

CLARA GILLIGAN

# Después de parir

Una etnografía de la atención  
obstétrica posparto

ediciones  
**IMAGO  
MUNDI**



Colección Florencia Fossatti  
de Educación y Salud  
DIRIGIDA POR ADRIÁN CAMMAROTA

Clara Gilligan

Después de parir. Una etnografía de la atención obstétrica posparto.

1a ed. Buenos Aires: 2024.

150 p.; 15.5x23 cm. ISBN 978-950-793-436-0

1. Obstetricia. I. Título.

CDD 618.2008

Fecha de catalogación: 03/02/2024

© 2024, Clara Gilligan

© 2024, Ediciones Imago Mundi

Imagen de tapa: Anna Nekrashevich desde Pexels: <https://www.pexels.com/photo/fresh-healthy-pear-on-white-surface-7214835/>

Hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina, tirada de esta edición: 150 ejemplares

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo por escrito del editor. Este libro se terminó de imprimir en el mes de marzo de 2024 en San Carlos Impresiones, Virrey Liniers 2203, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina.

# Sumario

Agradecimientos . . . . .	IX
Presentación . . . . .	XI
1 <i>Volver a lo anterior.</i> La construcción conceptual del puerperio como objeto de intervención médica . . . . .	1
1.1 Introducción . . . . .	1
1.2 El puerperio como involución . . . . .	8
1.3 El lugar de la lactancia . . . . .	13
1.4 Lo <i>normal</i> y lo <i>patológico</i> en las pautas de atención . . . . .	16
1.5 La universalización de los procesos . . . . .	17
1.6 Transformaciones que no involucionan . . . . .	19
1.7 Reflexiones finales . . . . .	21
2 <i>Aprender haciendo.</i> La organización del trabajo en el Servicio de Obstetricia . . . . .	25
2.1 Introducción . . . . .	25
2.2 La materialidad de la atención . . . . .	29
2.3 Las competencias profesionales y el <i>aprender haciendo</i> . . . . .	32
2.4 Lo <i>normal</i> , lo <i>patológico</i> y la fragmentación resultante . . . . .	35
2.5 La organización jerárquica del trabajo . . . . .	42
2.6 Prácticas y apropiación . . . . .	45
2.7 Reflexiones finales . . . . .	52
3 <i>Tocar, oler y registrar.</i> Rutinas de atención obstétrica . . . . .	55
3.1 Introducción . . . . .	55
3.2 Tocar, oler, registrar . . . . .	59
3.3 El posparto en las historias clínicas . . . . .	72
3.4 Más allá de <i>lo clínico</i> . . . . .	76
3.5 Registros que interpelan . . . . .	82
3.6 Expectativas desencontradas . . . . .	85
3.7 Procesos de producción de datos . . . . .	88
Reflexiones finales . . . . .	97
Referencias . . . . .	107
Índice de autoras y autores . . . . .	119

## Agradecimientos

Este libro es producto de mi tesis de maestría en Antropología Social, presentada en septiembre de 2019 y defendida el 28 de febrero de 2020 en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires ante un jurado integrado por María Pozzio, María Laura Recoder y Lidia Schiavoni.

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

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

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

A Luciana Kanterewicz le agradezco haber compartido generosamente todos y cada uno de los espacios laborales y de investigación. A Magdalena Oesterheld por leer proyectos de seminarios, monografías y ponencias durante tantos años. A Laura Santillán por prestarme siempre un poco de su entusiasmo y su confianza

cada vez que le tocó vincularse conmigo como docente. A Bettina Sidy, la primera en darle forma y posibilidad a un conjunto de escritos, gracias por eso y por el disfrute de trabajar juntas que tenemos por delante.

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

A Guadalupe García por sus lecturas minuciosas y aportes en las épocas más desordenadas de trabajos y borradores. A Susana Margulies, por las clases, las lecturas y los espacios de debate. A las docentes de la Maestría, especialmente a Virginia Manzano y Carolina Crespo por las devoluciones siempre estimulantes de los talleres de la Maestría.

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

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

## Presentación

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

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

En base a ello ¿cómo se conceptualiza al posparto en tanto objeto de intervención médica? ¿Cómo lo abordan las y los trabajadores del Servicio de Obstetricia? ¿Qué procesos de atención/intervención se desarrollan? ¿Qué prácticas cotidianas se producen? ¿Cuáles son las experiencias posibles? Considerando que las prácticas cotidianas encarnan los procesos de atención obstétrica y que la organización institucional configura de manera particular la atención, destaco como elementos centrales: la distribución del trabajo a nivel Servicio en relación a las distintas competencias profesionales y el lugar que ocupan en la atención cotidiana la figura de las *residentes*, sobre quienes recae gran parte de las tareas que materializan la atención obstétrica y, especialmente la destinada al posparto. ¿De qué maneras estas prácticas constituyen y atraviesan al posparto y a las experiencias posibles en este contexto particular?

Estas son las preguntas que orientan esta investigación, que tiene por objetivo dar cuenta de la construcción del *puerperio* como producto de prácticas culturales e institucionales particulares. En línea con ello, analizaré la construcción del *puerperio* como objeto de intervención médica y describiré los modos en que los sujetos se vinculan y problematizan sus prácticas cotidianas en el quehacer hospitalario para dar cuenta de estrategias y sentidos.

A lo largo de esta investigación describiré de qué manera estos procesos de atención médica contribuyen a reforzar una construcción sociocultural de la maternidad en tanto práctica femenina, individual, de emocionalidad controlada, cimentada sobre una segmentación deliberada de la sexualidad (en tanto se la aborda únicamente en relación con lo reproductivo) y que, además, amerita la instrucción, intervención y manipulación directa de esos cuerpos. En los apartados que siguen nos adentraremos en un estado de la cuestión retomando antecedentes en base los cuales esbocé las preguntas que orientan esta investigación, una descripción del enfoque teórico-metodológico de trabajo y por último una síntesis de los capítulos que componen este libro.

## **Atención obstétrica y políticas de Estado**

La hospitalización de partos como práctica masiva se consolidó a partir de la década de 1920 en Latinoamérica (Felitti 2007; Menéndez 1990; Nari 2004; M. Sánchez 2010; Tornquist 2002; Zá-

rate Campos 2007). Este proceso se desarrolló con particularidades locales en la región. En Argentina, el Estado impulsó activamente la institucionalización de la medicina, afianzando el poder de la corporación médica en el monopolio de la atención sanitaria por sobre otras formas de atención coexistentes que, si bien continuaron estando, se subalternizaron (Di Liscia 2005; Felitti 2007; Nari 2004). Como sabemos, pensar en la consolidación de una profesión en tanto hegemónica (en este caso, la medicina para el campo de la salud) implica comprender este proceso en términos relacionales con otras profesiones y ocupaciones existentes que por supuesto no desaparecen, sino que pasan a ocupar un rol subalterno respecto de las prácticas y perspectivas que constituyen la hegemonía de abordajes frente a un problema dado.

Desde la organización del Estado nacional, la medicina, junto a la abogacía, fueron dos de las profesiones que proporcionaron a la administración pública los instrumentos necesarios para modernizar sus estructuras. Esta demanda de técnicos, por parte de las reparticiones estatales, fue el puntapié del desarrollo de sistemas de profesionalización de funcionarios especializados en salud pública y contribuyó a reforzar, aún más, el prestigio de estas profesiones en la sociedad (Biernat y Ramacciotti 2017). Siguiendo estas ideas y, más específicamente para el área de la salud, Laura Rodríguez y Germán Soprano sostienen que, dado que los médicos y las enfermeras ejercen su profesión en el sistema de salud pública, pueden ser considerados como profesionales de Estado (Rodríguez y Soprano 2018).

Es decir que la medicina, se expandió de la mano del entramado estatal, a su vez, ese Estado se consolidó (aunque no únicamente) sobre el ejercicio de políticas sanitarias transformadoras de la vida cotidiana de los sujetos. Entre estos actores ha sido fundamental el impulso que significó la incorporación de profesionales médicos a su creciente estructura. Tal como señala Ricardo González Leandri:

«Tales grupos formaron parte, además, de unas incipientes redes profesionales, en pugna por el acceso a recursos materiales y simbólicos, que participaron en el complejo proceso de consolidación y adquisición de autonomía por parte de determinados campos de saberes y prácticas específicas, paradójicamente tributarios del propio afianzamiento estatal. Por lo tanto, puede afirmarse que, al mismo tiempo que estaban “construyéndose” a sí mismos, dichos profesionales también construían, o colaboraban en la creación de

las dimensiones del Estado a las que se asociaban» (González Leandri 2004, pág. 571).

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

Cabe señalar que la estructura sanitaria en la Argentina tiene notorias desigualdades territoriales y está sostenida en tres pilares: el sector público, las obras sociales y el sector privado. Estos tres sectores tienen una larga historia en la Argentina y su consolidación se fue dando a lo largo de todo el siglo XX (Belmartino 2005). En la actualidad, el sector público garantiza el acceso a la atención por medio de una red de hospitales y demás centros de salud periféricos, brindando una cobertura que es universal, gratuita y disponible para personas de cualquier nacionalidad y su financiamiento se sostiene por fondos públicos. El sistema nacional de obras sociales tiene como beneficiarios a los trabajadores en relación de dependencia (Cerdá 2005). Por último, la oferta privada de salud está formada por un conjunto de empresas comerciales cuyo financiamiento está basado en el pago de sus asociados. Dentro de este esquema heterogéneo, desigualmente distribuido a lo largo del territorio y fragmentado, quien cubre la mitad de las necesidades sanitarias de la población es el sistema público y, por lo tanto, el que también genera más puestos de trabajos para los profesionales de salud (Ramacciotti 2010b).

Poner en perspectiva la singularidad de cada contexto jurisdiccional posibilita una comprensión más amplia de los procesos históricos sanitarios en el país. Comprender la política sanitaria demanda la consideración de procesos políticos en un sentido amplio y un análisis simultáneo del rol de las agencias estatales y de las políticas sanitarias nacionales, provinciales y municipales. Nuestro sistema de salud es ante todo resultado de un proceso histórico atravesado por transformaciones de las estructuras estatales y las

relaciones interjurisdiccionales. Ello implica tensiones en cuanto a la autonomía y los límites de las distintas autoridades sanitarias junto con un desigual acceso a los recursos. La confluencia de estos procesos tiene consecuencias directas en la provisión de bienestar a cargo de un sistema fragmentado (Biernat y Ramacciotti 2016).

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

Para profundizar en el desarrollo histórico de la institucionalización de los nacimientos y reflexionar sobre las continuidades y rupturas tanto en el quehacer profesional como en las prescripciones de la vida cotidiana (Cepeda 2009; Di Liscia 2005; Felitti 2007, 2011; Lois 2018; Nari 2004) es necesario retomar algunos aportes históricos que describen el período concreto en que este proceso tuvo lugar. A partir de la década de 1920 y durante todo el siglo XX, la maternidad se constituyó no solo como una posibilidad, sino como una obligación moral y política de las mujeres y los nacimientos tendieron a sucederse en los hospitales. Estos discursos no son unívocos y no estuvieron exentos de debate y posicionamientos contrapuestos (Ledesma Prietto 2017). Sin embargo, algunas políticas sanitarias dirigidas a la atención de mujeres-madre y niños dan cuenta de cierta relación desigual de fuerzas en cuanto a la definición de la naturaleza del *problema poblacional* (Biernat y Ramacciotti 2013; Briolotti y Benítez 2014; Nari 2004) y se pueden seguir rastreando en las décadas sucesivas dado que la hospitalización de los nacimientos se ha mantenido desde entonces, aunque con especificidades temporales que han ido transformando este fenómeno.

Los nacimientos son experiencias que involucran directamente a los cuerpos. Además, son objeto de intervención social y política. Estas experiencias se transforman históricamente y, a la vez, evidencian el lugar de las mujeres para cada período y en cada sociedad (Zárate Campos 2007). El fuerte control desplegado sobre

cualquiera de las instancias *reproductivas* nos sugiere la permanencia de un orden social, y específicamente, de una jerarquía de género sobre la que se sostiene. En este sentido nos valemos de las ideas de Joan Scott quien sostiene:

«Si consideramos la diferencia entre lo masculino y lo femenino no como algo ya sabido sino como problemática, como algo que está siempre contextualmente definido, construido repetidamente, debemos entonces preguntarnos no solo acerca de lo que está en juego en las proclamas y debates que invocan al género para explicar o justificar sus posiciones sino también acerca de las nociones implícitas sobre el género» (Scott 1996, pág. 13).

Una perspectiva de género contribuye al abordaje de la asistencia del parto en tanto hecho social constituido no solo por conocimientos y avances tecnológicos, sino también por construcciones socioculturales acerca de la sexualidad (Zárate Campos 2007). Las mujeres se constituyen como el principal objeto de ello a partir de su definición social como reproductoras. El proceso de embarazo-parto-puerperio pone en evidencia una ruptura deliberada entre reproducción y sexualidad (Ledesma Prietto 2017). A pesar de que la sexualidad ha sido históricamente confinada en nuestra sociedad al ámbito de lo privado, la regulación de que son objeto las mujeres (especialmente desde el momento de la concepción), pone de relieve que se trata de una cuestión pública (Blázquez Rodríguez 2005; Rapp 1993).

Algunas investigaciones producidas en Argentina dan cuenta de la legitimidad con que progresivamente la medicina se ha constituido en la interlocutora autorizada de los cuerpos femeninos (Cepeda 2009; Felitti 2007; Nari 2004). Esto es resultado de un proceso caracterizado por resistencias e intereses encontrados (Felitti 2011; Zárate Campos 2007, 2018). La constitución del sistema sanitario en Argentina implicó de manera ineludible su materialización en sujetos, instituciones e intervenciones estatales concretas que a su vez fueron productoras de ese Estado (Di Liscia 2005; Nari 2004). A pesar de ello es necesario señalar que el proceso histórico de hospitalización de los nacimientos no puede ser comprendido cabalmente si es descrito en términos antagónicos entre una medicina definida como masculina anteponiéndose a una asistencia al parto tradicional y femenina (Davis-Floyd 2001; Jordan 1993). Sin desconocer la desigual relación de poderes, algunos antecedentes han contribuido a matizar esos abordajes resaltando el rol activo

que juegan las mujeres en tales procesos (ya sea como parteras o como parturientas) (Zárate Campos 2007). A su vez, estas descripciones que aportan estrategias, disputas y concesiones contribuyen a las posibilidades de entender cómo los procesos de atención continúan en transformación. En ese sentido, Zárate Campos (2007) ha propuesto, para el caso de Chile, que el vínculo que se construyó entre parturientas y médicos durante los primeros años del siglo XX no puede ser entendido como una imposición unidireccional de la medicina. Esta perspectiva relacional evidencia la elección que muchas mujeres han hecho de este tipo de atención, en diálogo con la percepción de que ciertos conocimientos y técnicas podrían evitar la muerte.

El proceso de profesionalización de asistencia del parto se desarrolló de la mano de la incorporación de nuevos actores, los médicos obstetras. Esto implicó que muchos partos estuvieran configurados en gran medida por ellos y que poco a poco se constituyera en la única alternativa posible para las mujeres y sus posibilidades de garantizar sus vidas. Por supuesto que estas posibilidades estaban directamente relacionadas con una situación socioeconómica desigual que implicaba que, para muchas de ellas, parir en una institución paliara (aunque fuera de manera temporal), condiciones con las que no se contaba como un adecuado reposo, alimentación y el descanso de tareas pesadas. Inicialmente, el impacto de la tarea médica fue mínimo, porque su principal actividad estaba orientada al propio aprendizaje: la medicina se practicaba en pleno proceso de profesionalización, con un alto grado de incertidumbre en cuanto a las intervenciones y diagnósticos. Antes que ciertas técnicas médicas y quirúrgicas, fue el manejo de la antisepsia lo que redujo el número de infecciones puerperales mortales. Con ello, no puede decirse que la intervención obstétrica en sí misma haya disminuido la mortalidad materna hasta entrado el siglo XX. En el caso de las mujeres de clase alta, jugaron un rol central las influencias extranjeras y el juicio negativo del trabajo de las parteras no diplomadas (teñido de prejuicios de clase) a la hora de preferir la atención médica (Zárate Campos 2007).

Los aportes de esta autora (Zárate Campos 2018) resultan fundamentales para comprender cómo la hospitalización de los nacimientos contribuyó a la profesionalización de las matronas y, a la vez, cómo su tarea asistencial materializó objetivos centrales del Sistema Nacional de Salud en Chile. Durante la década de 1970,

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

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

A pesar de la masiva hospitalización de los partos en nuestro país<sup>[1]</sup> y en la región sudamericana, algunas de sus implicancias en la vida de las mujeres han sido y son objeto de cuestionamiento desde hace algunos años (particularmente desde el retorno de la

---

[1] Según datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud, para 2017 cerca de un 98 % de los partos a nivel nacional sucedieron en un establecimiento de salud. De un total de 704 609 nacidos vivos solo se registran 2011 ocurridos en domicilio particular y 288 en otros lugares. Se sugiere la consulta del *Anuario 2017* disponible en <http://www.deis.msal.gov.ar/index.php/anuario-2017/>.

democracia durante la década de 1980): dando lugar a distintas iniciativas usualmente conocidas como *parto humanizado* o *parto respetado*. Como señala Tornquist (2003), algunas instituciones han incorporado ciertas iniciativas a la organización institucional, aun cuando la misma autora señala que la *humanización* del parto demanda de otras adecuaciones en los equipos de salud que van más allá de la reducción de algunas técnicas cuestionables (Kämpf y Dias 2018). En los últimos años estas propuestas se han traducido en reorganizaciones al interior de las instituciones de salud, así como políticas sanitarias y se manifiestan, también, en el plano legislativo. Si bien hay muchas normativas que buscan regular las condiciones –las mujeres transitan estos momentos vitales en las instituciones– las más influyentes en el campo indagado son la ley 25.929 (2004) y la 26.485 (2009) que define la violencia obstétrica. Así mismo el parto planificado en domicilio es quizás una de las alternativas explícitamente cuestionadoras de las implicancias que parir en el hospital ha tenido y tiene para las mujeres. Si bien este libro se basa en las experiencias que se desarrollan en un hospital público, estas discusiones y debates no dejan de estar presentes en este campo y, por tanto, también lo constituyen.

### **Estrategias en contextos diversos**

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

En este sentido es fundamental la trayectoria y los antecedentes en Brasil (Belaunde *et al.* 2007; Fleischer 2007; McCallum *et al.* 2016; McCallum y Reis 2008; Mott 2002; Rohden 2002; Roth 2018; Texeira *et al.* 2018; Tornquist 2002). No son muchos los trabajos que abordan específicamente el posparto o puerperio, algunos de los cuales presento a continuación. En una comunidad en el estado de Bahía, el llamado *resguardo posparto* comprende una serie de prescripciones en el comportamiento de las mujeres puérperas que articulan conceptos socioculturales, fisiológicos, psicológicos y

sexuales. «Guardar resguardo» es parte de un mecanismo cultural local de planeamiento del embarazo y de la lactancia que apunta a proteger tanto el bienestar de la mujer como del hijo. Es un factor clave en la prevención de la mortalidad de las mujeres y se presenta como instrumento cultural de cuidado de la salud sexual y reproductiva femenina a largo plazo ya que las ancianas lo consideran crucial para su salud en la vejez. Las autoras (Belaunde *et al.* 2007) proponen que la noción local de «resguardo quebrado» podría interpretarse como equivalente a la de «depresión posparto» en el discurso biomédico. En Melgaço, Pará en el norte de Brasil, el «resguardo» durante la cuarentena en base al cuidado de la partera, del marido y de la parentela, contribuye a recuperar la normalidad corporal. Pero la presión por retomar las tareas como ama de casa, madre y esposa y las dificultades para amamantar hacen que la mujer se esfuerce por cumplirlo. Si bien la salud femenina era reconocida como central para la unidad doméstica, a este mismo grupo le costaba prescindir de las tareas femeninas. El «resguardo» estaba en riesgo permanente (Fleischer 2007). La categoría de *sangre que sube a la cabeza* (y que debe descender) colectiviza entre ciertos actores los síntomas y las soluciones de los conflictos domésticos, a pesar de los profesionales de la unidad de salud y de ciertos parientes que desconsideraban estas reglas. Esto puede interpretarse como una exculpación individual y podría constituir una resistencia a la individualización biomédica a través de programas que responsabilizan a la mujer por el resguardo, los controles y la alimentación, tanto de ella como de su hijo/a (Fleischer 2007).

En una maternidad pública en el sur de Brasil, Tornquist (2003) cuestiona la implementación del ideario de la humanización como garante *per se* de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, dando cuenta del marco de relaciones en que es puesto en práctica. Analiza la manera en que se fomenta el amamantamiento y el rol del personal sanitario en relación con el manejo de las expresiones de dolor. Sugiere flexibilizar el ideal humanizador con el fin de adaptarlo a las necesidades reales de cada mujer:

«Si las experiencias de humanización se concentran en aspectos técnicos aislados y en un modelo universalista de familia y femineidad, en el contexto de una cultura fuertemente centrada en el mito del amor materno y en la

pesada herencia higienista de la medicina, puede minimizar su gran potencial» (Tornquist 2003, pág. 426, traducción propia).

El cambio de paradigma de parto medicalizado a parto respetado corre el peligro de convertirse en una enunciación vacía de contenido si solo se traduce en una serie de nuevas técnicas impuestas (Tornquist 2003). Sin negar la especificidad de la violencia obstétrica, la naturaleza de las técnicas aplicadas a la asistencia de una mujer que está atravesando alguna de las etapas de la gestación, no implicaría de por sí la transformación de relaciones desiguales.

### **Construcción del cuerpo como objeto de atención médica**

A pesar del énfasis en las condiciones estructurales que constituyen el marco de significados posibles para la experiencia de parir y de nacer, el cuerpo en tanto agente de experiencia juega un rol fundamental. El cuerpo como objeto médico, entra en tensión con el cuerpo percibido por el sujeto, principal protagonista de su propia experiencia (Akrich y Pasveer 2004; Good 2003):

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

En el caso particular de las descripciones médicas, se recurre a fragmentaciones y jerarquizaciones conceptuales que repercuten en la percepción del propio cuerpo (Akrich y Pasveer 2004; Martin 2006). La amplia difusión y legitimidad del abordaje médico sugiere maneras de proceder sobre los cuerpos a la vez que propone esquemas de percepción de la experiencia (Akrich y Pasveer 2004).

Ahora bien, durante mucho tiempo las ciencias sociales y la antropología en particular, podrían no haber contribuido a cuestionar la herencia cartesiana en las maneras de abordar los cuerpos y poner estas tensiones en evidencia. Citro (2011) demuestra que, como parte de un proceso histórico de consolidación de tradiciones filosóficas racionalistas y la legitimación de la biomedicina, la producción científica social también ha colaborado en invisibilizar la experiencia cuerpo-mundo en las prácticas analizadas en distintas investigaciones. Sin embargo, es esencial recuperar la experiencia corporal, ya que:

«(...) así como no hay conciencia sin sujeto, tampoco la hay sin mundo, existo porque hay un mundo, tengo evidencia de mí y del mundo ineludiblemente. Se trata de una rigurosa bilateralidad: no puede constituirse el mundo como mundo, ni el yo como yo sino es en su relación (...) el “sentido del mundo” se construye intersubjetivamente» (Citro 2011, pág. 57).

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

## Metodología

Los antecedentes específicos para este apartado son etnografías producidas en contextos muy disímiles, que aportan el abordaje de ciertas prácticas hospitalarias. Son trabajos que ponen de relieve que el análisis de ellas y la interacción cotidiana con los sujetos implicados, constituyen a la etnografía como un enfoque que es, a la vez, teórico y metodológico. Esto significa que el propio quehacer de la investigación en relación con sus objetivos, lleva a la redefinición del problema tal como se ha planteado teóricamente. Ello se debe al ejercicio inevitable y permanente de tensionar la propia construcción conceptual del problema, cuando se vuelve un problema situado. Cuando necesitamos empezar a entender y explicar el contexto en el que se investiga interactuamos con sujetos que cuestionan y redefinen este abordaje previo (Comelles 2000; Cortés 1997; G. García 2009; Recoder 2011; Sarti 2009;

Tornquist 2003). Los trabajos referidos, exploran una diversidad de problemáticas. El aporte común, sin embargo, es el de dar cuenta de la pertinencia del enfoque etnográfico para analizar las maneras en que estas lógicas institucionales se constituyen sobre la base de una diversidad de experiencias intersubjetivas (M. V. Castilla 2014; Pozzio 2011). Dentro de esta línea de indagación me propongo ampliar la mirada sobre la atención durante el posparto en tanto *objeto* particular considerando, desde un abordaje etnográfico, a la atención obstétrica como resultado de políticas públicas que participan activamente en la construcción sociocultural de la maternidad.

A mediados de 2013 realicé las primeras entrevistas exploratorias. En base a ellas, entre octubre de 2013 y abril de 2015, participé de manera sistemática de actividades cotidianas del Servicio de Obstetricia de un hospital público de la ciudad de Buenos Aires. Este nivel de dedicación fue posible gracias a una beca de investigación financiada por el Consejo de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de esta misma ciudad.<sup>[2]</sup> Mi actividad principal consistió en participar de manera sostenida en distintas actividades del Servicio, todos los días, de lunes a viernes. Como parte de la jornada laboral que implicaba la beca, asistí por un año y medio a un área ubicada en dicha institución, en otro pabellón, en el que realicé gran parte de las transcripciones de mis registros de campo. Esta situación facilitó la continuidad en el vínculo con las mujeres trabajadoras y usuarias más allá del tiempo que pasaba estrictamente en el Servicio, ya que era habitual tener conversaciones espontáneas en pasillos, en las cercanías del hospital, en el colectivo, o en otros espacios. A ello se sumó mi concurrencia en horarios rotativos y durante días feriados para identificar diferentes dinámicas. Paulatinamente comencé a realizar entrevistas en profundidad con trabajadoras del Servicio y mujeres que habían parido recientemente. Continué con ambas tareas, aunque priorizando la observación participante, ya que, como explicaré

---

[2] Gracias a este financiamiento y a la generosa confianza de mi director de beca (a quién no menciono para garantizar la confidencialidad de otras personas con quienes interactué durante el trabajo de campo) desarrollé entre 2013 y 2015 el trabajo de campo etnográfico sobre el que se basa esta investigación. Es fundamental para mí, como antropóloga, destacar que la dedicación que implica la realización de una etnografía requiere de financiamiento a tiempo completo por períodos relativamente prolongados.

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

Mi ingreso al campo se dio de la mano del aval formal del Comité de Ética en Investigación del hospital, pero quizás jugaron un rol más determinante las recomendaciones que hizo mi director de beca, un referente reconocido en la temática; quién facilitó mi presentación con el jefe de la Sección de Obstetricia. Aun así, concretar la participación cotidiana de las actividades implicó un sinfín de presentaciones con otros actores, ya que, como más tarde aprendería, mi interés por el posparto me llevó a interactuar principalmente con profesionales en formación. Durante más de un año y medio frecuenté espacios dentro del mundo hospitalario tales como la sala de internación de obstetricia, los consultorios, las salas de espera, las ventanillas de turnos, la guardia obstétrica. Participé en actividades llevadas adelante por médicas, médicos, obstétricas, enfermeras y administrativas. Tuve contacto más fluido con *residentes* en general y, particularmente, con obstétricas *residentes*. Esta vinculación fue construyéndose así en base a la propia organización del trabajo y distribución de las tareas al interior del servicio –cuestiones que desarrollo en el segundo capítulo– aunque también, por el interés que este grupo de profesionales manifestaba tener en los procesos de atención posparto y por las maneras en las que me facilitaron el acceso para participar de *sus* tareas a cargo. Fue en el marco de estas actividades donde interactué con mujeres que estaban embarazadas o habían parido recientemente. En algunos casos esto implicó acuerdos previos para luego realizar entrevistas en otros espacios. Sin embargo, la gran mayoría de los intercambios tanto con trabajadoras del hospital como con las mujeres que asistían allí, se dieron en este contexto.<sup>[3]</sup>

---

[3] El enfoque etnográfico se sostiene esencialmente sobre la base de la observación participante relativamente prolongada y el diálogo con los sujetos que configuran activamente los procesos estudiados (Guber 1991). Intentando reconstruir lo más acabadamente posible el contexto particular de

La atención médica y su abordaje particular implica una reorganización de la realidad y de la vida (Good 2003). Las narrativas que los sujetos elaboramos para compartir nuestra experiencia constituyen solo una parte de ella, pero en alguna medida nos acercan al sentido subjetivo otorgado (G. García 2009; Good 2003; Recoder 2011). La experiencia puede ser en cierta medida abordada a partir de la narrativa de los sujetos que transitan una reconstrucción de sí mismos como *pacientes*. En base a ellas, en este caso me propuse comprender una parte significativa de sus experiencias en relación con la atención obstétrica. Aún así, el *dato* no puede considerarse una información que está ahí afuera esperando a ser recopilada por la investigadora. Asumiendo que estamos continuamente interpretando nuestra realidad, podemos redefinir al *dato* como un *real construido* (Batallán y J. García 1992). En función de lo expuesto, cabe preguntarse ¿cómo construir conceptualmente este campo de análisis?

Un abordaje antropológico de la atención obstétrica debería poder dar cuenta de las relaciones sociales más amplias que atraviesan, constituyen y a la vez son constituidas por las acciones de los sujetos implicados cotidianamente en la atención hospitalaria. Considerando estos aportes, un campo de indagación se extenderá hasta dónde identifiquemos las relaciones que nos proponemos estudiar y comprender. Entonces, al preguntarnos por la atención después del parto en una institución sanitaria, no solo necesitamos conocer y comprender las interacciones cotidianas en un espacio particular. Juegan también un rol esencial las construcciones históricas en torno a la sexualidad, la maternidad, el Estado, el delineamiento de políticas públicas referidas al proceso social que estamos estudiando; entre otros.

Como señala Elsie Rockwell, «en la etnografía, no es válida la idea de que los datos son los datos y que cada quien los interpreta a su manera (...). Los datos son construidos por el investigador desde su mirada» (Rockwell 2009, pág. 65). La ciencia etnográfica desborda los límites de lo metodológico, constituye en sí misma un

---

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

enfoque teórico, ya que esta manera de producir conocimiento inevitablemente implica el diálogo y la interacción cotidiana con los sujetos con los que nos vinculamos durante la investigación y sus puntos de vista sobre el problema de estudio –incluido, entre ellos, el de la investigadora– (Recoder 2011). Esto redefine permanentemente la construcción conceptual del problema de investigación.

En este sentido, quisiera mencionar dos quiebres teórico-metodológicos que me llevaron a reorientar algunas de mis estrategias durante el trabajo de campo. El primero de ellos fue, sin duda, el valiosísimo *sentido nativo* que se me ofreció reiteradas veces: la escisión conceptual-operativa entre *normal* y *patológica*, en base a la que se organizan una serie de aspectos que dan vida a la atención obstétrica. Si bien entre mis anticipaciones de sentido esta distinción no ocupaba un lugar central, la cotidianidad hospitalaria puso en evidencia que esta conceptualización implicaba una organización particular del trabajo: distribuía la atención en base a incumbencias profesionales e implicaba también distintos marcos de posibilidad y de experiencia para las mujeres cuyo embarazo, parto o puerperio fueran catalogados de una u otra manera.

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

El libro está organizado en tres capítulos. En el primero, parto de considerar las categorías y abordajes médicos como construcciones histórico-culturales y, en base a ello, describo e interpreto la construcción del *puerperio* en tanto categoría médica. Para esto analizo

bibliografía especializada, dando cuenta –en el plano documental– de la creación conceptual de un objeto de intervención médica. A partir de la consideración de los fenómenos descritos en la bibliografía médica académica en tanto formaciones discursivas –antes que objetos con existencia propia (Camargo 2005)– me detengo en las maneras en que se define, clasifica e interpreta el *puerperio*. Asumiendo que en la producción de categorías médicas se hallan implicadas formas culturales de percepción que, lejos de ser neutrales, implican valores que son el resultado de relaciones sociales y políticas y que se ponen en juego en las maneras de construir y abordar los cuerpos femeninos (Martin 2006).

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

En el tercer capítulo describo las estrategias, concepciones y prácticas que grupos de sujetos dotados de autoridad estatal (Sarrabayrouse Oliveira 2011) ponen en acción cotidianamente y que constituyen en sí mismas la materialidad de la administración, desandando en cierta medida el abordaje del Estado como un todo uniforme totalizador e impersonal (Vianna 2010). Para ello describo los procesos de atención en tanto producto humano. Esto significa que son cambiantes, que se encuentran en producción permanente y a su vez son encarnados por sujetos que, en cierta medida, los

adaptan a sus necesidades y expectativas. Las expectativas identificadas dialogan, además, con cuestiones más amplias que los atraviesan y que generan procesos de atención diversos, aun en contextos atravesados por determinantes que podríamos suponer estables o similares. En base a ello retomaré algunas discusiones acerca del Estado, mostrando cómo se materializa cotidianamente a partir de esos dispositivos de control, pero al mismo tiempo dando cuenta de las dificultades que en la práctica implican la producción de esos dispositivos. En línea con ello, retomo expectativas desconstruidas entre las mujeres y los/as trabajadores/as del Servicio y recupero situaciones en las que emergen estrategias cotidianas tendientes a gestionar activamente una experiencia lo más cercana posible a ciertos deseos, aunque adaptadas al marco de limitaciones estructurales propias del contexto hospitalario.

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