-locales. La coordinación horizontal entre distintos efectores se torna necesaria dada la estrategia de regionalización de la atención perinatal, que determina trayectorias que atraviesan más de una institución. Por otro lado, emergían como problemáticas las implicancias que tiene, para las prácticas profesionales, el uso de la HCP como forma de historia clínica, desplazando formas “tradicionales” de registro de la atención sanitaria. De este modo, el carné perinatal/HCP constituye un “nexo escindido”: a través del oxímoron queda en evidencia que opera como conector de las distintas instancias institucionales y de las prácticas profesionales, a la vez que como generador de desconexiones (disyuntor) de las inscripciones institucionales y las experiencias sociales, subjetivas, singulares y corporales de los /las sujetos.

Para obtener datos que me permitieran realizar el análisis textual, observé el llenado de este instrumento en centros de salud y centros integradores comunitarios por parte de las licenciadas en obstetricia que realizan controles de embarazo. También pude apreciar estos formularios casi completos durante las observaciones llevadas a cabo en la maternidad de referencia de la provincia, al interior del Hospital Lagomaggiore, mientras acompañaba a una licenciada en trabajo social que realiza la consejería en métodos anticonceptivos. Finalmente, para comprender cómo ingresan estos textos en las prácticas hospitalarias durante la internación por parto y posparto, entrevisté a una

médica residente de gineco-obstetricia del Hospital Lagomaggiore. El análisis que se presenta a continuación se basa en estas observaciones y entrevistas, y en la lectura de los fundamentos e instructivos para el uso del SIP, disponibles en el sitio web del CLAP.

6.1.1 LA HCP COMO PUERTA DE INGRESO DE PRIORIDADES EXTRA-LOCALES EN LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS

En la etnografía institucional hay dos formas principales de incorporar los textos a las prácticas etnográficas: una es como parte de jerarquías intertextuales, y otra es como coordinadores de secuencias de acción/trabajo, como analizaremos más adelante (Smith, 2006: 66). La intertextualidad hace referencia a las relaciones y a la interdependencia entre textos que se ordenan jerárquicamente, de modo que los textos de mayor nivel establecen los marcos y los conceptos que dan forma a los de niveles inferiores (Smith, 2005: 226; Bisailon, 2012: 615). El uso de estos textos da lugar a relaciones sociales independientes de lo local, del tiempo, el lugar y las personas (Smith, 2005: 166).

En este sentido, la historia clínica perinatal puede analizarse como un texto que expresa relaciones intertextuales extralocales, “bajando” prioridades establecidas por organismos internacionales a las prácticas cotidianas de quienes se desempeñan en las instituciones de salud pública. La HCP no funciona de manera autónoma, sino que está en relación de intertextualidad con otros documentos que construyen prioridades y lenguaje acordados regional e internacionalmente.

Como ya mencionamos, la HCP ha sido formulada y revisada por el CLAP, un “centro y unidad técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que brinda asesoría técnica a los países de América Latina y el Caribe en el área de la salud sexual y reproductiva” desde 1970 (sitio web CLAP). Desde la declaración de Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas en 2000, el CLAP apunta a sistemas de información “orientados a facilitar el cumplimiento de estos compromisos además de garantizar la calidad de las prestaciones que se brindan” (Fescina et al, 2010:3). De hecho, las modificaciones realizadas a la HCP desde su creación en 1983 obedecen no sólo a actualizaciones en la evidencia científica disponible sino también a reflejar “las prioridades –nacionales e internacionales- definidas por los Ministerios de Salud de la Región” (Fescina et al, 2010: 4).

En los capítulos 4 y 5 nos detuvimos a analizar cómo, tanto a nivel nacional como regional, la “salud materna” se inscribe en un campo de tensiones entre una lógica de derechos y una lógica de administración, que da lugar a prioridades contradictorias. Por un lado, organismos como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos han contribuido a conceptualizar la mortalidad materna como “un problema grave de derechos humanos que afecta dramáticamente a las mujeres en el mundo y en la región” y ha abogado por “la provisión de servicios adecuados y oportunos de salud materna [como] una de las medidas principales para garantizar el derecho a la integridad personal de las mujeres” (CIDH, 2010: 1). Por otro lado, los organismos de regulación y financiamiento apuntan al manejo de las “cifras” que constituyen “el problema” de la salud materno-infantil:

Cerca de 358.000 mujeres mueren cada año durante el embarazo y el parto en el mundo, y 7,6 millones de niños mueren antes de cumplir los 5 años. Un nuevo estudio, *Intervenciones esenciales, productos básicos y directrices para la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil*, describe intervenciones clave basadas en la evidencia que reducirán notablemente estas cifras, con un enfoque específico sobre la manera de asignar recursos limitados para lograr un máximo impacto en la salud de las mujeres y los niños (sitio web PAHO).

Estas tensiones no solo aparecen en la formulación de políticas y programas como el Plan Nacer, sino que quedan también plasmadas en instrumentos técnicos como la HCP/carné perinatal. El tipo de información que permiten ingresar demuestra el interés por considerar algunos factores socio-culturales, como la autoidentificación étnica, la edad y el nivel de estudios alcanzados por la mujer, dado que las barreras en el acceso a la salud muchas veces tienen que ver con la pertenencia a grupos marginados en razón de su origen étnico, su edad o su analfabetismo. Sin embargo, por su lenguaje y su diseño, la HCP parece estar más alineada con textos de carácter médico y administrativo que con la legislación que establece derechos durante el proceso reproductivo, tales como la Ley N° 25.929 “Derechos de Padres e Hijos durante el proceso de Nacimiento” (más conocida como ley de parto respetado) y la Ley N° 26.485 “de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales” (especialmente el artículo 6 inciso e, que versa sobre la violencia obstétrica). Apenas aparecen algunos datos sobre el cumplimiento de los derechos expresados en las mismas: la posición de la mujer durante

el parto, si estuvo acompañada y por quién, si recibió consejería en métodos anticonceptivos y/o lactancia materna, si asistió a un curso de preparación para el parto. Sin embargo, no permite registrar las decisiones de la mujer: si fue ella quien eligió la posición y/o el acompañamiento, si brindó un real consentimiento informado ante las prácticas, etc.

Es decir, que quedan por fuera otras prioridades, que parecen circular por carriles paralelos, que no encuentran el mismo anclaje en las políticas ni en las prácticas basadas en textos institucionales ni reciben la misma cantidad de recursos para su consecución. Las iniciativas de “Maternidades centradas en la familia” y “Hospital Amigo de la Madre y el Niño”, por ejemplo, basadas en premisas de no medicalización y protagonismo de las mujeres y sus familias, parecen funcionar más como discurso apaciguador que como mecanismos de cambio efectivo, ya que no logran inscribirse en los textos que regulan el funcionamiento cotidiano de las instituciones y las relaciones en su interior.

En última instancia, lo que se obtiene a través del uso de estos instrumentos es la unificación de datos y conceptos para producir estadísticas que permitan la supervisión de los avances en las metas sanitarias suscriptas por el país ante los organismos internacionales. Es decir, que facilitan la rendición de cuentas ante estos organismos, a fin de demostrar el uso racional de recursos obtenidos a través de préstamos y certifican que el país está en condiciones de solicitar nuevos préstamos.

Ante esas condiciones, cabe preguntarse cómo incide el uso de un Carné unificado y estandarizado en base a prioridades extra-locales en la capacidad de las instituciones de dar cuenta de la diversidad y singularidad de los sujetos que acuden a sus servicios y de las realidades locales y sus necesidades de generación y transmisión de datos.

6.1.2 EL CARNÉ PERINATAL COMO COORDINADOR DEL TRABAJO INSTITUCIONAL A NIVEL LOCAL

Como analizamos en el capítulo anterior, existe actualmente, según una resolución del Ministerio de Salud de la Nación, una estrategia de regionalización de la atención perinatal, que determina que el punto de ingreso al sistema sean generalmente los centros de salud, que concentran el control de los embarazos considerados de bajo riesgo. Si se detecta un caso de alto riesgo, se deriva a la embarazada al hospital de referencia para continuar allí sus controles. Por otro lado, se espera que todos los partos se lleven a cabo en los hospitales, tanto en los de menor como los de mayor complejidad

(por supuesto, las cesáreas y partos instrumentales solo pueden llevarse a cabo en hospitales de referencia, que cuenten con quirófano y/o médicos/as especialistas).

Es decir, que la mayoría de las mujeres que transitan sus procesos reproductivos en la salud pública circulan por al menos dos espacios institucionales distintos: un centro de atención primaria durante el embarazo y un hospital durante el trabajo de parto/parto/puerperio inmediato. Incluso quien ha tenido las consultas de embarazo y el parto en el mismo hospital es muy raro que sea atendida por el/la mismo/a profesional, ya que los embarazos son atendidos por personal de planta mientras que los partos son atendidos por personal de guardia, constituidos por distintos grupos de profesionales.

A diferencia del subsistema privado y de algunos componentes del subsistema de seguridad social, en donde un/a mismo/a médico/a atiende las consultas antenatales, el parto y el posparto, en el subsistema público solamente “por casualidad” (al decir de una de las médicas entrevistadas) la mujer será acompañada por la misma persona durante todo el proceso de embarazo-parto-puerperio. Por tanto, para evitar la desarticulación, la estrategia de regionalización requiere de “un muy buen sistema de comunicación, que permita el flujo de la información sobre las necesidades de atención de las embarazadas” (Speranza y Kurlat, 2011: 42).

En este escenario, el carné perinatal funciona como una herramienta de comunicación entre el personal de salud de los distintos sitios institucionales por donde circulan las mujeres en el embarazo, el parto y –en menor grado- el puerperio. En los fundamentos del SIP, podemos ver que los creadores de la HCP apuntaban efectivamente a generar una herramienta que “garantice a quien atienda el caso en el lugar y momento en que lo haga, que todos los datos necesarios para el correcto manejo estén en su poder” (Fescina et al., 2010: 3).

En la etnografía institucional, se considera que los textos son como un sistema nervioso central que atraviesa y coordina espacios institucionales (DeVault & McCoy, 2004: 765). Los textos que constituyen y regulan las actividades institucionales establecen la capacidad de acción (*agency*), es decir, las capacidades “especificadas textualmente” de controlar y movilizar el trabajo de otras personas (Smith, 2005:183). En este sentido, el carné perinatal es de fundamental importancia al interior de los servicios perinatales, porque es lo que le da algún tipo de continuidad a la atención y lo que permite, a través de su sistema de alerta, establecer “el grado de complejidad del

paciente [para determinar] dónde y quién proveerá dicha atención” (Speranza y Kurlat, 2011: 42).

Lo que sucede es que ante la premura de los tiempos institucionales, el carné termina convirtiéndose en la versión de la mujer que será “aprehendida” por quienes lo vayan recibiendo y completando sucesivamente. La premura tiene que ver con la incompatibilidad entre los recursos disponibles y la dinámica propia de los procesos de semiología clínica, que requerirían de tiempos, espacios y capacidades que no son prioritarios en la atención. En este sentido, la residente entrevistada comentó la importancia y utilidad del carné para garantizar una atención adecuada:

... a veces, nosotros nos manejamos con un nivel sociocultural bajo, la comunicación es muy difícil, entonces generalmente vienen con esto (el carné) y [...] muchas veces vos decís “¿por qué pusieron, por ejemplo, el estreptococo?” Esto se hace a las 35 semanas, que es el tamizaje de esta bacteria en la vagina y que si la mamá lo llega a tener hay que darle un antibiótico durante el trabajo de parto, porque esta bacteria puede causar una sepsis en el bebé. Entonces vos sabés que si está positivo le tenés que dar el antibiótico. Y mirá lo que es, un detalle (Médica residente de gineco-obstetricia, 2do año).

(Entrevistadora: ¿Qué pasa si llega una mujer y no tiene el carné completo...eso afecta en algo?) Y, sí. Primero, nos afecta a nosotros porque es más tiempo...o sea, ahí tiene que ser todo bien hecho y rápido. Y si a vos no te dice, por ejemplo, que la mamá tiene hipertensión y no está marcado acá, hay muchas mujeres que...es muy difícil el diálogo, no es tan fácil...no es un hospital...manejamos un paciente con un nivel intelectual bajo, entonces a veces se nos pasa que son hipertensas: “Señora, ¿tiene alguna enfermedad?” “No”. Pero igual nosotros acá nos entrenan para eso, entonces volvemos a preguntar: “Señora tiene alguna enfermedad?” “No” “¿Toma alguna medicación?” “Sí, tomo una pastillita”. Y resulta que era re contra hipertensa. Entonces, sí te dificulta porque...esto es como, rápidamente tener... (Entrevistadora: ¿un pantallazo?) un pantallazo, entonces ¿qué va a pasar? Tenemos que tener más tiempo para poder hacer la anamnesis.

El carné aparece como una versión ya procesada, ya medicalizada de la mujer, en donde lo que se considera relevante de su experiencia ya está filtrado por un/a profesional para que a la llegada a la guardia se evite “perder tiempo” con la anamnesis en un momento crítico en donde puede primar la urgencia.

Luego del egreso del hospital, el carné sigue coordinando el trabajo institucional:

(Entrevistadora: ¿qué se hace una vez que esta información está completa, o sea, lo que se quedan ustedes? ¿La mujer se lleva todo esto también?) Se llevan...viste que te dije que copiamos una exactamente igual. Una queda en su legajo, en la carpeta del hospital. Y otra se la lleva la mamá, para que cuando el médico del centro de salud siga el puerperio, la controle, tenga todos los datos (Médica residente de gineco-obstetricia, 2do año).

Aquí vemos cómo, aunque quien tiene en su poder el carné es la mujer, no es ella la destinataria de los mensajes y los datos que porta, sino otros/as agentes del sistema que se consideran interlocutores/as válidos/as.

En la coordinación de espacios y prácticas, el carné/HCP también produce la observabilidad institucional del trabajo de distintos/as agentes. Es decir, que se da una doble coordinación: por un lado, la coordinación de una secuencia en la que participa más de una persona en un curso de acción institucional –en este caso las consultas antenatales, la internación por trabajo de parto, etc- y por otro, la coordinación con las personas responsables de supervisar el proceso y asegurarse de que el trabajo realizado cumple con los requisitos regulatorios (Smith, 2005:170). Al preguntarle sobre la posibilidad de que no se completen los carnés/HCPs en el hospital, la residente entrevistada comentó que

Es que te revisan...No, imposible. Porque... como residente te llegan a ver que no completaste eso...No, no, siempre se completa (...) (Entrevistadora: ¿Y quién controla que eso se complete? ¿Hay como un control de las carpetas?) Y, por ejemplo, a los residentes, tu jefe. O sea, tu residente superior controla cómo está, si lo llenaste bien o mal (Médica residente de gineco-obstetricia, 2do año).

Por otro lado, la copia de la HCP que se mantiene en el hospital, coordina el trabajo de quienes atienden con el del personal técnico-administrativo del ministerio de salud de la provincia:

(Entrevistadora: Desde el hospital, ¿se hace algún tipo de estadísticas o registros con esto?) Sí, sí se hacen estadísticas, pero esa parte... (interrupción) No la hacemos nosotros los médicos, lo hace el centro de estadísticas del ministerio (Médica residente de gineco-obstetricia, 2do año).

Ahora bien, dado que el carné es lo que garantiza un mínimo de continuidad en la atención, cabe preguntarse qué sucede cuando este texto llega incompleto de un sitio a otro. Según la residente entrevistada, “el 80% llega incompleto al hospital, porque los

médicos no lo llenan”. Una de las licenciadas en obstetricia entrevistadas también comentó que en el consultorio de embarazo de alto riesgo no completan el carné. Otra explicó que en uno de los hospitales de menor complejidad, al llegar una mujer en trabajo de parto sin carné, es derivada directamente al Hospital Lagomaggiore porque al no conocer su nivel de riesgo no es posible determinar si corresponde que sea atendida en esa institución.

Incluso cuando el carné llega completo, cabe preguntarse qué tipo de información es capaz de transmitir de un nivel a otro, cómo impacta en el “procesamiento” de la experiencia y el cuerpo de la mujer que lo porta. Esta inquietud se retoma en el siguiente apartado.

6.1.3 LA HCP/CARNÉ PERINATAL COMO FORMA DE HISTORIA CLÍNICA: CONTINUIDADES Y DESPLAZAMIENTOS

Es fundamental dar cuenta de cómo se inscribe el carné perinatal/HCP en la historia de los registros médicos. La historia clínica constituye un documento médico-legal que surge del contacto entre un/a profesional de la salud y un/a paciente o usuario/a. En ella se registra “toda la información de utilidad clínica sobre el estado de salud o enfermedad de la población atendida” (Tejero Alvarez, 2004: 3). La necesidad de dejar sentada por escrito la relación médico-paciente se remonta a tiempos muy lejanos, incluso previos al afianzamiento de la medicina como ciencia occidental:

Múltiples ejemplos surgen en torno a esta idea, como las implicaciones jurídicas y las sanciones de un ejercicio médico erróneo consignadas en el Código de Hammurabi. La idea de codificar el trabajo médico y ajustarlo a normas dictadas, con lo cual, si no se logra la curación del paciente pero el médico las ha obedecido estrictamente, no se hace acreedor a sanciones, como en el antiguo Egipto (Cerecedo Cortina, 2003: 3).

Se considera que la historia clínica es una parte vital de la “práctica intelectual médica”, llegándola a reconocer incluso como “la esencia misma del acto médico” (Tejero Alvarez, 2004: 4). Un manual de pedagogía clínica la caracteriza como

[i]mprescindible para la asistencia, básico para la investigación, fundamental en epidemiología, puede servir para divulgación, reviste importancia médico-legal y constituye un instrumento didáctico, mediante el que maestro y alumno (sic) cultivan sus habilidades en el razonamiento clínico y en el autoaprendizaje. Es el punto de partida del

razonamiento médico, pues cada dato que se capta da lugar a inferencias que generan hipótesis, con modalidades de ratificación o rectificación (Cerecedo Cortina, 2003: 1).

Según el manual, la historia clínica debería ajustarse a las necesidades de cada especialidad médica o, en caso de hallarse unificada, debería ser “completa, veraz, precisa, sencilla y con cierta flexibilidad al mismo tiempo”, de modo que permita extraer de ella los datos indispensables para los propósitos de cada profesional (Cerecedo Cortina, 2003: 2). Otro manual indica que

no debe ser un simple registro estático, sino transformarse en un instrumento dinámico, estructurado y creativo orientado a los problemas del enfermo. Tiene que ser concisa, convincente y completa, no difusa, superficial y fragmentaria; debe servir al médico experimentado pero también ser inteligible para el estudiante; debe permitir libertad de expresión a los médicos más perceptivos, y a la vez cumplir una forma y un orden para evitar una personalización del registro a un punto tal que la subjetividad impida la comunicación (Alvarez, 2008: 50-51).

Todas estas fuentes coinciden en la necesidad de que las historias se elaboren en base al método científico, de modo que permitan tanto tareas académicas como mejor administración de los recursos del sistema de salud (Cerecedo Cortina, 2003: 2).

Si analizamos la HCP como tipo de historia clínica, podemos ver que sus creadores tenían como horizonte varias de las funciones anteriormente mencionadas. Una de las más evidentes es que la HCP es concisa, precisa y estructurada. De hecho, es un formulario de una sola carilla, en la que caben “todos los datos considerados relevantes para la toma de decisiones” (Díaz et al., 1997:9). Por otro lado, su función médico-legal está garantizada por un diseño que permite supervisar “el cumplimiento de las normas y su evaluación, pasos indispensables para el correcto cumplimiento del proceso normativo” (Díaz et al., 1997:9).

Algunas etnografías institucionales han estudiado los formularios como tipo de texto que filtra las respuestas de los/as informantes y prescribe lo que puede o no decirse. Quien completa un formulario solamente está habilitado/a para proveer detalles a través de respuestas a preguntas prescriptas que no solo guían sino que dan forma a la historia que cuentan. En consecuencia, algunas características de la historia pueden ser excluidas dado que el formulario no cuenta con el espacio para proveer estos detalles. Quien lee el texto posteriormente, solo puede ver a la persona representada a través de

los lentes del formulario. Es decir que estas prácticas textuales facilitan el moldeamiento institucional de un/a individuo. A menudo, quien completa el documento no conoce el hecho de que el formulario lleva consigo muchas determinaciones de acciones futuras basadas en cómo otros/as agentes institucionales leerán el texto (Clune, 2011: 43).

En el caso de la HCP, la forma de registro de los datos está claramente orientada a la construcción de estadísticas para la vigilancia epidemiológica y para dar alerta sobre factores considerados riesgosos. Las variables están predefinidas y casi no hay espacios donde puedan hacerse anotaciones que permitan “libertad de expresión a los médicos más perceptivos”, ni flexibilidad, ni creatividad, ni dinamismo en el registro. Mientras que otros componentes del SIP, relacionados con el seguimiento de la salud neonatal, cuentan con considerables espacios en blanco para anotaciones, la única flexibilidad de la HCP observada durante el trabajo de campo es el adosamiento de una segunda cartilla para completar la sección de controles prenatales cuando los espacios de la primera se agotan.

A diferencia de las historias clínicas tradicionales, en las cuales la anamnesis y la semiología aparecían como corazón del proceso de “conocimiento” del/de la paciente por parte del/de la agente de salud, el uso de un formulario como matriz de registro obtura la capacidad de dar cuenta de la singularidad de los procesos corporales. En cambio, filtra las experiencias corporales y de vida en una serie de “antecedentes” y “datos actuales” que solo pueden completarse con información traducida en lenguaje abreviado, estandarizado y técnico.

Haciendo un recorrido por las secciones que la componen, vemos cómo desaparecen de la historia (de la mujer) algunos datos fundamentales y otros quedan registrados inexactamente.

Una de las ausencias más significativas al interior de la HCP es que no dispone de ningún lugar para consignar si la mujer trabaja fuera del hogar, cuántas horas y en qué ocupación. Este dato parece no tener importancia para la gestación actual, o tal vez responde a la presunción de que las mujeres no trabajan o no deberían trabajar durante el embarazo. A modo de ejemplo, durante una de las jornadas de observación, presencié el control de embarazo de una mujer de 21 años que trabajaba en una fábrica de tomate envasado, con contratos estacionales. Su trabajo requería que estuviera de pie durante

muchas horas, lo que le producía molestias. Al consultar y hacerse análisis, descubrieron que a la semana 22 tenía el líquido amniótico disminuido, lo cual constituye una complicación seria, que tal vez podría haberse evitado si en consultas anteriores le hubieran preguntado por sus condiciones laborales.

Otra falencia grave del formulario se encuentra en la sección que recoge datos sobre la gestación actual, que solo cuenta con un recuadro para consignar datos psico-sociales, bajo el paraguas “Estilos de vida” (según el instructivo de llenado de la HCP). Obedeciendo a la misma lógica dicotómica de compleción de los datos clínicos, con casilleros para tildar sí/no para cada trimestre de gestación, aparecen las variables fuma act., fuma pas., drogas, alcohol, violencia. Durante el trabajo de campo, una de las licenciadas en obstetricia me comentó sobre la dificultad de preguntar acerca de las situaciones de violencia. Muchos de los casos que ha detectado tienen más que ver con el hecho de que ella vive en la misma localidad en donde se encuentra el centro de salud en el que trabaja, un “pueblo chico” en donde las situaciones de violencia llegan a sus oídos por intermedio de vecinas o familiares preocupadas. También me comentó, luego de retirarse una de las mujeres que atiende, que la misma ejercía la prostitución y que ha tenido varios intentos de aborto fallidos (introduciendo objetos en su vagina), datos de importancia para el seguimiento de su embarazo –de su salud sexual y reproductiva, en general- pero que no quedan sentados en ningún casillero de la HCP y por lo tanto, al llegar al hospital no forman parte de su historia y sus necesidades singulares de atención, y también desaparecen en la generación de estadísticas.

En la sección Parto, aparece una variable denominada “acompañante”, con casillero para Trabajo de Parto y otro para Parto. Allí las opciones incluyen “pareja”, “familiar”, “otro”, “ninguno”. En la entrevista sobre el llenado del formulario, la residente comentó que “en cuanto al acompañante generalmente nosotros acá en este hospital no entra la pareja, no entra ningún familiar, es otro, somos nosotros. Ninguno no, siempre está acompañada la mamá. Pero generalmente es otro”. En el instructivo de llenado de la HCP, se considera que Acompañante es quien “ofrece apoyo emocional, información, aliento y confort, en forma continua e individualizada a la gestante” (Fescina et al., 2010: 40). Se considera que el personal de salud puede entrar en la categoría “otro”, siempre y cuando brinde ese tipo de acompañamiento, pero que “[n]o debe considerarse ‘acompañante’ al personal de salud que estuvo presente realizando únicamente evaluación clínica o administrando tratamientos” (Fescina et al., 2010: 40). Según

indica esta misma residente en la entrevista, “cada media hora todas las pacientes de la sala de partos están controladas”, mientras que en el sector “de dilatantes” se las “controla” cada más tiempo. Es decir, que no es un acompañamiento continuo y que la relación es más bien de control y seguimiento que de apoyo emocional. Los testimonios de dos de las mujeres entrevistadas, que atravesaron sus trabajos de partos y partos en el hospital Lagomaggiore, sirven como claro ejemplo para desmontar el supuesto acompañamiento del personal de salud, tanto desde el punto de vista de la contención emocional, como de la información del proceso, e incluso del seguimiento continuo:

Y yo me acuerdo que en ese momento en el hospital había carteles que decían que en el parto podía estar el padre del bebé o el padre o madre mío. Y a mi mamá no la dejaron entrar, y ni siquiera para que mi mamá me siguiera explicando qué era lo que me pasaba (...) porque en la sala de parto las enfermeras lo único que iban y te hacían tacto y se iban. (Entrevistadora: ¿Y no te decían nada?) Nada. Entre ellas decían cuánto iba de dilatación pero no te decían nada, nada. Yo me acuerdo que estábamos en la sala de parto cuando me llevaron y pasa una enfermera y dice “Cállense la boca, si les gusta el durazno aguántensela”. Y una chica que también era joven y era su primer parto también, le dijo “Usted debería estar ayudándonos y no diciéndonos lo que nos está diciendo”. Y la enfermera dijo “Yo no las mandé a abrir las piernas”. Así que en qué nos ayudaba, no sé, porque ni siquiera nos explicaba nada (Natalia).

Se hicieron las 7 de la mañana, yo seguía ahí, nadie me revisaba. De las 2 hasta las 7 nadie me revisó. Yo seguía ahí. Y como a las 9 como que ya me había cansado. Le digo a una doctora “O me atienden o me paro y me voy”. “Cómo se va a ir si está con trabajo de parto” me dice. “No, yo me voy, yo me voy” le digo. Y viene una doctora y dice “qué pasa?” “Mire, le digo, desde las 2 de la mañana, han pasado cuatro horas y nadie me revisaba. Todas entran y salen y yo sigo acá”, porque entraban médicos y revisaban a una, entraba otro médico y revisaba a otra. Pero nadie me revisaba a mí. Me dice, “a ver, yo la voy a revisar. Tiene 8 centímetros de dilatación. Ya le asigno un médico, porque la doctora que la estaba viendo se fue. Hizo el cambio de turno y no avisó, no dejó la carpeta hecha del traspaso (Juana).

Así observamos cómo algo que para la experiencia de las mujeres es tan crucial y queda grabado en su memoria, queda relegado a un casillero que se completa apenas marcando una opción y que trastoca la verdadera situación.

Finalmente, otra gran ausencia es la de espacio para el seguimiento del puerperio. Solamente existe una pequeña sección hacia el final del formulario para registrar los signos vitales, la involución uterina y los loquios en el puerperio inmediato. Es decir, que se espera que ese dato se complete en el hospital y ya no hay lugar para controles del puerperio de rutina, en centros de salud. Tampoco hay “indicadores de alarma” para determinar puerperios “de riesgo” o que requieran seguimiento cercano.

Por otro lado, la HCP adolece de fragmentariedad. No sólo fragmentariedad de los cuerpos y los procesos corporales (en donde cada órgano tiene su propio casillero y cada etapa gestacional tiene su propia sección) sino también de las experiencias. Al reiniciarse en cada embarazo, es posible que datos importantes de embarazos anteriores queden por fuera, si no entraron en alguna de las categorías sobre antecedentes obstétricos. Por ejemplo, una anemia severa durante un embarazo anterior quedaría sin espacio para ser registrada, al igual que un puerperio con complicaciones debido a cesárea, episiotomía o diabetes gestacional. También queda por fuera el resto de la historia (no)reproductiva y/o sexual que no se relaciona directamente con embarazos. Las lesiones físicas y consecuencias psíquicas provocadas por el padecimiento de violencia sexual en algún momento de la vida anterior al embarazo en curso, por ejemplo, no encontrarían anclaje en la HCP. Así vemos cómo la noción de continuum queda totalmente colapsada a través del uso de este texto.

Más allá de que la Dra. Papa mencionó que la HCP debería usarse en paralelo con la historia clínica convencional, también reconoció que en algunos casos esto no sucede. Y en otros casos, la HCP forma parte de una “historia clínica” que es apenas un cúmulo de formularios y planillas completados y firmados por distintos/as profesionales⁵¹. Por otro lado, en los fundamentos del SIP no se afirma la necesidad de que la HCP sea complementaria de una historia clínica tradicional o más completa.

Analizar de este modo los registros institucionales de salud como conocimiento socialmente promulgado (Campbell, 2014:1503) refleja que el llenado de la HCP no es un ejercicio independiente de las prácticas, sino que constituye un trabajo de producción

⁵¹ Una mujer que conozco solicitó su Historia Clínica en el Hospital Lagomaggiore para realizar una denuncia por violencia obstétrica y obtuvo un aglomerado de formularios, planillas hojas de control y evolución, copias de análisis firmados por más de 10 profesionales, sin contar los/as bioquímicos/as. Estos documentos fueron generados solamente en torno la atención de su parto y puerperio inmediato.

textual de las sujetos que tiene consecuencias materiales, ya que en base a esos datos se toman decisiones sobre las intervenciones que han de realizarse en los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, y los recursos que han de movilizarse para la atención. Luego, estos textos son usados para justificar esas intervenciones en instancias de supervisión o auditoría, o ante denuncias por violencia obstétrica y/o mala praxis.

6.2 EL PARTOGRAMA COMO TECNOLOGÍA DE PROCESAMIENTO DE LOS CUERPOS Y ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS

Durante el análisis de la HCP me llamó la atención una palabra incluida en ella que nunca había escuchado: partograma. Supuse que sería un formulario complementario, algo así como un protocolo de parto. Sin embargo, como el nombre debería haberme indicado, se trataba de un gráfico. Confirmé este dato, su forma de uso y las implicaciones para las intervenciones durante el trabajo de parto y el parto, a través de entrevistas con una médica residente de gineco-obstetricia del Hospital Luis Lagomaggiore y con dos licenciadas en obstetricia que forman parte del servicio de guardia obstétrica del Hospital Ramón Carrillo.

El partograma es una de las tecnologías perinatales propuestas por el CLAP para la evaluación del progreso del trabajo de parto/parto, mediante un panorama gráfico. A través del uso de una planilla pre-impresa se puede graficar una curva que conecta las variables de tiempo en horas en una ordenada y dilatación cervical en centímetros, en una abscisa.

La historia del uso de gráficos para describir el progreso del trabajo de parto data de 1954, cuando Friedman creó un “cervicograma”, una curva sigmoidea (en forma de S) que reflejaba los resultados de su estudio con 100 mujeres africanas “primíparas” (Lavender et al, 2013:3). Dos años después produciría la curva para las “multíparas” (Molinari e Iyo, 2012:40). Más adelante, en los 70s, Philpott desarrolló un partograma en base al cervicograma de Friedman, con el agregado de otros detalles sobre el parto además de la dilatación cervical. Su objetivo era “usar eficientemente a las matronas en un servicio de hospital y clínica en Zimbabue (en ese entonces llamada Rhodesia) que disponía de pocos/as médicos/as” (Lavender et al, 2013: 3). Philpott agregó una “línea de alerta” a partir de los resultados de un estudio sobre 624 mujeres. Esta línea era recta

y constituía una modificación de la tasa promedio de dilatación cervical de las mujeres primigestas que constituían el grupo con la progresión 10% más lenta de la fase activa del parto (Lavender et al, 2013: 3). La tasa de progreso era de 1cm por hora. Ante una tasa más lenta, se cruzaría la línea de alerta y se derivaría a la mujer a un centro de atención de mayor complejidad. Más tarde se introdujo una “línea de acción” ubicada cuatro horas hacia la derecha de la de alerta, con el objeto de “identificar la actividad uterina primaria ineficiente con vistas a suscitar el manejo apropiado”, lo cual implicaría generalmente una intervención tal como la amniotomía y/o la administración de oxitocina (Lavender et al, 2013: 3).

A principios de los 90s, el partograma fue proclamado como uno de los avances más importantes de la atención obstétrica moderna, incluso antes de contar con alguna evaluación rigurosa, ya que la mayoría de los estudios iniciales tuvo lugar en escenarios hospitalarios donde la mayoría de las muertes maternas ocurría entre mujeres ingresadas con complicaciones severas y a menudo con trabajos de parto desatendidos. En 1994 la OMS condujo un estudio prospectivo no randomizado de 35.484 mujeres en el sudeste asiático y concluyó que el partograma era una herramienta necesaria en el manejo del parto por lo cual recomendó su aplicación universal (Lavender et al, 2013: 3). El uso del partograma “para una maternidad segura” está copatrocinado por el Banco Mundial (Nápoles Méndez et al, 2004: 2), que considera la salud materna como fundamental “para desarrollar con éxito los recursos humanos” (Tinker A, Koblinsky, 1994: 46).

El partograma utilizado actualmente en los hospitales de la provincia es el del CLAP, recomendado por la “Guía para la Atención del parto normal en Maternidades centradas en la familia” del Ministerio de Salud de la Nación. Las curvas de alerta del mismo fueron desarrolladas “sobre 1188 partos eutócicos, con feto único y presentación cefálica, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos” (Urango et al., 2004:31). Estas curvas permiten considerar la evolución de la dilatación según la paridad de la mujer (nulípara o multípara), su posición durante el trabajo de parto (vertical u horizontal) y el estado de las membranas ovulares. La combinación de estas variables da como resultado cinco diferentes curvas de alerta, que parten de los cuatro centímetros y medio de dilatación. Según la guía del ministerio,

el Partograma constituye un recurso práctico para evaluar el progreso del trabajo de parto de un caso individual [...] Permite alertar precozmente ante aquellos casos que insinúan un enlentecimiento del trabajo de parto. Evita el uso innecesario de maniobras y medicamentos ya que supone evaluación y eventual conducta activa cuando el registro efectuado traspasó la línea de alerta. Brinda tiempo suficiente para corregir la anomalía en el propio lugar o para referirla a un centro de mayor complejidad. Por todas estas razones debe realizarse en forma simultánea con lo que está sucediendo y no reconstruirlo al finalizar el parto (Urango et al., 2004:31).

Además, en un recuadro la guía resalta que “[e]l Partograma debe incluirse como tecnología apropiada en la Historia Clínica obstétrica constituyendo un resguardo legal” (Urango et al., 2004:31).

Consultando sobre el partograma a quienes se desempeñan en las salas de parto de la provincia, obtuve respuestas disímiles. Por un lado, la residente consultada reprodujo la visión del ministerio de salud y los organismos internacionales, describiendo su uso como una herramienta que facilita su trabajo al permitirle predecir complicaciones:

Nosotros tenemos una hoja, que dibujamos la curva. [...] Entonces se dibuja una curva ideal. Y después dibujás la curva real, que es la que tiene la paciente. Entonces, por ejemplo, cada una hora esta paciente está con 5. A la hora está con 6, a la hora está con 7. Entonces vos dibujás la curva de la paciente. Si la curva está dentro de la curva ideal, quiere decir que está todavía, está evolucionando bien. Ahora, si la curva se queda así, plana, no está evolucionando. Y está buenísima esa curva, porque a vos te va dando una pauta de decir “bueno, esta paciente probablemente no vaya a evolucionar... y la vamos a tener que operar porque no progresa” (Médica residente de gineco-obstetricia, 2do año).

Por otro lado, las licenciadas en obstetricia entrevistadas, que forman parte de un servicio de guardia compuesto mayormente por otras licenciadas, comentaron que existe la obligatoriedad del uso del partograma como parte de la historia clínica según normativas del Ministerio de Salud, como un “documento que demuestra el progreso del trabajo de parto”, pero adujeron que “a nadie le gusta completarlo” y expusieron razones para cuestionar su uso:

[T]e condiciona a intervenir (Entrevistadora: mi duda es si eso obliga a hacer tacto cada cierto tiempo) Sí, sobre todo en primigestas. Porque casi siempre se va de la curva de alerta. Son trabajos de parto más largos. (Entrevistadora: y genera entonces otras

intervenciones) Claro: romper bolsa, poner oxitocina. Una colega nos contaba que en Brasil lo usaban pero no le daban tanta bola y esperaban más si todo estaba bien (Lic. en Obstetricia 1, Hospital Carrillo).

Claro, te condiciona a intervenir en determinados casos donde se va supuestamente de la normalidad en tiempo. Pero en realidad es para partos intervenidos. No sirve para respetar los tiempos. Porque, por supuesto, que los tiempos no son los mismos. Condiciona mucho también a las primigestas, donde por supuesto los tiempos son mucho más largos y condiciona el expulsivo también, donde tiene que ser rápido. Está mal interpretado porque el estudio que hicieron para crear el partograma fue de un número de 3000 mujeres. No sirve. Necesitas más cantidad (Lic. en Obstetricia 2, Hospital Carrillo).

(comentando el libro de texto de Obstetricia de cabecera de la licenciatura) Mirá lo que dice del expulsivo: 15 minutos el expulsivo...¡Dios mío, imagináte! Eso es lo que enseñan en la facultad. Claro que te condiciona. Hay que actualizar esto (Lic. en Obstetricia 2, Hospital Carrillo).

Estas dos parteras también atienden (más bien, acompañan) partos domiciliarios, labor que les ha brindado una experiencia invaluable en cuanto al desarrollo “normal” del trabajo de parto. Para ellas, “normal” no equivale a predecible, ni a regular, sino todo lo contrario: cada parto es único si se deja seguir el curso de cada mujer corporizada y cada feto en proceso de nacimiento. Estas experiencias contrastan marcadamente con las de la médica residente, que solamente ha presenciado partos institucionalizados, intervenidos, en los cuales, a decir de Davis-Floyd, la tecnología proporciona un antídoto contra la incertidumbre de los cuerpos y las experiencias únicas de las mujeres parturientas, y ante la marca que dejan unos pocos eventos catastróficos ante los cuales la única salvación parece ser la tecnología (cfr. capítulo 3).

El uso rutinario del partograma demuestra que sigue primando una lógica mecanicista a la hora de “procesar” institucionalmente los cuerpos de las mujeres parturientas, tal como fuera expuesto por Robbie Davis-Floyd y Emily Martin (Cfr. capítulo 3). El cuerpo aparece como máquina a ser supervisada, vigilada en su capacidad de producción.

El tiempo es el factor que rige la atención hospitalaria del parto:

Vos tenés una normatización de la atención de un parto normal, en donde hay un tiempo [...] Quien ha hecho partos, quien ha estado en una sala de partos y quien sabe lo que es una emergencia, sabés que los minutos son oro en polvo (Sara Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia).

En investigaciones recientes sobre la aplicación del partograma en hospitales de Latinoamérica, hallamos evidencia adicional de su efecto estandarizador y fragmentador, orientado a la administración de tiempos y recursos.

6.2.1 EL PROCESAMIENTO DE LOS CUERPOS: ESTANDARIZACIÓN Y FRAGMENTACIÓN

Una de las publicaciones analizadas enumera entre las ventajas del partograma el hecho de que “constituye un método de lenguaje universal” (Nápoles Mendez, 2004:6), es decir, la estadística. A través de este método, se pueden “medir” los partos de mujeres en cualquier lugar del mundo, sin importar las circunstancias en que se produzcan. Incluso sería factible usar este método sin hablar el mismo idioma que la parturienta o que el resto del equipo de salud. La capacidad de estandarización que su uso provee es valorada porque permite sacar conclusiones “universales” sobre los tiempos y las intervenciones, reunir datos que permitan administrar mejor los “costos de la salud materna”, según vocabulario del Banco Mundial. Esto refuerza otra de las ventajas percibidas por el mismo estudio: el partograma es “económico y asequible”.

Otras publicaciones han criticado la creencia de que el uso del partograma no está afectado por diferencias étnicas, culturales y socioeconómicas, cuestionando su adopción en países de altos ingresos y en aquellos de ingresos medios y bajos (Lavender et al, 2013: 4).

Un equipo del Hospital Regional Docente de Trujillo, en Perú, realizó un estudio extensivo del uso de diferentes tipos de partogramas con las mujeres que acudieron a sus servicios, concluyendo que “[l]uego de 10 años de usar la curva de Friedman, sin lograr los mismos resultados que en ella se demostraban, nos cuestionamos si la tal curva era aplicable a nuestros pacientes (sic)” (Fernandez e Iyo, 2009:40). Las dudas sobre el uso de un partograma “importado”, principalmente en cuanto al tiempo de duración de la dilatación y la del descenso del feto, surgieron al comparar “la talla, ingesta calórica promedio, raza, etc.” de las mujeres atendidas en sus instalaciones con las de las norteamericanas. Luego realizaron un estudio radiopelvimétrico de mujeres mestizas que condujo al hallazgo de una distribución diferente de los tipos de pelvis que

las presentadas en los libros de textos de cabecera, de origen estadounidense, así como de la evolución del parto según el tipo de pelvis (Fernandez e Iyo, 2009:41). Sin embargo, en vez de concluir que la estandarización no es posible, ni deseable debido a la diversidad de los cuerpos y las condiciones materiales de vida de las mujeres, este equipo creó su propia versión de partograma, simplificado pero con tiempos más estrictos que los del CLAP.

Existe evidencia que sugiere el estatus del partograma al interior de algunos servicios de obstetricia es tal que puede restringir la práctica clínica, reducir la autonomía de las parteras y limitar la flexibilidad de tratar a cada mujer como una sujeto singular (Lavender et al, 2013:4). La percepción de las parteras entrevistadas es compartida por otras/os profesionales, que han expresado preocupación de que el uso del partograma puede crea interferencias innecesarias, al asumir que todas las mujeres progresarán en sus partos al mismo ritmo, lo cual conduciría a tasas más altas de ruptura artificial de membranas, inducción con oxitocina y uso de analgesia (Lavender et al, 2013: 4).

Cabe destacar también que como texto, el partograma es capaz de estandarizar no sólo los tiempos del parto sino que también produce la clasificación de las sujetos y las relaciones entre ellos/as: fija las categorías de parturientas: existen solamente las primíparas y las múltiparas. Es decir, que da lo mismo para el caso tener 2 hijos/as que 10. A su vez, para el partograma, sería lo mismo una primípara de 12 años que una de 35. Por otro lado, este texto permite fijar relaciones jerárquicas entre sujetos, especialmente entre las mujeres y los/as profesionales de salud, al enfocar la evaluación del parto en parámetros estadísticos que solamente pueden ser medidos por quien maneja el método. En el partograma del CLAP existe, al final de todas las variables un espacio para consignar datos sobre el dolor, con parámetros predefinidos de localización (suprapúbico/sacro) e intensidad (fuerte/normal/débil), que obviamente requieren del filtro de un/a profesional para ser completados. Una mujer no puede dar cuenta de su experiencia bajo esos términos. La relación asimétrica se manifiesta, además en que el parámetro “la atención al dolor conlleva cursos de acción institucional sólo en caso de que el /la profesional pueda identificarlo como “anormal”, no en el caso de que la mujer solicite anestesia, por ejemplo.

En cuanto a la fragmentación, un extracto del estudio peruano sobre el partograma la sintetiza claramente:

Se describe la evolución del partograma, y en el último modelo de éste, se pone de manifiesto la estrecha relación entre la Anatomía [útero (poder), feto (pasajero), pelvis (pasaje)] y la Fisiología (Fase latente, Fase activa primaria y Fase activa secundaria) cumpliendo a cabalidad la premisa: La función hace al órgano (Fernandez e Iyo, 2009:39).

Por un lado, se produce la fragmentación y separación de la mujer parturienta. Por otro lado, se dividen y subdividen los procesos reproductivos. Ya expusimos cómo, al decir de Davis-Floyd, en el modelo tecnocrático de atención del parto priman los principios de separación y fragmentación: descomposición del individuo en partes, división del proceso reproductivo en elementos constituyentes, disociación de la experiencia del nacimiento del flujo de la vida, y separación entre el cuerpo y la mente (Davis-Floyd, 2001:S6). El partograma es capaz de producir todas esas alienaciones.

Por empezar, si nos remontamos a la cita del CLAP sobre el origen del partograma, leemos que fue realizado “sobre 1188 partos eutócicos, con feto único y presentación cefálica, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con la evolución normal de sus recién nacidos”. Nada en esa frase da a entender que hay mujeres allí⁵². El parto aparece como un evento que puede narrarse sin hacer referencia a la mujer que pone el cuerpo, que pone la vida en su transcurrir.

La sinécdoque que equipara mujer con útero/canal de parto en realidad hace desaparecer a la mujer. En el estudio peruano citado, los autores comentan que a su partograma simplificado se han adicionado figuras para facilitar el trabajo de los estudiantes. Estas figuras representan al “motor” con un dibujo de un útero, al “pasajero” con un dibujo de un feto y al “pasaje” con una ilustración de una pelvis. De este modo, en la fase latente aparecen dos úteros ya que se considera que la causa de enlentecimiento “es prioritariamente la dinámica uterina [...] por tanto el tratamiento será dirigido a mejorar la contracción uterina (Fernandez e Iyo, 2009:45). Luego en la

⁵² La misma observación es hecha por Adrienne Rich en *Nacemos de Mujer*, al describir los relatos del uso de fórceps en el siglo XVII sobre una mujer con enanismo con inflamación espinal y una pelvis deformada, que es descrita como “una primípara enana raquílica”. Rich comenta que le “llevó un tiempo entender que la creatura así descrita era una mujer, presuntamente aterrorizada, probablemente víctima de violación, cuya existencia entera debe haber sido psíquica y físicamente dolorosa y que murió bajo tortura” (Rich, 1995: 145)

“fase activa primaria” (3 a 7cm de dilatación), “la causa principal de que se detenga la dilatación será el feto, y debemos considerar las variedades de presentaciones, deflexiones, asinclitismo, etc., las cuales están también asociadas con ineficacia de la contracción uterina” por lo cual también aparece un útero (Fernandez e Iyo, 2009:45). En la segunda fase activa, aparecen una pelvis y un útero, ya que se considera que la detención se debe a desproporciones céfalo-pélvicas o a ineficacia en las contracciones. Volviendo a las reflexiones de Davies-Floyd, vemos cómo, aunque muchas veces es evidente que las complicaciones son generadas por las intervenciones y la tecnología, los problemas suelen ser atribuidos a la defectuosidad inherente a la naturaleza y el cuerpo de las mujeres (Davis-Floyd, 1987: 299).

El partograma no tiene lugar para las consideraciones de las condiciones de vida ni el estado psíquico y emocional de las mujeres. Es decir, que produce una fragmentación de la experiencia, tomando sólo datos corporales “objetivos”, es decir, legibles a través de los métodos de medición propuestos (dilatación, tensión y pulso, frecuencia cardíaca fetal, frecuencia de las contracciones). Se hace imperante preguntarse con Martin sobre las implicaciones de aplicar conceptos sobre producción provenientes de otros tipos de trabajo a un “proceso complejo en el que se entrelaza la experiencia física, emocional y mental” (Martin, 2001: 66), además de las condiciones sociales. El uso rutinario del partograma como guía para “aprehender” la progresión de un parto dejaría de lado un aspecto fundamental de la fisiología del mismo: la dinámica hormonal, que está estrechamente relacionada con lo emocional y que es imposible de medir a través de instrumentos estandarizados.

Por otro lado, la división en etapas del parto que se expresa en el partograma (fase latente, activa, expulsiva) refleja una progresión lineal, claramente dividida en sub-estadios que se suceden unos a otros, siempre en orden ascendente y delimitados al parto como momento discreto. Sin embargo, los cambios físicos en la cervix y el útero ocurren durante el embarazo y el comienzo del trabajo de parto no es un acontecimiento puntual sino gradual, que puede llevar varios días (Reed, 2011). Además, los patrones de contracciones de las mujeres son tan únicos como sus cuerpos. Asimismo, una experimentada partera-docente independiente ha escrito que

el parto es un proceso fisiológico extremadamente complejo en el que, simplificándolo muchísimo, podemos decir que ocurren principalmente tres cosas: la dilatación del cervix,

la rotación del bebé a través de la pelvis, el descenso del bebé por la pelvis. Pero no es un proceso secuencial, sino que todo pasa al mismo tiempo y en grados distintos. Así que mientras el cérvix se está dilatando, el bebé también está rotando y descendiendo (Reed, 2012).

Retomando la advertencia de Jordan sobre los efectos de la exportación indiscriminada de tecnología obstétrica a los países menos desarrollados por su efecto de erosión de tecnologías originarias y producción de nuevos tipos de riesgo para la salud de las mujeres y sus hijos/as (Jordan, 1987), observamos cómo el partograma instala una forma de aprehender el cuerpo que borra cualquier referencia a lo local, a lo singular.

Quienes han podido ejercer la partería por fuera de las instituciones han sido capaces de sistematizar sus conocimientos sin apelar a la gramática mecanicista. Por ejemplo, la reconocida partera-educadora independiente Whapio Diane Barlett propone un esquema de etapas holísticas del trabajo de parto. En su versión, el parto es un viaje de transformación, compuesto por etapas tales como “Embarcación”, “Entrando en el Velo”, “Entre los Mundos”, “La Marea”, “Emerger”, “El Regreso” y “Comunión”. El tacto, único método de determinación para compleción del partograma y para la labor obstétrica tecnocrática, es reemplazado por otros sentidos, que no requieren intervenir directamente sobre el cuerpo de la mujer:

Hay también un olor palpable en el aire o un cambio de color sutil, pero perceptible en el cuarto, que marca la presencia de la madre en el velo. Muchos cuidadores y acompañantes del parto pueden calcular el avance del parto por estas señales, haciendo que los exámenes vaginales a esta altura sean redundantes. Yo he experimentado cambios de color y he descubierto que son muy confiables y de gran ayuda para mí mientras soy testigo del trayecto de la madre (Barlett, 2012, online).

Aunque fue creado inicialmente con un objetivo concreto -el de detectar casos que requerirían derivación a centros de mayor complejidad en áreas remotas o con falta de efectores- luego se lo valoró como una herramienta de valor universal para evitar intervenciones innecesarias. Sin embargo, a partir de la recomendación por parte del Banco Mundial y las directrices de los ministerios de salud, el partograma ha pasado a formar parte del trabajo rutinario de quienes se desempeñan en las maternidades, convirtiéndose en una herramienta que permite “administrar racionalmente” las intervenciones con aval científico, legal y estadístico.

Tanto la estandarización como la fragmentación, facilitados por el ingreso del texto en la práctica, están asociadas a la primacía de la mirada experta que genera un efecto de descorporización y desobjetivación del proceso de parto: no hay ya una mujer allí, sino un útero, una pelvis. La mirada experta coloca a los /las médicos en el lugar del que sabe, el que realiza un acto que las mujeres por sí solas no podrían llevar a cabo. La diferencia de posición se hace palpable en las palabras de Barlett: se trata, en todo caso de acompañar y atestiguar.

6.2.2 EL PARTOGRAMA COMO HERRAMIENTA DE CONTROL DEL TRABAJO INSTITUCIONAL

De la misma manera que el carné perinatal está ordenado en torno a la estandarización de los procesos corporales y al control burocrático del trabajo del personal de salud, el partograma cumple con una función semejante, y suele hallar obstáculos en las prácticas. Las parteras entrevistadas comentaron que a nadie le gusta completar el partograma. En sintonía, el equipo del Hospital de Trujillo calificó la versión del CLAP como

tan detallista que luego de un tiempo que se usó (tiene una aplicación más entusiasta para una computadora que para controlar la evaluación de la labor de parto en acción) nos pareció razonable volver a nuestro primitivo Partograma, mucho más didáctico y práctico. Es decir, se hace notar la gran diferencia de nuestro Partograma con el del CLAP. Con este el último, nunca pudimos comprender cómo se habían olvidado de la fase latente (inexistente en el CLAP), además de hacerse difícil para cualquier obstetra medir 4.5 cms de dilatación, que es donde comienza la curva de dilatación según el CLAP. Entre otras perlas, veíamos, también, problemas en tener que cambiar continuamente de curvas, según la paciente estuviera acostada y luego levantada; si estaba con membranas integra o rotas, si se realizaba una amniotomía, etc (Fernandez e Iyo, 2009:43-44).

Las parteras entrevistadas también dejaron deslizar la duda sobre la real compleción “in situ” del partograma y la posibilidad de que sea “inventado” más tarde por la persona responsable de “controlar” el parto. En este mismo sentido, Reed ha reconocido que el trabajo de las parteras incluye el registro del progreso del parto, a pesar de que muchas de ellas son conscientes de la imposibilidad de dar cuenta del mismo a través de los instrumentos textuales:

Los partogramas, los protocolos de parto y los formularios de datos perinatales exigen a las parteras que registren las horas y minutos que una mujer pasa en cada etapa del parto. El resultado es la documentación creativa y algunas conversaciones interesantes entre

parteras. Por ejemplo: “¿A qué hora te parece que empezó la segunda etapa?” “Mmm...no estoy segura –la mujer estaba haciendo sonidos tipo gruñido a eso de las 5.30...” “Bueno, entonces pongo a las 6”. [...] Las parteras también manipulan los papeles para ajustarse a las políticas, proteger a las mujeres y evitar meterse en problemas. Por ejemplo, registrando que la dilatación está en 9cm en vez de dilatación completa para darle más tiempo a la mujer. O ignorando una hora entera de pujos espontáneos antes de registrar el comienzo de la segunda etapa. Estas estrategias les permiten completar el papeleo requerido al mismo tiempo que protegen a la mujer de intervenciones innecesarias.

Sin embargo, estas estrategias también sustentan y mantienen las estructuras que imponen los límites de tiempo. Estos tiempos fabricados se registran en la documentación estándar de las maternidades y luego se envían a las organizaciones que recogen y analizan datos para proveer información sobre el parto y el nacimiento. Al manipular los registros, las parteras están ayudando a mantener el mito de que el parto tiene etapas diferenciables que pueden ser medidas con precisión. Más aun, están re-definiendo las experiencias de las mujeres, a menudo contrastando con la propia percepción de las mujeres” (Reed, 2011, online).

Es decir que aún quienes son críticas de su uso, realizan un trabajo de reconstrucción del relato del parto para ajustarlo a los textos institucionales, reafirmando así los tiempos establecidos para evitar sanciones, y realimentando la confianza en los instrumentos de medición por parte de los administradores de la salud y los organismos internacionales.

6.3 LA NOCIÓN DE RIESGO EN EL CORAZÓN DE LA PRODUCCIÓN TEXTUAL QUE ORGANIZA LOS SERVICIOS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

Los dos textos analizados tienen en común al riesgo como organizador de las categorías, los/las sujetos y las relaciones entre ellos/as. Basta un simple vistazo a la HCP para que lo primero que aparezca sean los datos marcados en amarillo, alertando sobre posibles riesgos. También en el partograma, la primera impresión visual es la que advierte sobre desviaciones potencialmente riesgosas.

La evaluación de riesgo aparece como un factor fundamental para administrar racionalmente los recursos escasos del sistema, para aplicar políticas de focalización destinadas a poblaciones consideradas vulnerables, a la vez que tiene como objetivo

identificar posibles complicaciones y justificar las intervenciones que puedan derivar en juicios de mala praxis.

Es decir, que el riesgo no tiene tanto que ver con la preocupación por la salud (y la vida) de las mujeres, como con la necesidad de controlar el gasto público, los procesos demográficos, la visión del país por parte de los organismos internacionales y los posibles juicios de mala praxis y/o, más recientemente, las denuncias por violencia obstétrica.

El riesgo aparece como un concepto que organiza los servicios de salud para mujeres embarazadas y durante el parto. La Historia Clínica Perinatal ayuda a determinar el nivel de riesgo de ese embarazo. No existen, para el sistema de salud, embarazos sin riesgo. Se los divide en: alto riesgo y bajo riesgo.

Evaluando la centralidad del riesgo en la organización de los servicios disponibles para las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas, se desprenden algunas preguntas: ¿Cómo se define lo que cuenta como “riesgo” en el embarazo, el parto y el puerperio? ¿Quién(es) lo define(n)? ¿Qué consideraciones quedan por fuera del cálculo del riesgo? ¿Qué consecuencias tiene esto para la atención?

En los relatos de los/as profesionales de la salud entrevistados/as, tanto el embarazo como el parto aparecen como potencialmente riesgosos y el riesgo se deriva de la impredecibilidad de los procesos reproductivos, de la imposibilidad de determinar qué casos se complicarán:

Yo creo que este es el problema más importante de la práctica y que en obstetricia tiene mucho que ver porque la maternidad (la enfermedad también es un hecho social), pero la maternidad es un estado...que es una cuestión fisiológica, no es una enfermedad, pero puede serlo, y muy grave. Entonces, tratar a las embarazadas como “usuarios”, por ponerle un término, como que estamos vigilando un hecho fisiológico, y no como pacientes (salvo en algunos casos), es difícil. Implica estar negociando en cada situación en particular, porque además el embarazo puede complicarse en cualquier momento. Entonces yo no puedo ofrecerle garantías a la mujer que me trae el Evatest positivo de qué va a ocurrir con ella dentro de nueve meses (Médica tocoginecóloga de planta, Hospital Lagomaggiore).

Lo que ocurre, que se debe tener en cuenta y eso ya ha sido aceptado y consensuado por la FIGO (la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia), es que lamentablemente

no tenés indicadores para saber en qué instante el parto se complica y la complicación significa un evento adverso o la muerte de la madre o el bebé. Por eso los partos, en la medida de lo posible, deben ser atendidos en instituciones donde tengas a mano para hacer una cirugía, donde haya a mano una terapia intensiva, donde haya a mano un anestesiista (Dra. Sara Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia).

[L]o que se genera alrededor de un embarazo es muy particular y los malos resultados también tienen un impacto altísimo, y más cuando hay un hijo de por medio y un hijo esperado. Por eso hay un límite muy estrecho entre lo gratificante y lo no gratificante. Por ahí, bueno, como en todos los aspectos de la vida, hay gente muy ingrata y a veces la gente no espera que puedan pasar cosas que se salgan de lo normal. Siempre hay un factor inesperado, se pueden complicar las cosas, pueden pasar cosas que uno no espera, pero bueno son cosas habituales... pero la gente no cree que van a pasar (Médico tocoginecólogo, actualmente trabajando en el subsector privado).

En contrapunto, una de estas mismas profesionales comenta que el riesgo es el resultado de condiciones materiales y de la incapacidad del sistema de salud para dar respuestas oportunas:

[S]e ha podido ver en los estudios epidemiológicos de la dirección de maternidad e infancia y desde el departamento de epidemiología, que coincidentemente con las crisis como éstas que mencionas, se incrementa la mortalidad, tanto materna como infantil. [...] En esa crisis del 2001 se nota claramente el incremento de la mortalidad. Y obviamente, si lo regionalizás, es precisamente en las zonas, en los departamentos más empobrecidos. Es un grupo etario, un grupo de población, de personas que vive muy al límite y el más mínimo desequilibrio los deja expuestos realmente y bueno, es lo que ocurre. La otra cosa importante es... no perder de vista que las causas de mortalidad materna, en países como el nuestro, subdesarrollados, son causas totalmente evitables, en su enorme mayoría (Dra. Sara Papa, ex Directora de Maternidad e Infancia).

Entonces, para las/el entrevistadas/o hay tensiones entre el riesgo como inherente y como producido por las condiciones materiales de vida, entre el riesgo como encarnado en los cuerpos de las mujeres, desconectadas de sus condiciones de vida, desconectadas de los lugares donde viven, y el riesgo como ligado a factores sociales y socio-sanitarios. Sin embargo, en los textos analizados el riesgo se mide individualmente y las medidas adoptadas son para casos individuales. La paradoja es que esos casos individuales están producidos según criterios estandarizados. La mayor parte de las/el entrevistadas/o señala de manera reiterada lo impredecible, lo inesperado, lo particular

como amenazas que acechan centralmente en el parto, pero también a lo largo del embarazo y lo vinculan con los cuerpos de las mujeres. Sólo una de las entrevistadas puede advertir que las causas de la mortalidad de las mujeres en eventos relacionados con el embarazo y el parto son sociales, y por ello evitables. Sin embargo, para la mayor parte de ellos/as, debido a una formación basada en la fragmentación entre cuerpo y psique, entre cuerpo y sociedad, entre las partes del cuerpo (el útero y la pelvis, no las mujeres como seres vivientes y sociales, son los actores del embarazo y el parto), el riesgo termina localizándose en el cuerpo mujeril y la solución a mano es la intervención técnica determinada mediante la evaluación protocolizada de riesgo.

Por otro lado, dos de las licenciadas en obstetricia comentan:

El tema también de...riesgos...obviamente el tema de que la mujer entienda que si bien el embarazo no es una enfermedad, porque es un estado, no es una enfermedad, aprovechen eso que yo te decía de cambio de pensamiento y de hábitos. Hacerse un chequeo, hacerse los análisis, el tema de la serología, para las enfermedades. Hay mujeres que llegan a la sala de partos y en la sala de partos te das cuenta que tiene una sífilis (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Es que...el problema es que al estar dentro de la institución es como una patología... O sea, obvio que es impredecible, porque todas las cosas que suceden son espontáneas...El problema es que... en verdad es impredecible pero hay que dejar que suceda... Es fuerte ver cómo los tipos y las tipas van generando la complicación. En la facultad no nos enseñan la fisiología en profundidad, no se reflexiona sobre la fisiología... que avala el proceso como natural. El problema es que cuando vas en contra de la fisiología, y empezás a meter mano, empezás a generar problemas. Entonces es una cadena, ¿viste? Yo creo que en realidad existen complicaciones, pero son generadas. Mismo por las prácticas médicas, y por lo que vos decís: la situación previa, o sea, no previa, real, de la mujer... (Estudiante de la Lic. en Obstetricia 1)

Las licenciadas en Obstetricia, que tienen un lugar de mayor distancia respecto de la institución, si bien perciben el carácter impredecible de los procesos fisiológicos vinculados al parto y el embarazo, advierten que se trata de un estado que las mujeres transitan en el marco de sus condiciones reales de vida, un estado que es preciso atender y observar, respetando la fisiología, interviniendo lo menos posible. Mientras una de ellas señala que puede ser una oportunidad para atender la salud integral de las mujeres aprovechando el embarazo como una ocasión para el contacto con el sistema de salud y

el cuidado del propio cuerpo, la otra ubica el riesgo en las innecesarias intervenciones técnicas que el sistema realiza a menudo.

De las palabras de los efectores de salud, generadas a partir de sus experiencias, sus ubicaciones en el sistema, y de sus formaciones previas, surgen disímiles nociones y ubicaciones del riesgo (en el cuerpo de las mujeres, en las condiciones de vida de las mujeres, en las insuficiencias del sistema de salud, en las innecesarias intervenciones técnicas). Sin embargo esas nociones producidas en la práctica se ven homogeneizadas por las herramientas textuales que son inducidas/os a utilizar como una suerte de tutor, guía y a la vez registro de lo realizado.

Son los textos, que se han establecido sobre la base de estudios estadísticos, y no de la experiencia, ni tan siquiera la de los /las efectores, que tienen entre sí percepciones diferenciales, los que determinan en qué consiste y dónde se ubica el riesgo. Asimismo inciden las relaciones de poder entre los /las profesionales, y la asimetría en la relación médico-paciente:

Y me acuerdo siempre de una historia de una paciente que se muere, después de una cesárea, y nosotras le habíamos dicho a los médicos que esa chica algo tenía, porque tenía sus manos y sus pies negros. Y nadie nos dio bola. Y esa mujer tenía un problema en la coagulación. Entonces, cuando entra a cesárea, le hacen la cesárea y nunca coaguló. Y se desangró adelante nuestro. Y su bebé nació. Yo a esta chica...yo me emociono y fue un golpe para mí... verla que se moría delante de mí y ver... a uno de los médicos... ¡le habíamos dicho! Y en realidad era hacerle una pregunta más a la paciente, ¿entendés? De ver... por qué, ¿alguna vez te hicieron algo?... Y nada, o sea, era una muerte evitable. Y la destrucción de una familia, porque era una mamá de 3 chicos, uno con síndrome de Dawn, un marido que tenía problemas de alcoholismo. O sea, era una historia. Y un recién nacido que nació vivo (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Y una estudiante de Obstetricia, relatando la experiencia de su cuñada:

Y me dijo: “mirá a mí, que se me complicó”. “Se le”, a ella se le complicó. Cuando fue a nacer su segunda hija, ella estaba de trabajo de parto, ya estaba en el box de parto y “se le dio vuelta”... se le puso transversal y yo la miré y le dije “¿estás segura?” , y ella respondió: “Eso me dijo el médico” Y la llevaron a cesárea... le pusieron anestesia total porque, según decían, ella estaba “como loca”... Le pregunté de nuevo: “¿estás segura de que eso fue lo que te pasó?” “Sí, me dice, eso me dijo el médico” (Estudiante de la Lic. en Obstetricia 2).

6.3.1 ¿QUÉ EFECTOS TIENE CENTRAR LA ATENCIÓN EN TORNO A LA NOCIÓN DE RIESGO?

La noción de riesgo inscrita en los textos institucionales da lugar a cursos de acción diferenciados según el grado de riesgo establecido por los textos. Estos cursos de acción generan varios tipos de fragmentación con consecuencias para la calidad de la atención. Aquí nos enfocaremos en dos de ellos: por un lado, la fragmentación de los servicios perinatales, según la clasificación alto riesgo/bajo riesgo; por otro lado, la fragmentación de los procesos reproductivos, en donde algunos de ellos reciben más atención que otros según la carga de riesgo que se les atribuye.

6.3.1.1 FRAGMENTACIÓN DE SERVICIOS: EL “ALTO RIESGO” DE CAER EN LAS GRIETAS DEL SISTEMA

Una de las aristas de las definiciones de riesgo y de los cursos de acción que conllevan, al separar el control de embarazo de alto riesgo de los centros de salud y efectores de menor complejidad y ubicarlos en el hospital, es que se produce una fragmentación de los servicios que termina despersonalizando aún más a las mujeres que más contención necesitan. Esto ya ha sido documentado por la antropóloga Ellen Lazarus (1994) para el caso de Estados Unidos.

Según Lazarus, las mujeres de sectores populares concentran sus preocupaciones en relación a la atención de sus procesos gestacionales en torno a la continuidad del cuidado (Lazarus, 1994: 25). Esta continuidad es más factible para las mujeres cuyos embarazos y partos son clasificados como de bajo riesgo, ya que son asignadas a parteras matriculadas para control pre-natal y atención del parto, recibiendo cuidados más personalizados. El resto de las mujeres debe enfrentarse a hospitales más grandes, de mayor complejidad, donde experimentan largas esperas para la atención, cambios constantes y multiplicidad de personal, debido a la alta rotación de residentes y a la intervención de varias especialidades. Estas mujeres, cuyas necesidades de atención y contención son mayores debido a las complicaciones, tienen serias dificultades para establecer relaciones con los/as profesionales y para recibir información consistente, no contradictoria. Lazarus señala que en última instancia, la única continuidad en su atención está dada por el registro médico que llevan de una consulta a la otra (Lazarus, 1994: 32). Sus expectativas de apoyo médico y emocional quedan insatisfechas y su capacidad de tomar decisiones informadas, seriamente coartada. Para profundizar su desventajosa situación, cuando se les pide tomar decisiones, sus respuestas sólo sirven para reafirmar el estereotipo de que “estas pacientes son demasiado ignorantes para

poder tomar decisiones significativas” (Lazarus, 1994: 33). Poseedoras de un conocimiento médico más fragmentado y de experiencias de atención discontinuas, son propensas a caer en las grietas del sistema.

La investigación de Lazarus también da cuenta del diferencial acceso a la tecnología y de la desigual distribución de las cesáreas según la clase. La tasa de cesáreas es más alta en hospitales suburbanos que atienden a mujeres con mayor cobertura de seguros de salud y más baja en hospitales-escuela urbanos cuyas pacientes no tienen cobertura o dependen de la seguridad social, a pesar de que estos últimos atienden a poblaciones de alto riesgo debido a las condiciones sociales (problemas de nutrición, enfermedades crónicas, etc).

Las conclusiones del estudio de Lazarus hacen eco en los hallazgos de la presente investigación, ya que la estrategia de regionalización (Cfr. capítulo 5) de la atención perinatal da como resultado trayectorias fragmentadas en la atención de los procesos reproductivos, en detrimento de un continuum, y son justamente quienes entran en la categoría “alto riesgo” quienes quedan más expuestas a las trabas burocráticas, la alta rotación de personal y las largas esperas de los grandes hospitales. También puede reconocerse la desigualdad en cuanto al acceso a las intervenciones. Las mujeres de sectores populares a menudo ingresan al peor de los escenarios: son sometidas a intervenciones rutinarias como la administración de oxitocina y la posición litotómica, pero no se les ofrece la posibilidad de analgesia para tolerar las incomodidades que estas intervenciones producen. Por otro lado, la tasa de cesáreas es más baja en los hospitales escuela del subsector público que en el sub-sector privado (Pérez, 2013), a pesar de que atienden a una población con condiciones socio-sanitarias más complejas. También es más factible que se realicen intervenciones como el uso de fórceps para que los/as estudiantes puedan “practicar”, y como adujo una de las profesionales entrevistadas, porque se intenta “el parto vaginal a como dé lugar”.

6.3.1.2 FRAGMENTACIÓN DE LOS PROCESOS REPRODUCTIVOS: LA DESAPARICIÓN DEL PUERPERIO EN LAS CONSIDERACIONES DE RIESGO

En el procesamiento de los cuerpos maternos, los textos analizados desarman los procesos reproductivos y les asignan niveles de riesgo a cada etapa o factor, priorizando determinadas acciones institucionales. La HCP alerta sobre posibles complicaciones del

embarazo, el parto y el recién nacido. El partograma alerta sobre partos que se desvían de un curso considerado normal. ¿Y el puerperio?

Como advertimos en el capítulo 4, la mortalidad materna durante el puerperio ocupó alrededor de un 19% en la estructura de causas de las muertes maternas en el periodo 2004-2011 en Argentina. También referimos que las políticas de salud materna no atienden específicamente al puerperio. En sintonía, los textos institucionales no permiten un registro de lo que sucede durante el puerperio ni permiten detectar y brindar seguimiento a las complicaciones puerperales.

Una licenciada en obstetricia que trabaja en varios centros de salud del departamento de Guaymallén hizo varias referencias al abandono de las puérperas por parte del sistema:

Bueno, con la salud reproductiva pasa igual. En el hospital, algo bueno que tienen es que le ponen el DIU a las puérperas de 45 días. Genial. Yo este año estuve haciendo consejería ahí a las puérperas. Buenísimo, porque directamente... yo a la que me dice “me quiero poner el DIU”, le digo “cuando estés internada le pedís el turno del DIU”. En realidad, para poner un DIU a una puérpera, esperan a que menstrúe. Y vos podés estar un año sin menstruar después de un parto. O podés tener 60 días. Entonces, a veces vos les preguntás a las puérperas con qué te estás cuidando y te dicen “con nada, pero me voy a poner el DIU”. ¿Cuándo te vas a poner el DIU? “Cuando menstrúe”, porque la ginecóloga le quiere poner el DIU cuando menstrúe. Entonces, sí, la puérpera es algo que está súper abandonada por el sistema, súper abandonada. Desde todos los puntos.

[...] Lo que pasa es que también, la mujer que es violentada en el hospital, produce un rechazo al sistema. Entonces no quieren volver. No van a volver. Y ellas... a mí me pasó el otro día que una chica de Bolivia, [...] la enfermera le dice “eh, vos has tenido al bebé, tenés que ir a ver a la licenciada”. Justo yo no tenía turnos y le digo “Vení” y la veo. La mama, ¡vos no sabés la infección que tenía en la mama! Entonces le digo “Gordita, ¿cómo le estás dando la teta?” “De este pecho”, me dice. “¿Y por qué de este no?”, le pregunto. “Porque me duele”. Le digo, “bueno, a ver, esperate”. La tuve que poner en la camilla. A mí me dolía, de apretarle. Le digo “mirá, esto te va a doler, pero si vos me dejás, vamos a zafar, porque si no te tengo que derivar ya al hospital”. Le empecé a drenar, a drenar, a drenar, pus, pus, era increíble. Las gotas así de lágrimas le caían. Y le decía “Te duele?” “No, no, usted siga”, me decía. Vos no sabés. Le saqué todo y le digo “la próxima semana venís, porque te tengo que controlar”. No fue. ¿Qué pasó? Al domingo –yo la esperé un viernes- fiebre, en la guardia del Lagomaggiore. Viene al otro

viernes. Y cuando la veo le digo “ey, te estuve esperando, por qué no viniste?” “No, me dice, es que no pude venir y terminé internada”. “Uy, le digo, bueno, a ver, mostrame”. Venía, con el corpiño esos de tela, de lycra, con puntillas, pegado en la mama. Me dice “ay, es que se me ha pegado”. “A ver, mostrame”. Cuando me muestra: ¡el tajo! Un tajo le habían hecho en el hospital, ¡pero le tendría que haber sacado fotos! Un tajo sin una protección, sin una gasa, sin nada. Y me traía un papel de alta donde decía “Control en 72 horas en el centro de salud”. Con eso abierto. [...] Mirá, le saqué de nuevo pus, infección. Con la enfermera la tuvimos toda la semana curándola. El viernes pasado fue y ya está re bien. Pero esa chica vos no sabés... encima lo agresivo del corte que le habían hecho, es como imagínate así...y así la largaron, increíble. Le digo “¿No te dieron gasitas para ponerte o que te taparas con un pañuelo, algo?” “No, no, no, me dijeron que viniera después al centro de salud”. Ni antibióticos le habían dado.

[...] Yo ayer, tengo una paciente de alto riesgo, mirá: mujer, 35 años, diabética, hipertensa, asmática, un hijo con cáncer en la cabeza. Se queda embarazada porque mi jefe del 16 no le cambió el anticonceptivo de la lactancia. Entonces la tuvo 1 año tomando anticonceptivos de la lactancia, que sabés que van a fallar. La mina se queda embarazada justo cuando le tienen que ir a hacer la operación en Buenos Aires al bebé, al que tiene cáncer. Obviamente, no pudo viajar, por el embarazo muy riesgoso.

No hay textos que registren estos acontecimientos, que dejen sentada la gravedad de las complicaciones del puerperio. El único texto que supuestamente recaba información en el puerperio, al menos a nivel local, es la encuesta del Programa Provincial de Detección del Alto Riesgo Materno Infantil y Reproductivo, cuyos datos son recolectados por personal del Programa Provincial de Salud Reproductiva y cuyo procesamiento lo realiza personal de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia. La encuesta se hace a todas las mujeres internadas en hospitales públicos en el sector de puerperio, luego de partos, cesáreas o legrados. Los objetivos del Programa, según la Dirección de Maternidad e Infancia, son disminuir la morbi-mortalidad infantil y mejorar los indicadores en salud materno infantil y reproductiva, a través de la capacitación y el monitoreo continuo del binomio madre-hijo (Dirección Provincial de Maternidad e Infancia, 2010).

La Directora de Maternidad e Infancia entrevistada describió el programa de esta manera:

Se lleva a cabo un programa que se llama Alto Riesgo Materno Infantil... Suponete, por ahí ellas tomaron una mamá que es de riesgo porque tiene cuatro hijos, porque tiene treinta y dos años. (...) A Luján le enviamos una chica de diecinueve años, cuatro gestas. No se había muerto ninguno, pero eso lo pintamos porque bonita, su espacio intergenésico es muy pequeño, y no sabemos... También para que nos envíen y nos digan que seguro sus chicos no deben estar en muy buen estado de salud. (...) Entonces, ahí es donde nosotros también le ponemos nuestra mirada y hacemos hincapié.... ¿qué acciones estamos haciendo con esta madre? sugerirle una planificación familiar, ver dentro de su pobreza cómo uno puede asistir (Dra. Elizondo, Directora de Maternidad e Infancia, 2011).

La evaluación del riesgo se realiza a través de la asignación de un puntaje (score) basado en una serie de variables, tal como se describe a continuación:

Variable	2	1	0
Nivel de instrucción.	Analfabeto o primaria incompleta.	Primaria completa o secundaria incompleta.	Secundaria completa o más.
Edad	Menos de 20 años	Más de 30 años	Entre 20 y 30 años
Nº de Hijos	4 o más hijos	2 ó 3 hijos	1 hijo
Nº de controles pre-natales	4 o menos	5 ó 6	7 o más
Peso del recién nacido	Menos de 1.500 gramos	Entre 1.500 g y 2.500 gramos	Más de 2.500 gramos

Cuadro 3. Variables de determinación de riesgo. Programa Provincial de Detección del Alto Riesgo Materno Infantil y Reproductivo, (Tomado del sitio web del Ministerio de Salud de la Provincia)

Si la mujer obtiene un score de entre 0 y 5, se le asigna la categoría Bajo Riesgo. Si obtiene más de 6, su caso es de Alto Riesgo. A su vez, la encuesta interroga sobre variables excluyentes, es decir, que al consignar al menos una de ellas, el caso se considera de Alto Riesgo:

1. HIV (+)
2. Antecedentes de aborto
3. Antecedentes de hijo menor de 2 años, fallecido por causas evitables.
4. Prematurez (37 semanas o menos)

5. Discapacidad mental profunda.
6. Antecedentes de adicción.
7. Intervalo intergenésico menor de 2 años o puérpera hasta 12 meses

Una vez que la Dirección de Maternidad e Infancia recibe las encuestas, una persona carga todos los datos en una planilla electrónica, colocando la sigla A.R. en el margen derecho de la encuesta para los casos identificados como mujeres de “alto riesgo”. Semanalmente, esta información es enviada a las áreas departamentales de salud por fax. A partir de allí, según leemos en la página web del Programa, las áreas departamentales son responsables de “bajar la información correspondiente a cada efector de salud para el seguimiento prioritario de los niños de alto riesgo” (Ministerio de Salud de Mendoza, 2014). Si el centro de salud donde se realiza la derivación no cuenta con el recurso humano para hacerse cargo del seguimiento, el Área Departamental puede conformar un "equipo de seguimiento" para efectuar la búsqueda domiciliaria de los niños asignados. Además, el Área Departamental deberá realizar semanalmente un Informe de Seguimiento de Niños de Alto Riesgo.

El Programa Provincial de Detección del Alto Riesgo Materno Infantil y Reproductivo refleja un proceso de procesamiento e intercambio textual que marca las verdaderas prioridades del sistema. Vemos cómo, a pesar de aducir como objetivo la mejora de los indicadores de salud materna, a través del trabajo que los/as agentes institucionales realizan en función de la encuesta, las mujeres como sujeto de políticas desaparecen y se transforman ellas mismas en factores de riesgo para sus hijos/as. En última instancia, el objetivo es determinar qué recién nacidos están en riesgo según las condiciones de vida, hábitos y comportamientos de sus madres. Este texto, producido por un organismo local, se estructura en torno a las prioridades fijadas por los organismos internacionales (objetivo de desarrollo del milenio) y ha sido construido en torno a una noción de riesgo que apunta a reducir la mortalidad infantil.

Esta desidia para con el puerperio que reflejan los textos, se enmarca en la invisibilidad general del puerperio en las políticas de salud materna y en los cálculos de riesgo. A diferencia del cuerpo de la mujer gestante, que es objeto de cuidados, programas y servicios específicos, ella pierde prioridad a partir del nacimiento de su hijo/a. En comparación con la calidad de los servicios para los/las recién nacidos/as, no

existen servicios específicos de atención del puerperio, ni siquiera de los casos de alto riesgo. Parecería que una vez cumplido su rol como “útero gestante”, la mujer deja de ser prioridad para el sistema de salud. En cuanto a los servicios existentes, por ejemplo la internación posparto, se evidencia este corrimiento de la prioridad en los testimonios de las mujeres, que relatan un trato desdeñoso, comida de calidad inferior a la recibida en la internación durante la gestación, etc. Podríamos aducir, atendiendo a la cantidad de material promocional y recursos dispuestos, que la principal política de salud relacionada con el puerperio es la promoción de la lactancia materna. Como vimos, esto sigue apuntando a la mejora de los indicadores de salud infantil, ya que ante complicaciones como las narradas por la licenciada en obstetricia (mastitis) el sistema no pone a disposición recurso alguno.

La invisibilidad de los cuerpos de las puérperas en las políticas de “salud materna” puede tener que ver con el concepto de “binomio madre-hijo”, ya que mientras “madre-hijo” hace referencia a una mujer embarazada, su cuerpo es sujeto de intervenciones, de control, de atención. Una vez que el binomio hace referencia a dos cuerpos (o más, en el caso de nacimientos múltiples), el cuerpo de la puérpera pasa a un segundo plano y los servicios se enfocan principalmente en el/la recién nacido/a. Ejemplo claro en Mendoza es que gran parte de la tecnología adquirida con fondos del Plan Nacer apunta a los cuidados neonatales. En cambio, los fondos destinados para “las madres” apuntan a la creación de salas u hogares maternos, cuyo objetivo es que las madres con niños/as en neonatología puedan permanecer cerca para proporcionar leche y cuidados a sus bebés. Es decir, que están apuntadas a facilitar el trabajo del personal de neonatología y la recuperación más veloz de sus criaturas. Pero esos hogares maternos no necesariamente aprovechan la presencia de las mujeres para garantizar el seguimiento de su recuperación en el puerperio.

Otro ejemplo de la desvalorización del puerperio se muestra en cómo, durante la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (que forma a muchos de los profesionales que luego se desempeñan en el hospital mencionado anteriormente), curiosamente enfocada en atención primaria de la salud, la cátedra de Gineco-obstetricia no incluye casi formación al respecto. Una estudiante de medicina entrevistada comentó que el profesor a cargo de la cátedra obvió la temática de puerperio casi por completo y sólo les asignó un práctico para poder moverse a “cosas más interesantes”. Como citamos en el capítulo anterior, otra informante médica residente en Gineco-obstetricia,

comentó que durante los 4 años de la residencia, sólo dedican 2 semanas a rotar por el servicio de puerperio de la maternidad del hospital donde se desempeña.

De hecho, en el Hospital Lagomaggiore, que cuenta con la maternidad de referencia de la provincia de Mendoza, no existe consultorio de puerperio de alto riesgo en este momento, lo cual dificulta la tarea de seguimiento longitudinal. Una instrumentista y estudiante de medicina que se ha desempeñado en el hospital, comentó que existía un consultorio de puerperio en el Lagomaggiore, pero fue desmantelado durante la gestión del gobernador Celso Jaque, conocido por su oposición a las acciones relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos. Esta impronta se ha mantenido durante la gestión de su sucesor, Francisco Pérez. Las consecuencias de esta desatención pueden resultar muy graves, ya que no se realiza seguimiento de afecciones surgidas durante el embarazo como diabetes gestacional, hipertensión y afecciones de la tiroides, que pueden instalarse como crónicas y convertirse en co-mórbidas en futuros embarazos.

6.3.1.3 FRAGMENTACIÓN DE LA EXPERIENCIA: SALUD MENTAL Y SALUD SEXUAL –LAS GRANDES AUSENTES

Además de la fragmentación de servicios y de los procesos reproductivos, la noción de riesgo que impera en los textos analizados –y en los servicios brindados en general– obtura la percepción integral del cuerpo pensa-sintiente e inscripto en el orden social existente. Se produce una fragmentación de la experiencia, dejando por fuera de las evaluaciones de riesgo aspectos fundamentales de las vidas de las mujeres, estrechamente ligados a la salud reproductiva.

Una de estas dimensiones es la de la salud mental de las mujeres embarazadas, parturientas y puerperas. En los textos analizados, casi no hay referencia a la salud mental, y cuando la hay, solo se consigna para determinar el riesgo de negligencia para con el embarazo o el/la recién nacido/a. Tampoco es tenida en cuenta a la hora de estimar los riesgos potenciales de determinadas intervenciones o de la negación de las mismas. Por ejemplo, las consecuencias, para la mujer y para el niño/a, de negar el derecho al aborto en casos de embarazo producto de una violación:

...también lo que yo veo es cómo esa relación que hacen con el hijo a la vivencia que tuvieron de su parto. Obviamente, de las mujeres violadas, por ejemplo, nosotros en el Nebot hay una chica que fue violada. Se queda embarazada, no le hicieron el aborto, y el [chico] tiene 9 ó 10 años. No sabés lo que es el [chico]: tremendo, en la escuela, había

agarrado un cuchillo el otro día y se corta los dientes. Aparece mugriento...en el centro de salud... Esa chica, a su hijo lo relaciona, obviamente, con la violación. ¡Tuvo un parto tremendo! (Lic. en Obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

Una de las mujeres entrevistadas -Clara- fue obligada a parir un bebé muerto a término por parto vaginal inducido a pesar de suplicar por una cesárea. Aunque a nivel fisiológico puede tratarse de la intervención adecuada, el costo emocional de atravesar por esa experiencia no fue tomado en cuenta por la profesional que decidió realizarla. Se le prometió apoyo psicológico en el hospital, apoyo que nunca llegó. Clara pasó los siguientes seis meses en una depresión profunda, con medicación psiquiátrica y hasta el día de hoy, varios años después, recuerda con angustia esa experiencia traumática y ha pasado por crisis depresivas recurrentes. No tenemos manera de saber si una cesárea hubiese mitigado el peso traumático de la experiencia de pérdida, pero justamente lo que se trata de señalar es que al no considerar la dimensión psicológica y/o emocional como parte del riesgo, no hay estudios que intenten considerar y sopesar las secuelas de estas decisiones y estas prácticas.

El riesgo de causar daños duraderos a través del maltrato tampoco aparece en los cálculos de los textos institucionales, aunque sí fue percibido por una de las entrevistadas:

Y además al no estar contemplado lo emocional y psicológico, uno de los riesgos que he escuchado que dicen por ahí: “se te puede volver loca la mujer”, “se te puede” (enfatisa)...o sea, podés llegar a volverla loca. Es re peligroso, ¿entendés? Porque podés llegar a volver loca una mujer adentro de un lugar así, si la maltratás. Ellos no creen que lo hacen ellos si no que la mujer se vuelva loca sola (Estudiante de la Lic. en Obstetricia 1).

En este sentido, analizando los formularios y planillas que conforman la historia clínica de una mujer que ha presentado denuncia por violencia obstétrica en el Hospital Lagomaggiore, podemos apreciar que lo único que aparece en lenguaje no estandarizado son las sucesivas alusiones al estado emocional, anotadas junto a detalles de dilatación y signos vitales, detrás de una planilla de evolución. Los comentarios indican: “paciente totalmente descontrolada y agresiva”, “paciente muy descontrolada, gritando, que no hace caso a las pautas ni a las recomendaciones dadas”, “se le explica a la paciente la necesidad de mantenerse tranquila durante el trabajo de parto, se le explican técnicas de

relajación y respiración y que esto es importante para optimizar los resultados neonatales; la paciente da entendimiento con poca adherencia a las indicaciones médicas”. Es decir, que el estado emocional queda consignado solamente como un factor de riesgo que la mujer ejerce sobre los “resultados neonatales”. De hecho, en su testimonio, ella refiere que ante los pedidos desesperados de ayuda o compañía, las respuestas del personal de salud fueron: “Quedate tranquilo que le vas a hacer mal a tu bebé”, “Ahora quedate tranquila, dejá de llorar y respirá, porque si no, tu bebé se va a morir por tu culpa”, “si seguís llorando tu bebé se va a quedar sin oxígeno y se va a morir por tu culpa”.

Otra de las dimensiones ausentes en el cálculo del riesgo es la de la salud sexual de las mujeres. En ningún momento se considera, a la hora de tomar decisiones, el riesgo para la salud sexual de las mujeres. La episiotomía, por ejemplo, está marcada en la HCP como señal de alerta, pero no conlleva un curso de acción que provea seguimiento y permita evaluar cómo repercute esa práctica en la vida sexual de las mujeres. Otras complicaciones, como el prolapso de útero, ni siquiera quedan registradas en los textos, y pueden generar, además del riesgo de infecciones y la incontinencia, graves inconvenientes a la hora de tener relaciones sexuales que incluyan la penetración, tal como comentó una de las mujeres entrevistadas.

Estas dimensiones quedarán más a la vista en el capítulo siguiente, cuando nos detengamos a analizar todo lo que resta, lo que queda por fuera de la institución. O lo que la institución no logra registrar, para bien o para mal.

La importancia de los textos como registro de la realidad institucional es su capacidad de producir determinados cursos de acción...y de inhabilitar otros. Prestar atención a cómo las personas activan los textos nos permite salir de una percepción de ellos como pasivos y empezar a entender el trabajo de *ruling*, de dominación, de regulación, que ejercen al interior de las instituciones. Este tipo de análisis crea la posibilidad de investigar lo macrosocial etnográficamente (Smith, 2005:200), haciendo visible la organización social que los/as participantes normalmente dan por sentada, como los procesos a través de los cuales se toman decisiones, se establecen prioridades y se disponen los recursos. Descubrir el uso de textos específicos en un escenario los abre para ser analizados entre otros artefactos que se activan, convirtiéndose en

características integrales y autorizadas del trabajo y de las realidades concretas que el trabajo produce (Campbell, 2014: 1497).

Dorothy Smith sostiene que en la sociedad contemporánea las tecnologías de administración permiten el ejercicio de poder a través del uso de formas complejas de reportar, contabilizar y registrar aspectos particulares del trabajo y las vidas de las personas. Las vidas son moldeadas para que quepan en formatos que hacen posible “administrar” personas a través de prácticas burocráticas (Rankin, 2003: 60). Dentro del ámbito de los nuevos marcos de política social que apuntan a las restricciones fiscales, las necesidades de las personas son reconceptualizadas administrativamente (Rankin, 2003: 62).

Cuando los relatos de experiencia son abstraídos y separados de lo concreto, se hace cada vez más difícil para las personas aprehender el sentido de lo que sucede en sus vidas. ‘La problemática del mundo cotidiano emerge precisamente en la coyuntura entre la experiencia particular y las formas generalizadoras y abstraídas de relaciones sociales (Smith 1987, 157). Smith define este punto preciso como la ‘descoyuntura’. Se refiere al punto en el cual, a través de una narración/ interpretación cosificada de la experiencia (generalmente textualizada), esta se desvanece y el relato abstracto toma su lugar como explicación de lo sucedido. Los relatos cosificados construidos a través de varios medios textuales se traen a colación sistemáticamente dentro del escenario real, reorganizando e influenciando las actividades de las personas y creando nuevos problemas que deben ser mediados y negociados (Rankin, 2003: 64).

Hemos develado cómo las prácticas cotidianas de los/las agentes de las instituciones sanitarias son mediadas textualmente, y a través de los textos se imponen las categorías, las prioridades, los intereses de poderes extralocales, tales como los organismos internacionales de regulación y financiamiento. Encontramos aquí evidencia concreta para sustentar lo ya comentado en el capítulo 4: a pesar de los avances en la recuperación del rol del Estado en áreas tales como derechos humanos, jubilaciones, y

provisión de servicios, el sector salud continúa estando matizado por los proyectos financiados por organismos internacionales de crédito⁵³ (Rovere 2011: 26).

Más allá de las metas, de la misión que una institución hace explícita, los textos y sus cursos de acción permiten descubrir los propósitos que efectivamente se cumplen en el funcionamiento institucional (Cambpbell, 2014:1503). Así vemos cómo en los textos analizados se inscriben las prioridades que rigen la atención de la “salud materna” expuestas en el capítulo 5: la supervisión/regulación de los procesos demográficos, la organización administrativa de las instituciones y la economía de la salud, y la organización de la formación e investigación médicas.

El análisis textual no implica hallar el texto apropiado que interpreta correctamente cómo deben funcionar las instituciones sino que “devela las prácticas ideológicas que producen un determinado tipo de conocimiento que sirve al ejercicio del poder” (Deveau, 2008:9). Al proveer los marcos en los cuales pueden registrarse los datos sobre las mujeres, los textos analizados terminan reemplazando la experiencia por una versión acotada, estandarizada y selectivamente escotomizada de sus cuerpos y sus vidas.

La incidencia de los textos produce una fragmentación de la experiencia de las mujeres y un seccionamiento de sus cuerpos en función de la perspectiva del estado y del saber médico, tal como éste se ha institucionalizado. Es preciso retornar sobre los relatos de experiencias para dar cuenta de la complejidad y del flujo continuo que caracterizan las singulares vivencias que las mujeres atraviesan como sujetos reales, socialmente situadas, afectivamente implicadas, durante sus procesos reproductivos.

⁵³ Mientras escribo esto, se acaba de aprobar un préstamo adicional del Banco Mundial para el financiamiento de los seguros provinciales de salud, es decir, el Programa Sumar (World Bank Documents, Report Number: PAD1397, 3 de junio de 2015).

PARTE III MATERNIDAD COMO EXPERIENCIA

CAPÍTULO 7: EXPERIENCIAS DE EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO: LOS MATICES, EL TRABAJO INVISIBLE Y LO INEFABLE

7.1 ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL VALOR DE LOS RELATOS EXPERIENCIALES

La noción de experiencia ha sido central para la teoría, la política y la práctica feministas. Según la filósofa Ana María Bach, “de ella se parte y a ella se procura reivindicar a través de un esfuerzo permanente, teniendo en cuenta que las voces de las mujeres no sólo no han sido escuchadas sino que se las ha desconocido, se las ha encubierto, o se las ha considerado subalternas en el contexto del sistema androcéntrico occidental vigente” (Bach, 2010: 19-20). Bach entiende esta subalternidad de las experiencias de las mujeres en el sentido de Spivak, haciendo referencia a quienes no pueden hablar, pues no hay institución que escuche y legitime sus palabras; es decir que no pueden llevar a cabo eso que se denomina “acto de habla”, en buena medida porque carecen de autoridad para hacerlo.

La socióloga Rosana Rodríguez ha escrito específicamente sobre el hábito de subalternidad que impide a las mujeres tomar la palabra sobre sus experiencias corporales:

Ellas son más bien habladas por los distintos saberes que nominan sus/nuestras experiencias operando, como ha señalado Spivak, una supresión de las palabras de las mujeres en el relato de las experiencias, incluso en aquellas que les son más propias: embarazos, abortos, partos, lactancias. Es por ello la importancia que tiene la singularidad de sus testimonios, el lugar de nuestras palabras (Rodríguez, 2013:1149).

No pretendo desconocer los debates que se han suscitado en torno al uso de la experiencia como fuente de evidencia para nuestras investigaciones feministas. La decisión de visibilizar estas experiencias apunta, como ha señalado Shari Stone-Mediatore no a obtener una verdad por parte de los sujetos individuales sino a realizar un esfuerzo crítico para revelar las contradicciones ideológicas de las instituciones (Stone-Mediatore, 1999: 91). Stone-Mediatore identifica como particularmente necesarias las experiencias marginalizadas, esos “tipos de experiencia sistemáticamente oscurecidas u omitidas en las representaciones del mundo culturalmente dominantes” (Stone-Mediatore, 1999: 86). Estas experiencias se encuentran “estrechamente

relacionadas con posiciones de sujetos económicamente, culturalmente y políticamente marginalizados, porque en estas posiciones la gente tiende a soportar los costos ocultos y las contradicciones de las políticas sociales y porque la subjetividad de esta gente es negada a menudo en la cultura dominante” (Stone-Mediatore, 1999: 86).

Ya apuntamos cómo, para la epistemología de Dorothy Smith, la experiencia sólo surge como diálogo entre lo vivido y la necesidad de evocarlos, para uno/a mismo/a o para algún/a interlocutor/a (Smith, 2005). A través del relato de la propia experiencia, las mujeres pueden reinterpretar sus vidas deliberada y estratégicamente, indagando en los recursos subjetivos que les permiten ejercitar discursos de oposición (Stone-Mediatore, 1999: 96). Al evocar se pone en juego una energía subjetiva que permite un proceso creativo a través del cual se puede llegar a traducir la experiencia en conciencia política radical (Stone-Mediatore, 1999: 96).

Stone-Mediatore lee los aportes de Chandra Mohanty en este sentido: los esfuerzos para recordar y re-narrar las experiencias cotidianas de dominación y resistencia y situar estas experiencias en relación con fenómenos históricos más amplios, pueden contribuir a una conciencia de oposición que es más que una mera contraposición (Stone-Mediatore, 1999: 96). Así, se concibe la experiencia no como mera evidencia de opresión, sino que sirve como punto de partida de una re-narrativa radical de las fuerzas complejas que la constituyen. La experiencia diaria está no sólo delineada por el discurso hegemónico, sino que también contiene elementos que al ser narrados estratégicamente pueden desafiar a las ideologías naturalizadoras de organizaciones sociales e identidades (Stone-Mediatore, 1999: 97).

Linda Martin Alcoff también ha resaltado el valor de la experiencia por sobre los intentos de fijarla a algo meramente lingüístico. Según la filósofa, “la experiencia vivida es abierta, multifacética, fragmentada y cambiante, no a causa del juego del lenguaje, sino por la naturaleza de la experiencia corpórea temporal” (Martin Alcoff, 1999:128). Martin Alcoff critica los intentos para explicar la experiencia como solamente constituida por macroestructuras, ya que no toman en cuenta de manera seria o adecuada la experiencia vivida, personal e individual. Para esta autora, es preciso atender a las descripciones de la experiencia corporal y no meramente a las diferentes representaciones discursivas que se formulan sobre esa experiencia (Martin Alcoff, 1999:129).

Tanto Alcoff como Smith, han señalado que es a partir de la experiencia narrada por las mujeres que empieza a emerger un lenguaje para hablar de lo previamente innominable:

Aprendimos, hablando con otras mujeres, sobre experiencias que teníamos y sobre otras que no habíamos atravesado. Comenzamos a nombrar: “opresión”, “violación”, “acoso”, “sexismo”, “violencia”, y otros. Estos términos hacían más que nombrar. Le daban a las experiencias compartidas una presencia política (Smith, 2005:7).

Como ha indicado Rodríguez, estos relatos no solamente nombran, inscriben en el lenguaje las experiencias, sino que ponen

en cuestión las instituciones dominantes de la sociedad, como lo es el ‘matrimonio’ y la ‘heterosexualidad obligatoria’, pues se conmueven las significaciones asignadas tanto a esas instituciones como a las definiciones sobre qué es una mujer o un varón y cómo deben comportarse. Es decir que se empiezan a cuestionar las formas en que son entendidas dichas instituciones, y el rol que deben cumplir los/as sujetos/ as en ellas (Rodríguez, 2013:1154).

A lo largo de los cuatro capítulos precedentes, ha quedado evidenciada la falta de escucha de las instituciones sanitarias respecto de la experiencia de las mujeres en torno a sus procesos de embarazo, parto-aborto y puerperio. La subalternidad de las experiencias da como resultado un relato monótono y monopolizador de la palabra por parte de las instituciones y sus textos. Las instituciones homogeneizan en función de los criterios que ellas construyen y suprimen la singularidad de las voces de los sujetos, sus inflexiones, tonalidades, expresividades y silencios. Este último aparece procesado en términos de consentimiento pasivo, a la manera de asunción institucional del dicho popular, “quien calla otorga”.

Considero que es preciso, pues, habilitar un espacio para esas voces que revelan los matices de las experiencias corporales de las mujeres. Ha sido una decisión metodológica difícil cómo presentar estos testimonios, y cómo analizarlos. He tomado como guía las premisas de la antropóloga Lila Abu-Lughod, que propuso, allá por los inicios de los 90s, escribir “etnografías de lo particular”, que desafíen las tendencias a la generalización y resalten “el carácter construido de esa tipicidad que tan a menudo se produce en los relatos convencionales de las ciencias sociales. Además, mostrar las circunstancias reales y las historias detalladas de los/as individuos y sus relaciones

sugiere que tales singularidades, que están siempre presentes, son siempre cruciales para la constitución de la experiencia” (Abu-Lughod, 1991: 153)

Estas etnografías de lo particular permiten evadir el determinismo de una concepción de experiencia anclada a los discursos establecidos, mostrando que dentro de estos límites las personas cuestionan las interpretaciones de lo que está sucediendo, crean estrategias, sienten dolor y viven sus vidas (Abu-Lughod, 1991: 154). Al enfocarse de cerca en las experiencias singulares y las relaciones cambiantes entre sujetos, se pueden subvertir las connotaciones que Abu-Lughod considera más problemáticas del concepto de cultura: la homogeneidad, la coherencia y la atemporalidad. Así, ingresando la cotidianidad, se rompe la coherencia y emergen las contradicciones, se percibe el tiempo que nos mantiene enfocadas en el flujo de las experiencias (Abu-Lughod, 1991: 157-8).

Al habilitar este espacio para las voces de las mujeres, también me hago eco de la propuesta temprana de Dorothy Smith, de trabajar en contra del lenguaje establecido, darles a las mujeres “presencia en el texto y ver si podemos encontrar lo que queda por fuera de él y a menudo casi invisible, gracias a las palabras muertas del idioma opresor” (Smith, 1986: 51).

A continuación transcribo algunos fragmentos de los relatos de experiencias sobre embarazos, partos, puerperios...y vidas, que las mujeres me contaron durante el trabajo de campo. Por cuestiones de espacio, me veo obligada a presentar un recorte de cada relato y no, como hubiera preferido, los relatos completos⁵⁴. El recorte que he elegido

⁵⁴ Se han realizado pequeñas ediciones al interior de los fragmentos, para mayor brevedad, dejando de lado algunos detalles o repeticiones que no aportaban demasiado a la historia contada; en esos casos, lo he indicado a través del uso de puntos suspensivos entre corchetes. La mayoría de las preguntas que guiaron las entrevistas han sido retiradas para permitir una lectura más fluida y reflejar el continuum en el que se enmarcan estos relatos. De todas maneras, los relatos más densos –los de Juana y Clara, fueron justamente los menos guiados por mí, y se estructuraron casi en su totalidad, en torno a las necesidades de narración y escucha de las propias mujeres. Para una descripción de las características de las entrevistadas, remitirse al apéndice correspondiente.

de cada relato responde a la necesidad de mostrar los matices de las experiencias— densidad, tensión entre continuum y fragmentación, ambivalencia, encarnación— que más contrastan con las versiones institucionalizadas de sus vidas y procesos corporales. Además, los relatos elegidos reflejan la inserción de las experiencias reproductivas en las condiciones materiales de existencia y la vastedad del trabajo de gestión del propio cuerpo al interior de las instituciones.

Para el análisis, he tratado de evitar la tendencia a desgranar y categorizar estos relatos, pues lo que aquí interesa no es presentar similitudes y diferencias entre las experiencias sino dar cuenta de la complejidad de cada experiencia, en contraste con lo poco de ella que toman las instituciones de salud a la hora de brindar atención. Para ello, creo que es fundamental mantener la coherencia y fluidez, y también, por qué no, la fragmentariedad de algunas experiencias, tal y como fueron narradas originalmente por las mismas mujeres. Estas mujeres —el relato de sus experiencias— abrieron los canales de mi percepción. Me impulsaron a hacer las preguntas necesarias. Hicieron emerger la problemática en carne viva, en toda su complejidad y densidad. Entonces, ofrezco a priori sus relatos y luego los retomo para dar cuenta de cómo son las (algunas) experiencias de embarazos, partos y puerperios de mujeres de sectores populares, en sintonía, en disonancia, o en ambivalencia con las representaciones institucionales que he presentado anteriormente.

El orden de exposición de los relatos obedece a la preponderancia, en cada relato, de algún momento del continuum. Mientras que Romina y Natalia ahondan principalmente en sus experiencias de embarazo, Karina y Lidia hablan sobre el parto pretérmino y el cuidado de sus bebés prematuras al interior del hospital. Finalmente Clara y Juana cuyos relatos, enfocados principalmente en torno a los partos, cesáreas, abortos, dan cuenta de la estrecha relación entre todos los componentes del continuum: embarazo, parto-aborto, puerperio, anticoncepción.

7.2 RELATOS DE EMBARAZOS, PARTOS Y PUERPERIOS: HABILITANDO UN ESPACIO PARA LAS VOCES DE LA EXPERIENCIA

ROMINA

[embarazada de 8 meses al momento de la entrevista]

(Entrevistadora: ¿Y ahora vos cómo te estás preparando? ¿Cómo te sentís?) *Bien, por lo menos del miedo ese que tengo.* (Entrevistadora: ¿a qué tenés miedo vos principalmente?) *No sé. A no saber qué va a pasar o ...*

(Entrevistadora: ¿Pero has tenido un embarazo dentro de todo tranquilo?) *Sí, yo he hecho de todo, voy y vengo. Ahora recién este último tiempo me cuesta mucho caminar, pero recién ahora, hace una semana. Pero todo lo otro es normal. Solamente tengo que no hacer tanto esfuerzo.*

Tenemos una prima embarazada de poquito tiempo. Hay cosas que ella siente que en realidad nosotras nunca sentimos. O que yo estoy sintiendo ahora. Claro, ya no es lo mismo que nosotras que vamos a centro de salud. Porque ellas van a la clínica y porque tienen obra social. Entonces es muy diferente.

[...]Yo escuché el otro día. Estaba en el centro de salud esperando que me atendieran y estaban hablando una chica que ya había tenido, la otra que estaba embarazada y la otra que estaba por averiguar si estaba embarazada. Y la que estaba que ya había tenido dice que llegó al hospital y le dijeron que no gritara. (Entrevistadora: ¿ en qué hospital?) En el Lagomaggiore. Y le dijeron que si ella gritaba nadie la iba a ir a atender. así que tenés que estar tranquilita, y la que estaba embarazada la miraba... “y si te duele?” le decía. “Tenés que aguantártela, porque no te atiende si no”. Y se recomiendan que vayás al Hospital de Maipú.

(Entrevistadora: ¿Vos sentís ahora que estás embarazada que la gente te trata diferente?) *Sí. Te tratan como que estás enferma. Algunos te tratan como si estuvieras enferma, que no tenés que hacer esto, que no tenés que hacer lo otro, pero hay gente que te trata bien, que te trata como con más cariño. Pero es como que hay más atención al niño que a vos. Yo a veces siento que me dejan de lado a mí y le prestan más atención a la panza. Como que ya no es nada para mí sino todo para la nena. Es para los dos igual...Me está pasando a MÍ, no le está pasando... Está en mi cuerpo.*

(Entrevistadora: ¿Y vos sentís que ha cambiado con el embarazo tu manera de sentir el cuerpo?) (silencio pensativo...) *Para mí está todo igual. Como que ya me acostumbré. A veces siento que sí, que ya está, que ya no quiero estar más...porque me canso, me canso mucho. Ya no veo la hora de que salga. Pero en general estoy cómoda. Es raro sentirse así, porque yo los primeros días digo “no me está pasando nada”. Y*

después cuando empezás a sentir los cambios decís “bueno...”, te sentís rara. Al principio me sentía re rara. Ahora ya estoy acostumbrada. Pero tenés que cambiar la forma de vestirte, de dormir. Yo siempre dormí boca abajo y ahora sabés cómo me cuesta dormir de costado. Me cuesta muchísimo. Todo tenés que cambiar. La forma de comer...porque todo me hace mal. Todo me cae mal.

NATALIA

Cuando yo fui madre yo tenía 17 años. Así que me cambió el modo de estudiar, de poder salir, ya no podía salir, pero ser madre ya uno ya está más para el hijo que para uno mismo. (Entrevistadora: ¿Y vos estabas en la secundaria en ese momento?) Sí, estaba haciendo el octavo. Pero, de todos modos, en mi casa no sabían que estaba embarazada. Porque se ve que era miedo que tenía, no sé. A los 8 meses recién les dije. Como siempre fui gordita, no se habían dado cuenta.

Y... no sé por qué no le dije a mi mamá [referente de una organización territorial de mujeres]. Ella me pregunta y yo no sé. Quizás era el miedo y no sé por qué, si nosotras hacíamos los talleres ahí en la fundación. Estábamos en el grupo, que éramos cinco y dábamos talleres de sexualidad, no sé por qué. Y, nosotras hacíamos campaña en la Plaza Independencia, repartíamos preservativos, todo. Íbamos a dar charlas de sexualidad a todos lados, así que no sé por qué. Ni siquiera las chicas del grupo sabían, porque seguíamos yendo al grupo y yo estaba embarazada, pero no se daban cuenta.

(Entrevistadora: ¿Y vos querías ser madre?) Cuando me di cuenta, no quería, como cualquiera, seguramente. Y no sabía qué hacer, no. [...] Y hacía cosas que a una embarazada vos no la ves haciendo. Mi papá nos mandaba a cortar leña. Yo iba a cortar leña, así una piedra levantaba. Y yo cortaba. Y estaba de 6 meses, no sé de cuánto estaba. Y hacía gimnasia en la escuela. Iba todos los días a la escuela caminando y era lejos la escuela. Iba y venía. (Entrevistadora: ¿pero vos te sentías bien con tu cuerpo?) Por ahí me dolía pero no me importaba, pero no sé por qué no me importaba. Quizá el motivo de no querer tenerlo. Todos los esfuerzos que yo hice y siempre estuve haciendo cosas que no debía hacer. Y nunca tuve una pérdida y nunca nada. Y cuando lo empecé a sentir, no sabía qué era. Lo sentía que se movía y no sabía qué era. Bah, sabía, pero no sabía que se sentía así.

(Entrevistadora: ¿Cómo fue el parto?) A mí no me habían contado nada. Cuando yo rompí bolsa no sabía qué era. Entonces yo agarré y era las 6 ó 5 de la tarde. Yo sentí

que me mojé entonces yo fui y me bañé. Y listo, seguí andando. Estaba sola, no había nadie en la casa. Después en la noche yo ya tenía la panza durísima. Pero desde las 6 de la tarde a las 12 de la noche que llegó mi mamá y yo le dije. Me preguntó y yo le dije, “no, como que me hice pis, pero me bañé y listo, me acosté”. Y tenía la panza muy dura. Y me dice mi mamá “Pero si has roto bolsa, Natalia!” Y ella corría. Y llamaba a la ambulancia.

[...] Y ahí empecé a sentir las contracciones. Suavecitas, no dolían. Yo digo, “por eso dicen que duele!?” Y después, cuando ya llegó el momento sí dolía. Dolían mucho porque yo lloraba y gritaba. Y mi mamá pedía afuera poder entrar porque me escuchaba gritar. Y yo veía a las mujeres ahí, que estaban todas por tener. Pero ya eran mujeres grandes, no les dolía. Y la señora de al lado yo me acuerdo que me decía “Vos respirá bien que no te va a doler tanto” me decía, pero nadie me había dicho cómo tenía que respirar, nada. Y mi mamá después pudo entrar porque se metió, porque no la dejaban entrar. Y yo me acuerdo que en ese momento en el hospital había carteles que decían que el parto podía estar el padre del bebé o el padre o madre mío. Y a mi mamá no la dejaron entrar, y ni siquiera para que mi mamá me siguiera explicando qué era lo que me pasaba.

Porque ellas no decían nada. Yo me acuerdo que estábamos en la sala de parto cuando me llevaron y pasa una enfermera y dice “Cállense la boca, si les gusta el durazno aguántensela” Y una chica que también era joven y era el primero también - éramos 5 ahí en la misma sala de parto- y le dijo “Usted debería estar ayudándonos y no diciéndonos lo que nos está diciendo”. Y la enfermera dijo “Yo no las mandé a abrir las piernas”. Así que en qué nos ayudaba, no sé, porque ni siquiera nos explicaba nada. Éramos las dos más jóvenes que estábamos ahí y nos explicaban las otras que tenían los mismos dolores. La que más nos explicaba era una señora que ya era el sexto que iba a tener. Dice “A mí ya no me duele porque ya estoy acostumbrada. Pero el primero yo sé porque yo tuve la experiencia” y ella nos contaba.

[...]Yo creo que en un momento de las contracciones, lo que son, lo que a mí mis primas me dicen les dolió igual que a mí. Porque me explicaron como si fuera yo; los gritos que dieron, el dolor que sentían y todo eso. Pero, la enfermera capaz que era madre. En algún momento ese dolor lo pudo haber sentido.

Y en el momento en que ya venía, yo no sabía qué era lo que sentías cuando ya estaba por salir. Entonces yo me senté donde estaba y le digo a la enfermera que necesitaba ir al baño. Y me dice “no, pero no podés ir”. Y le digo “pero tengo que ir porque ya me hago caca”. Y me dice “no, no”. Y se fue y no me miró. Entonces yo agarré y me paré y yo veía donde estaba la puerta del baño. Y yo iba. Y en un momento me dio la contracción y me quedé parada. Entonces la enfermera vino y ahí adonde estaba parada me miró y dice “Pero si este niño ya está afuera”. Y así caminando, me llevaron hasta la camilla y ahí vino la partera y ya estaba la cabecita. Claro, pero yo para mí necesitaba ir al baño.

[...] Seguramente para la que va a una clase de parto, seguramente es más fácil en el momento de tenerlo porque sabe cómo respirar, sabe cómo estar tranquila, sabe qué es la contracción y cómo es cuando ya viene el bebé, pero al no saberlo uno nervioso y no sabe.

(Entrevistadora: ¿Y cómo fue el tema de la lactancia?) A mí cuando tuve el primero el médico lo único que me dijo fue “se tiene que formar el pezón” pero nunca me explicó cómo. En el hospital ahí me explicaron recién y te enseñaban a darle de mamar al bebé. Y dolía. Por lo menos a mí me dolía. Seguramente a las otras también, porque yo me acuerdo de mi hermana mayor cuando ella amamantaba a mi sobrina le lastimó el pezón, se le salió un pedazo de pezón y yo me acordaba de eso y yo pensaba “a mí también me va a sacar un pedazo”. Entonces, sí y me dolía, 4 días, sentías el ardor y yo no quería darle la teta y mi mamá me retaba, porque me dolía y yo no quería ponerlo porque sentía como ardor y quemazón y sentía que me iba a arrancar el pedazo, porque duele.

[...] Después con el segundo ya sabía lo que ya me había pasado. Ya me habían explicado, ya había yo buscado información y todo.

Cuando yo tuve el primero, fui para ponerme el DIU al centro de salud y me dijeron que no porque tenía un solo hijo. Y yo le dije “¿tengo que tener 10 hijos para que usted me lo ponga?” Y se quedó callado, no dijo nada. (Entrevistadora: ¿Y qué pasó al final, te lo pusieron o no?) No, yo tuve el segundo y ahí nomás me lo pusieron... Por lo menos el cuerpo no me lo rechazó.

KARINA

A los 8 meses, la última ecografía me la fui a hacer a la sala del 16 y el doctor me dijo que el bebé era más chiquito que lo tenía que ser para las 35 semanas, y el bebé tenía como 31 en la panza. Y en ese momento me recomendó -lo odié, en ese momento lo odié- que vaya a mi médico de cabecera, y fue como que me dejó a la deriva. Fue el ecógrafo...encima estaba con todos los estudiantes adentro y hablaban entre ellos: “pero el bebé, hay un problema”...fue horrible la situación, fue muy fea. Nadie me explicaba, hablaban entre ellos. Cuando me levanté de la camilla le pregunté qué hacía, y me dijo, así como muy tranquilo, “vaya a su médico de cabecera cuando pueda”. Si era una mujer que no reaccionaba como reaccionaba yo, podía ser que se ponía a esperar y el bebé morirse.

Yo me largué a llorar y salí llorando del consultorio y estaba con mi pareja, y llorando no sabía cómo explicarle, es que no entendí qué es lo que me dijo...como que estaba todo mal, pero no hagás nada. Y de ahí me fui llorando al Lagomaggiore, llegué e instantáneamente me internaron.

[...] Me pusieron las pastillas, como a las 5 horas rompí bolsa, me fui al parto, allí ya tenía demasiadas contracciones así que me pararon un poco el parto. Ahí tenía como 3 parteros, que estaban arriba tuyo, muy bien. Yo estuve una hora nada más ahí. Y me fui al quirófano y ahí tenía un montón de gente... jeso me encantó! Y las doctoras que ya conocía, porque como estuve como una semana y media antes internada. Y nada, nació la gordita ahí, yo sabía que era chiquitita, todos sabíamos.

[...]Después estuve en el Estar Maternal, las enfermeras malísimas. Mal carácter, maltrato, como te contestaban, no sé porque. A todas las pibitas las trataban re mal. Fue feo. El niño para que a vos te lo den tiene que pesar 2 kilos, para que los podás sacar del hospital. Entonces por ahí a 1800 kg ya les han sacado la sonda, le han sacado todo, la vía...no puede salir del hospital porque es muy chiquito, pero te internan a vos con el bebé. Ahí hasta que el bebé toma el peso y te vas. Y ahí le das vos la leche, lo tenés todo el tiempo. Estuve ahí una semana. Fue horrible. No me gustó. Aparte una está ansiosa porque se quiere ir. Pero las enfermeras te prenden la luz, son grotescas, porque ahí tenés una pieza que compartís con otra chica y un bebe y te prenden la luz en la mañana, en la noche, te están mirando, vigilándote como si vos le fueras a hacer algo al bebe. Si sos la mamá. No podés tener nada arriba de la mesita de luz. ¿Para qué es una mesa de luz si vos no podés tener nada arriba de la mesa de luz?

Reglas absurdas. ¿Entendés? Está bien que te enseñen, que te expliquen. Pero es una cuestión así como obsesiva, delirante, cosas que no tenían sentido. Por ejemplo, si vos estabas en la cama tenías que tener el bebé sí o sí en la cunita. Vos en tu casa no estás con el bebé nada más en la cuna, también lo tenés en los brazos, te acostás con el bebe. “No, en la cunita”. Vos no lo podías tener. Y si el bebé lloraba más de 2 minutos: “eh, los bebés”. Si los bebés lloran! Lo veían llorar y te decían “¿por qué ése bebe está llorando!”

[...] El papá podía ir las veces que quisiera pero hasta un hallcito. A veces me parecía correcto, a veces me enojaba. Tenías que llevar vos al bebe a la partecita de adelante, y el papá podía estar con el bebé pero no podía entrar nadie más. Y había un vidrio que se veías para adentro. Horrible igual. (Entrevistadora: ¿Y qué pasa con las chicas, que quería ir la madre, que no tenían pareja?) Y había un día miércoles que era para los abuelos. Una hora. (Entrevistadora: O sea que si no tenías pareja te la pasabas sola) Exactamente. Es re depresivo estar allá adentro.

(Entrevistadora: Y después del parto, ¿vos te has hecho algún control?) No, no me he hecho ningún control pero fui a la sala a sacar un turno para la ginecóloga y no hay ginecóloga. Hay obstetra, y el obstetra solamente te da inyecciones o pastillas...Tengo que hacerme el PAP en la Casa de la Mujer, que tengo que sacar turno. Pero después de hacerte el PAP tenés que sí o sí consultar un médico...y si tengo que ir al Lagomaggiore tengo que ir a las 6 de la mañana. Es una locura no tener un ginecólogo... (Entrevistadora: Esa es una de las cosas que yo vengo viendo, que el seguimiento, o sea que para los bebes hay, tenés neo, tenés control...) Sí, si yo no voy un día a un control con la nena me mandan a la asistente social.

LIDIA

Y ahora, de esta bebé, no la buscamos, pero tampoco nos cuidamos. Medio como que la buscamos. Yo le decía a mi marido “no, esperar tanto, no”, porque esa diferencia de edad que se llevan entre las dos más grandes, si bien está bueno que no sean tan seguidos, tan lejos tampoco. Mi marido quería tener otro. Entonces, por ahí me cuidaba, por ahí no me cuidaba. Y ya estaba viendo qué hacía, qué me ponía. O sea, qué método, si volvía a ponerme el DIU. Y para ponerme el DIU, como que me tiré un poco a vaga, en el sentido de ir a sacar turno, porque mi marido igual seguía trabajando así lejos, Tupungato, Tunuyán, o le salga donde le salga, se van. Y la más

grande va a la escuela a la mañana. A la salita tenés que ir a la mañana temprano a sacar turno. A veces me ha tocado dejarlas solas, a las dos durmiendo, para poder sacarles turno. Porque si vas a...por decirte que vayás a las 8 a la sala. Ya se dieron todos los turnos. Y no tenés prioridad porque están todos iguales. Como te digo, yo soy de San Martín y toda la familia está allá. Viste, por ahí la dejan con la abuela, pero yo no podía hacer eso. Esa opción no la tenía... Porque primero tenía que sacarme un turno para ir a la ginecóloga. De ahí que la ginecóloga me mandara a hacer todos los estudios, Pap, qué sé yo...y recién me diera para el DIU. Y mientras esperaba para eso, me quedé embarazada.

Venía bien con el embarazo. Veníamos todo bien. En los análisis también, todo normal, no tenía anemia. Cuando...Me habré hecho el último control y habrán pasado dos semanas, que nació la bebé. Era un día lunes, feriado, 10 de octubre. Bueno, mi marido ese día se iba a Catamarca a trabajar porque había salido un trabajo allá. El lunes en la mañana, él se levantó, yo me levanto. Él se iba. Voy al baño, a hacer pis. Me limpio: sangre. Uy, digo, qué raro, porque en los otros embarazos no... Y mi marido se iba, se estaba yendo. Entonces digo cómo hago, le digo, no le digo, y si le digo y no se va...pensaba yo. Di unas vueltas y le dije. “Bueno, andá, le digo, si seguro que me van a hacer que haga reposo.”

(En el centro de salud controlan latidos fetales, que están normales y le indican hacer reposo.) Estábamos en mi casa con mi hermana. Ya eran las 7, 8 de la tarde. Y ahí sentía como molestias. Me dolía. Y se me pasaba. Me acosté y cuando estaba acostada sentía, como en el periodo, cuando sentís que te baja, así. Me levanté porque sentía que se me había mojado el pantalón, todo. Me levanté y fui al baño y estaba la toallita empapada, oscura y un coágulo de sangre. “Ay, Dios, qué hago. En vez de que se me esté pasando, estoy peor” Nada se me pasaba, aparte que ya había empezado que me dolía. Y digo “y si agarro y más tarde me duele más y algo me pasa...qué hago?” Porque entre que era feriado, que estaba sola, que mi marido no estaba. Así que agarré y le mandé un mensajito a mi vecina de enfrente, porque ella me había comentado que había tenido embarazos complicados, que le nacieron antes. Entonces, se vino ella ahí nomás. Y le digo “me pasó todo esto”. Me dice, “no, andate ya al hospital”.

[...] Cuando llego a la guardia, habrán sido las 11 de la noche ya, a todo esto. Entonces le conté todo lo que me había pasado. Cuando viene la doctora y me dice

“sabe por qué le duele, mamá? Porque está con trabajo de parto. Tiene la bolsa rota. Usted no se ha dado cuenta. Lo que vamos a hacer es tratar de retenérselo lo más que se pueda, porque es muy chiquito su bebé.” Yo lloraba, desde que empezó a hablar la doctora hasta que no sé, hasta el otro día. A todo eso, mis nenas las dejamos con la vecina, las otras dos, porque mi hermana me acompañó.

Vinieron ahí nomás, me pusieron la inyección, me enchufaron, me clavaron, me pusieron suero, por el otro lado me sacaron sangre. Todo rápido. Todo así por todos lados. Ahí toda la noche. Horrible, esa noche, horrible porque estaba muy incómoda. La aguja por acá sentía que me ...Y no podías ponerte de muchas posiciones, tenías que quedarte así quieta de ese lado. Y la otra es que tenía para rato. Es como que estaba todo mal, digamos. [...]Estaba ahí en una sala de observaciones y ahí llegó una chica, que yo escuché todo, porque decían que tenía 16 años, que estaba de 22 semanas, que nunca se había hecho un control, hablaban las doctoras, porque por ahí se veía para el otro lado. Todo eso lo escuchaba y decía “pobre” y la escuchaba a ella que se quejaba un montón, que le dolía. Le decían “mamá, por favor, quedate quieta porque tu bebé no puede nacer ahora porque no tiene ninguna posibilidad de vida si nace. Es muy chiquito...” Y ella “¿no me pueden poner algo?” decía. “No, mamá, qué te vamos a poner? No te podemos poner ni siquiera para madurar los pulmones porque todavía no...” Y en un momento, estaba acostada, la acostaron con las piernas bien levantadas. Y no, no quería saber nada. Se bajaba de la cama. Ay, yo la miraba y decía “a qué hora se le sale el niño!” En algún momento cambiaron la guardia y entró un doctor. Y ella lo habló al doctor “¿qué me puede dar para que no me duela?” Agarró y le dijo “póngale no sé qué cosa...” algo para que dilate, me parece que fue, para que nazca. Y se lo sacó al bebé. Era una nena. Y se murió. Ahí en la cama se lo sacó, porque como que no había mucho para hacer, digamos. Bueno, yo más quietita me quedaba porque no quería que me hicieran... no quería que naciera. Yo decía, “no, que no nazca porque es muy chiquitita, que no nazca.”

En la mañana cuando me ve una de las doctoras me dice “bueno, mamá, más enseguida va a pasar a una sala común y ahí se va a tener que quedar hasta que nazca el bebé”. ...Y yo lloraba porque me acordaba de las otras dos y no sabía qué había pasado. [...] Pero seguía ahí. Venían y me enchufaban algo en el suero. Después, no podía comer. Tenía mucha sed, mucho hambre, no podía comer. Ya llevaba mucho rato, ahí (voz de cansancio). Cuando tomó una de las doctoras a la tarde, me hizo una

ecografía, para ver si estaba bien y bueno, me hizo el tacto. Y me dice “mamá, ¿no sentís dolores?” No. “Porque aunque vos no hayas sentido los dolores, me dice, has seguido con trabajo de parto, no ha avanzado tanto por lo que estabas quieta en la cama, me dice, pero tenés 8 de dilatación. Y me dice “vos avisame si sentís contracciones, avisame si sentís dolor”. Y en vez de ponerme para retener en el suero, me ponían algo para que dilatara...no, para que sintiera las contracciones. No, no las sentía, ya no las sentí. Y, me decía, “apenas te duela me avisás”. Y volaba, la doctora, para todos lados. Como a las 5, le digo “doctora, sentí un dolor, pero muy leve”. Y se vino “Pero está acá, dice, no entiendo como no tenés ni dolor. Está acá.” Entonces me dice “lo que vamos a hacer es ir a la sala de partos, porque ya estamos.” Llegamos a la sala de partos y me dice “No sentís?” No “No sentís dolor?” No. “Bueno, me dice, tratá de pujar” Pujé, no sé, 4 ó 5 veces y nació. Y pesó 970 gramos. Y bueno, ahí siguió conmigo. De ahí en un momento no me acuerdo porque me anestesiaron. Volaba, no sé qué hacía. Veía muchas paredes de colores, qué sé yo...

Bueno, me internaron en el primer piso. Y ahí vino mi mamá, mi hermana, mi cuñada, todos los que pueden entrar a verte. Pero no tenés bebé. Es horrible eso. Te ponés re mal. O sea, ya estás mal porque ha nacido mucho antes de tiempo, porque no sabés qué pasa, qué puede pasar. Y al lado mío, en la misma habitación, había otra señora que estaba con su bebé; su bebé bien. Así que, bueno, cuando comí, cuando tomé, cuando ya más o menos estaba bien, me fui a ver a la bebé. Después me dijeron que tenía que ir al lactario, a estimular para sacar leche. Bueno, al principio no te sale porque...no te sale. Después te empieza a salir. Un trauma la leche. Y a todas nos pasa exactamente lo mismo. Al principio no sale nada. Pero ya después al pasar los días y si sos constante, sale. Pero hay personas que no se van a sacar y se corta...

Y bueno, ahora estoy acá hace un mes y tres semanas, creo yo. Me quedo en el día y en la tarde me voy, porque bueno, por las otras dos niñas. Y bueno, les va pasando de todo un poco. Les van saliendo cosas, las superan, después están mal, pero en general para mí es bueno, muy buena la atención. Por ahí escucho mamás que han tenido otras experiencias, porque no somos todas iguales, todas no tenemos el mismo parto, qué sé yo, pero para mí re bueno. Y yo cuando estaba con los dolores y todo eso, yo quería venir acá porque yo ya sabía que acá si llega a pasar algo, si llega a pasar algo que naciera la bebé, o lo que sea, yo sé que es el mejor.

CLARA

[Luego de tener un hijo sin acompañamiento de pareja]

Entonces, bueno, de ahí cuando ya lo conozco a mi marido, que ya sí entablamos una relación...empezamos a salir, él aceptó mi hijo y qué sé yo...decidimos casarnos. [...] Ya cuando nos establecimos bien acá empezamos a buscar el segundo. El embarazo...no te puedo explicar la diferencia que era un embarazo al otro. Acompañada, contenida, mimada, porque me mimaba todo el tiempo mi marido, todo el tiempo. Muy muy lindo, qué sé yo, saber que cuando llegara a la casa siempre iba a haber alguien que te esperara, que te mimara...muy lindo el embarazo. Comprar las cositas juntos...Ya cuando lo tuvimos, todo perfecto. Un parto hermoso, rapidísimo. En el Hospital Lagomaggiore.

Y ahí ya vienen los golpes de la vida que nos dan duro...

Creo que tenía tres meses el César. Y ahí mi marido se queda sin trabajo. Porque trabajaba en una empresa de cunetas y se acaban las licitaciones. Empieza a trabajar en el horno de ladrillos y ya no es la misma cantidad de plata la que saca, así que no podíamos pagar el alquiler. Así que decidimos irnos a vivir a mi mamá y mi papá. Tenía el Martín de 4 añitos y el César de meses. Cancelamos todo y nos fuimos. Habremos estado viviendo allá unos 5 meses pero era insostenible la relación, con los niños...mi papá no quería al César ...es un odio, le hacía la vida imposible, que el niño terminaba llorando y sin comer. Así que bueno, mi marido empieza a buscar y consigue un amigo de él en El Sauce un ranchito que se nos venía abajo. Tenía un hueco así por una parte. La puerta que ya se venía abajo. Una cortinita. Le digo "si es para vivir tranquilos, vámonos". Y agarramos todos nuestros monitos un viernes a la noche y nos fuimos ...y habremos estado un año allá. Se enferma una de mis cuñadas, le da cáncer. Había que ir a cuidar al hospital. Entonces, como acá nos quedaba muy a tras mano a nosotros, nos fuimos unos días a la casa de su otra hermana. En el lapso de esa semana, a mí me vacían la casa, me roban todo, hasta las sábanas de las camas. Bueno, cuando ya no daba más para estar ahí... ahí me quedo embarazada de nuevo, de mi tercer hijo. En todo este tiempo no me había dado cuenta que estaba embarazada, con todos los problemas. El César imagínate que todavía tomaba teta, tenía un añito y tres meses y yo ya estaba embarazada. Así que de acá nos vamos a alquilar en la casa del compadre de mi marido, le alquilábamos el garaje a la madre de él.

Bueno y mi panza crecía y crecía y yo tenía una angustia, porque yo no quería saber nada, al punto de no querer tenerlo, no quería tenerlo. Bueno, y qué hago...me tomo una pastilla. Mi cuñada me convence de tomarme una pastilla para abortar. Me la tomo. Aparte son anticonceptivas esas. Me hicieron re mal. A mí me atacan al hígado de por sí. Me dio un cólico hepático que no te puedo explicar lo mal que estuve. Y el embarazo se afirmó. Porque te produce eso, o te lo larga o te lo afirma.

En ese tiempo no pudimos seguir pagando el alquiler allá tampoco, porque se vuelve a quedar sin trabajo mi marido. Nos vamos a vivir a lo de mi cuñada a Rodeo, que tenía 5 niños. Más los dos míos y la panza mía. Tenía 7 meses de embarazo. Y empezamos a tener problemas, por los niños, que se peleaban, hasta que yo me enfermo para tener familia. Ese día nos habíamos peleado, por los niños que se peleaban a muerte. Bueno, me enfermo, o sea, empiezo con contracciones y yo ya había ido a la sala esa semana y me dicen “no, te falta tiempo, le falta maduración a los pulmones del bebé, así que te vamos a dar estos remedios y vamos a esperar un tiempo más, tenés que hacer reposo, tenés que tener las piernas bien alto” y qué sé yo. Imaginate, problemas de los niños y que se mataban a cada rato, qué reposo iba a tener...Bueno, esto fue un día lunes. Al otro lunes, yo empiezo de nuevo igual, con los mismos dolores de parto. Cuando llego a la sala, me revisan y no le sentían los latidos al bebé. “¿Usted ha sentido que se ha movido el bebé, señora?” “No”. Imaginate, yo ni siquiera me daba cuenta de que sentía los movimientos o no, de la tensión que se vivía en esa casa...nada que ver con el embarazo del César, que yo lo viví tan tranquila, tan feliz. Entonces, me dicen “señora, vamos a llamar a una ambulancia porque está con 5 de dilatación. ¿Ha venido con alguien?” “Sí, está mi cuñada allá afuera”. Cuando la llaman le dicen que el bebé mío estaba muerto. (Entrevistadora: ¿pero a vos no te lo dijeron?) No. En ningún momento... Cuando llego al Lagomaggiore, da la casualidad que la médica que me había llevado el control de todo el embarazo estaba de guardia. Entonces, cuando me lleva la ambulancia y yo la veo es como una paz que yo siento. Cuando me suben a la ambulancia, la doctora que me ve le dice “posible RNM”. O sea, yo no entendía nada, que es lo que era eso. Quiere decir recién nacido muerto. Bueno, llegamos al hospital, me meten en la sala de parto y le digo “hola, doctora, ¿se acuerda de mí? Usted me llevó todo el embarazo allá en la salita del barrio Patrón Santiago, lo que pasa es que me cambié de casa y estos dos últimos controles me los he hecho en la salita de Pascual Laurenti”. Y me mete ahí nomás y me empieza a hacer tacto y me

dice, “¿qué te han dicho a vos en la sala?” “No, le digo, que no escuchaban los latidos del bebé, me han dicho que puede ser que esté muy abajo” “No, sabés qué pasa, tu bebé se ha muerto” “¿Qué!?” le digo. “Sí”. Y de ahí no te puedo explicar. Yo no entendía nada. Y yo lo único que hacía era llorar, y lloraba y lloraba. Porque no entendía nada. Yo decía, era culpa mía porque me tomé esa pastilla. Qué habrá pasado, por qué, habrá venido a hacer efecto ahora y se me murió por eso... Bueno, me llevaron a hacer un monitoreo fetal y no, hacía tres días que estaba muerto el bebé en la panza, por el grado de descomposición que tenía el cuerpecito adentro. Así que bueno, me ponen el goteo y me dicen “te vamos a hacer parto normal, mamita”. Le digo, “no, no quiero tenerlo por parto normal, háganme una cesárea”. “No, no podemos hacerte cesárea porque no es de alto riesgo tu embarazo”, dice. “No, pero yo no lo voy a tener por parto normal”, le decía. “Sí, lo vas a tener por parto normal”. Y así con la doctora, hasta que me convenció. Imaginate yo en la sala de partos... Con el goteo, las contracciones y la angustia, que yo lloraba, lloraba y lloraba. [...] No te das una idea, cuando nace me desvanezco porque hacía fuerza yo nada más, era tanta la fuerza que hacía que me desmayo porque me faltaba el aire. Cuando yo reacciono, me lo traen. Me dice “éste es tu hijo”. Era igual, pero igual que el César. Igual. [...] La doctora dijo “Esta mamá va a ir a una sala sola, que no tenga ningún bebé. Y quiero un psicólogo para ella.” El psicólogo nunca llegó. Me atendieron muy bien [...] porque no me pusieron bebés y [...] la atención que habrán tenido que era como una clínica, entró mi mamá, entró mi madrina, todos entraron, mi marido, estaban todos ahí adentro... bueno, estuvieron un rato, me contuvieron, pero el quedarte sola, me mató. Imaginate, yo la primera noche no dormí. No sabés qué hiciste mal, cómo vas a hacer para llegar a la casa y encontrar todas las cosas que has comprado, cómo le vas a explicar a los niños... lo que había pasado. (Entrevistadora: ¿y tu marido qué hacía?) Mi marido lloraba nada más. Lloraba todo el tiempo y me decía “por algo Dios hace las cosas, mirá si sale un chico discapacitado, que tengamos que tener una cruz todos los días”. “Yo prefiero eso, le digo, a no tenerlo”. Imaginate, lo tenés nueve meses en la panza. Vos decís, ¿cómo puede ser que no lo tengás?

Empiezan a estudiar por qué había fallecido. Entonces, resulta que cuando yo me hago los controles de embarazo me cambian el grupo de sangre, porque yo soy O Rh negativo. Venían los médicos. Mirá, yo nunca he visto tantos médicos en la sala. Que venían a cada rato, a verme, a hacerme análisis, a estudiarme, a preguntarme, a

decirme. Porque imagínate que era un embarazo tranquilo, dos embarazos anteriores, la tercer gesta. Hasta que me dice “¿sabe cuál es el problema suyo? Su sangre, es negativa, no se le han puesto las vacunas sensibilizando la sangre, o sea que usted no puede tener más hijos, porque su sangre no está preparada ya para tener otro embarazo”.

Bueno, entonces, de ahí de mi cuñada me vengo a mi mamá, porque entré a los 15 días con una hemorragia muy grande que me dio. Y estuve como 6 meses con tratamiento psicológico porque no quería hacer nada, no quería vivir, pasaba durmiendo y llorando. No atendía a los chicos, me los atendía mi mamá. Primero me medicaron para poder dormir, porque no dormía. Dormía muy poco, así del cansancio de tanto llorar. Ya llevaba a todo esto seis meses, que había fallecido el bebé. Cuando digo yo...veía que mis hijos andaban todos sucios, descuidados, lloraban. Entonces dije yo “no, hasta acá nomás. Voy a salir adelante por ellos, aunque sea. Agarré y le digo a mi marido “busquémonos dónde irnos y vamos, porque quiero estar sola”. [...] Dije “mañana voy a ir a la municipalidad, para pedir que me ayuden con el material, para hacer la pieza en el fondo porque mi marido seguía con el trabajo...Nuestra historia se basa en que mi marido no tiene un trabajo como corresponde, así que siempre estamos flaqueando por eso.

[...] No sé si a todas las mujeres les pasa lo mismo, pero cuando llega esa fecha, que es el nacimiento del bebé, es como si el cuerpo se volviera a reprogramar, como que el cuerpo te avisa que hay una fecha importante, entonces me duelen los pechos, me duelen los ovarios, son como contracciones. Entonces yo empiezo a ver por qué me pasa esto, por qué me duele y ahí es como que me acuerdo...ah, cierto que es la fecha. Es como que el mismo organismo te lo avisa. No sé si les pasará a todas las mujeres, pero a mí me pasa. Te ponés nostálgica, te dan ganas de estar sola.

JUANA

[Luego de un embarazo con complicaciones]

Cesárea de urgencia. Me llevaron corriendo al quirófano. Era una habitación toda blanca, individual [...] tipo película, así el piso se veía impecable, incluso había un olor a alcohol en el aire [...] Me acuestan para atrás, me colocan la tela esta para no dejarme ver porque dicen que eso es algo que una mujer embarazada nunca tiene que ver. El anestesista fue uno de los primeros en llegar. Me anestesió, me puso en la

columna, me puso tres jeringas, así de gruesas [...] y vos imagínate el dolor, que te pongan eso, con contracciones, que te lleven para adelante porque te tienen que recostar para adelante y clavártela atrás en la columna. Después que me la pusieron, ay, era una sensación de alivio.

Pierdo la conciencia unos minutos y cuando me vuelvo a despertar, entre medio veo que eran, sin mentirte, ocho médicos. [...] Como movían las manos, algo estaban haciendo. Más, un grupo de enfermeros en el rincón y otro grupo más acá. No sé qué habrán sido. [...] Después de estar vacía, llenaron la sala, de personas y de aparatos, instrumentos.

Me vuelvo a desmayar. Cuando me despierto, había desaparecido toda la gente. Y me estaban terminando de higienizar [...]

[...] el efecto anestesia me tuvo dos horas sin poder hablar. Yo sentía “quiero gritar y no puedo”. [...] Bueno, yo no la tenía a ella, no la conocía. Yo nunca la vi cuando nació.

[...] Bueno, después de tenerla a ella se me coloca el DIU. Tuve muchos problemas con el DIU porque me lo colocaba y yo sentía que me molestaba. [...] Me lo saco [...] Pasan 4 meses. Yo no menstrúo. Dije “es normal”. Al quinto mes, ya no menstruaba. Entonces voy de nuevo al médico. [...] Me hacen la ecografía y me dicen “Señora, está embarazada de 4 meses, casi 5”. Es decir, que al momento de sacarme el DIU yo ya estaba embarazada. Dice que no se explica cómo no perdí el embarazo cuando me sacaron el DIU.

[...] Por lo tanto, me pusieron que era embarazo de riesgo también porque ella fue un bebé de casi 4 kilos. Y a nueve meses de haber tenido una cesárea previo, dice que el útero todavía, con el peso de ella no se termina de recuperar bien. Se necesitan dos años después de una cesárea. [...] Bueno, eso de él no lo sentí, no tuve problema. Hasta última hora, hasta el último momento. Fue un embarazo totalmente desapercibido. Yo andaba normal, yo hacía fuerza. Yo vivo en un segundo piso. Yo lavaba ropa a mano, subía y bajaba ropa. Nunca un mínimo problema. [...] Es como si no estuviera embarazada.

[...] El último mes, por un resfrío empecé a tomar paracetamol. Me agarró una alergia al paracetamol, un rechazo, caí internada otra vez. Ahí descubrí la internación

del Lagomaggiore. (Entrevistadora: ¿Y por qué volviste al Lagomaggiore si te habían atendido mejor en el Hospital de Maipú?) Porque no teníamos plata en ese momento. Mi marido hacía poco que había vuelto a trabajar y se había quedado sin trabajo. Entonces no teníamos la situación económica para viajar hasta Maipú.

[...] Bueno, me internan en el Lagomaggiore. [...] Antes de darme el alta, me dice el médico “Mirá, el útero tuyo está muy sensible para tener que esperar tanto tiempo, más si tenés bebés grandes”. Y yo estaba de casi 39 semanas. Entonces me dice “Necesitamos que el bebé nazca en lo posible de menos tiempo, que no llegue a término el embarazo para que no sea tan grande y no se produzca de un momento a otro un desgarro de útero, la placenta y tengamos unas complicaciones terribles”. El médico me hizo abertura de membrana, que eso se hace cuando ya estás por tener, pero no tres semanas antes. Me dice “mirá, esto yo te lo hago de onda, pero vos no digás nada, para provocar un parto lo antes posible para no llegar a la cesárea”. Y me dice “Ahora yo te aconsejo caminá mucho, subí muchas escaleras, cosa de que con la gravedad provoquemos la caída”.

[...] Y después empecé con los dolores abajo. Sentía ganas de vomitar y esa sensación de dolor acá en las caderas. Me acosté y se me hicieron ya las...mi marido llega de trabajar a las 11 de la noche. Le digo “bueno, te preparo la comida.” Le digo “estoy descompuesta, sumamente descompuesta”. Y después empecé con los dolores abajo. Me dice “Vamos a ir al hospital y nos va a pasar lo mismo de siempre, que nos van a devolver. Y aparte yo tengo que trabajar.” Él entraba a trabajar todos los días a las 6 de la mañana. Ese día venía llegando a las 11. Había salido a las 6 y volvía a las 11. Imagínate, lo menos que tenía ganas era de ir al hospital. “Bueno, le digo, lleváme, dejáme internada y no te jodo más”.

[...] Llegamos al hospital y me dice “No está con trabajo de parto, tiene 2cm de dilatación –la doctora me metía el dedo- pero dejémosla descansar durante esta noche y mañana provocamos el parto, así ella descansa bien y no la tenemos a la madrugada metida ahí.”[...] Pleno verano, yo con aire acondicionado en sala de partos ...tenía un frío. [...] Bueno, esperando...Viene me revisa la doctora y me dice “te vamos a hacer ruptura de bolsa para que dilatés más rápido. [...] Se hicieron las 7, 8 de la mañana y no la vi más a la doctora. Veía cómo entraban mujeres. Porque es un cuadrado, y en ese cuadrado tenés una camilla acá, otra enfrente, otra enfrente, una al lado de la otra,

así, camillas todas apoyadas contra la pared. [...] Y un baño común que tenés. Y bueno, del otro lado, así enfrentado tenés los boxer. Son unos cuadrados donde entra una camilla, cinco personas y nada más. Espacios muy chiquititos, con las camillas listas para parir. Nada que ver con lo que era el otro lado [Hospital de Maipú], empezando por la limpieza.

Yo veía que todas entraban después que yo y se iban. Yo seguía ahí, ya con las contracciones. Todavía le digo a la doctora “me quiero parar” y me dice “no, no puede estar parada”. Yo, calladita me la aguantaba en silencio porque dicen que mientras más gritás peor te tratan. [...] La enfermera, el trato con las que gritaban se notaba que era muy diferente de con las que estaban calladitas, así que yo estaba muy calladita.

Se hicieron las 7 de la mañana, yo seguía ahí, nadie me revisaba. De las 2 hasta las 7 nadie me revisó. Y como a las 9 como que ya me había cansado. Le digo a una doctora “O me atienden o me paro y me voy”. “¿Cómo se va a ir si está con trabajo de parto?!” me dice. “No, yo me voy, yo me voy” le digo. Me dice, “a ver, yo la voy a revisar. Tiene 8 centímetros de dilatación. Ya le asigno un médico, porque la doctora que la estaba viendo se fue. Hizo el cambio de turno y no avisó, no dejó la carpeta hecha del traspaso.” Y bueno, llegó un médico y me enseñó a respirar y a pujar. [...] Y en ese momento lo aprendí, no lo aprendí anteriormente porque no me salía la fuerza. Aprendí, y me dejó sentada porque me dolía menos que estando acostada.

Y en una de esas le digo al médico, que lo veo pasar, “doctor, ya no aguanto más”. Me abre las piernas y dice “No, cerrá las piernas, tenés la mitad de la cabeza del bebé afuera”. Salió el médico desesperado buscando un bóxer. Los 4 estaban ocupados. Estaban todas teniendo. Me dice “no, va a tener acá mismo. Una silla de ruedas!” No había nada. [...] Agarró el médico, me bajé de la camilla, me puse el brazo alrededor del cuello de él y él me llevó así un poco más alzada hasta el bóxer. [...] Cuando él nace, me hace la abertura así, nace y me lo coloca acá encima, el médico mismo. Era el médico y yo nada más. Y recién ahí cuando yo ya lo tuve en brazos llegaron todos los médicos. Y me decía el doctor “Abrazalo y limpiálo”. Y yo notaba que no lloraba. Le digo “pero por qué no llora?” Me dice “no, no lo hagás llorar porque la misma fuerza de la contracción se hizo caca adentro de la panza, en el útero. No lo hagás llorar porque está todo con caca y puede tragar eso, inhalar eso. Así que no lo hagás llorar,

limpiálo, limpiálo”. Así que yo agarré, lo limpié, vino la enfermera y se lo llevó. Cuando no alcanzó a dar la vuelta, dio el grito. Si eso te juro que quería escuchar, porque estaba desesperada, lo veía que no se movía y no lloraba, no reaccionaba. Y cuando lo oí llorar ya me quedé tranquila. Ya estaba contenta.

[...] Con él todo bien, excepto que yo después de un parto normal, me dijeron que sangraba mucho. No perdía sangre. Me dan el alta el sábado. Me voy el sábado a mi casa. Ese día nos vamos desde mi casa hasta la Plaza Independencia caminando, para que yo empezara a largar sangre. Volví de la plaza, yo ya estaba re cansada a la noche, no quería caminar más, me dolía todo. Y no largaba sangre, no tenía pérdida de sangre. El domingo, todo el domingo con dolores, en la zona acá del útero. Me voy el lunes al centro de salud. Cuando llego, me hace tacto la doctora y saltó el chorro de sangre así cuando me metió los dedos. Me dice “¡Tenés lleno de coágulos y tenés placenta todavía adentro!; Te vas ya al hospital!” Vino una ambulancia y me llevó derecho al Lagomaggiore de nuevo. Internada otra vez. Legrado, me tenían que hacer ... Estuve todo el día en ayuno, me dejaron con él internada, porque era recién nacido. Tuvo que venir alguien para quedarse con él. Después esperar la recuperación y eso. Estuve dos días más en el hospital, me dieron el alta. Dije “bueno, ya terminé con esto, ya terminé”.

[...] Cuando el nene tenía 5 meses, no tenía sangrado y le digo a mi marido “no, yo estoy embarazada de nuevo, no puede ser”. Y dice “pero si estás tomando las pasti...” “¡Yo estoy embarazada de nuevo!” Pero no tenía ningún síntoma. Le digo “no, me siento embarazada. Si vos supieras, es una sensación ... yo me siento embarazada”. Me hice los análisis, negativo me dieron. Voy de nuevo al hospital, me hice de nuevo los análisis, con ecografía, todo. Sí, estaba embarazada de nuevo. Estaba embarazada de dos meses. (A partir de ese momento, va al hospital varias veces por constantes pérdidas, hemorragias. A pesar de eso y de complicaciones como placenta previa y un feto que no crece adecuadamente, le niegan la posibilidad de un legrado y el médico de guardia le dice que “la misma naturaleza se va a encargar de hacerla abortar”)

El día que me pasa todo esto fue un día viernes. Ese día viernes hizo un frío muy fuerte. Esto ha sido el 17 de agosto. Me dice mi marido “no te levantés, quedate acostada”. Me quedé acostada. Para lo único que me levanté en el día fue para ir dos veces al baño. Ni los pañales...porque mi marido me dejó el cambiador ahí y los

cambiaba arriba de la cama. Y también me levanté para hacer la comida. Les serví la comida a todos y me acosté de nuevo. Me dice mi marido “¿Qué te pasa?” “Estoy descompuesta. Tengo ganas de vomitar, no tengo ganas de comer”, le digo, “me siento re cansada”. Me quedé en cama y me dice “bueno, mirá, yo voy a trabajar, vuelvo a las 7:30, a más tardar estoy acá, trabajo medio día nada más. Vos quédate todo el día en cama.” Todo el día estuve acostada, con la estufa y los dos niños adentro, dibujitos todo el día. Como a las 6:30 me levanto a darles la leche. Y empezaron las contracciones. Y yo dije “Tengo contracciones”. Yo ya sabía lo que era una contracción. Digo “Bueno, pero mi marido ya llega”.

Estaba con contracciones. Me acostaba para allá, me acostaba para acá. Trataba de buscar la forma de cortarla. No había caso. A las 7:30. Todo esto porque me acuerdo la hora del tele. 7:30 me dan ganas de ir al baño. Entro al baño, hago pis. Me salgo y cuando me estoy levantando, para subirme la ropa interior, siento el mismo ruido que yo sentí con él, como de plástico que se quiebra y así saltó todo para abajo un líquido. Yo dije “Rompí bolsa”. Fue lo primero que se me pasó por la mente. Así que agarré, me sequé como pude, me puse un pañal de él como apósito porque seguía cayendo agua, para tapar un poco eso, porque yo sé lo que es la pérdida de la bolsa. Me puse eso y digo “bueno, ya van a ser las 8, mi marido debe estar por llegar.” Y me fui a la pieza. Se hicieron las 8, 8:15 y mi marido no llegaba.

Las contracciones empezaron a aumentar, cada vez más, cada vez más, no tenía crédito en el teléfono para llamar a nadie. Estaba con los dos niños, los tenía acostados. Él estaba durmiendo y ella estaba viendo tele. Un frío...encima estaba llovisnando afuera...”adónde salgo?” Dije “esperá que llegue, esperá que llegue...” y no, ya me empezaron los dolores, contracciones más fuertes. Y empecé a sentir, estado sentada, algo caliente contra mis piernas. Agarré, me paré, me fui hasta el baño y en el baño me bajé la bombacha, el pañal, todo eso que yo me había colocado. Estaba todo empapado en sangre. Y me agarré la cabeza en ese momento y me senté en el baño, y detrás de eso me dio una contracción fuerte. Con la contracción fuerte saltó sangre que manché todo el inodoro, todo eso, tipo hemorragia saltó, me quise levantar para limpiar eso y detrás de eso sentí algo duro entre medio de las piernas. Y dije “no, que no sea lo que me imagino que es”. Toco bien así y sentí la forma redonda. Dije “no, es la cabeza”, es lo primero que se me vino a la mente. Y me lo estaba sujetando así con la mano y en eso me vino la segunda contracción, así instantánea. Y con esa contracción

hice así con la mano, torcí la mano y me cayó el bebé en las manos. Y quedé sentada así, viste la misma impresión que te quede el bebé en las manos, así con el cordón y todo y quedé sentada así. Y para colmo se movía y trataba de respirar porque se le movía, veía cómo movía las manos y la boquita también la movía así como que trataba de respirar y se movía y estaba así y te juro...gritaba y lloraba al mismo tiempo, lo miraba que se movía y lo tenía así. Y de repente lo dejó de hacer y cuando lo dejó de hacer unos gritos, una desesperación. Se murió, se murió...Y fue tanto lo que yo lloré y grité en ese momento, que entró la nena al baño y dice “Mamá, por qué estás con sangre?!” Se puso a llorar a los gritos y atrás se despertó él también. Éramos los tres llorando adentro de la casa. Y los sentía a ellos llorando y yo me miraba y estaba toda llena de sangre, todas las piernas, todo esto y tenía al bebé en las manos. Y yo decía “qué hago? qué hago?” y lloraba y gritaba y como que en ese momento me digo “pará. volvé en sí” como que yo misma, estaba el bebé llorando, me digo “Ya está, ya pasó”, ¿entendés? Como diciendo, “ya está, dejá de llorar, pensá en los otros niños”. Así que agarré, al mismo bebé lo cubrí con una toalla que tenía en ese momento, con la misma mano, porque todavía tenía el cordón umbilical y la placenta la tenía adentro. Con la misma mano, con el mismo dedo corté el cordón umbilical. Lo corté, envolví el bebé. Agarré, que tenía a mano, en el baño, los pañales de él. Agarré dos pañales, los abrí, me los coloqué.

(Aquí hay un corte en la grabación. Logra arrimarse a lo de una vecina que llama a la ambulancia y la asiste.) *Subió el médico y me dice “¿Está segura que está embarazada?”. Y le dice la chica “Cómo no va estar segura? Mire la toalla, es un bebé”. Me dijo el médico del servicio coordinado, “métalo adentro de una bolsa y vamos.” Así que metimos la toalla adentro de una bolsa y me dice “Bueno, por acá no va a pasar, así que la espero abajo”. Así que las mismas vecinas me ayudaron a bajar, porque ni siquiera el médico me ayudó a bajar. “Ya que está acá, camine”, me dice, como diciendo “no voy a entrar una camilla por 6 metros”. A medida que iba bajando las escaleras, sentía el dolor y sentía la sangre cómo me bajaba. Y bueno, le entregué los bebés, los dos niños, a una vecina. Los metieron para adentro y me dice “No te hagás drama, vos andá tranquila. Nosotros le avisamos a tu marido cuando llegue acá.”*

Bueno, llego al Lagomaggiore, me meten en una camilla para adentro. Me toca la misma enfermera que me había visto la vez anterior, que es mi vecina. Y me reconoce y

me dice “¿qué pasa, otra vez por acá? ¿Qué tenés contracciones de nuevo?” “No, le digo llorando, lo perdí al bebé”. Y viene el médico y dice “bueno, métenla a un bóxer”, así como diciendo “ya voy”, una cosa así. Cuando la enfermera me pone arriba de la camilla y me abre las piernas, para que el médico me revise, saltó sangre para afuera. Y salió la enfermera gritando para afuera “Doctor, doctor, venga a verla, está con hemorragia esta mujer”. Entra el médico, me empieza a hacer tacto, me mete la mano, yo vi que le saltó sangre hasta acá arriba. Me dice “¿está segura usted que estaba embarazada?” Y le digo “¿cómo no voy a estar segura?” Me dice “¿pero está segura, no?” Y agarré, entre la rabia, le quito la bolsa así, con una bronca, abro, saco de adentro el bebé, lo agarro con las manos y se lo pongo un poco más en la cara y le digo “¿me cree o no me cree que estaba embarazada?” Pero a los gritos, así enojada. El médico se tiró para atrás así y dice “no, no, le creo, le creo. Llévenla urgente a la señora a legrado, ya ya, urgente”. Parece que creen que vos te hiciste el aborto, una cosa así. Incluso la enfermera le dijo “Doctor, esta mujer se cansó de venir y cada vez que venía con hemorragia, hace dos meses que viene viniendo, y la mandaban para la casa una y otra vez. Yo estaba acá cuando la mandaban. Incluso esta señora vino la semana pasada. Venía con hemorragia y la volvieron a mandar a la casa. Nunca la trataban.” Dice “No, no, llévenla urgente a legrado”. Habían tres legrados más antes que yo y entró el médico: “no, no, este es prioridad”, dice.

Me llevaron arriba, y para colmo, la sala donde me dejaron a mí, de este lado había un mesón lleno de frascos con bebés de distintos tamaños, todos producto de legrado. Un bebé así, otro más chiquito así, otro que se veía malformado, otro así como con hematomas, como si hubiera sido golpeado, una cosa así. En otros se veían pedazos, directamente. Estaban todos los frasquitos uno al lado del otro. Para colmo me dejan el bebé en la estantería acá, más cerca mío. Yo vi cuando lo metieron dentro del frasco, le echaron el formol y lo dejaron al lado y se fueron.

[...] Me hicieron el legrado. Cuando me desperté estaba en el pasillo, ya para salir y todo me daba vuelta. Totalmente mareada y le digo “me siento re mal”. Empecé a vomitar, afuera. Me dice “ese es el efecto de la anestesia, no te han anestesiado bien, es muy fuerte la anestesia que te dieron. Me llevaron a la sala. Toda la noche con dolores, vomitando, sumamente descompuesta, largando sangre. Estuve un día más así. Para colmo, la sala donde me dejaron era toda sala para legrado, pero que estaba en medio de toda una pieza de maternidad y vos veías cómo pasaban en la noche y en el día las

mujeres con bebés. Te seguían atormentando. La mujer lloraba porque sentía el llanto del bebé, la que estaba al lado mío. El peor castigo es estar en el piso de maternidad, que sentís el llanto del bebé y ver mujeres que pasan con los bebés y vos no tenés más. Y más la carga de un hijo. Y llorar ahí...por más que estaba mi hermana conmigo cuidándome.

Bueno, me dan el alta, me mandaron con antibióticos a la casa y me dijo una enfermera si quería retirar los resultados. ¡¿Para qué, si ya está?! Lo que no se hizo en un principio no se puede después a último momento. Y de ahí no volví más al hospital.

Después del legrado, tuve hemorragia. Fui a la ginecóloga en el centro de salud y me dice “tenés un prolapso de útero. Cuando te han hecho el legrado, adentro te han provocado un prolapso, se te ha caído el útero hacia abajo. Te lo han hecho demasiado mal al legrado.” Y me dice “bueno, los podés demandar si querés.” Pero volver a pasar por todo eso, dije “no, ya está.” Me dice mi marido “déjalo, ya está, si ya pasó, ya está. No quiero saber nada más con volver al hospital ni nada.”

7.3 LOS Matices DE LA EXPERIENCIA

¿Cómo es, según las propias mujeres, la experiencia de los procesos de embarazo-parto-puerperio? Al escuchar las voces de la experiencia empiezan a emerger los “comportamientos, acciones, pasiones, resistencias, sentimientos, percepciones, es decir, [una] gama amplísima de registros del mundo anclados a la subjetividad, pero a la vez vinculados y determinados por condiciones materiales de existencia no elegidas por el sujeto”, tal como lo han planteado, entre otros, los intelectuales ingleses pertenecientes al círculo de Birmingham (Ciriza et al., 2009-2011).

Cada experiencia es única, cada situación es singular. Ante las premisas monolíticas de la institución, las experiencias reflejan una gama muy amplia de relación con el propio cuerpo y sus procesos. Incluso las mismas mujeres son capaces de ver la diversidad de las experiencias, como Lidia, cuando expresa “por ahí escucho mamás que han tenido otras experiencias, porque no somos todas iguales, todas no tenemos el mismo parto”.

La visión sobre la medicalización también es singular. Mientras que algunas hubieran preferido un ambiente de mayor privacidad, con el acompañamiento de alguien de su confianza, otras valoran la cantidad de profesionales que estuvieron presentes allí, sintiéndose cuidadas ellas y sus bebés⁵⁵. Además, Karina resalta la importancia de haber tenido “la escuela” del hospital para poder enfrentar luego el cuidado de su hija prematura.

Algunos de los matices de las experiencias revelados en los relatos precedentes aparecen en clara oposición con las formas en que estas experiencias son representadas en los textos y discursos institucionales. Otros se estructuran en torno a prioridades que nada tienen que ver con el conocimiento que las instituciones precisan y extraen de las experiencias para poder administrar recursos y personas.

A continuación se exponen algunas de los matices de estas experiencias que nos permiten, al decir de Stone-Mediatore, revelar las contradicciones y las paradojas de las políticas de salud materna y transformar las experiencias personales en herramientas de re-visión de lo que las mujeres perciben, quieren, necesitan durante el acompañamiento de sus procesos reproductivos.

7.3.1 SOCIALMENTE SITUADA

Lo social, las condiciones materiales, moldean el cuerpo, la experiencia, los registros de los cambios corporales, la posibilidad de disfrutar o padecer el embarazo, el parto y el puerperio. Como ha señalado Allison Bartlett, “los cuerpos no son un material esencializado, estático u homogéneo sino que son infinitamente cambiables, activamente receptivos a su medio ambiente y siempre sujetos a las condiciones de la historia, la cultura y el lenguaje” (Bartlett, 2002: 373).

⁵⁵ Bonnie Fox y Diane Worts, en un estudio que apuntaba a revisar la crítica al parto medicalizado en Canadá, hallaron que para las mujeres que cuentan con poco apoyo familiar y/o social y cuyas condiciones de vida son complejas dada la presencia de otros/as hijos/as o al ser el único sostén económico de sus familias, aceptaban y hasta procuraban las intervenciones médicas como recursos para alivianar la carga de la privatización del cuidado (Fox y Worts, 1999). Por ejemplo, un día más de internación puede significar guardar un margen de energía para afrontar las tareas domésticas y de cuidado del/de la recién nacido/a que deberán realizar apenas lleguen a sus casas. Sin embargo, como plantearé más adelante, esto solamente puede aplicarse a los casos en donde las mujeres reciben atención efectiva y ayuda con sus criaturas durante la internación en el puerperio inmediato y mediato.

Cada embarazo, cada parto, cada puerperio se vivencia de manera singular, incluso para una misma mujer, según su edad, sus relaciones de pareja, sus condiciones habitacionales, económicas, laborales, la cantidad de hijos/as, etc. En este sentido, Lidia y Natalia comentan la diferencia entre un embarazo a los 17 años y uno más adelante en la vida, con mayor experiencia, más informadas, más atentas a las premisas de las instituciones, es decir, con mayor capacidad para tomar decisiones. Durante las observaciones, una de las licenciadas en obstetricia llamó mi atención sobre una de las mujeres que atendía. Era una mujer de 38 años, que acababa de tener su noveno hijo. Un hijo deseado, muy esperado. Esta mujer es abuela. Según la licenciada, toda la vida trabajó hasta el último momento del embarazo en los galpones de acopio de la cosecha. Pero con este último bebé, a diferencia de sus embarazos anteriores, al estar en blanco pudo tomarse licencia por maternidad y disfrutar la gestación y atravesar el puerperio sin tantas presiones. Yo la conocí en un control de puerperio y realmente parecía una mujer muy alegre, con una visión muy positiva acerca de su nueva maternidad. También durante las observaciones, en el hospital Lagomaggiore, conocimos a una mujer de 34 años que acababa de parir a su octava hija. Nos comentó que esta niña, a diferencia de todos/as sus otros/as hijos/s, era planificada. Sin embargo, según las planillas de relevamiento del riesgo, estas dos últimas mujeres seguramente fueron calificadas como de alto riesgo –para sus recién nacidos/as (Cfr. Capítulo 6).

El tema de la discriminación en razón de la pertenencia de clase o de la racialización no apareció visiblemente en ninguno de los relatos de las entrevistadas. Sí apareció, en fragmentos iniciales de las entrevistas de Karina y Juana, la mención al origen chileno de sus familias. Esta ausencia puede deberse al mandato de asimilación, de negación de los/as ancestros/as, de búsqueda de neutralización de las marcas corporales, debido a los procesos históricos de construcción de una identidad nacional homogeneizada que analizamos en el capítulo 3. Adrienne Rich ha descrito este proceso con elocuencia:

Asimilarse significa renunciar no solo a tu historia, sino a tu cuerpo, tratar de adoptar una apariencia distinta porque la tuya propia no es lo suficientemente buena, tener miedo a dar tu nombre por temor a que ese nombre se convierta en epíteto. A través de este imperativo, a aquellos y aquellas que pueden adaptarse se les burla la oportunidad de definirse a sí mismos y de establecer alianzas fortalecedoras y mutuamente respetuosas con otras personas que se definen a sí mismas (Rich, 2001:142).

La asimilación produce un quiebre en la posibilidad de pertenencia, entendida como

“concepto relacional (pertenezco a este y no a ese/esos grupo/os) y construido y constituye una postura política, así como una manera de ubicar quiénes somos de un modo afectivo y emocional. No se trata solo de identificación, sino también tiene que ver con procesos experienciales, prácticos, ideológicos y políticos. Es muy importante localizar la noción de pertenencia en torno a las diferentes localizaciones que ocupamos a menudo al mismo tiempo, dado que en la experiencia vivida se entrelazan la pertenencia de género, de clase y la étnica. De allí, que no se pueda hablar de una “comunidad natural de personas” como muchas veces se hace desde diversos ámbitos cuando se refieren a “los migrantes” o a “los bolivianos”. [...] Nos dice que nuestra pertenencia y nuestra identidad no es algo fijado, pero tampoco es arbitrario (Cernadas, 2012:12).

También hay un mandato de olvido, que se afirma a través de la negación del exterminio, de los ancestros/as nativos/as, a través de la idea de que los/as argentinos/as descienden de los barcos. Para quienes asimilarse no es una posibilidad, la clase y la “raza” se entrecruzan para crear una otredad degradada: “En la Argentina hay una ecuación negada pero efectiva: el pobre es morocho y, cuando la cosa se tensa, el morocho es el “negro de mierda” (Kiernan, 2004). Cuando esta superposición de racismo y clasismo se cruza también con el género, emergen concepciones –renacido eugenismo de por medio- de las mujeres como reproductoras sin límites de una población no deseable, que “tienen hijos para cobrar las asignaciones”, como señaló una de las médicas durante las observaciones en el hospital⁵⁶. Aunque no aparezca directamente en las entrevistas, estas mujeres son “procesadas” por los/as agentes institucionales en razón de su percibida pertenencia de clase, su condición de migrantes, su color de piel:

Es frecuente encontrar en el discurso de los trabajadores de salud concepciones esencialistas y etnocéntricas de la cultura, a la cual además se la ve como un obstáculo para la atención de la salud de los sujetos. Esto, en oportunidades conduce a prácticas de atención deficientes e incluso discriminatorias, ya que se encuentra la explicación para la “falla” en el tratamiento en la “diferencia cultural”, relegando las verdaderas causas que son las desigualdades socio-económicas que padecen estos conjuntos sociales (Cernadas, 2012:12).

⁵⁶ A modo de ejemplo, supe a través de una de las profesionales entrevistadas que en uno de los hospitales públicos del Gran Mendoza, al enterarse de que tenía obra social, a una mujer le asignaron a modo de “castigo” una cama de puerperio junto a una mujer cartonera que también acababa de parir, para que supiera “lo que es parir en un hospital público”.

La única entrevistada que hace referencia a esto es Romina, que es capaz de percibir la desidia de algunos/as profesionales para con ella y sus conocidas: “Si a vos no te atienden bien ¿adónde vas a querer ir? A ningún lado...y no es de culpa de nada que uno esté embarazada y que vaya a tener un hijo, no es una culpa. Te tratan como si fuera algo malo y no es así”.

Una de las contradicciones más claras que he podido observar entre los relatos de las mujeres y las versiones institucionales es que mientras estas últimas consideran el cuerpo de las embarazadas/parturientas como inherentemente riesgoso, potencialmente tendiente al caos, en las narrativas de las propias mujeres sus cuerpos aparecen como supeditados a los vaivenes de la fragilidad de sus condiciones de vida. Los trabajos precarios de ellas y sus parejas, las mudanzas constantes, las necesidades de atención de otros/as hijos/as, los problemas de salud propios o de familiares cercanos, muchas veces llevan a postergar la atención y repercuten en su salud sexual y reproductiva.

En el relato de su segundo embarazo y parto, Clara expresa que lo vivió en plenitud debido a que su marido tenía un trabajo y podían pagar un alquiler y comprar todo lo necesario para recibir a su nuevo hijo. Durante su tercer embarazo, yendo de un lugar a otro, viviendo en casa ajena, amontonados/as, padeciendo escasez económica (durante la crisis del 2001), Clara tarda en darse cuenta de que está embarazada y más adelante no nota que el feto ha dejado de moverse. Ella misma es capaz de sintetizar su situación: “Nuestra historia se basa en que mi marido no tiene un trabajo como corresponde, así que siempre estamos flaqueando por eso”.

En el relato de Juana, la posibilidad de elegir efectores está supeditada a lo económico. Al no contar con el dinero para tomar varios colectivos o pagar un taxi, no pueden llegar hasta el hospital de su preferencia, más alejado de su domicilio y de acceso más difícil. Lo económico también incide en su acceso a los métodos anticonceptivos y debe colocarse el DIU porque es lo único que le garantiza algo de continuidad a pesar de las complicaciones que le provoca. La necesidad de seguir trabajando en el servicio doméstico, que no contempla la posibilidad de licencias para hacer reposo por complicaciones en el embarazo o el puerperio o para sacar turnos, también emerge con fuerza en el relato de los avatares de Juana.

Romina y Natalia comentan sobre la diferencia en las experiencias de sus primas, que se hacen atender en clínicas privadas, y sus experiencias y las de conocidas en el

sistema público. La posibilidad de elegir efectores y profesionales, de acceder a análisis y medicamentos en tiempo y forma, y de tener un seguimiento y un trato más personalizado son privilegios que ellas no han gozado.

7.3.2 AMBIVALENTE / CONTRADICTORIA

Jane Flax ha observado que mientras la noción de ambigüedad refiere a estados confusos, la de ambivalencia remite a “estados afectivos en los que se confiere una energía emocional intensa a deseos o ideas intrínsecamente contradictorios o excluyentes entre sí” (Flax, 1995:115). Como ha indicado Rich, a través del estereotipo del amor materno incondicional, continuo, la maternidad es una experiencia que ha sido despojada, por la institución, de la posibilidad de ambivalencia. Sin embargo, dadas las condiciones en las que se vive la maternidad en nuestras sociedades occidentalizadas y capitalistas, la privatización de la responsabilidad por los/as hijos/as, que recae en una mujer individual, hace que la ambivalencia –la alternancia de momentos de rabia y resentimiento con momentos de gratificación y ternura, la posibilidad de considerar las propias necesidades o anteponer el bienestar de los/as hijos/as al propio- sea una parte central de esta experiencia (Rich, 1986: 23).

Esta ambivalencia también se hace presente en las experiencias ligadas a los procesos reproductivos. En la encuesta de alto riesgo materno infantil se pregunta sobre si el embarazo fue o no planificado. A veces, estas categorías no son excluyentes. Lidia comenta que no buscaron a su tercera hija...pero tampoco utilizaban sistemáticamente un método anticonceptivo. Natalia dice que durante su embarazo en la adolescencia, hacía actividades que podrían haberle provocado un aborto, pero que no necesariamente lo hacía de manera consciente. Clara comenta que intentó abortar con unas pastillas suministradas por su cuñada, pero que no funcionaron...y que en todo caso “afirmaron” más el embarazo.

Incluso en los relatos de embarazos deseados, emergen tensiones entre las propias necesidades y los cambios del cuerpo o las necesidades del feto. Al preguntarle sobre los cambios durante el embarazo, Romina comienza diciendo que ha estado todo bien, que no ha tenido que cambiar nada y que se ha acostumbrado al nuevo estado...pero termina afirmando que ha cambiado todo –la forma de dormir, de alimentarse, de vestirse. También se queja porque percibe que el foco de atención es su futura hija y no ella, su cuerpo. En este mismo sentido, Natalia comenta que cuando se es madre, “ya

uno ya está más para el hijo que para uno mismo”. Por su parte, Lidia y Karina expresan ambivalencia ante la amenaza de parto pre-término, entre la necesidad de esperar para que maduren los pulmones, para que sus criaturas adquieran peso, y el no aguantar más las intervenciones, la incomodidad, el confinamiento de la internación.

La negación de la ambivalencia puede traer aparejadas decisiones que no contemplan las verdaderas necesidades y deseos de las mujeres. Como ha argumentado Alejandra Ciriza, “[l]a precipitación en producir una salida, que sin lugar a dudas alivia la tensión, proporciona una argumentación lineal que da a los dilemas, en nuestro caso los feministas, una unidad represiva” (Ciriza, 2008: 39). En todo caso, lo que sucede con la imposibilidad institucional de procesar la ambivalencia es que la tensión que esta produce se resuelve desde luego represivamente, homogeneizando las respuestas y buscando soluciones lo más rápidas posibles, pues el objetivo de las instituciones es la administración eficiente del tiempo, los recursos, las personas. Además, el género ‘formulario’, que caracteriza el procesamiento textual de los “eventos reproductivos”, no admite espacio para la tensión. La lógica dicotómica del “o bien o bien” gobierna su estructura.

7.3.3 CONTINUA /FRAGMENTARIA

La experiencia de los procesos corporales, y de los procesos sexuales y (no) reproductivos en particular, puede describirse como un continuum, como un fluir de sensaciones y estados que remiten unos a otros, que impactan unos en otros y que a veces no tienen delimitaciones certeras entre sí.

El relato completo de Juana da cuenta de una abrumadora continuidad de la experiencia de embarazos, partos, puerperios, legrados, fallos de métodos anticonceptivos por falta de opciones seguras, nuevos embarazos, y complicaciones severas a su salud sexual y reproductiva como resultado de las malas prácticas y la desatención. La frontera entre puerperio y nuevo embarazo aparece difusa, con bebés lactantes de por medio y el cuerpo aún sin haberse recuperado. Ante la necesidad de cuidados de una sujeto que solicita una atención capaz de percibirla como una persona con una determinada historia reproductiva previa, cuya demanda se liga a esos procesos reproductivos que inciden sobre su presente, el sistema de salud solo ofrece servicios discontinuos, fragmentados y jerarquizados según el nivel de riesgo percibido a partir de los instrumentos disponibles, y enfocada en lo que se considera un ‘presente discreto’,

pues la HCP se reinicia con cada embarazo y es muy poca la información sobre los antecedentes que llega a plasmarse en ella.

Por otro lado, el relato de Juana también refleja momentos al interior del hospital en donde la experiencia se fragmenta: Juana narra su cesárea como una sucesión de intervalos de conciencia-inconciencia, en la cual aparecen y desaparecen profesionales, instrumentos y sus propias vestimentas. En estas circunstancias, el momento del nacimiento no queda registrado en su memoria, y recién conoce a su hija horas después, cuando se despierta y puede recuperar el habla.

Hay otra fragmentación en la experiencia: el vínculo entre reproducción y sexualidad no aparece en los relatos. Aunque la relación entre embarazo y sexo sea evidente, las referencias a la sexualidad desaparecen en los relatos de las mujeres. Es posible que las alusiones a la sexualidad aparezcan desligadas de los eventos reproductivos porque son un sobre-entendido que hace innecesaria la referencia. Es decir, que opere aquí el entrecruzamiento entre maternidad y heterosexualidad en sus formas institucionalizadas, que deben ser tratadas “como la ‘naturaleza’ misma” (Rich, 1986/1995: 43). Por otro lado, también puede deberse a que la maternidad institucionalizada, al construir a la mujer-madre como un ser eminentemente “para otros”, exige la negación del propio deseo sexual, una suerte de “asexualidad” que fragmenta la experiencia de las mujeres (Contratto, 1986). El contacto con el sistema de salud durante el embarazo y el parto refuerza la separación de sexualidad y maternidad; no sólo se niega en general el carácter sexuado del proceso, sino que cuando la sexualidad aparece es en forma de estigma que justifica el sufrimiento, la violencia: “si te gustó el durazno, aguántate la pelusa”, “cuando abriste las piernas no llamabas a tu mamá”. Estas prescripciones institucionales generan contradicciones entre los cuerpos de mujeres como sitios heteronormados de placer y sexualidad, por un lado, y como fuentes abnegadas y asexuales de sostenimiento maternal, por el otro (Malacrida y Boulton, 2012:748).

7.3.4 DENSA: TEMPORALIDADES Y ESPACIOS

En los relatos de experiencias, el tiempo y el espacio se densifican durante momentos críticos como el parto, el aborto, las complicaciones en el embarazo y el puerperio inmediato. Se intensifica también el registro del propio cuerpo, aun contra la alienación que imponen los discursos y las condiciones institucionales.

Desde el feminismo, se ha criticado el modo en que las culturas occidentales conciben el tiempo. El tiempo lineal, incremental y desarrollista que prevalece en nuestras culturas valora los hitos trascendentales y los héroes de la historia, mientras que muestra desidia por lo cotidiano y quienes hacen el trabajo de supervivencia (Bartlett, 2010:121). En este sentido, el tiempo de la experiencia no es un tiempo medible y lineal como el de los textos institucionales. Para los registros institucionales, el tiempo del embarazo es medido en semanas, que reflejan la distribución en “semanas de trabajo” de la producción capitalista (Simonds, 2002: 564). Sin embargo, en sus relatos, las mujeres van sintiendo la progresión del embarazo según el nivel de comodidad/incomodidad del propio cuerpo, según cómo afectan en él las condiciones materiales y emocionales: ¿es casual que la rotura de bolsa de Lidia se produzca justo el día en que su marido se va a trabajar a otra provincia y ella queda sola a cargo de sus dos hijas?

El tiempo de la internación, ya sea durante el embarazo, parto, puerperio inmediato o para cuidar un/a bebé prematuro/a, es un tiempo manejado por los ritmos institucionales, por los cambios de guardia, los horarios de visitas, los controles de enfermería, los pases de sala. Estos marcadores temporales se filtran en los relatos de experiencias. El hecho de que las mujeres recuerden el tiempo cronológico de sus partos, por ejemplo, indica que han debido gestionar sus cuerpos en torno a esos tiempos institucionales. Sin embargo, hay también atisbos e incluso registros de otras maneras de percibir el tiempo. En el relato de Juana, por ejemplo, el tiempo del parto se densifica según la intensidad de las contracciones, y según la creciente sensación de abandono en la sala de partos. De este modo, siete horas de trabajo de parto no significan lo mismo para una mujer que está acompañada, contenida, que para quien ha quedado, como narra Juana durante su segundo parto, relegada a un rincón en una sala llena de parturientas, con profesionales despersonalizados que entran y salen, sin que nadie se acerque a “controlarla”, menos aún a contenerla. El olvido en el registro la deja por fuera de toda posibilidad de solicitar atención, la deja fuera del tiempo de la institución, en una suerte de limbo. Cuando alguien finalmente la “registra”, el tiempo de la experiencia se acelera de manera arrasadora, hasta el punto que se descompensa.

La intensidad del dolor durante el trabajo de parto también es capaz de minimizar o magnificar la percepción del tiempo, tal como lo demuestran los relatos de Natalia y Lidia. Mientras que para Natalia, el tiempo empieza a hacerse denso y largo cuando

comienzan las contracciones dolorosas y empiezan sus gritos y pedidos de ayuda, para Lidia la ausencia de dolor la deja como en un estado de indefinición, de espera a que algo suceda o alguien dé un diagnóstico.

El tiempo del puerperio, al igual que durante el embarazo y el parto, ha sido dividido en etapas: puerperio inmediato, que abarca las primeras 24 horas; puerperio mediato, que abarca los primeros 10 días; puerperio alejado, que se extiende hasta los 42 días y finaliza muchas veces con el retorno de la menstruación; y puerperio tardío, desde los 42 hasta los 60 días⁵⁷ (Ministerio de Salud de la Nación, 1997: 10). Sin embargo, a diferencia del embarazo, que tiene un principio y un final bastante discretos, y el parto, que a pesar de las variaciones en su duración y de que el trabajo de parto no siempre tiene un comienzo distinguible y una progresión lineal, el puerperio es probablemente la etapa más variable en cuanto a duración, especialmente en lo que respecta a los cambios emocionales, psíquicos. Mientras que para el sistema este tiempo se relaciona principalmente con la involución de los cambios físicos que ocurrieron durante la gestación y con el amamantamiento (Ministerio de Salud de la Nación, 1997: 7-12), para muchas mujeres este es un momento de transformación, de transición y ajuste, en el cual “no sólo aparecen borrosos el tiempo y el espacio sino que el lenguaje, el pensamiento y las prioridades se funden en una suerte de locura de noches sin dormir, avalanchas hormonales y cambios de subjetividad” (Bartlett, 2010: 120-121). Es tal vez debido a esta borrosidad que las mujeres entrevistadas casi no comentan sobre sus puerperios “normales”, es decir, aquellos en los que no tuvieron complicaciones físicas o emocionales que las acercaran nuevamente al sistema de salud.

En general, embarazo, parto y puerperio implican, con sus constantes cambios y necesidades de adaptación, física y emocional, “un tiempo por fuera del resto de la vida, aunque también la vida continúa a nuestro alrededor y las madres participamos en ella al mismo tiempo que nos convertimos en madres” (Bartlett, 2010: 123).

Según mi propia experiencia de un parto sin intervención médica, el tiempo cronológico parece dar lugar a un registro intermitente del aquí y ahora, surcado por la

⁵⁷ La versión más reciente de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10) ha llevado esta etapa última etapa hasta los 364 días cumplidos (Atención del Puerperio, 1997: 10).

marea de las contracciones y su duración...en donde el propio cuerpo y el feto en nacimiento van marcando los cambios de ritmo, la aceleración o desaceleración del tiempo...Y luego del nacimiento adviene un tiempo de sobresalto, en el cual pasado, presente y futuro parecen fusionarse, acercarse. El puerperio se vive, de ratos, como tiempo fuera del tiempo, como espacio fuera del espacio.

Llama la atención que las mujeres se acuerdan mucho más de su parto o embarazo si tuvieron inconvenientes y problemas serios. El resto está naturalizado como “normal”. Como ya ha sido señalado por algunas investigadoras de la salud: “[e]s solamente cuando algo sale inexplicablemente mal que nos detenemos y percibimos la complejidad organizada de nuestras vidas que en general navegamos tan fácilmente” (Campbell & Gregor, 2004: 31).

Lo mismo sucede con el espacio. Cuando Juana narra el aborto de un feto vivo de 5 meses de gestación, sola en su casa, en pleno invierno, en un día frío y lluvioso, recluida a hacer reposo en su habitación, con la estufa y la televisión encendidas y al cuidado de sus dos hijitos/as, el espacio cobra densidad, el afuera se hace hostil, el adentro demasiado pequeño y aislado para contener lo que sucede.

Juana describe tanto el quirófano durante su cesárea como la sala de partos con lujo de detalles. El primero aparece como un espacio regido por el orden, la limpieza, los aparatos, la despersonalización de quienes están allí con sus batas, gorros, barbijos y guantes. El segundo aparece como un lugar de paso, pensado para facilitar la circulación rápida de mujeres entre camillas y “boxes”, restringidos a su mínima expresión.

El espacio también se densifica en el relato de Karina sobre su estadía en las salas de pre-alta del Hospital Lagomaggiore, en la que madres con niños/as que están saliendo de neonatología parecen ser puestas a prueba en su capacidad de cuidado. Karina comenta que es un espacio carcelario, restrictivo, deprimente, con enfermeras “grotescas” que parecerían estar ahí solamente para torturar a las madres y forzarlas a un aprendizaje de paciencia ante la arbitrariedad de las normas. Este espacio también opera como fortalecedor de la maternidad institucionalizada y la heterosexualidad obligatoria y monogámica, al reforzar la idea de la responsabilidad materna exclusiva y habilitar parcialmente solo el ingreso de los padres de las criaturas.

En los relatos de Karina, de Lidia y de Juana –y de otras mujeres que me han contado sobre sus partos- aparece como espacio recurrente “el pasillo”. Ahí son depositadas las mujeres luego del parto o cesárea, a la espera de una cama de internación post-parto. A veces transcurren horas en ese limbo, solas o con sus criaturas, viendo pasar médicos/as, enfermeras/os, camilleros. Como comentó una de las estudiantes de obstetricia que realizó sus prácticas en el hospital, hay mujeres que quedan allí con frío, con materia fecal sin higienizar. Es en estas condiciones en las que se espera que se practique la lactancia temprana.

No hay marcas de familiaridad en estos espacios. La vida institucional transcurre sin reparos ante lo trascendental de un nacimiento. Recuerdo haber estado esperando para una entrevista en un pasillo cercano a la sala de partos y con habitaciones donde las mujeres pasaban parte del trabajo de parto. Una cañería se había roto y había ordenanzas arreglándola, usando taladros, martillos y otras herramientas ruidosas, mientras el agua que corría se iba metiendo por debajo de las puertas de las habitaciones. Recuerdo también la sobrecogedora imagen de varias mujeres con bebés diminutos contra su pecho, replegadas en sus camas, hablando muy suave y pausado, como haciendo nido en esos espacios tan poco amigables, con tan poca intimidad para conocerse con su nueva criatura.

7.3.5 ENCARNADA

Debido a los procesos de vigilancia y estandarización a la que han sido sujetos sus cuerpos al interior de las instituciones, tal como descubriera Emily Martin (2001) en sus entrevistas (Cfr. capítulo 3), en los relatos de las mujeres existen percepciones que se alinean con el lenguaje médico fragmentador, alienante y cosificador del cuerpo. Sin embargo, también emergen expresiones de integridad, profunda sensorialidad y hasta admiración ante las capacidades del propio cuerpo.

Por un lado, en los relatos presentados, el cuerpo y en particular los procesos corporales relacionados con la reproducción y la sexualidad, se presentan como algo externo, que “les sucede” a las mujeres y que debe ser controlado o tolerado (Martin, 2001: 76-77).

La disociación de Natalia con el sentir del propio cuerpo, sus dolores, sus cambios durante el embarazo y el parto de su primer hijo, son un ejemplo de esto. También la resignación de Juana ante sucesivos embarazos no planificados y complicaciones

puerperales (legrados por restos de placenta, infección de puntos de cesárea, prolapso de útero), que vienen a comprometer cada vez más su salud. Y principalmente, esta separación entre el yo y el cuerpo queda en evidencia en la narración de Clara de su tercer embarazo, en el que “la panza” –el embarazo visible- aparece como algo externo a ella, que debe acarrear junto a sus pertenencias, en las mudanzas y los avatares de la enfermedad terminal de su cuñada. Finalmente, no percibe que el feto ha dejado de moverse y sólo porque comienzan las contracciones concurre a hacerse atender y descubre que lleva tres días muerto.

Por otro lado, también prevalece en los relatos de estas mujeres el registro del propio cuerpo; sus sentidos, sus sensaciones, no han quedado totalmente borrados por las operaciones de abstracción y fragmentación de las instituciones. En el relato de Romina, ella comenta sobre los cambios del cuerpo durante el embarazo y la necesidad de acomodar hábitos de sueño, de alimentación, la incomodidad ante algunos olores, ante algunas posturas. Natalia cuenta cómo, a pesar de su negación a darle entidad a su primer embarazo, su cuerpo le enviaba mensajes de dolor, de sensaciones antes desconocidas. Lidia comenta sobre la sed y el hambre durante la espera para la inducción del parto. Junto con Karina, dan cuenta de la incomodidad, del no poder moverse libremente, de la ansiedad por la espera y por no saber cuánto durará. Juana ofrece en el relato de cada episodio de sus experiencias una descripción sensorial vívida en la que resaltan el blanco prevaleciente en el quirófano y el olor a alcohol, el frío que siente en la sala de partos, el ruido de la fuente al romperse, la ubicación e intensidad de los dolores.

En otro tipo de contraposición, he recabado testimonios de mujeres que reflejan una sensación de que el cuerpo les ha fallado, y otros en los cuales irrumpe una confianza en el propio cuerpo y su capacidad de adaptación. Durante las observaciones, escuché varias instancias de esta sensación de fallo: una mujer joven comentó “no lo pude tener sola, me tuvieron que ayudar”, mientras que otra expresó “No puedo pujar”. Otra mujer, de 28 años, durante un control post legrado comentó su miedo a que haya algo mal con su cuerpo, ya que había tenido 3 embarazos de los cuales 2 terminaron en aborto y quería tener más hijos/as. En el relato de Juana, su cuerpo “se duerme” sistemáticamente, se descompensa. Pero también aparece en los relatos la confianza en el propio cuerpo: Natalia hace referencia a la importancia de que su cuerpo no haya rechazado el DIU; durante las observaciones, una mujer de 25 años que se cuidó 8 años

con DIU sin problema y luego tuvo un embarazo planificado comentó: “Yo pienso que tengo un cuerpo que acepta las cosas”. También en este sentido, Juana comenta que a pesar de haber estado caratulado como riesgoso, vivió su segundo embarazo sin “sentir eso”, realizando sus actividades cotidianas con total normalidad. A pesar de que le dijeron que nunca más podría tener hijos/as, y luego de algunas pérdidas, Clara logró llevar a término otro embarazo y tuvo una hija.

Como ha señalado Alison Bartlett, enfocándose en los discursos institucionales sobre amamantamiento pero aplicable a los procesos reproductivos en general, “se hace evidente que las mujeres son construidas ‘como’ cuerpos, más que como sujetos corporizados”, pero escuchando a las propias mujeres, ellas emergen “como sujetos que tienen su lógica y conocimiento corporal propios que puede ser visto como excedentes en relación al razonamiento biomédico” (Bartlett, 2002: 378).

En algunos de los relatos presentados, si escuchamos atentamente, podemos percibir un “hablar desde el cuerpo”, en el que estas mujeres expresan una profunda conexión con los lenguajes de sus cuerpos, sus mensajes sutiles, sus gritos y sus silencios, además de la conexión con los cuerpos de otras mujeres cercanas. Juana comenta que a pesar de tener resultados de exámenes negativos y de haber estado tomando pastillas anticonceptivas, ella “siente” que está embarazada...aunque no puede explicarle a su marido ni dar cuenta en la entrevista de cómo es esa sensación. En el relato de Clara, luego de la desconexión con su tercer embarazo y el fallecimiento de su hijo, y el “irse para adentro” durante meses, finalmente emerge de la depresión pero con una nueva relación con su cuerpo. Ahora es capaz de percibir los mensajes que el cuerpo periódicamente le envía, porque su cuerpo recuerda, tiene su propia memoria y “se reprograma” para revivir el tiempo de la pérdida y requerir de Clara un momento de auto-escucha, de soledad reflexiva.

En el relato de Natalia, también aparece una conexión entre las expresiones de su cuerpo y las de las mujeres que estaban allí pariendo junto a ella y también los relatos de sus primas, que “me explicaron como si fuera yo; los gritos que dieron, el dolor que sentían y todo eso”. Y se asombra ante la incapacidad de quienes la atendían – principalmente las enfermeras- de empatizar con su dolor.

Estos son algunos atisbos de un ejercicio de “pensar a través del cuerpo” que ha propuesto Rich, de “conectar con lo que ha sido desorganizado tan cruelmente” y

“convertir nuestra fisicalidad en conocimiento y poder” (Rich, 1986: 284). Este ejercicio tiene el potencial de sanar, individual y colectivamente, la escisión cuerpo-mente, para no perdernos nunca más ni física ni psíquicamente (Rich, 1986: 40). Rich propone, ante los embates que quieren limitarnos a “ser nuestros cuerpos” y los intentos de algunas mujeres de pensarse por fuera de ellos como forma de escape, no solo controlar nuestros cuerpos sino “palpar la unidad y la resonancia de nuestra fisicalidad”. De este modo, el cuerpo ya no sería un destino sino una fuente de conocimiento para vidas más plenas (Rich, 1986: 40).

7.4 LAS PRESIONES DE LA INSTITUCIÓN: EL TRABAJO DE “GESTIÓN” Y CUIDADO DEL PROPIO CUERPO

Además de los matices de la experiencia, los relatos de las mujeres entrevistadas revelan un trabajo de gestión del propio cuerpo senti-pensante para llevar a término un embarazo, para transitar el parto en las instituciones y para sobrellevar el puerperio y la lactancia.

La noción de “gestión del cuerpo” está inspirada en la definición “generosa” de trabajo propuesta por Dorothy Smith para la etnografía institucional, que incluye todo lo que las personas hacen que es intencional, implica esfuerzo y habilidades y se realiza en un tiempo y un espacio determinados (Smith, 2005). Debido a la naturalización de la maternidad (es decir, a considerar los procesos asociados a ella como meramente biológicos e impulsados por un instinto), se invisibiliza socialmente todo el trabajo que las mujeres realizan para cuidarse y cuidar a sus criaturas durante el embarazo, el parto y el puerperio. En el caso de las mujeres de sectores populares, todo este trabajo de gestión se desarrolla en un marco más amplio de trabajo por la supervivencia propia y de sus familias. Además, considerando que el 60% de los embarazos que llegan a término en Mendoza son no planificados⁵⁸ (y no podemos saber cuántos de esos son no deseados, debido a la ilegalidad del aborto) a menudo este trabajo de gestión y de autocuidado es trabajo que debe ser “robado” de la vida, un trabajo que surge inesperadamente y que tiene que realizarse bajo tensiones emocionales y materiales, como queda claro especialmente en los relatos de Juana y de Clara.

⁵⁸ Según autoridades del Ministerio de Salud Provincial (Perez, 2014).

Liza McCoy, una de las referentes en etnografía institucional, propone develar el trabajo usualmente invisibilizado de las personas a través de un ejercicio de hacer, a los datos recabados, preguntas como las siguientes:

- ¿Cuál es el trabajo que estas informantes están describiendo?
- ¿Qué implica para ellas?
- ¿Cómo se conecta su trabajo con el trabajo de otras personas?
- ¿Qué habilidades o conocimiento particulares parecen necesarios?
- ¿Cómo se siente hacer este trabajo?
- ¿Cuáles son los problemas o beneficios que emergen para quienes realizan este trabajo?
- ¿Qué evoca el trabajo?
- ¿Cómo se articula el trabajo a procesos de trabajo institucional y al orden institucional?

(McCoy, 2006: 110)

A partir de estas preguntas, emergen “conocimientos de trabajo” producidos de forma colaborativa entre informante y etnógrafa. Se trata de descripciones y explicaciones de lo que gente sabe en virtud de lo que hace, que generalmente se mantiene silenciado (Smith, 2005:210). Existen al menos dos aspectos del conocimiento de trabajo: la experiencia de una persona de y en su propio trabajo, lo que hace, cómo lo hace, incluyendo lo que piensa y siente; y la coordinación implícita o explícita de su trabajo con el trabajo de otras personas (Smith, 2005:151). En este apartado, trato de dar cuenta de estos dos tipos de conocimiento de trabajo que emergen al hacerle las preguntas sugeridas por McCoy a las entrevistas realizadas.

Christina Sinding, quien ha investigado las experiencias de mujeres con cáncer, propone describir y comprender el “trabajo de salud” que las personas llevan a cabo para recibir atención y cuidarse como parte de una etnografía institucional (Sinding, 2010: 1657). A partir de su investigación, la autora identifica dos tipos principales de “trabajo de salud”: el trabajo de hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales, y el trabajo de gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución (Sinding, 2010: 1658). En el caso de la presente investigación, podemos reconocer estos tipos de trabajo y ampliar su alcance, agregando también el trabajo de adquirir el conocimiento biológico y social necesario, el trabajo de

ajustar la experiencia a las expectativas institucionales y, finalmente, el trabajo de oponerse a las regulaciones institucionales.

7.4.1 HACER VISIBLES LAS PROPIAS CONDICIONES MATERIALES E IDENTIDADES SOCIALES

En el capítulo 5, escuchamos a Romina y Natalia hacer referencia al obstetra que las atiende en el centro de salud de su barrio, que no conoce sus nombres ni sus características a pesar de acudir a consultas con él reiteradas veces. El ejemplo de la interacción con este profesional es el más evidente en cuanto a esta necesidad de las mujeres de hacer visibles sus identidades, sus condiciones de vida y sus necesidades, especialmente aquellas que no son factibles de ingresar en los textos institucionales. Ante este desinterés por las singularidades, algunas mujeres deben realizar un trabajo de visibilización, para que quienes las atienden, y las instituciones en general, las “registren”.

Esto se ve empeorado por la fragmentación de servicios en la salud pública, que implica, como analizamos en el capítulo 5 y 6, una discontinuidad de profesionales en la atención de los distintos momentos del proceso reproductivo. De hecho, las pocas veces en que las mujeres entrevistadas expresan alivio o tranquilidad es cuando se encuentran con profesionales que ya las han atendido, que saben quiénes son. Este es el caso de Juana, que es atendida durante su tercer embarazo por el mismo médico que la atendió durante su segundo parto; es decir, alguien que fue testigo de las complicaciones que presentó y que podía prever, sin mediar textos, el riesgo de ese nuevo embarazo. Clara también expresa que sintió “paz” al llegar al hospital durante su tercer parto y encontrarse con la médica que había controlado su embarazo en el centro de salud. Karina se suma a estas voces, comentando lo tranquila que estaba en la sala de partos porque al haber pasado días internada ya conocía a casi todos/as los/as profesionales que estaban presentes. Finalmente, el ejemplo más significativo es el de Juana, que en varias ocasiones durante sus idas a la guardia por complicaciones en el tercer embarazo se encuentra con una enfermera vecina suya, que es quien termina defendiéndola ante la sospecha de aborto y acusando a la institución de haberla abandonado a su suerte.

Sin embargo, muchas veces las mujeres no logran, o no pueden –porque no saben cómo o porque sus voces son totalmente subalternas en algunas instancias institucionales- realizar este trabajo de “hacerse visibles” como sujetos singulares, y esto repercute en la capacidad de adherir a las prescripciones. Karen MacKinnon,

estudiando las experiencias de las mujeres con amenaza de parto pre-término, descubrió que el sistema de salud las enviaba de vuelta a casa para abaratar costos de internación y las hacía cargo de su propia vigilancia, sin siquiera evaluar las necesidades y posibilidades reales de estas mujeres para hacer reposo (MacKinnon, 2006: 6). Las disposiciones de atención y servicios para estas mujeres se basan en presunciones acerca del modelo estandarizado de familia nuclear heterosexual en donde el ingreso monetario de las mujeres se considera suplementario al de un varón proveedor, por lo cual se asume que la mujer puede dejar de trabajar para “cuidar” su embarazo sin que esto afecte los recursos disponibles para la supervivencia de la familia (MacKinnon, 2006: 7), incluyendo toda la carga de tareas domésticas y de cuidado de otros/as –hijos/as, familiares enfermos/as, personas mayores. MacKinnon descubrió que el conocimiento del tipo de apoyo que las mujeres necesitan para hacer su trabajo de auto-ciudadano no entra en los procesos institucionales de trabajo de manera sostenida y más bien, las necesidades de estas mujeres y sus familias son subordinadas a las prioridades institucionales y discursos biomédicos por el personal de salud que las atienden (MacKinnon, 2006: 8).

En los relatos de las mujeres entrevistadas aparecen indicios de esta imposibilidad de acatar las prescripciones médicas. Por ejemplo, la indicación de reposo para Clara durante el tercer embarazo no encuentra anclaje en las condiciones materiales en las que se encuentra viviendo. Lo mismo sucede con Lidia, que debe hacer reposo mientras queda sola al cuidado de sus dos hijas pequeñas. Cuando las mujeres no cumplen con estas prescripciones, se las tilda de irresponsables y se las culpabiliza por los posibles resultados adversos.

7.4.2 GESTIONAR LAS PROPIAS CONDICIONES MATERIALES CUANDO NO SON ATENDIDAS POR LA INSTITUCIÓN

Ante la incapacidad de las instituciones de proveer servicios adaptados a las necesidades y posibilidades de las mujeres, ellas deben realizar un trabajo de reorganización de sus tareas cotidianas para procurarse el acceso a la atención. Para obtener un turno para iniciar el control del embarazo o hacerse de un método anticonceptivo durante el puerperio, las mujeres deben acomodar muchas variables: dónde dejar a sus otros/as hijos/as, cómo lograr permiso para faltar en trabajos informales como el servicio doméstico, cómo movilizarse a tempranas horas de la mañana sin acceso a transporte público por cuestiones monetarias o por vivir en zonas

rurales o “marginales”, etc. Es decir, que el acceso a la salud no depende exclusivamente de la disponibilidad de servicios sino que requiere de una organización activa por parte de las mujeres, de “trabajo de gestión” de los tiempos, los recursos, las relaciones con otros/as (especialmente hijos/as, pero también patronas/es, vecinas, etc).

Por otro lado, a veces los servicios no están disponibles o se considera que la mujer no es merecedora de determinado tipo de atención, con lo cual la institución traslada a las mujeres la responsabilidad de hacerse cargo de sus complicaciones, incluso cuando han sido generadas por intervenciones de las mismas instituciones.

La experiencia de Juana revela numerosas ocasiones en las que es dejada a cargo de su propio cuidado por parte de la institución. Durante su segundo embarazo, un médico del hospital le hace ruptura de membranas pero le pide que no diga nada y que vaya a su casa a trajinar para que el parto se produzca y no llegue a una nueva cesárea. Es decir, que ella queda a cargo de vigilar un proceso que entraría claramente en las definiciones de riesgo de los textos institucionales. Luego, en la internación posparto, el médico que la atiende es informado por ella de la inexistencia de loquios, pero igualmente le dan el alta y la mandan “a caminar” para que se produzca la eliminación de los restos de la gestación; en esta ocasión termina internada nuevamente para un legrado porque los restos le producen una infección. Durante las constantes complicaciones y la evidente inviabilidad de su tercer embarazo, la internan para un supuesto legrado pero no le permiten que su hijo de 7 meses permanezca junto a ella para que pueda cuidarlo y amamantarlo. Debe gestionar a través de sus familiares el cuidado y la alimentación de ese bebé. El legrado le es negado y un médico del hospital le dice que “la naturaleza se va a encargar de hacerla abortar” y le indica a su marido que la haga caminar, dejándola nuevamente a cargo de una situación profundamente contradictoria: velar por un embarazo que prácticamente no tiene viabilidad. Finalmente, el legrado que le realizan luego del aborto le deja secuelas que afectan su salud, sus relaciones interpersonales y su capacidad de trabajo.

La experiencia de Clara también da cuenta de esta necesidad de llenar con el propio trabajo los vacíos y las grietas de la institución. Cuando se descubre que el feto de Clara está muerto durante su tercer embarazo a término, ella ruega por una cesárea. Sin embargo, se la niegan bajo el pretexto de que su embarazo no ha sido de alto riesgo y prácticamente la obligan a pasar por un parto vaginal. Luego, ella debe gestionar sola el

apoyo psicológico para sobrellevar los efectos de esa situación traumática, acudiendo a los servicios públicos de salud mental, ya que no existen servicios especiales para las mujeres con trastornos relacionados con el embarazo, el parto o el puerperio. Mientras realizaba mis observaciones, llegó a mi conocimiento el hecho de que una sola psicóloga está a cargo de las interconsultas del servicio de Maternidad del Hospital Lagomaggiore. Aunque hubiera más, es muy posible que las mujeres se rehúsen a volver al hospital para ser atendidas si es allí donde han vivenciado los hechos traumáticos.

Como ya exploramos a nivel institucional en los capítulos 5 y 6, el desplazamiento evidente de la atención hacia el/la recién nacido/a convierte al puerperio en una etapa de enorme vulnerabilidad para el bienestar de las mujeres, tanto física como psíquicamente. Los cambios físicos, emocionales y/o sociales luego del embarazo y el parto, y más aún si han existido complicaciones, han de ser tramitados durante el puerperio. Se trata de un momento de reacomodo, en donde no hay retorno a un estado anterior sino una reelaboración de la propia identidad, de la relación con el propio cuerpo, además de los desafíos que implica la construcción de un vínculo con el/la nuevo ser, o de un duelo en caso de pérdida. La depresión de Clara luego del fallecimiento de su tercer hijo, la angustia de Karina y Lidia ante el nacimiento prematuro de sus hijas y su internación neonatal, las complicaciones de Juana, luego del nacimiento de su segundo hijo y del aborto del tercero, las dificultades para amamantar de Natalia, “el trauma del Banco de Leche” de las madres con niños/as en neonatología...son todas expresiones de las dificultades que las mujeres enfrentan durante el puerperio y que no tienen respuesta por parte del sistema de salud, que deben tramitar por su propia cuenta o movilizándolo el apoyo de sus redes familiares o amistades –sí es que cuentan con esa posibilidad.

Mientras escribo este capítulo, llega a mi conocimiento, a través de la militancia contra la violencia obstétrica, un ejemplo estremecedor de esta transferencia de la carga de auto-cuidado y cuidado del recién nacido/a incluso al interior del hospital. Una mujer internada en el Lagomaggiore luego de un parto de un bebé de casi 5 kilos, tras el cual debió ser suturada con 50 puntos –algunos, según le dijeron, en el cuello del útero- y tuvo que recibir 4 transfusiones, denuncia que le negaron que alguien de su familia pudiera acompañarla para ayudarla. Justifican esta decisión diciéndole que como ya no tiene vía intravenosa consideran que está en condiciones de cuidarse sola y atender a su

bebé. Ella comenta que casi no puede moverse y que como su niño no se prende a la teta le están dando leche del Banco de Leche y le exigen que baje al Banco a sacarse leche y lo deje solo en la sala. Una licenciada en trabajo social la ayuda a escribir una nota para pedir que le autoricen una acompañante. Es decir, que además debe gastar de sus ya escasas energías para reclamar ante la institución y visibilizarse, a decir de esa licenciada, como una “situación especial”.

Incluso en temas relacionados con el amamantamiento, que es prioridad institucional, el caso narrado en el capítulo 6 por la licenciada en obstetricia de la mujer con mastitis que recibió un corte en su mama y ni siquiera se le recetaron antibióticos, demuestra que no se consideran cuerpos dignos de atención. En todos los casos la gestión de sus situaciones es depositada en manos de las mujeres sin considerar el grado de desgaste que a menudo ya han sufrido.

7.4.3 ADQUIRIR CONOCIMIENTOS

Otra de las facetas del trabajo de gestión es la necesidad de adquirir conocimientos específicos que les permitan moverse al interior de las instituciones. La antropóloga norteamericana Ellen Lazarus ha indagado la estrecha relación entre el conocimiento sobre embarazo y parto, la hegemonía médica, y la clase social. Según la autora, el conocimiento sobre la gestación y el nacimiento se compone tanto de conocimiento biológico como de conocimiento social. El biológico implica conocer los cambios que se producen en el cuerpo a raíz del embarazo, durante el parto y el puerperio. El conocimiento social incluye “conocimiento de los procedimientos médicos que ocurren durante el embarazo y el parto además de conocimiento institucional del hospital como burocracia: quién es responsable de qué decisiones y de qué modo una paciente puede ejercer presión para obtener el tipo de cuidado que ella quiere” (Lazarus, 1994: 27). En los relatos de las entrevistadas, se hacen visibles sus conocimientos sobre las formas en las que las instituciones de salud operan, ya que a menudo tienen que sortear obstáculos burocráticos tales como las negativas a realizar análisis a demanda a las embarazadas (como corresponde por ley), la peregrinación de un centro de salud a otro en busca de medicamentos y/o prácticas, o el conocimiento y la aceptación de las intervenciones que se realizan sobre sus cuerpos durante el trabajo de parto y el parto, y también durante los legrados.

Las mujeres de sectores populares, en general, tienen que lidiar con hospitales públicos, que a diferencia de los privados, atienden a una población más numerosa y que muchas veces reciben los casos más complejos. Moverse al interior de estas instituciones es un desafío que muchas de ellas no logran superar, “cayendo en las grietas del sistema”, como sugiere Lazarus. El ejemplo del trabajo de parto sin observación ni contención de Juana debido a que el médico se olvidó de hacer el “traspaso” al retirarse de su guardia es paradigmático de estas grietas. Otras mujeres sólo logran un conocimiento parcial del sistema, accediendo al servicio pero con muy poco margen de decisión en cuanto a intervenciones y preferencias. Por ejemplo, Romina cuenta que nadie le comentó de la existencia del Plan Nacer y tuvo que pagar por las ecografías que debió realizarse durante el embarazo. Natalia comenta que durante su primer parto, a los 17 años, vio carteles que hablaban del derecho a estar acompañada, pero en ese momento no tenía herramientas –como la acción colectiva- ni fuerzas para hacer valer dicho derecho. El conocimiento social, institucional, es esencial para poder acceder a los servicios. Aunque los servicios estén allí, se requiere de un involucramiento activo –de un trabajo de indagación- por parte de las mujeres para garantizar el acceso en tiempo y forma a la atención.

Por otro lado, en cuanto al conocimiento biológico necesario, como ya ha demostrado MacKinnon, al dejar a las mujeres a cargo de su propio cuidado, incluso ante complicaciones, se les exige que sepan descifrar e identificar los síntomas que indicarían una emergencia (MacKinnon, 2006: 5). Muchas veces, las indicaciones emanadas del sistema se realizan en un lenguaje ajeno, que a menudo resulta indescifrable para las mujeres. Los eventos inesperados en el transcurso de los embarazos de Karina y de Lidia implicaban tener que tomar decisiones por su propia cuenta ante la falta de claridad en los diagnósticos y también las tareas de monitorear su propio estado. Estos son algunos ejemplos del trabajo de conocimiento y vigilancia del propio cuerpo que las instituciones esperan que las mujeres realicen, y a veces de este trabajo depende la salud y hasta la vida de estas mujeres y sus criaturas.

7.4.4 AJUSTAR LA EXPERIENCIA A LAS EXPECTATIVAS INSTITUCIONALES

En el capítulo 3, Martin describía los “esfuerzos atormentados” que las mujeres que entrevistó realizaban para reconciliar su experiencia con las expectativas médicas (Martin, 2001: 89). Estos esfuerzos también pueden concebirse como trabajo de gestión. Un aspecto central de este trabajo implica la preparación activa para enfrentarse al parto

institucional. Una de las Licenciadas en Obstetricia entrevistadas comentó que muchas mujeres tienen rechazo a su propio cuerpo producto de experiencias de violencia, tanto en el ámbito de sus relaciones personales como en su contacto con el sistema de salud, por ejemplo PAPs en los que terminan lastimadas o tactos dolorosos. Es decir, que asocian lo sexual y reproductivo con experiencias de violencia y por tanto se enfrentan a sus embarazos y partos anticipando nuevos episodios violentos. Según esta profesional, las mujeres se van preparando durante todo el embarazo para el maltrato que saben que van a vivir en el hospital. Algunas de las mujeres entrevistadas también hicieron referencia a los consejos que circulan entre las mujeres para minimizar los niveles de maltrato durante el parto.

Si leemos los testimonios de las entrevistadas en esta clave, aparecen numerosas instancias en las que las mujeres tratan de ajustar sus experiencias a las expectativas y los mandatos institucionales. Lidia y Juana hablan de hacer un esfuerzo por quedarse calladas, quietas y “portarse bien” durante el trabajo de parto para evitar ser maltratadas como otras mujeres allí presentes. Lidia y Karina describen el trabajo de esperar, de aguantar un poco más para que sus niñas nazcan con más tiempo de gestación. También se hacen evidentes esfuerzos por “hablar” el cuerpo en lenguaje médico para ser “registradas” por la institución: en un pasaje de su testimonio incluido en el capítulo 5, Juana intenta –aunque infructuosamente- demostrar que tiene una hemorragia durante su tercer embarazo, ante los intentos del médico de desestimar sus síntomas como un “leve sangrado”. En general, el testimonio de Juana revela que ha debido adquirir conocimiento de terminologías y procedimientos médicos para poder relatar a los/as médicos/as las experiencias reproductivas previas.

Por otro lado, al no hablar el cuerpo en lenguaje médico se corre el riesgo de caer en las grietas del sistema: la sensación de Natalia de querer defecar no es interpretada a tiempo por la enfermera como sensación de pujo y casi pare a su hijo caminando hacia el baño. En el relato del parto de Lidia, vemos cómo hace un esfuerzo constante por tratar de sentir lo que la doctora espera que sienta: dolor, contracciones, deseo de pujo.

7.4.5 Oponerse a las regulaciones de la institución

A pesar de las presiones para que ajusten sus experiencias a las regulaciones institucionales, las mujeres no siempre están dispuestas a ello. En casi todos los relatos

hay momentos en donde prevalece, con mayor o menor claridad, la conciencia de las propias necesidades en oposición a cómo las instituciones las tramitan.

Natalia grita, llora y pide ayuda ante la negación de dejar a su madre acompañarla.

Karina pide que induzcan el parto, porque siente que ya no puede esperar más. También deja de dar de mamar tempranamente a pesar de la insistencia atormentante de la institución. Además, es capaz de ver las falencias de la institución: el lenguaje poco claro del ecógrafo, la falta de ginecólogo en el centro de salud para control puerperal y provisión de anticonceptivos, la vigilancia y las reglas absurdas para con las madres de prematuros/as.

Clara siente que no podrá enfrentarse a un parto vaginal para parir a su hijo muerto, por lo cual intenta vehementemente convencer a la médica que la atiende de que le hagan una cesárea. Este trabajo de abogar por sí misma lo realiza en medio del dolor y el sufrimiento, del desconcierto y la culpa. Lamentablemente es un trabajo infructuoso.

Durante su segundo parto, Juana procura que alguien se “haga cargo” de su trabajo de parto y amenaza con irse si nadie la atiende. Luego procura un aborto para el tercer embarazo y discute con el médico y los residentes por los reiterados tactos dolorosos. Finalmente, toda su furia, dolor y frustración estallan al llegar a la guardia luego del aborto y ser atendida con desidia.

Sin embargo, no siempre el trabajo de oposición resulta en un beneficio para las mujeres. Muchas veces, sobre quienes son más conscientes de sus derechos y sus necesidades y lo hacen explícito frente a los/as agentes institucionales, recae con más fuerza la violencia sobre sus cuerpos. La experiencia de Ludmila⁵⁹, una mujer que ha denunciado al Hospital Lagomaggiore por violencia obstétrica, es un ejemplo paradigmático:

Llegamos a la guardia. ‘Estoy de término, tengo contracciones’. ‘Pasá vos, tu pareja, tu familia afuera’. El corazón me dio un vuelco. En cuánto pude hablar les expliqué, con el mayor respeto y tranquilidad posible, que tenía una copia de la Ley Nacional y de la

⁵⁹ Ludmila ha compartido su testimonio por redes sociales y en actividades feministas y de formación médica. Es militante por el parto respetado y los derechos de las mujeres en general. Estuvo de acuerdo en que parte de su testimonio fuera reproducido aquí.

Provincial de Parto Respetado en la cual decía claramente que yo tenía el derecho de poder estar con una persona de mi confianza durante toda mi estadía en la institución, y le extendiendo la copia. Quienes escucharon, se dieron vuelta y me miraron, unos bufaron, otros rieron, la doctora me dijo ‘¿Vos o tu pareja son abogados? Porque este papelito acá no te sirve. Acá se hace lo que nosotros te decimos, ¿Entendiste gordita?’

[Luego de un parto con muchas intervenciones: numerosos tactos, oxitocina, restricción de movimiento, tres episiotomías] Cierro los ojos. Me acuerdo que yo sigo ahí, con mis piernas en alto, mi vagina despedazada y alrededor de 5 mujeres mirándome. Una, la que sacó a mi hijo, me cose, las otras conversan, no puedo evitar oírlas: ‘¡Cómo nos hizo rabiarse ésta!’, ‘Casi mata al crío’, ‘Una viene a laburar y se tiene que bancar estos gritos’, ‘¿Ésta es la que se quiso hacer la abogadita con la ley?, mirá como terminó.’ Me muerdo los labios, lloro en silencio, no puedo responder nada, no puedo defenderme, mi vagina y mi hijo están en su poder.

También llegó a mi conocimiento recientemente, a través de la militancia por el parto respetado, la experiencia de una mujer que asistió al Hospital Carrillo porque había escuchado que allí se trabajaba de manera más cercana a la ley de parto respetado y ella procuraba un parto sin intervenciones. Llegó a la institución con 8 centímetros de dilatación y a pesar de manifestar sus preferencias, recibió un trato intervencionista y hasta aleccionador: oxitocina sintética, restricción de movimiento, negación del uso del sillón obstétrico, etc.

~

Todo este trabajo socialmente invisible, tiene un costo muy grande para las mujeres pero no ingresa en los cálculos ni en las evaluaciones de las políticas de salud. Si prestamos atención a sus relatos, las mujeres ofrecen material para lo que debería ser el trabajo institucional de escuchar sus necesidades y acomodar a ellas los servicios. ¿Qué necesidades expresan los relatos de las mujeres en relación a su interacción con las instituciones? La necesidad de estar acompañadas durante el embarazo, el parto/aborto y el puerperio. La necesidad de sentirse validadas en el conocimiento de sus propios procesos corporales y de sus deseos. La necesidad de ser tratadas como seres conscientes, presentes, y de no ser habladas en lenguajes institucionalizados, como si ellas no estuvieran ahí, que no se las trate como meros cuerpos/cosas. La necesidad de poder elegir efectores y no tener que adaptarse a los tiempos de las instituciones. La continuidad del cuidado y la valoración por parte del sistema a quienes sí dan

continuidad. La creación de espacios más integrales, ampliamente disponibles: cursos preparto, contención psicológica, recuperación de saberes ancestrales y/o locales. Todas estas necesidades son factibles de ser incorporadas en la atención.

7.5 LO QUE RESTA... EL CONOCIMIENTO INARTICULADO, INEFABLE QUE YACE EN LAS EXPERIENCIAS CORPORALES DE MATERNIDAD

“En los intersticios del lenguaje yacen secretos poderosos de la cultura” (Rich, 1995: 249).

“El problema con el dolor de la mujer no es el dolor que siente, sino que el dolor es incoherente, caótico, arbitrario ¿Cómo puede ser esto posible? Bien, sólo puede ser posible en un mundo de trozos de papel, donde las personas están hechas para desaparecer en el texto, donde no las podemos encontrar, donde su dolor deja de ser un dolor real para nosotras y, en consecuencia, no lo podemos compartir. Pero sí podríamos enfrentarlo llamando a nuestras respuestas para con el dolor, si viéramos que existe un individuo real, una persona verdadera, un ser vivo que se comunica a través del texto en lugar de estar oculto por él. [...] Su contenido no parecería como anacrónico y falto de sentido si viéramos que el dolor es verdadero y no un problema cognoscitivo. La cuestión no radica en hacer significativo el dolor. Es el arcano, viejo y persistente problema del dolor: duele. El pensar que no existe no hará que cese. No existen palabras para expresarlo” (Smith, 1986: 51).

¿En qué lenguaje pueden hablar las mujeres de sus experiencias corporales relacionadas con la maternidad? ¿Qué cosas quedan por fuera de los discursos institucionales pero tampoco llegan a ser a discursos extra-institucionales u opositivos? ¿Qué partes de la experiencia quedan aún inarticuladas? Estas preguntas sólo pueden responderse parcialmente. Tanto Adrienne Rich como Dorothy Smith han señalado que es un trabajo en proceso. Aludiendo a una cita de Susan Sontag, Rich sostiene que está “convencida de que hay maneras de pensar que aún no conocemos” y que en ellas yace el potencial para el cambio, para la recuperación del poder sobre nosotras mismas (Rich, 1986:283).

Entre el orden de lo real, que sucede en el cuerpo que somos, y la posibilidad de su registro se abre una suerte de hiato. Somos nuestros cuerpos a la vez que no podemos dar un registro acabado de lo que nos sucede en el orden del lenguaje. Las sensaciones se encabalgan con sentimientos, percepciones, palabras, y a menudo irrumpen estados de cuyas relaciones no podemos dar cuenta. Linda Alcoff ha escrito sobre este desfase entre experiencia y lenguaje:

La experiencia a veces excede al lenguaje; es, en ocasiones, inarticulada. El feminismo no inventó el sexismo de la nada; proporcionó un lenguaje nuevo por medio del cual se puede describir y comprender viejas experiencias que luego modifican la experiencia presente y futura. Ciertamente, el discurso impregna y afecta a la experiencia, pero decir, como lo hace Scott que *la experiencia es un hecho lingüístico*, o que el discurso es la condición para la inteligibilidad de toda experiencia, es borrar todos aquellos conocimientos experimentales no susceptibles a la articulación lingüística.

Si la experiencia significativa debe pasar la prueba de la formulación del discurso, excluiríamos lo inarticulado del reino del conocimiento y las formas de opresión susceptibles de ser borradas que no pueden expresarse bajo los regímenes reinantes del discurso. Un punto de vista mejor sería aquel que entendiese a la experiencia y el discurso como imperfectamente alineados, con zonas de dislocación (Martin Alcoff, 1999: 126-7, énfasis en el original).

Los escritos de Patrizia Violi sobre la relación de las mujeres con el lenguaje –del opresor- pueden ser productivos también para pensar la (des)alineación de experiencia corporal y lenguaje. Esta autora sugiere que

[e]n un mundo donde la única subjetividad posible, es decir, que se puede hablar, representable y por tanto pensable, es la masculina, el precio que las mujeres deben pagar para convertirse en sujetos parece ser el de la pérdida de la propia singularidad, la separación de los niveles más profundos del propio ser, la renuncia a la diversidad de la propia experiencia (Violi, 1991:154).

La experiencia deja siempre un resto inenarrable, pero es precisamente ese resto lo que hace posible la palabra singular. Brindar testimonio, como ha indicado Rosana Rodríguez, “implica tomar la palabra en una situación de imposibilidad del lenguaje [...]. El sujeto/a que toma la palabra da cuenta de un conocimiento que – si bien es precario – constituye un saber del que antes no se tenía registro” (Rodríguez, 2013: 1150). Existen diferentes registros para el testimonio: el político, el confesional o personal, el registro colectivo y social:

No todas las mujeres pueden significar sus experiencias dolorosas y ambivalentes, sus actos, comportamientos, decisiones en la vida como un hecho político, muchas sólo pueden presentarlos como una desdichada experiencia corporal. No es lo mismo un relato personal (confesional) que un relato político, hay una distancia entre estas narraciones que no sólo es teórica. Hay que reconocer desde qué lugar se testimonia, si se testimonia

para que otra viva, cuando se inscribe el relato en otros relatos y cuando no hay palabras para una experiencia innominable (Rodríguez, 2013: 1151).

En los relatos presentados, hay signos de un resto de experiencia que no llega a ser articulado. La incapacidad de Natalia de explicar(se) por qué no pudo contar sobre su embarazo en la adolescencia. La imposibilidad de Romina de manifestar a qué tiene miedo. Las pausas y silencios en los relatos de Juana y Clara, ante la evocación del sufrimiento, de la pérdida. La mujer que, sentada al lado de Lidia durante la entrevista en la Residencia para madres del hospital, dice que no entiende cómo Lidia puede contar todo eso, porque ella no se acuerda de nada sobre su parto, porque aunque estaba consciente ha hecho un bloqueo: “como que he bloqueado mi mente para no acordarme”.

También está la sensación, para esta interlocutora y mediadora, que escuchó, que vio, que lee y relee, de que hay resto en los testimonios, de que hay, además, una respuesta en el propio cuerpo ante estos relatos, algo así como un estremecimiento en el propio útero, algo que no se logra plasmar del todo en palabras.

Eso que no puede ser expresado, lo inefable, es la prueba de que aún estamos conectadas con nuestros cuerpos, con lo más singular de nuestras experiencias. Tal vez vayan emergiendo, colectivamente, formas de expresión –poesía, música, imágenes– que den cuenta de ese territorio. Como ha indicado Violi, “[c]iertamente, esto es todavía un esbozo, un camino iniciado hace poco, aunque ya visible, pero que quizás todavía no ha revelado las enormes potencialidades creativas que encierra, la infinita riqueza y energía que la diferencia puede desarrollar si no es ocultada, negada o humillada, como lo ha sido durante siglos (Violi, 1991:162).

Tal vez no. Tal vez ese resto inefable de la experiencia puede pensarse en otro sentido, según la etimología del término: además de hacer alusión a algo que es “incapaz de ser expresado, inefable refiere a algo que “no debe ser enunciado” (Hallway, 2015, x). Es decir, que tal vez tiene sentido pensar en ese excedente como un mecanismo de defensa ante las terribles violencias de la medicalización, un no buscar palabras para no recordar, para no revivir el trauma. O, quizás más promisoriamente, como algo que cada mujer guarda para sí de esa experiencia, algo que es solamente suyo, que no puede ser apropiado por las instituciones, ni canibalizado.

Y hay algo más, que no es expresado directamente por las mujeres, pero que se lee entre líneas, una presencia que emerge sutil pero certera: la solidaridad de otras mujeres. Mujeres más experimentadas aconsejando y conteniendo a las más jóvenes y primerizas en una sala de dilatación. La hermana que amamanta al hijo durante una internación por legrado. Mujeres en sala de espera de un centro de salud, recomendándose lugares y estrategias para evitar el maltrato. Una vecina ayudando a interpretar los síntomas a partir de sus experiencias de complicaciones. Una mujer ayudando a su cuñada a abortar. Mujeres cuidando los/as hijos/as de la vecina, la hija, la hermana, la cuñada, para que ella pueda ir al turno, o mientras sufre una depresión postparto. Mujeres que acompañan el embarazo, el parto y el puerperio ante la ausencia de pareja, temporal o estructural. Una vecina que trabaja en la institución e intercede ante la sospecha de aborto y el maltrato. Mujeres en la residencia de madres, que comparten su puerperio y los altibajos de sus bebés internados/as. Una madre que se pelea y negocia con el personal del hospital para llegar hasta su hija adolescente en sala de partos. La presencia, el cuidado, de estas mujeres, cercanas y no tanto, permite alivianar el tránsito por las instituciones, permite sobrellevar y sobrevivir a la violencia y la despersonalización.

Ante la subalternidad de sus voces al interior de las instituciones, las mujeres entrevistadas testimonian desde la voluntad de hacer audibles sus experiencias. La singularidad de esas experiencias habla de la peculiar relación que cada una tiene con su cuerpo, su sexualidad, los avatares de cada uno de sus eventos reproductivos, siempre enmarcados en sus condiciones materiales y sociales.

A pesar de que las mujeres debemos inscribir nuestras experiencias bajo los “umbrales de tolerancia del patriarcado”- de manera discontinua, fragmentada- lo cual compromete la capacidad de estos relatos de lograr el impacto político necesario, estas experiencias pueden romper el silencio y quebrar “las ‘jerarquías epistémicas’ de los discursos dominantes y de las instituciones que los sostienen” (Calvera citada en Rodríguez, 2013:1154). Frente al efecto homogeneizador de las instituciones y sus textos, los relatos experienciales revelan matices y diferencias, ambivalencias y contradicciones. Frente a la abstracción y cosificación, dan cuenta de la densidad y corporalidad de los sujetos. Frente a la segmentación y separación, develan tensiones

entre la continuidad de los procesos corporales, sexuales, reproductivos y la fragmentariedad de las intervenciones.

Por otro lado, los relatos presentados exhiben las presiones que las instituciones aplican sobre la experiencia, el trabajo de gestión del propio cuerpo que es imprescindible para el acceso a los servicios de salud pero queda invisibilizado tras la concepción de “lo público y gratuito” en simultáneo con la biologización de los procesos. El trabajo invisible de gestión que las mujeres realizan no sólo se coordina con el trabajo institucional, sino que es fundamental para el funcionamiento de las instituciones y, en última instancia, para el sostenimiento de la salud y de la vida de las mujeres y sus criaturas. Al realizar este trabajo, muchas veces las mujeres entran en contradicción con sus propias necesidades, y cuando intentan oponerse a las presiones de la institución, no siempre reciben mejor atención; algunas veces, sobreviene el castigo, el maltrato, una violencia aún mayor que la de la estandarización.

También se vislumbra en los relatos un resto inarticulado, una parte inefable de la experiencia, que resalta su carácter singular.

Ante estos relatos, ante la diversidad, la complejidad, la ambivalencia, ¿qué respuesta deberían dar las instituciones de salud? Ante lo singular y lo inefable, no se trata de pretender que la institución nos hable –a las mujeres- sin residuo, sino que nos escuche, que habilite un lugar para nuestra palabra. Y que el resto sea nuestro, tramitado individual o colectivamente.

CONSIDERACIONES FINALES

A lo largo de los capítulos de esta tesis, apoyándonos en las genealogías feministas que se fundan con Adrienne Rich y Dorothy Smith, la institución así como las experiencias de maternidad han sido puestas en palabras, analizadas, problematizadas. El halo de naturalidad que inviste a la maternidad ha ido cayendo a medida que historizamos, contextualizamos y politizamos la institución y las experiencias.

Durante el recorrido, experiencia e institución no han aparecido como dos entidades perfectamente diferenciables. La institución necesita anidar en la experiencia, canibalizarla para poder subsistir. La experiencia, en esta sociedad en la que la medicalización de los procesos reproductivos es un fenómeno de gran alcance -más del 99% de los partos se produce en instituciones sanitarias y para cobrar las asignaciones por embarazo las mujeres deben empadronarse en el Plan Nacer y efectuar los controles correspondientes- no aparece en forma impoluta, sino que está permeada por la institución. A través del uso de las herramientas conceptuales y metodológicas de la etnografía institucional hemos desentrañado ese anudamiento entre institución y experiencia, dando cuenta tanto de las articulaciones como de las disyunciones.

Retomando las anticipaciones de sentido que se plantearon al iniciar este trabajo, podemos afirmar que, en menor o mayor medida, todas ellas se fueron determinando, en el sentido que asigna Marx a la noción de determinación: fue posible precisar los mecanismos institucionales en su funcionamiento situado, el entrelazamiento y las escisiones entre institución y experiencia, y también llevar a cabo hallazgos que no habían sido previstos al comenzar la indagación. A continuación anudaremos las conclusiones a las que fuimos arribando a lo largo del trabajo a las anticipaciones de sentido inicialmente planteadas.

La primera anticipación sostenía que a pesar de haberse producido –en gran medida por presión de las organizaciones feministas y de mujeres- logros en el terreno legal y en la disponibilidad de nuevas tecnologías ligadas a lo reproductivo, las experiencias de maternidad continuaban desalineadas con los discursos y las prácticas institucionales de los efectores de salud.

Si bien se puede afirmar, en términos generales, que estas tensiones han existido, existen y existirán siempre debido a que las experiencias son singulares, heterogéneas,

no siempre coherentes, mientras que la institución apunta a la homogeneización y estandarización en base a prioridades e intereses extra- locales, es preciso establecer cómo es que se gestó históricamente esta disyunción y cómo se manifiesta, de manera más precisa, en los mecanismos actuales del sistema de salud en el país y la provincia.

En el capítulo 3, pudimos dar cuenta de la relevancia de realizar un recorrido histórico de los procesos de institucionalización de las capacidades reproductivas de las mujeres. Ubicamos la apropiación de las mismas por parte del Estado y la incorporación médica en un proceso mayor de apropiación de los cuerpos y los saberes mujeriles, y de un cercamiento de los bienes comunes durante el ciclo de acumulación originaria de capital que ocurrió entre el siglo XVI y el XVII. La emergencia del saber médico, masculino y patriarcal fue generando un dispositivo institucional que se articuló a los nacientes estados nacionales, que veían en él una herramienta legitimada de control demográfico.

El recorrido histórico permite echar luz sobre toda la violencia que fue necesaria para quebrar los lazos de solidaridad entre mujeres y la posibilidad de manejar autónomamente las propias capacidades reproductivas. La caza de brujas, a ambos lados del Atlántico, es el ejemplo más brutal de esta guerra contra las mujeres, que ha continuado operando, de maneras menos explícitas pero insidiosas, para garantizar que el poder de decidir sobre la reproducción de la vida siga siendo expropiado a la mayor parte de las mujeres.

Por otra parte, los análisis de las antropólogas feministas y de las que han trabajado sobre los procesos de reproducción, han permitido desnudar las funciones patriarcales y subalternizadoras de la obstetricia occidental, al mismo tiempo que otorgan visibilidad y audibilidad a las experiencias de las mujeres. Estos análisis permiten entender la medicalización de los procesos reproductivos y de la sexualidad femenina en el contexto más amplio de las relaciones desiguales de género y la organización social del conocimiento en las culturas occidentales. Al mismo tiempo proporcionan descripciones densas del acceso desigual a los servicios de salud reproductiva en razón de la clase, el origen étnico, la condición racializada, la edad y el lugar de residencia.

El cuarto capítulo da cuenta de los rasgos que fue adquiriendo el sistema de salud pública de Argentina, y de los procesos que condujeron a su conformación contradictoria, tensada entre el universalismo y la focalización, la integración y la

descentralización, entre una lógica de derechos y una planificación tecnocrática y economicista basada en la administración de los recursos económicos y humanos. Estas fuerzas contradictorias persisten e impactan en las políticas de “salud materno-infantil”, consideradas un pilar de las políticas sanitarias.

Las perspectivas de la historia y la antropología se conjugan para iluminar el proceso de producción de la institución, sus largas raíces históricas a la vez que sus vínculos con las formas de saber eurocéntricas, patriarcales y racializantes que se fueron adueñando de la lógica institucional hasta tal punto que resultan “naturales” tanto para quienes trabajan al interior de las instituciones como para las propias mujeres. Esa lógica, tras las reformas neoliberales ha ido afianzando un sistema centrado en la gestión más que en la atención de la salud, orientado al cumplimiento de objetivos fijados por organismos internacionales y regido por las reglas del mercado, más que por la escucha de las experiencias y demandas de las mujeres.

En cuanto a la segunda presuposición, que sostenía que la institucionalización de la maternidad se produce y reproduce mediante discursos y prácticas que apuntan a regular y estandarizar los procesos de embarazo, parto y puerperio según prioridades externas a las experiencias de las mujeres que los transitan, fue abordada a partir de la propuesta metodológica de la etnografía institucional delineada por Dorothy Smith y expuesta en el Capítulo 2 de esta tesis. El supuesto general según el cual no son las mujeres sino los “sectores dominantes” los que deciden sobre sus cuerpos y vidas cobró precisión y determinación a partir de las posibilidades heurísticas de las herramientas metodológicas empleadas, que permitieron realizar una descripción pormenorizada de la complejidad de los mecanismos institucionales.

En los Capítulos 5 y 6 dimos cuenta de la estructuración de las prioridades, los modos de operación de los textos, los tiempos, los espacios y las jerarquías al interior de las instituciones sanitarias. Entre las prioridades más evidentes que estructuran estos servicios, se encuentran las políticas demográficas, síntesis de los vínculos que los estados nacionales han establecido con los cuerpos de la “población”, y que, en el caso de las mujeres, se traduce en la necesidad de regular embarazo, parto y puerperio en razón de las metas establecidas por los organismos internacionales como voceros de las relaciones asimétricas norte-sur, con sus implicancias político-sociales y raciales. En segundo lugar, el modelo neoliberal inscribe las políticas públicas, incluidas las de “salud materna”, en la lógica del ahorro de recursos: más que derecho, la salud ha

devenido en gasto. En tercer lugar, la transformación de las formas científicas de concebir los cuerpos humanos tiende a priorizar la estandarización por encima de la experiencia, no sólo de los sujetos, sino incluso de los/las profesionales de la salud. Los protocolos estandarizados y la hiper-especialización de saberes se han instalado en el campo de la gineco-obstetricia. La medicina basada en la evidencia ha heredado de la tradicional la incapacidad para registrar la relación sujetos corpóreos-sociedad a la vez que ha ido tomando cada vez más distancia del contacto con el cuerpo y de la apelación a la experiencia profesional. Ello incide en el manejo de los tiempos y la disposición de los espacios institucionales.

En los últimos años, un complejo dispositivo textual ha pasado a regular los cursos de acción al interior de las instituciones sanitarias. Textos elaborados por expertos internacionales en base a estadísticas -y apuntando a obtener más estadísticas- operan en la vida cotidiana de las instituciones. Por decirlo a la manera de Smith, los textos como registro de la realidad institucional producen determinados cursos de acción e inhabilitan otros, regulan los procesos a través de los cuales se toman decisiones, se establecen prioridades y se disponen los recursos.

Hemos podido leer, a través de la interpretación de algunos textos institucionales como tecnologías de administración, los procesos de supervisión, reporte, contabilización e incluso registro de aspectos particulares del trabajo y las vidas de las personas. No sólo regulan las acciones posibles para los/las agentes sino que moldean las vidas de las mujeres a través de procesos de abstracción, fragmentación y estandarización que hacen posible “ingresarlas” en formatos administrables. Son fundamentales para la puesta en práctica de las políticas sociales que apuntan a las restricciones fiscales, la racionalización de recursos materiales y humanos, y como insumo para las políticas demográficas.

El modo como abordamos los textos utilizados para “procesar” los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas permitió establecer nexos entre asuntos aparentemente tan lejanos como las prioridades establecidas por los organismos internacionales de regulación y financiamiento, las políticas demográficas, la supervisión administrativa de las prácticas cotidianas de los/las agentes de las instituciones sanitarias, las categorías a través de las cuales se clasifica a las personas y la organización de la formación e investigación médicas.

El manejo del tiempo en las instituciones, regulado por los textos, es cronológico, lineal, estandarizado, administrado bajo la lógica del ahorro y la eficiencia. Esto incide enormemente en la calidad de la atención, produciendo un quiebre en la posibilidad de que cada mujer tome decisiones autónomas en base a su propia percepción corporizada de los tiempos de la gestación, el parto, el puerperio, y reciba el tipo de acompañamiento que necesita según su situación singular. Los tiempos de la institución fragmentan la experiencia.

Los espacios institucionales también se hallan atravesados y organizados por prioridades que poco tienen que ver con las experiencias de las mujeres. Existe una fragmentación de servicios tanto a nivel territorial como al interior de cada efector. La estrategia de regionalización se apoya en cálculos de riesgo perinatal y traslada a las mujeres el trabajo de movilizarse hasta el nivel de atención que le corresponde según su carga de riesgo. Al interior de las instituciones, cada etapa del proceso reproductivo –y no reproductivo- transcurre en espacios diferenciados y jerarquizados. Todo lo que tenga que ver con garantizar la supervivencia del “producto de la gestación” – neonatología, banco de leche, internación por embarazo de alto riesgo- transcurre en espacios más controlados, cuidados, dignos de recursos e inversiones. Mientras tanto, la salud de las mujeres, especialmente en el puerperio, no encuentra anclaje institucional, ni en los textos, ni en los tiempos, ni en los espacios.

La producción y el sostenimiento de jerarquías entre los/as agentes de la salud también influyen en la institucionalización de los procesos reproductivos. Quienes ocupan los lugares más altos en la jerarquía – administradores/as y médicos/as - portan miradas más enraizadas en los discursos institucionales, mientras que quienes ocupan lugares marginales al interior de la institución -como las parteras o las trabajadoras sociales- son quienes logran una mayor distancia crítica y pueden registrar los efectos nocivos de las regulaciones institucionales sobre las experiencias – las propias y las de las mujeres.

Las herramientas de la etnografía institucional permitieron desnudar la no neutralidad de las políticas de salud. Lejos de la supuesta misión benefactora de las instituciones sanitarias, las prácticas cotidianas, situadas, mediadas textualmente, dan cuenta de una compleja trama de relaciones de poder entre los agentes de la institución y las sujetos que acuden en demanda de atención para su salud, y entre los distintos

escalafones de agentes. Las jerarquías aseguran la perpetuación de la función estandarizadora y escotomizadora de los cuerpos de las mujeres.

El tercer supuesto aludía a la existencia de aspectos de las experiencias de embarazo-parto-puerperio que quedaban por fuera de la atención institucional, dando como resultado una ausencia de integralidad en los servicios. La contraposición entre los capítulos 5 y 6, por un lado, y 7, por el otro, da cuenta de este desfase y sus consecuencias para la salud de las mujeres, entendida en su sentido más amplio. Por fuera del registro y las acciones institucionales quedan vastas áreas de las experiencias: el puerperio y sus dificultades y complicaciones, la salud sexual, la salud psicológica, la incidencia de los llamados “determinantes sociales de la salud”. Por fuera queda la singularidad de las experiencias, sus matices, la posibilidad de las mujeres de inscribirse como sujetos corporizados más que como meros cuerpos, o fragmentos de cuerpos.

A lo largo de la tesis se percibe una tensión constante entre las experiencias de las mujeres entendidas como un continuum -en el que se funden las condiciones materiales, afectivas, los procesos reproductivos, la sexualidad- y el efecto fragmentador que la institucionalización ha producido a través de la medicalización y de los dispositivos de control demográfico. La fragmentación se da en numerosos niveles: territorial, institucional, espacial, temporal, de las disciplinas médicas, según el riesgo percibido, entre el cuerpo y el contexto, de las partes del cuerpo, de los momentos del proceso reproductivo, entre sexualidad y reproducción. Luego de la fragmentación se produce una jerarquización de algunas partes o etapas por sobre otras. Para las mujeres, estas rupturas y jerarquías atentan contra la posibilidad de recibir cuidados adecuados durante los procesos relacionados con las capacidades reproductivas, incluyendo el aborto. Mientras las antiguas comadronas-sanadoras conocían, y muchas veces compartían, las condiciones de vida, familiares, culturales de las mujeres a quienes acompañaban y podían brindar una atención continua y acorde a sus necesidades, al interior de las instituciones actuales incluso los/as agentes más receptivos/as están sujetos/as al seguimiento de procedimientos textuales, forzados/as a cumplir con limitaciones temporales y espaciales que los/as obligan a “procesar” a sus pacientes a través de operaciones estandarizadoras y cosificadoras.

La desatención del puerperio en los servicios de “salud materna” es una de las consecuencias de la ruptura del continuum que emergió con mayor fuerza a partir de

esta investigación, algo que no había sido previsto específicamente en este tercer anticipo de sentido. En el capítulo 3 ya vislumbrábamos que con la equiparación del cuerpo de las mujeres a una máquina gestante, una vez cumplida su función, la nueva madre devenía un sub-producto, al decir de Davis-Floyd. En el capítulo 4, notamos la ausencia de servicios específicos para el puerperio en las políticas de “salud materna” recientes, aun cuando las estadísticas demuestran que la mortalidad materna durante el puerperio ha ocupado al menos un 19% en la estructura de causas en los últimos años. El Plan Nacer solamente incluyó en su nomenclador las consultas de puerperio inmediato, pero no previó trazadoras para evaluar estas prestaciones ni incorporó prestaciones específicas para seguimiento de puerperio “normal” y ni siquiera de “alto riesgo”, como las existentes para embarazos y recién nacidos de alto riesgo. El capítulo 5 visibilizó la casi inexistencia de espacios y tiempos institucionales para la atención del puerperio y la condición degradada de los servicios existentes –falta de equipamiento, condiciones de internación sumamente precarias- incluyendo el tiempo dedicado a la formación médica para asistir a las mujeres durante este periodo. Los textos analizados en el capítulo 6 también reflejaron esta falta de consideración del puerperio como momento digno de atención, al no permitir un registro de lo que sucede durante este periodo ni brindar herramientas para detectar y dar seguimiento a las complicaciones puerperales. Finalmente, en el capítulo 7 pudimos mostrar qué significa esta ausencia en las experiencias de las mujeres que deben gestionar sus complicaciones físicas y secuelas emocionales en los limitadísimos espacios que provee el sistema, y/o movilizar sus propias redes de apoyo cuando éstas existen; todo esto, con las energías menguadas por el parto y los cuidados que demanda un/a recién nacido/a, especialmente cuando han existido complicaciones.

La salud mental y la salud sexual son otras dos áreas de la experiencia que debido a la fragmentación del continuum quedan por fuera de las políticas de “salud materna”. Al no ser consideradas como causas de morbi-mortalidad materna, estos aspectos que forman parte de una concepción integral de la salud no aparecen como componentes del Plan Nacer ni existen servicios específicos que brinden atención y/o contención a las mujeres gestantes, en trabajo de parto o puérperas. Ni siquiera existen, como expusimos en el capítulo 5, investigaciones relacionadas con el impacto de los procesos reproductivos y de su atención sobre la salud sexual y la salud mental de las mujeres. Al no prestarse a cálculos de costo-efectividad, este tipo de interrogantes parece no tener

cabida entre las prioridades de las políticas de “salud materna”. Los textos analizados en el capítulo 6 tampoco permiten registrar las condiciones de salud mental ni sexual de las mujeres embarazadas, parturientas y púerperas. La preocupación por la salud mental solo aparece en relación al riesgo de negligencia para con el embarazo o el/la recién nacido/a. Tal como sucede con el puerperio, estas dimensiones deben ser gestionadas por las propias mujeres. En el caso de la salud sexual, pudimos ver que las mujeres realizan un trabajo de borramiento de su sexualidad para poder adaptarse a las regulaciones institucionales.

Además de esas áreas relegadas por las políticas de salud materna, pudimos revelar, en el capítulo 7, aspectos de la experiencia que no son, ni deberían ser, procesados por las instituciones sanitarias. Uno de ellos tiene que ver con un resto inefable, inarticulado, que se vislumbra en algunos de los relatos y que da cuenta de la desalineación de experiencia y lenguaje. Es la prueba de que las mujeres aún estamos conectadas con nuestros cuerpos, con lo más singular de nuestras experiencias. El otro tiene que ver con los lazos de solidaridad entre mujeres, las redes que tejen, que permiten sobrellevar las complicaciones, el maltrato, la violencia de las instituciones. En todo caso, estas dos dimensiones aparecen promisorias para pensar estrategias feministas para hacer frente a la institucionalización a través de la politización de las experiencias.

La cuarta anticipación de sentido hacía referencia al trabajo de gestión que las mujeres realizan durante el embarazo, el parto y el puerperio, una labor invisibilizada en las políticas y los servicios de salud. Los relatos de las mujeres presentados en el capítulo 7 revelaron numerosas formas de trabajo de gestión del propio cuerpo sentipensante, que han debido realizar para llevar a término sus embarazos, para transitar el parto en las instituciones y para sobrellevar el puerperio y la lactancia, especialmente ante la presencia de complicaciones. Una vez más, las herramientas de la etnografía institucional fueron útiles para analizar los relatos en busca de esas actividades cotidianas de cuidado del propio cuerpo y la propia salud y de los de sus criaturas que las mujeres llevan a cabo tanto fuera como dentro de las instituciones sanitarias. La naturalización de la maternidad (es decir, equiparar los procesos asociados a ella con impulsos biológicos, instintivos) produce la invisibilidad social de estas actividades.

A partir de los relatos pudimos dar cuenta de varios tipos de “trabajo de salud” realizado por las mujeres: hacer visibles las propias condiciones materiales e identidades sociales, gestionar estas condiciones e identidades cuando no son atendidas por la institución, adquirir conocimiento biológico y social, ajustar la experiencia a las expectativas institucionales y, finalmente, oponerse a las regulaciones institucionales.

Ante el desinterés por las singularidades de sus vidas, algunas mujeres deben realizar un trabajo de visibilización, para que quienes las atienden, y las instituciones en general, las “registren”. No siempre logran esta visibilidad, y muchas veces reciben prescripciones que no son factibles de ser cumplidas dadas sus condiciones de vida.

También revelamos que aunque muchas veces el derecho a la salud se presente en las políticas solamente como disponibilidad de servicios, para que el acceso sea efectivo se requiere de mucho trabajo de organización y coordinación activas por parte de las mujeres, incluyendo la gestión de tiempos, recursos y relaciones con otros/as personas de sus redes familiares y/o comunitarias.

Otras veces, como en el caso de la atención del puerperio, de salud mental o salud sexual, directamente no existen servicios disponibles, con lo cual la institución traslada a las mujeres la responsabilidad de hacerse cargo de sus propias complicaciones, incluso cuando han sido generadas por intervenciones de las mismas instituciones. En los relatos presentados, vimos cómo en reiteradas ocasiones las mujeres debieron suplir con el propio trabajo de cuidado y de gestión los vacíos y las grietas de la institución.

El trabajo de gestión también implica la necesidad de adquirir conocimiento biológico y social para poder moverse al interior de las instituciones. El conocimiento biológico es esencial para poder entender, aunque sea mínimamente, el lenguaje médico y poder seguir sus prescripciones, especialmente cuando las instituciones dejan a las mujeres a cargo de su propio cuidado y les exigen que sepan descifrar e identificar las sensaciones asociadas con complicaciones o anormalidades. El conocimiento social es necesario para poder moverse al interior de las instituciones, especialmente aquéllas de mayor tamaño y complejidad como los hospitales de referencia.

El trabajo de ajustar la experiencia a las expectativas institucionales implica para las mujeres realizar esfuerzos abrumadores para significar sus sensaciones y la relación con sus cuerpos en los términos impuestos por los textos o los diagnósticos médicos. La

preparación para el maltrato durante el parto institucional es el ejemplo más evidente de este trabajo. Cuando no se realiza este trabajo de reelaboración de la experiencia en términos institucionales, se corre el riesgo de no ser registradas por el sistema, de caer en las grietas.

Finalmente, incluimos como tipo de trabajo los esfuerzos por oponerse a las regulaciones institucionales. En la mayoría de los casos, este trabajo no llega a cumplir su cometido y muchas veces son quienes mayores esfuerzos realizan las que reciben con más fuerza el impacto de la violencia obstétrica e institucional.

El análisis de las experiencias de las mujeres en busca de las actividades que hemos descrito como trabajo develó la confluencia entre la propuesta de la etnografía institucional y la de antropólogas feministas de la corporalidad como Emily Martin y Ellen Lazarus.

Algunos de los hallazgos de esta investigación pueden servir como insumo para la planificación, ejecución y evaluación de políticas de salud apuntadas al cuidado/acompañamiento de los procesos sexuales y reproductivos. Por un lado, la descripción de las múltiples formas de fragmentación que se producen al interior del sistema de salud puede ser una base para crear y sostener servicios más integrales e integrados. Esto requeriría distintos tipos de cambio: desde la reorganización territorial de los servicios que permita real acceso a quienes viven en las zonas más alejadas de los centros urbanos a modificaciones en la formación del personal de salud para que puedan tener una visión más integral, situada e interdisciplinaria de las mujeres a quienes atienden. Pudimos observar durante el trabajo de campo que estas tareas han sido emprendidas por el Programa Médicos Comunitarios, pero se trata todavía de un esfuerzo parcial y acotado, que no es suficiente para producir un cambio a mayor escala.

Otro aporte surge a partir del análisis de los textos institucionales. Entendemos que las instituciones actuales necesitan normas para garantizar su funcionamiento. Pero cuando las regulaciones desplazan a los/as sujetos y los/as someten a discursos y prácticas fragmentadores y cosificadores de la experiencia, se pierde por completo la perspectiva de derechos y sólo queda la gestión de los cuerpos. El uso cotidiano y constante de textos producidos en otras latitudes para fines ajenos a las necesidades de

las sujetos debe ser revisado y cuestionado. La creación de sistemas locales de información, que permitan una acción conjunta con otras áreas del estado como educación, vivienda, etc., aparece como una alternativa deseable.

La incorporación de una perspectiva que visibilice y valore el “trabajo de salud” de las mujeres gestantes, parturientas y puérperas es otra de las propuestas que emerge a partir del trabajo de campo y el análisis realizados. Esto debería repercutir en la organización de los tiempos, los espacios y las jerarquías institucionales.

La descripción de las operaciones estandarizadoras y fragmentadoras de la experiencia que se producen al interior de las instituciones podría servir para ampliar los alcances de las actuales definiciones de violencia obstétrica. Estos tipos de violencia institucional demuestran que el maltrato a veces no se ejerce de manera individual y con saña sino que en la misma organización cotidiana de las instituciones están inscriptas formas insidiosas de desprecio por los cuerpos, los saberes y las vidas de las mujeres.

Finalmente, quisiéramos señalar el potencial de revalorizar la partería. Durante el trabajo de campo, pudimos escuchar y acompañar en su labor a algunas parteras – licenciadas en obstetricia, o estudiantes de la licenciatura- que se inscriben en antiguas genealogías del oficio, dispuestas a acompañar desde una mirada integral a los procesos de gestar, parir, transitar el puerperio y la lactancia, y de proveer servicios en torno a la salud sexual. Sus visiones críticas de las instituciones las hacen particularmente necesarias para los cambios que se requieren en su interior.

Antes de cerrar, quisiéramos resaltar algunas cuestiones que emergieron durante el análisis y la escritura de esta tesis pero que por cuestiones de tiempo y/o alcance no pudieron ser exploradas en profundidad y por tanto quedan pendientes para futuras indagaciones. Una de estas cuestiones es la relación entre sexualidad y reproducción. Pudimos ver que hay tensiones entre estas facetas de las experiencias de las mujeres. En los discursos institucionales, la salud sexual y la salud reproductiva tienden a ser fusionadas pero en la práctica la atención a la salud sexual desaparece de los servicios ofrecidos. Aunque en nuestros tiempos contamos con los métodos para disociar sexualidad de reproducción, luego de la escisión la sexualidad (y especialmente el bienestar sexual) de las mujeres parece desaparecer cuando entran en escena los

procesos reproductivos. Notamos también que existe una disociación entre las políticas de “salud materna” –aglutinadas con las de salud infantil- y las de salud sexual y reproductiva, que en Mendoza cuentan con dos jurisdicciones separadas – la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia y el Programa Provincial de Salud Reproductiva. Sería de gran utilidad analizar la relación entre estas dos jurisdicciones, el presupuesto destinado a cada una y las posibles jerarquías entre ellas a la hora de tomar decisiones sobre las políticas a implementar a nivel provincial. Sabemos, a partir del trabajo de campo, de las dificultades que ha encontrado el personal del programa provincial para crear un área de salud sexual y reproductiva al interior de la maternidad de referencia. También se hace necesario explorar qué tipo de servicios efectivos de salud sexual se están brindando en los distintos niveles de atención –hospitales, centros de salud, CICs- y quiénes están a cargo de dichos servicios, así como evaluar la incidencia del enfoque de riesgo en la organización y priorización de los mismos.

Asimismo queda pendiente una indagación más pormenorizada de la inserción de las políticas de amamantamiento al interior de los servicios de “salud materna” y del efecto que ellas tienen sobre las experiencias de las mujeres. Por el momento, se han podido delinear algunos vaivenes históricos en estas políticas, incluyendo su emergencia como asuntos de salud pública (Yañez, 2010), pero es preciso realizar un estudio de campo que dé cuenta de las experiencias de amamantamiento de mujeres concretas, situadas en el tiempo y el espacio.

Por otro lado, aparece como necesario un relevamiento más exhaustivo de la función actual de las parteras –profesionales y no profesionales- al interior de los servicios sanitarios. Sería revelador poder realizar estudios de corte comparativo, que den cuenta de su desempeño tanto en espacios institucionales donde se encuentran subordinadas al saber médico hegemónico como en aquellos donde pueden ejercer sus labores con mayor autonomía.

Estudiar y desarmar la maternidad en su forma institucionalizada sigue siendo necesario debido a su capacidad de desplazamiento y reconfiguración ante las vicisitudes de la historia, la economía, la cultura, la política, y también ante las -magras y parciales- conquistas de los movimientos feministas y de mujeres. También sigue siendo imperativo visibilizar y hacer audible la singularidad de las experiencias de

maternidad con todos sus matices. Las dos genealogías que sustentan esta tesis nos proporcionaron aportes cuya vigencia sigue presente para continuar realizando estas dos tareas y para seguir descifrando las intrincadas relaciones entre experiencias e institución.

EPÍLOGO

En abril de 2015, poco después de haber tenido a mi hijito, participé en una ronda de experiencias de parto organizada por Alumbra a raíz de la visita de una partera mexicana que se encontraba viajando y recopilando experiencias por toda América Latina. Fue un espacio conmovedor, evidentemente necesario para que muchas de las presentes comenzaran a entender y a curar sus experiencias traumáticas, las heridas profundas dejadas por la violencia, el maltrato, e incluso la desconexión con el propio cuerpo, con las propias sensaciones y necesidades.

Compartir estas experiencias, al igual que las que habitan esta tesis, no solamente es necesario

[c]omo una fuente de saber, sino también como un punto de partida para nuevas prácticas. Para muchas feministas el mundo actual requiere de palabras encarnadas y transformadoras, capaces de restituir el sentido a los acontecimientos que vivimos y capaces de deshacer aquellos órdenes injustos, tanto en el campo del discurso como en el de las relaciones entre los sujetos individuales y sociales (Ciriza et. al., 2009-2011:8).

Para conmover los límites de la institución, como feministas necesitamos seguir generando espacios para que emerjan estos saberes encarnados que nos guíen hacia horizontes de autonomía y solidaridad.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- ABU-LUGHOD Lila, "Writing Against Culture", en Fox, Richard (ed.) *Recapturing Anthropology. Working in the Present*, School of American Research Press, Santa Fe (New Mexico), 1991.
- ALCOFF Linda Martín, "Merleau-Ponty y la teoría feminista sobre la experiencia", en *Mora*, Revista del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género, Buenos Aires N° 5, octubre, 122-138, 1999.
- ALIANZA PARA LA SALUD DE LA MADRE, EL RECIÉN NACIDO Y EL NIÑO, *Examen mundial de las intervenciones fundamentales relacionadas con la salud reproductiva, de la madre, el recién nacido y el niño*, Ginebra, 2011.
- ÁLVAREZ Marcelo, *Semiología Médica. Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. Enseñanza basada en el paciente*, Buenos Aires, Ed. Médica Panamericana, 3ra ed., 2008.
- ANZORENA Claudia, "Estado y división sexual del trabajo: las relaciones de género en las nuevas condiciones del mercado laboral", *Utopía y Praxis Latinoamericana*, Año 13 N° 41 (Abril-Junio), 47-68, 2008.
- ANZORENA Claudia, "Aportes conceptuales y prácticos de los feminismos para el estudio del Estado y las políticas públicas" en *Plaza Pública. Revista Institucional de la Carrera de Trabajo Social*, Año 7, N° 11, 2004.
- ANZORENA Claudia & YAÑEZ Sabrina, "Maternidad/No-Maternidad: la brecha entre deseado y lo permitido", en *Actas de las II Jornadas Internacionales de Problemas Latinoamericanos*, Córdoba Capital, Universidad Nacional de Córdoba, 1-15, 2010.
- ARCE Hugo, "Diagnóstico sintético y líneas de acción política sobre el Sistema de Salud Argentino. Seminario I", *Serie Seminarios salud y política pública*, CEDES, publicado en mayo de 2003.
- ARENDELL Terry, "Conceiving and Investigating Motherhood: The Decade's Scholarship" en *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1192-1207, 2000.
- BACH Ana María, *Las voces de la experiencia. El viraje de la filosofía feminista*, Bs As, Ed. Biblos, 2010.
- BACIN Gabriela & GEMETRO Florencia, "Comaternidad: experiencias, autodefiniciones y derechos" en *Madre No hay una Sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. FELITTI Karina (coord.). Bs As, CICCUS, 93-109, 2011.

- BAER Edward, "Promoting Breastfeeding: A National Responsibility" en *Studies in Family Planning*, Vol. 12, N° 4, Abril, 198-206, 1981.
- BARLETT Whapio Diane, "Las etapas holísticas del parto, *Blog Placentera*, 2012. Disponible online: <http://www.placentera.com/6/post/2013/10/la-etapas-holisticas-del-trabajo-de-parto.html>
- BAROT Sneha, "Sexual and Reproductive Health and Rights Are Key to Global Development: The Case for Ramping Up Investment" en *Guttmacher Policy Review*, Volumen 18, N° 1, 2015.
- BARTLETT Alison, "Breastfeeding as headwork: corporeal feminism and meanings for breastfeeding" en *Women's Studies International Forum*, Vol. 25, No 3. 373-382, 2002.
- BARTLETT Alison, "Baby Daze. Maternal Time" en *Time and Society*, Vol. 19, No. 1, 120-132, 2010.
- BÁSCOLO Ernesto, "Los aportes de la Economía de la Salud al Debate de los Derechos de la Salud. Seminario V", *Serie Seminarios salud y política pública*, CEDES, publicado en septiembre de 2003.
- BELMARTINO Susana, "Las políticas de salud en el siglo XX: legados históricos", presentado en el Panel "Políticas de Salud Pública en el siglo XX" del 5° *Foro del Bicentenario*, reunido el 14 de mayo de 2009.
- BELMARTINO Susana et al., "La reforma de la atención médica en Argentina. Escenarios provinciales. Seminario IV" en *Serie Seminarios salud y política pública*, CEDES, publicado en junio de 2002.
- BLÁZQUEZ RODRÍGUEZ M. Isabel, "Aproximación a la antropología de la reproducción" en *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, N° 42, Julio-Agosto, 1-25, 2005.
- CAMPBELL Marie, "Institutional Ethnography (IE), Texts and the Materiality of the Social", presentado en la *47th Hawaii International Conference on System Science*, 2014.
- CAMPBELL Marie & Francis GREGOR, *Mapping Social Relations. A Primer in Doing Institutional Ethnography*, Aurora (ON), AltaMira Press, 2004.
- CANEVARI BLEDEL Cecilia, *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*, Santiago del Estero, Barco Edita, Universidad Nacional de Santiago del Estero, 2011.

- CARBAJAL Mariana, "Médicos que no respetan el secreto profesional" en *Página12*, 11/11/2013. Disponible online: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-233328-2013-11-11.html>.
- CASSIDY-BRINN Ginny, HORNSTEIN Francie y DOWNER Carol, *Woman-centered pregnancy and birth*, California, Cleis Press, 1984.
- CENTRO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO DE DEMOGRAFÍA (CELADE) - División de Población de la CEPAL, *Estimaciones y proyecciones de población*, 2007. Disponible online: www.cepal.org/publicaciones/xml/7/38297/OD7_Proyeccion_Poblacion.pdf.
- CERECEDO CORTINA Vicente, *Historia clínica: metodología didáctica*, México DF, Ed. Médica Panamericana, 2003.
- CERNADAS Claudia, "El concepto de interseccionalidad. Aportes para el análisis de la maternidad y los cuidados de la infancia en familias migrantes de Perú y Bolivia" en *Temas de Mujeres*, Revista del CEHIM, Año 8, N° 8, 2012.
- CETRÁNGOLO et al, *Recursos humanos en los hospitales públicos y centros de atención primaria de la provincia de Mendoza. Diagnóstico y recomendaciones de política*, Buenos Aires, CEPAL, 2007.
- CHECA Susana y ROSEMBERG Martha, *Aborto Hospitalizado: una cuestión de derechos reproductivos, un problema de Salud Pública*, Bs. As, Ed. El Cielo, 1996.
- CIDH, *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos = Access to maternal health services from a human rights perspective*, Washington DC, Doc. 69, 7 junio 2010.
- CILLO Alicia Beatriz, *Entre Colegas*, La Plata, Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, 2004.
- CIRIZA Alejandra, "Genealogías feministas y memoria: a propósito de la cuestión de la ciudadanía de mujeres" en: Ciriza (comp.) *Intervenciones sobre ciudadanía de mujeres, política y memoria. Perspectivas subalternas*, Buenos Aire, Feminaria Editora, 25-57, 2008.
- CIRIZA Alejandra (dir.), FERNÁNDEZ HASAN Valeria (co-dir.) y otras/o, *Lecturas críticas sobre las categorías de experiencia política, memoria, género y sus articulaciones. Miradas desde la filosofía y las ciencias sociales*, UNCuyo, Secretaría de Ciencia y Técnica, Código de proyecto 06/F243, 2009-2011.

- COFESA, “Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007”, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, Mayo de 2004.
- COHEN François, “Regulación del Sistema de salud post-Convertibilidad: desafíos y orientaciones recientes”, Buenos Aires, Ciepp, Documento de Trabajo N° 68, Marzo de 2009.
- COLBY LANGDELL Cheri, *Adrienne Rich: The Moment of Change*, Westport, Greenwood Publishing Group, 2004.
- COLLIER Jane, ROSALDO Michelle & YANAGISAKO Sylvia, “Is There a Family? New Anthropological Views” en THORNE y YALOM (eds.), *Rethinking the Family: Some Feminist Questions*, New York, Longman, 25-39, 1982.
- COLLINS Patricia Hill, “Shifting the center: Race, class, and feminist theorizing about motherhood” en O’REILLY Andrea (ed.) *Maternal Theory: Essential Readings*, Toronto, Demeter Press, 311-330, 2007 [1994].
- COLLINS Patricia Hill, “The Meaning of Motherhood in Black Culture and Black Mother-Daughter Relationships” en O’REILLY Andrea (ed.) *Maternal Theory: Essential Readings*, Toronto, Demeter Press, 274-289, 2007 [1991]
- CONTRATTO Susan, “Maternal Sexuality and Asexual Motherhood” en *Signs*, Vol. 5, No. 4, Women: Sex and Sexuality (Summer), 766-782, 1980.
- COOPER Baba, ‘The Radical Potential In Lesbian Mothering Of Daughters’ en POLLACK y VAUGHN (eds.), *Politics of the Heart*, Nueva York, Firebrand Books, 233-240, 1987.
- COOPER Jane Roberta (ed) *Reading Adrienne Rich: Reviews and Re-visions, 1951-81*, Michigan, University of Michigan Press, 1984.
- CORREA Alejandra, “Parir es morir un poco. Partos en el siglo XIX” en GIL LOZANO, PITA e INI (dirs.) *Historia de las mujeres en la Argentina. Colonia y siglo XIX*, Buenos Aires, Taurus, 2000.
- CURIEL Ochy, “Descolonizando el feminismo: una perspectiva desde América Latina y el Caribe” ponencia presentada en el *Primer Coloquio Latinoamericano sobre Praxis y Pensamiento Feminista*, organizado por GLEFAS y el Instituto de Género de la Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, junio de 2009.
- D’Aoust Vicky, “Non-existent & Struggling for Identity” en ARNUP (ed.) *Lesbian Parenting. Living with Pride and Prejudice*, Charlottetown, Gynergy Books, 276-296, 1995.

- DALLA COSTA Mariarosa y JAMES Selma, *El poder de la mujer y la subversión de la comunidad*, México DF, Siglo XXI, 1972. Disponible online: <http://es.scribd.com/doc/58108559/dalla-Costa-Las-mujeres-y-la-subversion-de-la-comunidad-1971#scribd>
- DAVIS Angela, *Mujeres, raza y clase* (trad. Ana Varela Mateos), Madrid, Ediciones Akal, 2005 [1981].
- DAVIS FLOYD Robbie, “The technocratic body and the organic body: cultural models for women’s birth choices”, en HESS y LAYNE (eds.) *Knowledge and society: the anthropology of science and technology*, Hartford, JAI Press Inc., 1992.
- DAVIS-FLOYD Robbie & SARGENT Carolyn, “Introduction” en *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 111-120, 1996.
- DAVIS-FLOYD Robbie, “Obstetric Training as a Rite of Passage” en *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3): 288-318, 1987.
- DAVIS-FLOYD Robbie, “The Rituals of American Hospital Birth”, 1-20, 2013. Disponible online: www.davis-floyd.com [Versión actualizada del artículo publicado por primera vez en MCCURDY (ed), *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology*, 1994]
- DAVIS-FLOYD Robbie, “The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of Childbirth” en *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23, 2001.
- DE VAULT Marjorie y MC COY Liza, “Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations” en CARROLL (ed.), *Critical Strategies for Social Research*, Toronto, Canadian Scholars’ Press Inc., 191-219, 2004.
- DEL RÍO FORTUNA Cynthia, “Anticoncepción quirúrgica y maternidad: [su]gestión en un servicio de obstetricia” en TARDUCCI (org.) *Maternidades en el siglo XXI*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 137-168, 2008.
- DI LISCIA María Herminia, “Capítulo 2: Maternidad y discurso maternal en la política sanitaria peronista”, en Di Liscia et al *Mujeres, maternidad y peronismo*, Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano, 2000.
- DI LISCIA María Herminia, “Introducción”, en Di Liscia et al *Mujeres, maternidad y peronismo*, Santa Rosa, Fondo Editorial Pampeano, 2000.
- DIARIO NOTICIAS MENDOZA, “Un bebé murió en Lavalle por fallas en la atención obstétrica”, 16/04/2013.

- DIARIO VOX, “Crisis en salud: otra muerte dudosa y nuevos paros”, 18/10/2010
 Disponible online: <http://www.diariovox.com.ar/novedades/index/crisis-en-salud-otra-muerte-dudosa-y-nuevos-paros>
- DIARIO VOX, “Inauguraron el primer banco de leche materna de Mendoza”,
 13/07/2011. Disponible online:
<http://www.diariovox.com.ar/novedades/index/inauguraron-el-primer-banco-de-leche-materna-de-mendoza>
- DÍAZ et al., *Sistema Informático Perinatal, 5ta ed.*, Centro Latinoamericano de Perinatología, Publicación Científica CLAP/SMR N° 1364, Montevideo, 1997.
- DIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA Y AMBIENTE SALUDABLE, “Cobertura en Salud. Provincia de Mendoza”, Mendoza, Sala de Situación, Ministerio de Salud, 2012.
- DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENCIA Y TÉCNICA, “Agenda de Investigación Mendoza 2012-2015. Resumen Ejecutivo”, Mendoza, Ministerio de Salud de la Provincia, 2012.
- DIRECCIÓN PROVINCIAL DE MATERNIDAD E INFANCIA, powerpoint de formación interna, 2010. Disponible online:
[http://salud.mendoza.gov.ar/dependencias/maternidad -e-infancia/](http://salud.mendoza.gov.ar/dependencias/maternidad-e-infancia/) [consultado en noviembre de 2014]
- EHRENREICH Barbara & ENGLISH, Deidre , “Brujas, comadronas y enfermeras” (Trad. M. Bofill y P. Lingua) , *Cuadernos Inacabados*, Valencia, Ediciones de les Donnes, 7-37, 1988
- ELSOL ONLINE, “Acusaron al médico de guardia por la muerte del bebé en Lavalle”, 16/09/2010. Disponible online: <http://www.elsol.com.ar/nota/38262/provincia/acusaron-al-medico-de-guardia-por-la-muerte-del-bebe-en-lavalle.html>
- ENKIN Murray W., “La necesidad de obstetricia basada en la evidencia” en *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, vol. 23, N° 1, 2004, 7-10.
- EZCURRA Ana María, *¿Qué es el Neoliberalismo? Evolución y límites de un modelo excluyente*, Buenos Aires, Lugar – IDEAS, 1998.
- FEDERICI Silvia, *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*, Madrid, Traficantes de Sueños, 2010.
- FELITTI Karina (coord.), *Madre No hay una Sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*, Bs As, CICCUS, 2011.

- FELITTI Karina, “Entre el deber y el derecho: maternidad y política en la Argentina del siglo XX” en FELITTI (coord.) *Madre no hay una sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*, Buenos Aires, CICCUS, 23-52, 2011.
- FELITTI Karina, “La Cuestión Demográfica en la Argentina de Entreguerras: Debates, Propuestas y Políticas para Promover la Maternidad” en *Zona Franca*, Rosario, CEIM UNR, Vol. 13 N° 14, 2005.
- FERNÁNDEZ MOLINARI Luis y IYO SHIGUIYAMA Antonio, “El partograma: historia y su uso en el Hospital Regional Docente de Trujillo. 1973 – 2008”, *Rev Horiz Med*, 12(1):37-47, 2012.
- FESCINA et al., *Sistema Informático Perinatal: Historia Clínica Perinatal y Formularios Complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos*, Centro Latinoamericano de Perinatología, Publicación Científica CLAP/SMR N° 1572, Montevideo, 2010.
- FORNES Valeria “Parirás con poder...(pero en tu casa). El parto domiciliario como experiencia política contemporánea” en *Madre No hay una Sola. Experiencias de maternidad en la Argentina*. FELITTI, Karina (coord.). Bs As, CICCUS, 2011.
- FORO NI MADRES, *Debate Feminista*, Año 15, Vol. 29, Abril, 3-39, 2004.
- FOX Bonnie & WORTS Diana, “Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth”, en *Gender and Society*, Vol. 13, No. 3 (Junio), 326-346, 1999.
- FULLER Norma, “Acerca de la polaridad Marianismo Machismo” en ARANGO, LEÓN, y VIVEROS (eds.) *Lo Femenino y lo Masculino: Estudios Sociales sobre las Identidades de Género en América Latina*, Third World Editions, Ediciones UniAndes Editions, Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, Universidad Nacional de Bogotá, Bogotá, 1995.
- GALEOTTI Giulia, *Historia del aborto*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2004.
- GARGALLO Francesca, *Las ideas feministas latinoamericanas*, 2006. Disponible online: <http://francescagargallo.wordpress.com/ensayos/librosdefg/ideas-feministas-latinoamericanas-2a-ed-aumentada-y-corregida-2006/>
- GILLESPIE Rosemary, “When No Means No: Disbelief, Disregard and Deviance as Discourses of Voluntary Childlessness” en *Women's Studies International Forum*, Vol. 23, N° 2, 223-234, 2000.
- GOBIERNO DE MENDOZA, “Desde hace un año Mendoza cuenta con un banco de leche humana” en *IniciativaMendoza portal de noticias*, 13/07/2012. Disponible

- online: <http://prensa.mendoza.gov.ar/desde-hace-un-ano-mendoza-cuenta-con-un-banco-de-leche-humana/>
- GRAHAME Peter, "Ethnography, Institutions and the Problematic of the Everyday World" en CARROLL (ed.), *Critical Strategies for Social Research*, Toronto, Canadian Scholars' Press Inc., 181-190, 2004.
- HIDALGO Liliana, "La polémica legislativa: piden que sólo las mujeres "idiotas o dementes" puedan abortar si son violadas" en *Mdz online*, Mendoza, 25/9/2012. Disponible online: <http://www.mdzol.com/nota/420985-la-polemica-legislativa-piden-que-solo-las-mujeres-idiotas-o-dementes-puedan-abortar-si-son-violadas/>
- HOBBSAWM Eric, *Historia del siglo XX, 1914-1991*, Crítica, Barcelona, 1995.
- HOLLWAY Wendy, *Knowing Mothers: Researching Maternal Identity Change*, Hampshire, Palgrave MacMillan, 2015.
- JÁÑEZ Jorge y MAMONNI Gustavo, "Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Prestadores de Salud. Seminario VI" en *Serie Seminarios salud y política pública*, CEDES, publicado en noviembre de 2007.
- JORDAN Brigitte, "High technology: the case of obstetrics" en *World Health Forum*, Vol 8, 313-318, 1987.
- JORDAN Brigitte, *Birth in four cultures: a cross-cultural investigation of childbirth in the Yucatan, Holland, Sweden and the United States*, Illinois, Waveland Pres, 1993 (original 1977).
- JORDAN Brigitte, LOZOFF Betsy & MALONE Stephen, "Childbirth in Cross-Cultural Perspective", *Marriage and Family Review*, 12:3/4, 1-17, 1988. Disponible online: <http://www.lifescapes.org>
- KEYES Claire, *The Aesthetics of Power: The Poetry of Adrienne Rich*, Athens (Georgia), University of Georgia Press, 2008.
- KIERNAN Sergio, "Cuando el piquetero pasa a ser "ese negro de mierda"" en *Página 12*, 23/02/2004. Disponible online: <http://www.pagina12.com.ar/diario/elpais/1-31827-2004-02-23.html>
- KITZINGER Sheila, *Women as Mothers: How They See Themselves in Different Cultures*, Nueva York, Vintage Books, 1978.
- KNIBIEHLER Yvonne, *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*, Buenos Aires, Nueva Visión, 2012.
- KRAMER Heinrich y SPRENGER Jacobus, *Malleus Maleficarum*, Primera Parte, 2001(1486). Disponible online:

- www.pensamientopenal.com.ar/sites/default/files/2014/11/25._malleusespanol1.pdf
- LAVENDER T., HART A. y SMYTH R., “Effect of partogram use on outcomes for women in spontaneous labour at term” en *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 7, 2013. Art. No.: CD005461.
- LAW Jules, “The Politics of Breastfeeding: Assessing Risk, Dividing Labor” en *Signs*, Vol. 25, No. 2, Invierno, 407-450, 2000.
- LAZARUS Ellen, “Poor Women, Poor Outcomes: Social Class and Reproductive Health” en MICHAELSON Karen (ed.) *Childbirth in America: Anthropology perspectives*, South Hadley, Bergin and Garvey, 1988.
- LAZARUS Ellen, “What do women want? Issues of choice, control and class in pregnancy and childbirth” en *Medical Anthropology Quarterly*, 8 (1), 25-46, 1994.
- LEONE Francisco, “Obras Sociales en la Argentina. Un sintético relato histórico” en *Voces en el Fénix*, Año 2, N° 7, Julio, 68-74, 2011.
- LEATHERBY Gayle & WILLIAMS Catherine, “Non-Motherhood: Ambivalent Autobiographies” en *Feminist Studies*, Vol. 25, N° 3, 719-728, 1999.
- LO VUOLO Rubén; BARBEITO Alberto; PAUTASSI Laura y RODRÍGUEZ Corina, “La pobreza... de la política contra la pobreza”, 1° reimpresión (1° edición 1999), Buenos Aires, Miño y Dávila – Ciepp, 2004.
- LÓPEZ Susan, “Perfil epidemiológico de la Argentina” en *Voces en el Fénix*, Año 2, N° 7, Julio, 34-43, 2011.
- LORDE Audre, ‘Man Child: A Black Lesbian-Feminist’s Response’, en POLLACK y VAUGHN (eds.), *Politics of the Heart*, Nueva York, Firebrand Books, 220-226, 1987.
- MACKINNON Karen, “Living With the “Threat” of Preterm Labor: Women’s Work of “Keeping the Baby In””, en *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, Vol. 97, 2006.
- MACLEAN Dana, “Papua New Guinea’s Tragic Witch-Hunts”, *The Diplomat*, 21-10-2014.
- MAGNONE Natalia, *Parto y Derechos Humanos*, Montevideo, Ministerio de Desarrollo Social, 2012.
- MALACRIDA Claudia y BOULTON Tiffany, “Women's Perceptions of Childbirth "Choices" : Competing Discourses of Motherhood, Sexuality, and Selflessness” en *Gender & Society*, 26: 748, 2012.

- MARÍN Clara, “Prolongar la lactancia materna ahorraría 50 millones de euros” en *El Mundo*, 05/12/2014. Disponible online : <http://www.elmundo.es/salud/2014/12/05/5480bc8c22601ded058b456b.html>
- MARTIN Emily, *The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction*, Boston, Beacon Press, 2001.
- MC COY, Liza, “Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience” en D. Smith (Ed.), *Institutional Ethnography as Practice*, Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 109-125, 2006.
- MCLAREN Angus, *Historia de los Anticonceptivos. De la antigüedad a nuestros días*, Madrid, Minerva ediciones, 1993 (1990).
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto, Propuesta Normativa Perinatal, Tomo V, Buenos Aires, 1997.
- MINISTERIO DE SALUD DE MENDOZA, “Estado de conocimiento sobre la Salud Materna en Mendoza”, Buenos Aires, Cámara Argentina del Libro, 2011.
- MINISTERIO DE SALUD DE MENDOZA, *Detección del Alto Riesgo Materno Infantil*. Disponible online: <http://www.infosalud.mendoza.gov.ar/db/armir/method.php3> [consultado en octubre de 2014]
- MOLYNEUX Maxine, *Movimiento de mujeres en América Latina. Estudio teórico comparado*, Valencia, Cátedra, 2003.
- MONTES Pedro, *El desorden neoliberal*, Madrid, Trotta, Colección Estructuras y Procesos, 1996.
- MORELL Carolyn, “Necesitar y encontrar el valor” en *Debate Feminista*, Año 15, Vol. 29, Abril, 40-46, 2004 [1992].
- MORRONE Beatriz, *Dando luz al lado oscuro de las nueve lunas. El contradictorio caso de las mujeres argentinas. Poderosas para la ley, sin derechos en los escenarios sanitarios*, Mar de Plata, Ediciones Suárez, 2008
- MYKHALOVSKIY Eric & WEIR Lorna, “The problem of evidence-based medicine: directions for social science”, en *Social Science & Medicine*, 59, 1059-1069, 2004.
- MYKHALOVSKIY Etric & MCCOY Liza, “Troubling ruling discourses of health: using institutional ethnography in community-based research” en *Critical Public Health*, Vol. 12, No. 1, 17-37, 2002.

- NÁPOLES MÉNDEZ et al. , “El partograma y las desviaciones del trabajo de parto” en *MEDISAN* 2004, 8 (4). Disponible online: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san07404.htm [consultado en julio de 2015].
- NARI Marcela, *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940*, Buenos Aires, Editorial Biblos, 2004.
- NAVNEET, Magon “Partograph Revisited. Editorial”, *International Journal of Clinical Cases and Investigations*, Volume 3 (Issue 1), 1:6, 2011.
- NELSON Fiona, *Lesbian Motherhood. An Exploration of Canadian Lesbian Families*, Toronto, Univ. of Toronto Press, 1996.
- O'REILLY Andrea, “Introduction” en O'REILLY Andrea (ed.) *Maternal Theory: Essential Readings*, Toronto, Demeter Press, 1-6, 2007.
- OAKLEY Ann, *Women confined. Towards a sociology of childbirth*, Oxford, Robertson, 1980.
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR), *La situación de la mortalidad materna en la Argentina*, Hoja Informativa Número 1, CEDES, CREP & IIE/ANM, Abril, 2010.
- Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSSyR), *La situación de la mortalidad materna en la Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5*, Hoja Informativa Número 8, CEDES, CREP, Marzo, 2013.
- ORTIZ Zulma (coord.), *Resumen ejecutivo, estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbimortalidad materna, en Argentina*, Buenos Aires, Academia Nacional de Medicina, Foro de Investigación en Salud de Argentina, 2007.
- PAHO sitio web, Noticias. Disponible online: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=858:intervenciones-clave-reducir-mortalidad-materna-neonatal-infantil&catid=712:---salud-materna-y-perinatal&Itemid=287 [Consultado en julio de 2015]
- PALOMAR VEREA Cristina, “Maternidad: Historia y Cultura” en *La Ventana*, N° 22, 35-67, 2005.
- PARAJON Jorge, “Protocolo de Evaluación de la Adecuación Obstétrica (AEPO)”, paper presentado en las XVI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Tucumán, 27 y 28 de septiembre de 2007.
- PEREZ Carina, “El quirófano del hospital de Lavalle es usado como depósito” en *Diario UNO*, Mendoza, 17/04/2013. Disponible online:

- <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/El-quiropano-del-hospital-de-Lavalle-es-usado-como-deposito-20130417-0002.html>
- PEREZ Carina, “Luego de la polémica, apuran las mejoras en el hospital Sícoli” en *Diario UNO*, Mendoza, 20/04/2013. Disponible online: <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/Luego-de-la-polemica-apuran-las-mejoras-en-el-hospital-Sicoli-20130420-0001.html>
- PÉREZ Carina, “Cada vez se hacen más cesáreas en los hospitales públicos y privados” en *Diario UNO*, Mendoza, 03/06/2013. Disponible online: <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/Cada-vez-se-hacen-mas-cesareas-en-los-hospitales-publicos-y-privados-20130603-0069.html>
- PEREZ Carina, “Bajó la tasa global de fecundidad en Mendoza” en *Diario UNO*, Mendoza, 28/04/2014. Disponible online: <http://www.diariouno.com.ar/mendoza/Bajo-la-tasa-global-de-fecundidad-en-Mendoza-20140428-0062.html>
- PERRONE Néstor & TEIXIDÓ Lucrecia, “Estado y salud en la Argentina” en *Revista de la Maestría en Salud Pública*, Año 5, Nº 10, Diciembre, 1-45, 2007.
- PETCHESKY Rosalind, *Abortion and Woman’s Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*, New York, Longman, 1984.
- PIGNA Felipe, “La conquista del desierto” en *El Historiador*. Disponible online: http://www.elhistoriador.com.ar/articulos/republica_liberal/conquista_del_desierto.php [consultado en noviembre de 2014].
- PNUD, *Aportes para el desarrollo humano en Argentina. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, Buenos Aires, 2011.
- POLIKOFF Nancy, ‘Lesbians Choosing Children: The Personal Is Political Revisited’ en S. POLLACK AND J VAUGHN (eds.) *Politics of the Heart*, New York, Firebrand Books, 47-65, 1987.
- POLLACK & VAUGHN (eds.), *Politics of the Heart*, Nueva York, Firebrand Books, 1987.
- POLLACK Sandra, “Lesbian Mothers: A Lesbian-Feminist Perspective on Research” en POLLACK y VAUGHN (eds.), *Politics of the Heart*, Nueva York, Firebrand Books, 316-324, 1987.

- PROGRAMA NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO (PNUD), *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*, 1a ed., Buenos Aires, 2011.
- QUESADA LUNA Lisbet, “Los Estados Unidos y la UNESCO: apuntes sobre una confrontación” en *Boletín ISRI*, No. 8, enero - febrero 2005. Disponible online: http://www.isri.cu/Paginas/Boletin/boletin_47.htm.
- RAMACCIOTTI Karina, “El Museo Social Argentino y el Primer Congreso de Población de 1940” en *Sociohistórica*, Universidad Nacional de La Plata, N° 13-14, 2003
- RAMOS Silvina et al, *Para que cada muerte materna importe*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES, 2004.
- RANKIN Janet, “Patient satisfaction’: knowledge for ruling hospital reform — An institutional ethnography”, en *Nursing Inquiry* 10(1), 57–65, 2003.
- RANKIN Janet M.& CAMPBELL Marie, “Institutional Ethnography (IE), Nursing Work and Hospital Reform: IE's Cautionary Analysis” en *Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 10, No. 2, Art. 8, Mayo, 1-21, 2009.
- REED Rachel, “Reborde cervical anterior: cómo arruinar un parto perfecto”, *Blog Crianza Natural*, 2012. Disponible online: <http://www.crianzanatural.com/art/art181.html>
- REED Rachel, “Stages of Labour and Collusion” *AIMS Journal*, vol. 23, no. 2, 2011. Disponible online: <http://midwifethinking.com/2010/12/22/stages-of-labour-and-collusion/>
- RICH Adrienne , *Poemas, 1963-2000* (trad. Soledad Sanchez Gomez), Barcelona, Editorial Renacimiento, 2002.
- RICH Adrienne, “La heterosexualidad obligatoria y la existencia lesbiana” en NAVARRO & STIMPSON (coords.), *Sexualidad, Género, Roles Sexuales* México, F.C.E., 159-211, 1999 [1980].
- RICH Adrienne, *Of Woman Born. Motherhood as Experience and Institution*, New York, WW Norton, 1986 [1976].
- RICH Adrienne, *Oscuros Campos de la República*, Bogotá, Edit. Norma, 2002 [trad. Jorge Yglesia].
- RICH Adrienne, “Resistiéndose a la amnesia: historia y existencia individual” en *Sangre, pan y poesía. Prosa escogida, 1979-1985*, Icaria ediciones, Barcelona, 2001.

- ROBERTS Dorothy, “Killing the Black Body” en O’REILLY Andrea (ed.) *Maternal Theory: Essential Readings*, Toronto, Demeter Press, 482-499, 2007 [1998].
- RODRIGÁÑEZ RICCHERI Pilar y TOBAR Federico, *El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA.). Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo*, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación, 2003.
- RODRÍGUEZ Rosana Paula, “El poder del testimonio, experiencias de mujeres” en *Estudos Feministas*, Florianópolis, 21(3): 496, setembro-dezembro, 1149-1169, 2013.
- ROHDEN Fabiola, *A Arte de Enganar a Natureza. Contracepção, aborto e infanticídio no início do século XX*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2003.
- ROVERE Mario “La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto” en *La Esquina del Sur*, mayo de 2004.
- ROVERE Mario “El área metropolitana evidencia las fallas de nuestro sistema de salud” exposición presentada el *VIII Foro Metropolitano*, Universidad Nacional de La Matanza, 9 y 10 de noviembre de 2011.
- SADLER Michelle, *Así me nacieron mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario*, Santiago, Universidad de Chile, Departamento de Antropología, Tesis para optar al título de antropóloga, 2004.
- SARGENT Carolyn, *The cultural Context of Therapeutic Choice: Obstetrical Decisions among the Bariba of Benin*, Dordrecht, D Reidel, 1982.
- SCHALLMAN Raquel, *Parir en libertad. En busca del poder perdido*, Buenos Aires, Grijalbo, 2007.
- SCHWARZ Patricia “Construcción de la maternidad en el encuentro de la institución médico ginecológica con mujeres de clase media de la ciudad de Buenos Aires” en *Sexualidad, Salud y Sociedad*, No. 6, 83-104, 2010.
- SEYMOUR Susan, “Multiple Caretaking of Infants and Young Children: An Area in Critical Need of a Feminist Psychological Anthropology” en *Ethos*, Vol. 32, Issue 4, 538–556, 2004.
- SINDING Christina, “Using Institutional Ethnography to Understand the Production of Health Care Disparities” en *Qualitative Health Research*, 20(12), 1656-1663, 2010.
- SMITH Dorothy, “Incorporating Texts into Ethnographic Practice” en SMITH (ed.) *Institutional Ethnography as Practice*, Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 65-88, 2006.

- SMITH Dorothy, "Introduction" en D Smith (ed.) *Institutional Ethnography as Practice* Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 1-11, 2006.
- SMITH Dorothy, "Texts and the Ontology of Organizations and Institutions" en *Studies in Cultures, Organizations and Societies*, Vol. 7, Overseas Publishers Association, 159-198, 2001.
- SMITH Dorothy, *Institutional Ethnography. A Sociology for People*, Toronto, Altamira Press, 2005.
- SMITH Dorothy, *The Everyday World As Problematic. A Feminist Sociology*, Boston, Northeastern University Press, 1987.
- SMITH Dorothy, *Writing the Social: Critique, Theory, and Investigations*, Toronto, University of Toronto Press, 1999.
- SMITH Dorothy, "El uso del lenguaje del opresor", en *El mundo silenciado de las mujeres*, Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación, Santiago de Chile, 1996 [trad. Carmen Varas].
- SNITOW Ann, "Maternidad: la recuperación de los textos demoníacos" en *Debate Feminista*, Año 15, Vol. 29, Abril, 47-56, 2004 [1992].
- SORATTI Carlos, "Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. El Rol del Ministerio de Salud de la Nación. Seminario I", *Serie Seminarios salud y política pública*, CEDES, publicado en junio de 2007.
- SPERANZA Ana María y KURLAT Isabel, "Regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna" en *Revista Argentina de Salud Pública*, Vol. 2, N° 7, 40-42, Junio 2011.
- STACEY Judith & BIBLARZ Timothy, "Does the Sexual Orientation of Parents Matter?" en *American Sociological Review*, Vol. 66 (April), 176-179, 2001.
- STANWORTH Michelle, *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1987.
- STOLCKE Verena, "Las nuevas tecnologías reproductivas. La vieja paternidad" en AMOROS y BENERÍA *Mujeres: ciencia y práctica política*, Madrid, Debate, 1987.
- STOLLER Nancy, *Forced Labor: Maternity Care in the United States*, Oxford, Pergamon studies in critical sociology: Oxford, 1974.
- STONE-MEDIATORE Shari, "Chandra Mohanty y la revalorización de la experiencia", en *Hiparquia*, Vol. X, N°1, Buenos Aires, Asociación Argentina de Mujeres de Filosofía, 1999.

- STRATHERN Marilyn, *Reproducing the Future. Anthropology, Kinship and the New Reproductive Technologies*, Manchester, Manchester University Press, 1992.
- TAJER Débora (comp.), *Género y Salud. Las políticas en acción*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2012.
- TARDUCCI Mónica, “Presentación” en TARDUCCI Mónica (org.) *Maternidades en el siglo XXI*, Buenos Aires, Espacio Editorial, 9-13, 2008.
- TEJERO ÁLVAREZ Mercedes, *Documentación clínica y archivo*, Madrid, Ediciones Díaz de Santos, 2004.
- THOMPSON Julie, *Mommy Queerest: Contemporary Rhetorics of Lesbian Maternal Identity*, Amherst, University of Massachusetts Press, 2002.
- TINKER A y KOBLINSKY MA, *Hacia una maternidad segura*, Washington, DC, OPS, 1994 [Documento para discusión del Banco Mundial].
- TOBAR Federico, “Breve historia de la prestación del servicio de salud en la Argentina” en *Medicina y Sociedad*, 2001. Disponible online: www.ms.gba.gov.ar/sitios/regionsanitaria6/.../MedicinaSanitaria12.pdf
- TORRADO Susana, *Historia de la Familia en la Argentina Moderna (1870-2000)*, Buenos Aires, La Flor, 2003.
- URANGA et al., *Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades centradas en la Familia*, Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Ministerio de Salud, Argentina, 2004.
- VIOLI Patrizia, *El infinito singular*, Madrid, Ediciones Cátedra, 1991.
- WALBY Kevin, “On the Social Relations of Research: A Critical Assessment of Institutional Ethnography” en *Qualitative Inquiry* Vol 13, N° 7, 1008-1030, 2007.
- WALKS Michelle, “Introduction. Identifying an Anthropology of Mothering” en WALKS & MCPHERSON (eds), *An Anthropology of Mothering*, Toronto, Demeter Press, 1-47, 2011.
- WENDLAND Claire, “The Vanishing Mother Cesarean Section and ‘Evidence-Based Obstetrics’”, en *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 21, N° 2, 218–233, 2007.
- WILLIAMSON John, *A Short History of the Washington Consensus*, Barcelona, 2004. Disponible online: www.iie.com/publications/papers/williamson0904-2.pdf
- WRIGHT Janet, *Lesbian Step Families*, New York, Haworth Press, 1998.
- WORLD BANK, *Argentina - Provincial Public Health Insurance Development Project: additional financing*, Washington, D.C., World Bank Group, junio 2015. Disponible online:

<http://documents.worldbank.org/curated/en/2015/06/24663720/argentina-provincial-public-health-insurance-development-project-additional-financing>

YAÑEZ Sabrina, “El seno de la paradoja: un recorrido por los inconstantes discursos de las políticas del amamantamiento” en *Temas de mujeres*, Universidad Nacional de Tucumán, Vol. 6, Nº 6, 114-125, 2010.

ZARATE María Soledad, “Hacia la asistencia profesional del parto en Chile” en *Calidad en la Educación*, Santiago, Consejo Nacional de Educación, No 27, diciembre 2007.

ANEXO 1: DETALLES SOBRE TRABAJO DE CAMPO

ENTREVISTAS A MUJERES

(Datos al momento de la entrevista)

Nombre (ficticio)	Edad	Educación	Ocupación	Estado Civil	Hijos/as	Lugar de residencia	Instituciones (control embarazo y parto)	Datos entrevista
Clara	34 años	Primaria completa	Empleada doméstica	Casada con varón	3 vivos/a (13, 10 y 2 años), 1 nacido muerto a término (8 años atrás)	Bermejo, Guaymallén	Centros de Salud Colonia Segovia, Hospital Lagomaggiore	08/04/2010 mi casa
Alicia*	40 años	Primaria	Empleada municipal	Sin pareja	5 (entre 15 y 25 años)	Godoy Cruz	N/A	19/04/2010 mi casa
Laura*	32 años	Secundaria completa, algunos estudios universitarios	Personal de seguridad	En pareja con una mujer	2 hijos (12 y 15 años)	Capital	Clínica privada	21/04/2010 su casa
María*	31 años	Primaria completa	Auxiliar en jardín maternal comunitario	En pareja con varón	8 hijos/as (entre 1 y 17 años)	Barrio Sol y Sierra, Godoy Cruz	Centros de salud de Godoy Cruz, Hospital Lagomaggiore (inferencias)	30/04/2010 Jardín Arco Iris
Romina	24 años	Secundaria	Ama de casa, trabajos ocasionales	En pareja con varón	2 hijos (6 y dos años)	Jesús Nazareno, Guaymallén	Centro de salud Jesús Nazareno, Hospital de Maipú, Hospital Lagomaggiore	4/11/2010 mi casa
Natalia	23 años	Secundaria completa	Ama de casa, trabajos ocasionales	En pareja con varón	Embarazada de 8 meses de su primera hija	Jesús Nazareno, Guaymallén	Centro de salud Jesús Nazareno	4/11/2010 mi casa
Juana	27 años	Secundaria completa, inició	Empleada doméstica	Casada con varón	2 hijos/as (4 y	San José, Guaymallén	Centro de salud San José, Hospital	16/12/2010 Biblioteca General

		estudios universitarios pero no continuó			5 años)		de Maipú, Hospital Lagomaggiore	San Martín
Lidia	27 años	Secundaria completa	Ama de casa	Casada con varón	3 hijas (10 años, 2 años y 6 meses)	Colonia Segovia, Guaymallén	Centro de Salud Colonia Segovia, Centro de Salud Tres Porteñas (San Martín), Hospital Perrupato, Hospital Lagomaggiore	24/11/2011 Hospital Lagomaggiore
Karina	25 años	Secundaria completa, cursos de gastronomía	Realiza y vende productos de pastelería	En pareja con varón	1 hija (3 meses de edad)	Bermejo, Guaymallén	Centro de Salud Bermejo, Hospital Lagomaggiore	14/03/2012 mi casa

* Estas entrevistas, las primeras realizadas, al no estar enfocadas en la interacción con el sistema de salud y/o quedar por fuera del marco temporal establecido, no han sido utilizadas tan ampliamente como las demás, aunque sí sirvieron para pensar las condiciones materiales en las cuales se desarrolla la maternidad de las entrevistadas.

ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD

(Por orden de realización)

Profesional	Edad aprox.	Cargo Actual	Experiencias previas	Datos de entrevista
Dr. Mariano Musotto*, médico de familia	40 años	Coordinador del Plan Nacer Mendoza	Hospital de Maipú	20/08/2009 Sede del Plan Nacer
Dra. Sara Papa*, Médica gineco-obstetra	60 años	Directora del Hospital Universitario de la UNCuyo	Ha trabajado en centros de salud, hospitales públicos y ha sido Directora de Maternidad e Infancia de la Provincia	29/06/2010 Oficina de la Dirección, Hospital Universitario
Médico gineco-obstetra	40 años	Clínica Pellegrina, clínica privada de Mendoza con convenios de obras sociales	Residencia en Córdoba Trabajo en Hospitales públicos	17/01/2011 Clínica Pellegrina
Licenciada en Trabajo Social	35 años	Programa Provincial de Salud Reproductiva (Consejería de MACs y Programa de Ligadura Tubaria en Hosp. Lagomaggiore)	Trabajó en institución de rehabilitación de chicos adictos	08/04/2011 Consultorio de Ligadura Tubaria, Hosp. Lagomaggiore
Médico Toco-ginecólogo	55 años	Servicio de Maternidad del Hospital Lagomaggiore (embarazo de alto riesgo y puerperio)		16/9/2011 estacionamiento del hospital Lagomaggiore
Dra. María Elena Elizondo*, médica pediatra	50 años	Directora (interina) de Maternidad e Infancia de la Provincia de Mendoza	Trabajó en Maipú (hospital y áreas rurales)	21/11/2011 Sede de la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia
Licenciada en Obstetricia (Universidad del Aconcagua)	27 años	Becaria del Programa Médicos Comunitarios para el municipio de Guaymallén, reparte sus horas en terreno entre Centro de Salud Nebot de Colonia Segovia, Centro de salud cabecera N° 16 y centro de salud 222 de Pedro Molina	Prácticas en Hospital Lagomaggiore Trabajo en Hospital de Tunuyán	01/12/2011 en su casa en Guaymallén
Médica tocoginecóloga, Mag. en	49 años	Médica de planta del servicio de guardia obstétrica del Hospital	Estudió en Buenos Aires	5/12/2011 Oficina de la Secretaría de la

Perinatología y Salud Reproductiva (Universidad del Aconcagua), especialista en Docencia Universitaria (UNCuyo)		Lagomaggiore y profesora adjunta de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cuyo		Cátedra de Gineco-obstetricia, Hospital Lagomaggiore
Estudiante	35 años	Estudiante de 2do año de la Licenciatura en Obstetricia, Universidad del Aconcagua		19/01/2012 En su casa
Estudiante	30 años	Estudiante de 2do año de la Licenciatura en Obstetricia, Universidad del Aconcagua	Cursos de acompañamiento de parto y profilaxis perinatal, en Córdoba	19/01/2012 En casa de la anterior
Licenciada en Obstetricia (UNCuyo)	35 años	Centro de Salud de Gustavo André, CIC de Costa de Araujo, Posta Sanitaria Asunción, Lavalle	Ha sido Becaria del Programa de Médicos Comunitarios	13/4/2012 En el viaje a Lavalle, en su auto
Licenciada en Obstetricia (Universidad del Aconcagua)	30 años	CIC de Costa de Araujo, Hospital Sícoli (guardia obstétrica)		13/4/2012 Consultorio del CIC Costa de Araujo
Médica residente	25 años	Residente de 2do año de Toco-ginecología, Hospital Lagomaggiore		01/07/2013 Cocina-recepción, Servicio de Ginecología, Hospital Lagomaggiore
Licenciadas en Obstetricia (Universidad del Aconcagua)	27 y 30 años	Guardias obstétricas del Hospital Ramón Carrillo, Las Heras, y desempeño conjunto como parteras autónomas.	Prácticas en Hospital Lagomaggiore. Trabajo en centros de salud de Las Heras	Charlas informales, consultas personales vía mensajes electrónicos, entre octubre 2014 y octubre 2015

(*) Se conserva el nombre real de los/as profesionales marcados/as con asterisco ya que al momento de las entrevistas se desempeñaban como funcionarios/as públicos/as con alta visibilidad.

OBSERVACIONES

Institución / Lugar	Fecha	Contacto	Otros datos
Hospital Luis Lagomaggiore, Capital	15/04/11 09/09/11 16/09/11 18/11/11 24/11/11 05/12/11	Licenciada en Trabajo Social perteneciente al Programa Provincial de Salud Reproductiva, que se desempeña en el Hospital Lagomaggiore	Las observaciones se realizaron principalmente en el tercer piso de la Maternidad José Federico Moreno, donde se encuentran internadas las mujeres luego del parto/cesárea/legrado. También hubo breves visitas a sala de madres con bebés en neonatología, al consultorio de DIU, al banco de leche y a la casita de Fundacer.
Centro de Salud N° 212, B° Nebot, Colonia Segovia, Guaymallén	12/12/11	Licenciada en Obstetricia del Programa Médicos Comunitarios que realiza control pre y postnatal y consultorio de métodos anticonceptivos	La licenciada estaba con un embarazo casi a término, por eso no se pudo continuar con las observaciones
Centro de Salud N°44, Gustavo André, Lavalle	06/03/12	Licenciada en Obstetricia que realiza control pre y postnatal y consultorio de métodos anticonceptivos	
Centro Integrador Comunitario, Costa de Araujo, Lavalle	06/03/12 13/04/12	Licenciada en Obstetricia que realiza control pre y postnatal y consultorio de métodos anticonceptivos	Se aprovechó esta oportunidad para realizar charlas informales con otras/os profesionales que allí se desempeñan
Centro de Salud N°133, Asunción, Lavalle	13/04/12	Licenciada en Obstetricia que realiza control pre y postnatal y consultorio de métodos anticonceptivos	Sólo hubo una mujer atendida el día de la observación, pero acompañé a la enfermera, oriunda del lugar, a visitar los domicilios de algunas mujeres en espera por ligadura tubaria
Hospital "Ministro Ramón Carrillo", Las Heras	01/06/12	Mi hermana, embarazada de 8 meses, quien asistió a un curso preparto en este hospital	Observación participante

Otras observaciones

Institución / Lugar	Fecha	Contacto	Otros datos
Jardín Maternal Comunitario "Arco Iris", Campo Papa, Godoy Cruz	30/04/10 12/05/10	La directora del Jardín, que ya nos había invitado a mi grupo de militancia a realizar una actividad el 8 de marzo de ese año.	Se realizaron charlas informales, juegos, y observación participante durante las tareas de cocina. Este jardín es gestionado por las madres de los/as chicos/as que allí concurren.
Actividades de la RELACAHUPAN, ALUMBRA y otras organizaciones por el parto respetado, Capital, Godoy Cruz, Guaymallén y Las Heras	varias, incluyendo marzo de 2011, mayo de 2012, y diciembre de 2014 a octubre de 2015	Lic en obstetricia, coordinadora en Mendoza de la RELACAHUPAN y estudiantes de la carrera de obstetricia	Observación participante en reuniones, semana mundial del parto respetado, talleres vivenciales, rondas de experiencias, charlas.
Charlas del Dr. Carlos Cardello por el Día Internacional de la Salud de las Mujeres: -Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo -Primer Congreso por la Salud de la Mujer, Munic. de Guaymallén	28/05/13 29/05/13	Charlas públicas	El Dr. Cardello ha sido Director de Maternidad e Infancia en la provincia y es un referente en salud materna a nivel provincial y nacional. Intervención con preguntas sobre puerperio.

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL (ANVERSO)

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL-CLAP-OPS/OMS										FECHA DE NACIMIENTO		RAZA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		ORIGEN (lugar del control prenatal)																			
NOMBRE: APELLIDO										día mes año		blanca indígena mestiza negra otre		ninguno primario secund. univers. años en el mayor nivel		casado unión estable soltera otro		ESTABLEC. (lugar del parto)		NUMERO IDENTID.																			
DOMICILIO										EDAD (años)																													
LOCALIDAD										< de 15 > de 35																													
TELEF.																																							
ANTECEDENTES										FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven		FIN EMBARAZO ANTERIOR													
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si hipertensión <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si preeclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si eclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otros										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si tract. respirad. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VIH+ <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cardiopat. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si nefropatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cond. médica grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cirujía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infertilidad		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si gestas previas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si abortos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si vaginales <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si nacidos vivos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cesáreas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si nacidos muertos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si muertos 1º sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si después 1º sem.		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si vivan <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FIN EMBARAZO ANTERIOR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si EMBARAZO PLANEADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FRACASO METODO ANTICONCEP. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DIU <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si barrera <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si hormonal		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si años de 1 año a los de 5 años		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si EMBARAZO PLANEADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FRACASO METODO ANTICONCEP. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DIU <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si barrera <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si hormonal		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si EMBARAZO PLANEADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FRACASO METODO ANTICONCEP. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DIU <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si barrera <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si hormonal		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si años de 1 año a los de 5 años															
GESTACION ACTUAL										PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		EG CONFIABLE por FUM		FUMA		ALCOHOL		ANTITETANICA		ANTIRUBEOLA		EX NORMAL															
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si BACTERIURIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si GRUPO Rh <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PAPANICOLAOU <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VIH solicitado <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VDRL/RPR <20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si SIFILIS confirmada por FTA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VDRL/RPR ≥20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Hb <20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Fe/FOLATOS indicados <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Hb ≥20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PELVIANA VERSION EXTERNA intento a término										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FUM Eco <20 s. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FUM pasiva		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cigarrillos por día <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si pasiva		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ALCOHOL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DROGAS		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si vigente <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Dosis 1 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Dosis 2		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTI RUBEOLA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTI RUBEOLA embarazo		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ODONT. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si MAMAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si CERVIX																			
CONSULTAS ANTENATALES										BACTERIURIA		GRUPO Rh		PAPANICOLAOU		VIH solicitado		VDRL/RPR <20 sem.		SIFILIS confirmada por FTA		VDRL/RPR ≥20 sem.		Hb <20 sem.		Fe/FOLATOS indicados		Hb ≥20 sem.		ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas		PELVIANA VERSION EXTERNA intento a término							
día mes año edad gest. peso PA altura uterina presión latidos fetales movim. fetales										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si BACTERIURIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si GRUPO Rh <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PAPANICOLAOU <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VIH solicitado <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VDRL/RPR <20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si SIFILIS confirmada por FTA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VDRL/RPR ≥20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Hb <20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Fe/FOLATOS indicados <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Hb ≥20 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PELVIANA VERSION EXTERNA intento a término		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FUM Eco <20 s. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FUM pasiva		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cigarrillos por día <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si pasiva		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ALCOHOL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DROGAS		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si vigente <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Dosis 1 <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Dosis 2		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTI RUBEOLA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTI RUBEOLA embarazo		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ODONT. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si MAMAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si CERVIX																	
Notas Embarazo										PARTO		ABORTO		HOSPITALIZ en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTENATALES		INICIO espontáneo		RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION		TAMNO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE EN TDP											
día mes año hora min compañía posición PA/pulso contr./f/D dilatación altura present. venación posic. mecánica FCF/aps										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si CARNÉ		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si HOSPITALIZ en EMBARAZO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si CORTICOIDES ANTENATALES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si INICIO espontáneo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si EDAD GEST. al parto <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PRESENTACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si TAMNO FETAL ACORDE <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ACOMPANANTE EN TDP		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ciclo único completo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ciclo único incompl. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si semana inicio <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si n/c.		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si espontáneo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si inducido <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cesar. elect.		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si día mes año <37 sem. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ≥18 hs. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si temp. ≥ 38°C		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si semanas días <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si por FUM por Eco.		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cefálica <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si pelviana <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si transversa		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si 1º trim. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si 2º trim. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si 3º trim. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si postparto <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infección puerperal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si familiar <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otro <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ninguno													
TRABAJO DE PARTO										ENFERMEDADES		HTA previa		HTA inducida embarazo		preeclampsia		eclampsia		cardiopatía		nefropatía		diabetes		infec. ovular		infec. urinaria		amenaza parto preter.		R.C.U.		reducción prem. de membranas		anemia		otra cond. grave	
hora min compañía posición PA/pulso contr./f/D dilatación altura present. venación posic. mecánica FCF/aps										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si HTA previa <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si HTA inducida embarazo <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si preeclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si eclampsia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cardiopatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si nefropatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si diabetes		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si R.C.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si reducción prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si R.C.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si reducción prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si R.C.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si reducción prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si R.C.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si reducción prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si R.C.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si reducción prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. ovular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si infec. urinaria <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si amenaza parto preter. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si R.C.U. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si reducción prem. de membranas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si anemia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra cond. grave		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si familiar <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otro <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ninguno															
NACIMIENTO										MUERTO		POSICION PARTO		DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		MEDICACION RECIBIDA		INDICACION PRINCIPAL DE INDICACION O PARTO OPERATORIO		INDUC		OPER											
hora min día mes año MULTIPLE orden fetos espont. cesárea otra fórceps vacuum										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si MUERTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si parto ignora momento		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si POSICION PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DESGARROS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si OCITOCICOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PLACENTA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA CORDON <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si MEDICACION RECIBIDA		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si cesárea <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si otra <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si fórceps <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si vacuum		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si INDICACION PRINCIPAL DE INDICACION O PARTO OPERATORIO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si INDUC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si OPER																					
RECIEEN NACIDO										SEXO		PESO AL NACER		P. CEFALICO cm		EG CONFIABLE		PESO E.G.		APGAR (m)		REANIMACION		FALLECE en SALA de PARTO		REFERIDO		ATENCION medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro		Nombre									
sexo m f menor 2500g LONGITUD cm FUM adec. ECO p.e. g.e. TAMIZAJE NEONATAL VDRL TSH Hepatía Audición Bilir. Meconio 1º día arriba BCG										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si SEXO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PESO AL NACER <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si P. CEFALICO cm <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si EG CONFIABLE <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si PESO E.G. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si APGAR (m) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REANIMACION		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si FALLECE en SALA de PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ATENCION medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Nombre																							
DEFECTOS CONGENITOS										DEFECTOS CONGENITOS		ENFERMEDADES		TAMIZAJE NEONATAL		VDRL		TSH		Hepatía		Audición		Bilir.		Meconio 1º día arriba		BCG		ATENCION medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro		Nombre							
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DEFECTOS CONGENITOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ENFERMEDADES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si TAMIZAJE NEONATAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VDRL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si TSH <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Hepatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Audición <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Bilir. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Meconio 1º día arriba <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si BCG										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si DEFECTOS CONGENITOS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ENFERMEDADES		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si TAMIZAJE NEONATAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si VDRL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si TSH <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Hepatía <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Audición <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Bilir. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Meconio 1º día arriba <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si BCG		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ATENCION medico obst. enf. auxil. estud. empir. otro		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Nombre																							
EGRESO RN										EGRESO MATERNO		ANTIRUBEOLA POST PARTO		ANTICONCEPCION		LIGADURA TUBANA		REFERIDA POSTPARTO		Responsable																			
día mes año hora min fallece después de trasladado vivo después de trasladado										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si EGRESO MATERNO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA TUBANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA TUBANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA TUBANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA TUBANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA TUBANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTIRUBEOLA POST PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si LIGADURA TUBANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO																			
CERTIF. NACIDO VIVO										Nº HC RN		Nombre Recién Nacido		Responsable		REFERIDA POSTPARTO		Responsable																					
<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si CERTIF. NACIDO VIVO										<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Nombre Recién Nacido <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Responsable		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si REFERIDA POSTPARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si Responsable																											

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

HISTORIA CLÍNICA PERINATAL (REVERSO)

CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGÍA NEONATAL	
50 GESTACIÓN MÚLTIPLE	C30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSIÓN PREVIA	C10.0	51 SÍNDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	C19	02 Persistencia de la circulación fetal	P26.3
05 Preeclampsia leve	C13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preeclampsia severa y moderada	C14	04 Neumotorax y embema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	C15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATÍA	Z85.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	C24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	C24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las entales con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus insulada en el embarazo	O24.4	HEPATERIURUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	C23.5	08 Enfermedad hemolítica por isoinmunización Rh	P55.0
60 INFECCIÓN URINARIA	Q23.0-Q23.4	09 Enfermedad hemolítica por isoinmunización ABO	P56.1
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7	10 Sepsis neonatal asociada a parto de pretérmino	P69-P51
61 OTRAS INFECCIONES	O98, D06, B50-B54, A60	58 HEMATOLÓGICAS (EXCLUYE P50-P59)	
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	C23.5	11 Policitemia neonatal	P61.1
09 Sífilis complicando EPP	C98.1	12 Anemia congénita	P61.3
10 Gonorrea complicando EPP	O98.2	79 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
11 Malaria	B50-B54	13 Otras afecciones hematológicas	(P35-P39, A05, G00, A54.3)
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	INFECCIONES	
63 Hepatitis viral	C88.4	14 Diarrea	G00
64 TBC complicando EPP	O98.0	15 Meningitis	P38
60 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	16 Onfalitis	P36.1, A54.3
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	C98.8	17 Carumbitis	P39.41, P39
77 Chagas	C98.8	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
78 Toxoplasmosis	C98.8	18 Septicemia	(resto del P35-P39)
66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P25	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	C09	49 Tetanos neonatal	A33
13 Incompetencia cervical	C04.3	60 Sífilis congénita	A50
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, C69	61 Enfermedades congénitas virales	P35
14 Parto obstructo por malposición y anomalía de la presentación del feto	C64	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
15 Parto obstructo debido a anomalía pélvica materna	C65	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
16 Otros partos obstructos por causa fetal	C66	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	C20	39 HIV positivo	R75
17 Mola hidatiforme	C01	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, C03	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
19 Embarazo ecléptico	C00	33 Hidrocefalia adquirida	G91
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, C04	34 Leucoencefalopatía periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
21 Amenaza de aborto	O20.0	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE		36 Hemorragia intracranéica no traumática	P52
22 Placenta previa con hemorragia	O44.1	37 Convulsiones	P90
23 Desprendimiento prematuro de placenta	C45	71 Encefalopatía hipóxica isquémica	P21
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	C49.0	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, C71.1	METABOLIC/NUTRICIONAL	
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	C71.3	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
71 ANEMIA	C99.0	45 Hipoglucemia	P70.3, P70.4, E16.2
27 Anemia por deficiencia de hierro	C85	48 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P73-P78
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	D57.0, D57.2 y D57.8	60 OTRAS PATOLOGÍAS RN	
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	40 Retropatía de la prematuridad	H35
73 INFECCIÓN PUERPERAL	O85, O86	41 Hernia inguinal	K40
29 Sepsis puerperal	C85	65 Síndrome de dano por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	C91		
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	C72		
31 Placenta retenida	O72.0, C72.2		
32 Útero atónico	C72.1		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O76.0, C75.1		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O76.2, C70.3		
75 OTRAS PATOLOGÍAS MATERNAS	(resto de O00-O99)		
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
36 Hipertensión gravídica	C21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O09.8 (condiciones en N00-N30)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufrimiento fetal	C40		
40 Polihidramnios	C40		
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	C69		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	C74		
44 Embolismo obstétrico	C88		
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0		
46 Falla de cierre de la episiotomía	C90.1		
47 SIDA	B20-B24		
76 HIV positivo	R75		
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		
INDICACIÓN PRINCIPAL DE PARTO QUIRÚRGICO O INDUCCIÓN			
01 Cesárea previa	14 Posición transversa		
02 Sufrimiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas		
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)		
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa		
05 Parto prolongado	18 Abrupto placentae		
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina		
07 Desceso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia		
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital		
09 R.C.I.U.	22 Condilomatoso genital		
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas		
11 Parto de posttérmino	24 Muerte fetal		
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta		
13 Posición posterior	26 Otras	76 VIH	
MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			
01 Lidocaina o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas		
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antiagregantes del calcio		
03 Gases anestésicos (pentane-fluorano-ox. nitroso)	18 Sulfato de magnesio		
04 Barbitúricos	19 Hidralazina		
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes		
06 Diazepóxidos	21 Citos antihipertensivos		
07 Meperidina	22 Sangre y derivados		
08 Espasmolíticos	23 Heparina		
09 Oxitocina	24 Corticoides		
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos		
11 Betalactámicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos		
12 Amnoglicosidos (gentamicina-amicacina)	27 Aminofilina		
13 Eritromicina	28 Insulina		
14 Metronidazol	29 Difenhidantoina		
15 Betanaminetol	30 Citos		
ANOMALIAS CONGENITAS			
120 Anencefalia			Q00.0
121 Capria bifida/Meningocele			Q05, Q07.0
122 Hidranencefalia			Q04.3
123 Hidrocefalia			Q03
124 Microcefalia			Q02
125 Holoprosencefalia			Q04.2
126 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central			Q04, Q06
128 Tronco arterioso			Q20.0
129 Traoposición grandes vasos			Q20.3
130 Tetralogía de Fallot			Q21.3
131 Ventriculo único			Q20.4
132 Doble tracto de salida de vent. derecho			Q20.2
133 Canal abrio-vent. completo			Q21.2
134 Atresia pulmonar			Q22.0
135 Atresia tricuspide			Q22.4
136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo			Q23.4
137 Coartación de aorta			Q25.1
138 Retorno venoso pulmonar anómalo total			Q26.2
139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias			Q24.23, 34
140 Paladar hendido			Q35
141 Fístula traqueo-esofágica			Q39.1
142 Atresia esofágica			Q39.0, Q39.1
143 Atresia de colon o recto			Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
144 Ano imperforado			Q42.3
145 Onfalocoel			Q79.2
146 Gastroscisis			Q79.3
147 Atresia duodenal			Q41.0
148 Atresia yeyunal			Q41.1
149 Atresia ileal			Q41.2
150 Otras anomalías gastrointestinales			Q40, 43, 45
151 Genitales malformados			Q29-36
152 Agenesia Renal bilateral			Q60.1
153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos			Q61.1-51.9
154 Hidronefrosis congénita			Q62.0
155 Ectopia de la vejiga			Q64
156 Otras anomalías nefrouriitarias			Q63, 64
157 Trisomía 13			Q61.4, Q61.5, Q61.6
158 Trisomía 18			Q61.0, Q61.1, Q61.2
159 Síndrome de Down			Q90
160 Otras anomalías cromosómicas			Q92, 97-99
162 Labio hendido			Q26
161 Polidactilia			Q89
162 Sindactilia			Q70
163 Displasia esquelética			Q77-78
164 Pies equinovarus; talovalgus (Pie Rot)			Q66.8
165 Hernia Diafragmática			Q76.0
166 Hidrops fetal			P58, P83.2
167 Oligoamnios severo			P01.2
168 Otras anomalías musculoesqueléticas			Q68, 74, 75, 79
169 Anomalías tegumentarias			Q82, 84

PARTOGRAMA (ANVERSO)

POSICION: VERT. / HORIZONTAL

PARIDAD: TODAS / MULTIPARAS

MEMBRANAS: INTE. GRAS. / ROTAS

NOMBRE Y APELLIDO

NO DE HISTORIA CLINICA

dia mes año

PARTOGRAMA - CLAP-OPS/OMS

VALORES PARA LA CONSTRUCCION DE LAS CURVAS DE ALERTA*

0:15	0:15	0:05	0:30	0:20
0:25	0:25	0:10	0:35	0:35
0:35	0:40	0:25	0:40	0:50
1:00	0:55	0:35	1:00	1:05
1:15	1:25	1:00	1:30	1:25
2:10	2:30	2:30	3:15	2:30

(en horas p10)

LINEA DE BASE DESDE LA QUE SE INICIA LA CURVA DE ALERTA

PLANOS DE HODGE Y VARIEDAD DE POSICION

DILATACION CERVICAL: _____ (REM)

ROTURA ESPONTANEA MEMB: _____ (RAM)

ROTURA ARTIFICIAL MEMB: _____ (RAM)

INTENSIDAD: Fuente: +++ Normal: ++ Doble: +

LOCALIZACION: SP Suprapubico S Sacro

FRECUENCIA CARDIACA FETAL

Dips tipo I (Desaceleración precoz) I

Dips tipo II (Desaceleración tardía) II

Dips variables (Desaceleración variable) V

Microrob: M

POSICION MATERNA

Lat. derecho LD

Lat. izquierdo UI

Semi-sentada SS

Sentada S

Pezada o caminando PC

* SCHWARZ, R., DIAZ, A.G., METO, J. CLAP. Medicina, Uruguay 1987.

CLP96103-A

2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14

PARTOGRAMA (REVERSO)

PARTOGRAMA CON CURVAS DE ALERTA SISTEMA DE VIGILANCIA PARA LA PREVENCIÓN DEL PARTO PROLONGADO

Las curvas de alerta constituyen un recurso práctico para evaluar el progreso del parto en un caso individual. Marcan un límite extremo (porcentaje) de la evolución de la dilatación cervical en el tiempo. Este sistema de alerta previene el parto prolongado en los casos de retraso al traspasar estas líneas, están estimando un enlentecimiento que requiere mayor vigilancia para descartar alguna posible distocia. Brindan, por lo tanto, tiempo suficiente para permitir la corrección de la anomalía en el propio lugar o para la referencia del caso.

Los valores de la duración de la dilatación cervical desde 4-5 cm hasta el final del parto, para la elaboración de estas curvas, fueron obtenidos de dos investigaciones prospectivas realizadas por CLAP sobre 1188 partos únicos de bajo riesgo, de inicio y terminación espontánea, sin medicación y con recién nacidos normales y vigorosos (*).

Para establecer las curvas patrón normales, se analizaron previamente los registros de dilatación de la población que nos interesan en la actualidad. Se subdividió la muestra según la paridad, la posición materna durante el trabajo de parto y el estado de las membranas ovulares. Las paridades se clasificaron en nulíparas (ningún parto previo) y multiparas (1 o más partos previos, primíparas incluídas). La posición durante el parto, de dilatación fue la vertical (90% a 100% del tiempo sentada, parada o caminando) o la horizontal (100% en cama). Según el estado de las membranas ovulares a los 4-5 cm de dilatación cervical, el grupo se dividió en membranas rotas y membranas íntegras.

Los datos para construir las curvas patrón de alerta fueron obtenidos desde los 4-5 cm de dilatación cervical (primer punto confiable de partida para la medida por el tacto). Por ello, la curva que se elija para cada trabajo de parto se trazará a partir de que el mismo haya alcanzado o superado los 4.5 cm de dilatación cervical (línea de base).

En el extremo superior izquierdo del partograma se presenta una tabla con valores correspondientes al percentil 10 del tiempo en el que cada uno de los 5 subgrupos anteriormente mencionados incrementan la dilatación de 4-5 cm. a 6, de 6 a 7, de 7 a 8, de 8 a 9, de 9 a 10 y de 10 al parto.

La curva de alerta se comienza a trazar cuando la curva de dilatación cruza la línea de base. Este punto de intersección entre ambas curvas será el punto de partida de la curva de alerta. El observador, a partir de ese momento, puede elegir de la tabla impresa en el partograma los valores correspondientes a las situaciones obstétricas arriba señaladas. Una vez seleccionada la alternativa que mejor se asemeje al caso individual, desde la línea de base, en el punto en que ésta se cruza por la curva de dilatación del caso, se marcarán los valores del patrón elegido.

El uso de la plantilla de plástico de poliestireno diseñada por el CLAP facilita la construcción de la curva de alerta

(*) Schwarcz R.L. y col. Gynec. Obstet. Excerpt. Med., Amsterdam, 1977:377.
Díaz, A.G. y col. Europ. J. Obst. Gyn. reprod. Biol. 1 1980

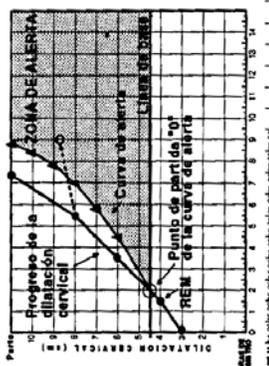
INGRESO TEMPRANO

En el ejemplo, a las 14:30 hora real, se comenzó el registro de los datos de una nulípara con membranas ovulares íntegras y en posición horizontal. El tacto realizado en ese momento comprobó una dilatación cervical de 3 cm. El punto de esta primera observación se marcó al inicio del registro. A las 16:00, hora real, se comprobó una rotura espontánea de las membranas ovulares y el tacto encontró a 4 cm de dilatación. Se marcó un nuevo punto en la intersección de la adueta a la hora real 16:00 (1:30 hora del comienzo del registro) con la ordenada a los 4 cm de dilatación.

La línea que une los puntos a los 3 cm. y 4 cm. permite visualizar el progreso de la dilatación cervical.

En el siguiente examen obtenido realizado a la hora real 18:00, a 2:30 hs. del inicio del registro en el partograma, la dilatación cervical alcanzó los 6 cm.

Como se ve, la intersección entre la curva de dilatación y la línea de base se produjo a las 2:00 hs. del inicio del registro en el partograma. Este es el punto de partida para comenzar a construir la curva de alerta desde los 4,5 cm. de dilatación cervical.



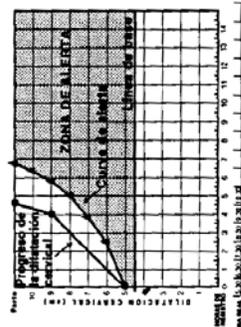
De la tabla se extraerán los valores correspondientes a este caso (posición horizontal, nulípara, membranas rotas). Para comenzar a trazar la curva de alerta de ese caso, a las 2:30 horas del punto de su partida, se marcará el punto de los 6 cm. de dilatación. A partir de este nuevo punto, 1:25 hs. después, se marcará el punto para los 7 cm. Desde éste, se marcará 1:05 horas después de los 8 cm. y así sucesivamente hasta el final del parto.

En este caso, el trabajo de parto y el parto tuvieron una evolución normal y la curva de dilatación cervical se mantuvo a la izquierda de la curva de alerta.

En esta misma figura se presenta otro caso en el que, a partir de los 8 cm. la velocidad de la dilatación se entorpece y su gráfica cruza la curva de alerta (línea punteada). En este caso, con iguales condiciones de ingreso que el anterior, a las 23:30 horas reales y 9 horas después del inicio del registro en el partograma, se observó un trabajo de parto prolongado. Alertado por este sistema de vigilancia, el equipo de salud revisó el caso y pudo aplicar oportunamente las medidas apropiadas.

INGRESO TARDIO

La figura muestra una nulípara con membranas íntegras en posición horizontal, que ingresó al registro con 5 cm. de dilatación cervical.



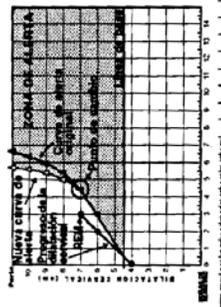
La curva de alerta se inició desde este primer tacto. A partir del mismo se trazó con los valores correspondientes a las condiciones de ingreso del caso.

A diferencia del ejemplo anterior, en los ingresos con 5 cm. o más de dilatación, el punto de partida de la curva de alerta siempre será el del primer valor anotado de la dilatación cervical en el partograma.

CONDICIONES CAMBIANTES

Si varían las condiciones de ingreso durante el transcurso del trabajo de parto, se deberá actualizar la curva de alerta inicialmente trazada.

La figura muestra el caso de una multipara, en posición horizontal y con las membranas ovulares íntegras. Ingresó al registro del partograma a las 9:00 hs. con 4 cm. de dilatación cervical y 2 horas más tarde alcanzó 6 cm.



La gráfica de la dilatación cortó la línea de base a los 30 minutos del comienzo del partograma. Desde este punto, se construyó la curva de alerta apropiada para el caso. Debido a que a los 7 cm. las membranas se rompieron espontáneamente, fue necesario construir una nueva curva de alerta sustituyendo los valores previos por los de una multipara, en posición horizontal, pero con las membranas rotas.

El dibujo de la nueva curva de alerta se inició desde la curva previa en el 7 cm., después se instaló la ordenada de las membranas. Esta última curva de alerta fue la que mejor se correspondió con la nueva situación.

ENCUESTA DEL PROGRAMA PROVINCIAL DE DETECCIÓN DE ALTO RIESGO

REPRODUCTIVO E INFANTIL

DETECCION DE ALTO RIESGO REPRODUCTIVO E INFANTIL

Gobierno de Mendoza
Ministerio de Desarrollo Social y Salud
Programa Provincial de Salud Reproductiva

Del establecimiento:

Al área departamental:

	2	1	0
Edad	menos de 20	más de 30	20 a 30
N.Instrucción	Analf. o P.I.	P. C. o S.I	S.C.
Nº Cont.Prenat.	4 o menos	5 o 6	7 o más
Nº de hijos	4 o más	2 o 3	1 o 0
Peso del R.N.	menos 1.500 gr	entre 1.500 y 2.500 gr.	más de 2.500 gr.
Bajo Riesgo: Score 0 a 5			
Alto Riesgo: Score 6 o más, o, una o más variables incluyentes			

Variables incluyentes
1 - HIV (+)
2 - antecedentes de aborto
3 - hijo menor de 2 años, fallecido
4 - prematuréz (37 semanas o menos)
5 - discapacidad mental profunda
6 - antecedentes de adicción
7 - intervalo intergenésico menor de 2 años,
8 - riesgo social

Otros
9 - ¿Conoce que en los Centros de Salud se entregan anticonceptivos gratuitamente?
10 - ¿Usó antes de este embarazo algún método? ¿Cuál?
11 - ¿Este embarazo fue buscado/planicado?

Apellido y Nombre	DNI	Edad	N.I.	NºControles			Nº de hijos	Apellido y Nombre (o sexo) y Fecha Nac.del R.N.	Peso R.N.(gr)	Derivación	Score	Otros			Variab. incluy.	Observaciones
				1T	2T	3T						9	10	11		
Domicilio:																
Domicilio:																
Domicilio:																
Domicilio:																
Domicilio:																
Domicilio:																
Domicilio:																
Domicilio:																

Semana epidemiológica Nº. desde el domingo . . . / . . . / . . . al sábado . . . / . . . / . . . Firma y sello del encuestador: