

Cuerpos enajenados : experiencias de mujeres en una maternidad pública	Titulo
Canevari Bledel, Cecilia - Autor/a;	Autor(es)
Santiago del Estero	Lugar
FHCSyS - UNSE Barco Edita	Editorial/Editor
2011	Fecha
	Colección
Representaciones sociales; Personal de salud; Hospitales; Maternidad; Mujeres; Salud pública; Derechos sexuales; Derechos reproductivos; Santiago del Estero; Argentina;	Temas
Libro	Tipo de documento
* http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fhcsys-unse/20171101044809/pdf_28.pdf	URL
Reconocimiento-No Comercial-Sin Derivadas CC BY-NC-ND http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO
<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)
Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)
www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
 Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
 Latin American Council of Social Sciences



Cuerpos enajenados.
Experiencias de mujeres
en una maternidad pública

Cecilia Canevari Bledel

Canevari BledeI, Cecilia

Cuerpos enajenados.
Experiencias de mujeres en una maternidad pública.
- 1a ed. - Santiago del Estero: Barco Edita; Facultad
de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud y UNSE,
2011. 168 p. ; 21x14 cm.

ISBN 978-987-9447-14-7

1. Salud Pública. 2. Maternidades.
3. Problemas Sociales. I. Título
CDD 305.42

Diseño de tapa: Virginia Palazzi.

Corrección: Victoria Tasso.

Diagramación: Cristian G. Corvalán

© Cecilia Canevari 2011

cecaneva@unse.edu.ar

Impreso en la República Argentina

Se ha efectuado el depósito que establece la Ley 11.723

Está permitida la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Barco Edita

Los Fresnos 85

Santiago del Estero

<http://barcoediciones.blogspot.com>

Índice

Prólogo	5
Introducción	9
Agradecimientos	12
1. Consideraciones teóricas y metodológicas	15
Antecedentes de la investigación y las cuestiones metodológicas	23
Autosocioanálisis	25
2. Una aproximación a la salud pública en Santiago del Estero	31
Una mirada al Hospital Regional	35
El servicio de perinatología: maternidad, partos, puérperas y neonatología	38
Los y las agentes que interactúan en el servicio	43
Las guardias como espacio autónomo.	
El Regional como centro de derivaciones	46
3. Las experiencias de las mujeres en el Hospital	51
La idea de ir al hospital me da pánico	53
Por mi grandísima culpa	57
Aquí el que sabe soy yo	60
¿Qué te has hecho?	62
4. Representaciones y prácticas de los y las profesionales	67
Portarse bien	72
La esperamos el año que viene	75
Las transgresoras al mandato materno	78
5. Emergentes de una relación desigual	87
La comunicación	87
El acompañamiento	92

El uso del espacio y el tiempo como prácticas de dominación	95
Las estrategias de resistencia	99
Diferentes paradigmas de atención	104
6. Cuerpos enajenados	107
El cuerpo de las mujeres: misterioso, profundo y ajeno	107
La medicina y los cuerpos	110
La medicalización y el control sobre los cuerpos	116
El cuerpo como objeto de aprendizaje: mis partes eran su pizarrón	117
El tratamiento de los fetos	122
El puerperio, los cuerpos desocupados	123
7. La brecha entre la norma jurídica y su eficacia	127
Obstáculos para la eficacia	129
El tutelaje	131
La trampa de la gratuidad de la salud	133
Los derechos vulnerados, la distancia entre las leyes y las prácticas médicas	135
8. A modo de cierre	137
Un recorrido a los capítulos	140
Algunas propuestas superadoras	145
Consejos de las mujeres para mejorar el servicio	148
Bibliografía	151
Legislación internacional y nacional	161
Producción de CD	161
Anexo: Ley Nacional N° 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento	163

Prólogo

En los años setenta del siglo pasado, el feminismo recuperó y politizó el cuerpo de las mujeres y lo fue colocando en el centro de sus luchas: el derecho al aborto, a la contracepción, a la libre elección de la maternidad, al disfrute de la sexualidad, (recordar el slogan: “mi cuerpo es mío”). Desde entonces se ha opuesto a una imagen corporal uniforme e imposible de alcanzar, a la pornografía y su objetivación del cuerpo femenino. También ha discutido los principios basados en “la biología es destino”, tales como la naturalidad de la pasividad femenina, del instinto materno, de la dependencia afectiva, entre otros.

Tempranamente, las mujeres organizadas cuestionaron el maltrato sufrido a manos del sistema médico al que frecuentan más asiduamente que los varones, sea por el cuidado de su salud reproductiva o porque son responsables de la salud de su familia. Basta recordar el libro pionero “Nuestros Cuerpos, Nuestras Vidas” publicado por primera vez en 1969 por el Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston, hermoso manual pensado para que las mujeres conozcan sus cuerpos y para ser utilizado tanto individual como colectivamente. Libro pionero que acompañó la lucha por la educación sexual, por el derecho al aborto, por cambios en las leyes y en las prácticas que desvalorizaban y maltrataban a las mujeres.

Desde entonces han pasado años y se han logrado muchas cosas en el mundo en cuanto al respeto de las personas, por eso un libro como el de Cecilia Canevari nos impacta profundamente y nos hace pensar en todo lo que falta por hacer. Porque “Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública” nos interpela desde una realidad actual, la de las mujeres pobres que acuden a atenderse a un hospital público de Santiago del Estero y de la violencia institucionalizada que se ejerce sobre ellas. Violencia rutinaria y feroz en un país que incorporó la violencia obstétrica dentro de la Ley Na-

cional N° 26.485 del año 2009, denominada Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. Una ley, que como se comenta en el libro, muchos médicos ni siquiera saben que existe y en un contexto en que las desigualdades sociales tan profundas impiden el ejercicio efectivo de los derechos por quienes más sufren.

El libro recorre la estructura de salud de la provincia, para centrarse luego en el servicio de Maternidad Pública y en los actores que intervienen: los agentes de salud y las mujeres. Sus páginas son el resultado de un profundo trabajo etnográfico, de una observación participante aguda y sensible, que provoca descripciones tales como: “Es suficiente una mirada rápida para notar una gran diferencia entre maternidad y puérperas. En maternidad se respira stress, actividad, movimiento de gente, los/las profesionales pendientes de las mujeres en trabajo de parto, en cambio en la sala donde están las mujeres con sus bebés, prácticamente no hay movimiento, ha desaparecido la tensión y el número de personal es mínimo”.

Canevari sin embargo, otorga a las mujeres el rol de grandes facilitadoras del trabajo de campo. “Las mujeres, en su gran mayoría desean hablar sobre la vivencia de su parto. Es una marca indeleble en la vida de las mujeres, es un antes y un después con una enorme significación para ellas”. Y son las mujeres las que relatan sus experiencias y podemos comprobar leyendo las transcripciones de las entrevistas, como la autora respeta la manera en que se expresan y esto le otorga aún más valor al trabajo, porque podemos escuchar a esas mujeres diciendo “el hospital me da pánico”, “tenía miedo de que por la misma hemorragia me vaya a... me vaya a morir. Ese era el miedo que tenía”, “mal, muy mal. Me retaban, la doctora esa que me ha atendido me retaba, me decía cosas muy feas, me decía te has acostado, te ha gustado... ahora aguante”.

Al proceso de medicalización de los nacimientos se le suma la conversión de la persona en “paciente”, es decir en un cuerpo medicado e intervenido, apartado de los vínculos que lo sostienen. Como dice Cecilia “Deja de tener autonomía sobre sí mismo, sobre la posibilidad de tomar decisiones, porque

los conocimientos no le pertenecen. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se profundiza en tanto se la considera un objeto y porta sobre sí una historia de discriminación, desvalorización y violencia”.

Entonces, a una experiencia que es esperada por las parturientas con algún temor o inquietud se le suma el maltrato, el atropello a derechos fundamentales y en muchos casos cuestionamientos morales.

Es indignante comprobar cómo se siguen cometiendo en los hospitales violencias tales como no permitir que alguien acompañe a las parturientas; no informar los procedimientos a seguir, ni siquiera a los familiares; no informar a los familiares si nació o no la criatura; que las mujeres deban parir acostadas; el uso y el abuso de los medicamentos; los gritos durante el parto; la exposición de las mujeres ante alumnos y alumnas; culpabilizarlas de los problemas, incidentes y complicaciones que hubiere durante la internación; las continuas amenazas de posibilidad de muerte de sus bebés, son relatados como rutinas habituales.

Ni hablar de cuando las mujeres llegan al hospital a atenderse por las secuelas de un aborto o de lo que los agentes de salud sospechan que es un aborto provocado. En ese momento queda muy claro cómo la medicina se transforma en una ciencia moral y por ejemplo, las preguntas a la paciente no son formuladas por alguien que quiere saber para sanar sino que es una interrogación policíaca que busca castigar. Y se las castiga muchas veces haciéndolas esperar o lo que es peor, haciéndoles un legrado sin anestesia.

Cuando se lee la opinión de los/las médicos/as llama mucho la atención la ignorancia de las cuestiones sociales, la falta de comprensión de la pobreza como un condicionante objetivo para muchos de los comportamientos de las mujeres (“las mujeres no se controlan por comodidad”). Jamás se les cruza por la cabeza que el embarazo puede ser producto de la violencia. No hay conciencia de que las niñas y adolescentes puedan ser reacias a la revisión por haber sufrido abuso. La maternidad

es pensada como ideal de todas las mujeres, a la vez que las que tienen muchos hijos también son estigmatizadas.

Resulta muy paradójico, que si bien algunos médicos y médicas reconocen que, por ejemplo, los anticonceptivos no llegan a las mujeres que no tienen dinero, no puedan relacionar esa situación con embarazos no deseados y abortos. Ninguno parece cuestionar tampoco que la vida sexual de las mujeres sea trasladada al campo de la medicina, como cuando se les pregunta a las mujeres (a los varones no) la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales que ha tenido sin que exista ninguna justificación médica para hacerlo.

Por todas esas cosas y las que seguramente hallarán quienes lean las páginas que siguen, el libro de Cecilia Canevari es imprescindible. Nos hallamos ante un libro doloroso y necesario, producto de una investigación rigurosa donde las variables de clase y género se intersectan continuamente para explicar el fenómeno abordado. Escrito con el compromiso y el respeto que merecen las experiencias, saberes y percepciones de las mujeres que no son tenidas en cuenta ni por el poder médico aquí analizado ni por quienes tienen en sus manos las herramientas políticas para cambiar las condiciones de vida de quienes más sufren.

Mónica Tarducci
Noviembre 2011

Introducción

El objetivo de esta investigación es comprender las relaciones que se establecen entre las mujeres que concurren a una Maternidad pública en Santiago del Estero, buscando asistencia para un parto o un aborto incompleto y las personas profesionales de la salud que son funcionarios/as del Estado. El objeto de estudio está centrado en las relaciones de poder, las expresiones de la violencia sobre los cuerpos de las mujeres por parte de las prácticas médicas y el acceso a los derechos en un contexto en donde las desigualdades sociales operan como ordenadoras de estas mismas relaciones. El abordaje pone en diálogo la mirada que los/las agentes involucrados/as construyen sobre el objeto mencionado. Se describen las relaciones de dominación- subalternización y las estrategias de resistencia que despliegan las mujeres. La intención es recuperar las experiencias de las mujeres que asisten al hospital, poniendo énfasis en aquellas que han significado un trauma. Se exploran las representaciones y las prácticas referidas a la violencia que se ejerce hacia las mujeres que buscan atención médica para sus eventos reproductivos. El marco de referencia para comprender estos procesos son fundamentalmente las teorías feministas y los derechos sexuales y reproductivos, basados en la legislación nacional e internacional.

Este trabajo es el resultado de un proceso de construcción compartida con Patricia Arenas y Rosa Isac. Comienza en el año 2005, con la intención de darle continuidad y profundizar otro realizado en la Maternidad Nuestra Señora de las Mercedes en Tucumán por Patricia Arenas, Rosa Isac y Luisa Vivanco. Desde entonces, conformamos un equipo que durante varios años reflexionamos sobre esta temática. Si bien la letra me pertenece, se cuelan numerosos debates, bibliografías, análisis e interpretaciones producto de esas conversaciones y producciones. La investigación se realizó entre 2005 – 2009 en

el marco del proyecto *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional*, institucionalizado y financiado por el Consejo de Investigaciones Científicas y Tecnológicas de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (23/D081). La dirección del mismo estuvo a cargo de Patricia Arenas, siendo yo la codirectora, y Rosa Isac y María de los Ángeles Carreras, las integrantes. Actualmente se le ha dado continuidad con un nuevo proyecto que se propone profundizar algunos aspectos de la problemática abordada anteriormente. La dinámica de relación establecida se ha basado en la construcción de vínculos de trabajo y amistad estrechos, logrando también un espacio de contención mutua, que se hizo necesario dada la densidad dramática de la realidad estudiada. En el marco de esta investigación se abordaron dos tesis de maestría, con diferentes enfoques sobre el mismo corpus de entrevistas y se han expuesto avances parciales en congresos y revistas científicas.

En este libro presento mi tesis cuyo título fue *Cuerpos y culpas, enajenación y tutelaje: violencia contra las mujeres en el proceso de atención del nacimiento*, dirigida por Mónica Tarducci. Defendida y aprobada en diciembre del 2010, en el marco de la Maestría "La sociedad y el poder desde la problemática de género" de la Facultad de Humanidades y Artes de la Universidad Nacional de Rosario. Las integrantes del jurado fueron Susana Chiarotti, Deborah Daich, Marisa Germain e Hilda Habychain como suplente.

Los antecedentes de este trabajo ya daban cuenta de que las mujeres sufrían violencia y maltrato en su paso por las instituciones que debían protegerlas. Estimábamos entonces que estos resultados se replicarían en Santiago del Estero. La motivación entonces no era comprobar la existencia de la violencia sino profundizar respecto a los dispositivos de este fenómeno a nivel local para comprenderlo por un lado y desnaturalizarlo por el otro, posibilitando así la reflexión, la visibilización y las esperadas transformaciones.

Hablar de la violencia es inquietante. Inquietante para quien la estudia, para quien escribe, para quienes leen, para quienes la viven, para quienes la ejercen y la hacen conciente.

Si bien la violencia está delante de nuestros ojos es frecuente que tengamos dificultades para verla porque escapa a la conciencia, es invisible porque está naturalizada, convivimos con ella, es cotidiana. En un proceso de autodisculpa, la persona que tiene prácticas violentas busca justificarse, por el contexto, por las condiciones de trabajo, por la historia.

La denuncia pública de la violencia que se ejerce contra las mujeres en el Hospital por parte de los/las profesionales de la salud, se parece -salvando las enormes distancias- a lo que le ocurrió a Pierre Bourdieu cuando publicó *Homo Academicus* (1984) que fue criticado y repudiado por escribir sobre sus pares. Éste también es -como aquel- un acto sacrílego porque hace referencia a las prácticas de los/las profesionales y particularmente las de los/las médicos/as que se consideran a sí mismos como libres de toda determinación social, de alguna manera intocables. Y con este trabajo, se desnudan prácticas, se pone en evidencia la escasa autorreflexión que algunos/as se permiten respecto de sí, se denuncia la violación de los derechos de las mujeres y sus familias, se habla de aquello que no se debe hablar, en fin; es una molestia.

Haciendo un recorrido al libro, el punto de partida es un primer capítulo en donde se presentan algunas consideraciones teóricas y metodológicas que posibilitan una primera aproximación al objeto de estudio. Luego se realiza una descripción general de la estructura sanitaria de la provincia de Santiago del Estero, del hospital y del servicio de Maternidad en particular; los agentes que allí intervienen y las relaciones que establecen entre sí. Esta es una institución bastante compleja y el servicio es, por su magnitud una institución dentro de otra, tal como lo planteara en una entrevista el médico jefe de la maternidad. Luego analizaré las experiencias de las mujeres en proceso de atención hospitalaria y los registros que ellas tienen. Desde la óptica de los/las profesionales, se explorará de manera recíproca la mirada que tienen de las mujeres y algunas dificultades institucionales que se presentan y obstaculizan la posibilidad de ofrecer cuidados de calidad. En el capítulo 5 se retomarán los principales emergentes de esta relación. Luego se presenta un capítulo vinculado a la cons-

trucción social de los cuerpos y la sexualidad, con un énfasis puesto en aquellas imágenes desplegadas por la medicina en los textos y en las prácticas.

Uno de los desafíos planteados, ha sido poder comprender los obstáculos que perduran para el incumplimiento de las numerosas leyes que garantizan derechos a las mujeres y que se encuentran vigentes. Se analizará entonces en el capítulo 7 algunos impedimentos en torno a la eficacia de esas normas jurídicas. Finalmente se presenta un capítulo con algunas conclusiones y recomendaciones para la transformación de las prácticas.

Agradecimientos

Quiero dedicar este trabajo en primer término a las mujeres del movimiento feminista, a cada una a lo largo de la historia; su militancia y lucidez teórica que permitió y permite transformaciones que transitan desde la subjetividad de las personas, hasta las macro políticas. Encontrarme y sumarme al movimiento ha resignificado mis puntos de vista. Han sido y son muchas mis maestras, pero deseo hacer mi reconocimiento aquí a Mónica Tarducci y a Diana Maffía.

Además y muy especialmente, a las mujeres que buscan cuidados en un hospital público y se exponen tantas veces a experiencias traumáticas y en particular aquellas que nos relataron sus historias.

A Federico, Manuel y Guadalupe Williams, amores indispensables. A Alberto Tasso, compañero, amigo e interlocutor permanente.

A Patricia Arenas y Rosa Isac, amigas de tantos viernes compartidos con quienes hemos debatido y construido la relación entre campo y teoría. A mis queridas amigas Cristina Biaggi y Magdalena Yuli Ramírez. A las compañeras de la red TRAMA, con quienes compartimos ese espacio de reflexión, contención y construcción. A Luisa Vivanco, Graciela Molinari y Rita Segato, amigas y maestras generosas.

A Miguel Curioni que mientras estuvo como jefe de la Ma-

ternidad, no sólo nos dio la posibilidad de realizar el trabajo y sino que nos alentó a hacerlo. A Ester Dinardo y Marita Carreras que fueron aliadas imprescindibles para el trabajo de campo. A Victoria Tasso y Claudia Ríos que hicieron gran parte de las desgrabaciones. A la Universidad Nacional de Santiago del Estero, que me habilita un espacio donde trabajar con libertad, a los y las estudiantes que comparten conmigo sus experiencias y compartimos interrogantes y búsquedas. Y por último a tantas/os trabajadoras/es que se esfuerzan de manera contrahegemónica por mejorar la calidad que se brinda a quienes concurren a los servicios públicos de salud.

1. Consideraciones teóricas y metodológicas

Cuando una persona ingresa a un hospital público, simbólicamente pasa a ser un/a paciente. Pasa a ser un cuerpo que necesita cuidados y es medicado e intervenido. Pasa a ser un/a individuo/a al que se aparta de los vínculos sociales que lo sostienen. Pasa a subordinarse de manera obediente a las normas institucionales y a las/los profesionales que la asisten. Deja de tener autonomía sobre sí misma, sobre la posibilidad de tomar decisiones, porque los conocimientos no le pertenecen. Ya no puede retirarse sin la firma de un alta. Cuando una persona ingresa a un hospital público, es enajenada. Si esta persona es mujer y pobre, la enajenación se profundiza en tanto se la considera un objeto y porta sobre sí una historia de discriminación, desvalorización y violencia.

Las mujeres llegan a la maternidad, es una *Maternidad* y en consecuencia la mirada que se tiene de ellas, no es tanto como mujeres sino como madres. Y es necesario considerar que muchas veces llegan porque, como no deseaban ser madres interrumpieron un embarazo. Al fenómeno de la maternidad, en la lógica de la dicotomía naturaleza- cultura (aún en su falsedad) se la ubica en el ámbito de lo natural. La ciencia históricamente ha buscado la domesticación de la naturaleza, es así que se posiciona como activa y enérgica frente a la pasividad femenina.

El proceso de visibilización de la violencia contra las mujeres, ha sido entre otros fenómenos, un logro de los movimientos feministas que han instalado en la agenda pública esta problemática que se encontraba oculta en el ámbito doméstico y socialmente naturalizada. Esto ha permitido avances en acuerdos internacionales que otorgaron durante la segun-

da mitad del siglo XX un marco normativo¹, que opera como mecanismo de control señalando las deudas que los estados y las sociedades tienen para con las mujeres.

La violencia está presente en todas las relaciones sociales y se encuentra institucionalizada. Las instituciones en sus estructuras jerárquicas y patricarcales son espacios en donde se aprende y se reproduce la violencia. La misma se hace cotidiana y se naturaliza. El efecto de la naturalización es la invisibilización y es así que las mujeres son víctimas de la violencia patriarcal ya sea de manera sutil en forma de desvalorizaciones o de manera cruel, como la violencia física. La complejidad de este fenómeno está dada también porque en el mismo intervienen no solamente cuestiones sociales y culturales aprendidas sino también percepciones y valoraciones personales.

Como ya se ha dicho, este trabajo se propone describir las relaciones de poder y subalternidad- violencia que se establecen durante la atención a mujeres en el espacio de una institución hospitalaria, desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres. La centralidad de la mirada está puesta en la experiencia de las mujeres.

Las dinámicas de poder establecen relaciones ordenadas jerárquicamente, basadas en el acceso y el control diferenciado a los recursos materiales y simbólicos. Las acciones de las personas están regidas por sus capitales² que sitúan la condición y la posición que ocupan en el campo estudiado (Bourdieu, 1988). Estas dinámicas son relacionales y complejas; no

1. Sin lugar a dudas los más importantes son la CEDAW (Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación hacia la mujer) (Asamblea de Naciones Unidas, 1979) y su protocolo facultativo aprobado en nuestro país en el año 2006, y la Declaración de Belén do Pará (Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer). (OEA, 1994). En el capítulo 7 se retoman cuestiones vinculadas al acceso a la legislación.

2. La noción de capital la tomo de Pierre Bourdieu, como *conjunto de bienes acumulados que se producen, se distribuyen, se consumen, se invierten, se pierden* (Gutierrez, 1997:34) De esta manera no se considera exclusivamente el capital económico, sino también social, cultural y simbólico.

operan unidireccional y dialécticamente sino como algo que circula transversalmente sin estar localizado o quieto en los individuos (Foucault, 1979); se trata de una red de interacciones de poderes y micropoderes. Dice Foucault (1979:105) que *nada es más material, más físico, más corporal que el ejercicio del poder, allí en donde se materializa el poder.*

En el territorio del Hospital esta relación entre quienes proveen un servicio y quienes lo reciben, es una relación desigual, en donde la institución aplica sus normas y donde tanto los/las profesionales como las mujeres tienen el mandato de aceptarlas y exponen sus cuerpos en esa dinámica. Este orden establecido, posibilita una vida institucional relativamente disciplinada, que opera con mecanismos de control, subordinación y despliega con frecuencia diferentes expresiones de violencia. El objeto de estudio de la medicina³ está centrado en los cuerpos y esto define sus representaciones y sus prácticas.

Las instituciones médicas, desde la enseñanza a la atención, están estructuradas jerárquicamente y esto las expone a permanentes situaciones de ejercicio de la violencia. *El poder es una dimensión clave en la construcción cultural del conocimiento médico. Los sistemas médicos suelen reproducir las desigualdades y las jerarquías de una sociedad al naturalizar y normalizar las desigualdades mediante hechos e imágenes acerca del cuerpo* (Larme, 1998 citado por Sen, 2005:6).

Otro aspecto clave para la comprensión de nuestro problema son las teorías de género, que aportan desde su perspectiva el análisis de las relaciones de poder - dominación que se establecen entre las personas, en tanto seres sexuados/as. Las teóricas feministas plantean que a partir de la apariencia

3. Las ciencias médicas o ciencias de la salud son un conjunto bastante complejo de una gran multiplicidad de disciplinas. Se entienden aquí como *el conjunto de los sistemas de saberes teóricos y prácticos que han ido siendo adoptados en la historia para la curación de los seres enfermos o preservar la salud de los sanos* (Lain Entralgo citado por Samaja, 2009:26). Cuando se usa aquí el término profesionales de la medicina se refiere a todo el equipo profesional. Y se usa profesionales médicos/as específicamente para referirse a quienes tienen el título de médicos/as.

sexual de un/a recién nacido/a, se adjudican expectativas y mandatos vinculados al género. Desde una lógica binaria, dicotómica y heteronormativa las sociedades construyen los géneros. Lo femenino queda asociado a la naturaleza en oposición a la cultura masculina. Como seres naturales, se nos ha vinculado desde una mirada esencialista a la biología.

Y lo biológico opera como elemento clave, para poner en marcha los mecanismos de construcción genérica, que son históricos y sociales y que se expresan a través de estas relaciones de poder- subordinación representadas en las funciones, actividades, normas y conductas esperadas para las personas en cada sociedad. Hay dos características de esta teoría que son importantes de destacar: una es que por el hecho de ser una construcción, es aprendido y por ende puede sufrir y sufre transformaciones. Y la otra es que esta construcción permea las esferas micro y macro sociales a través de las instituciones, las relaciones interpersonales y la misma subjetividad (de los Ríos, 1993). Esto significa que el género como dimensión social está presente -de alguna manera- en todas o casi todas las relaciones y los procesos sociales y en todos, o casi todos, los objetos socialmente contruidos y existentes (De Barbieri, 2003).

Joan Scott (1997) propone categorías que permiten el análisis de la cuestión. Su teoría tiene dos proposiciones centrales; una dice que el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y en segundo término que el género es una forma primaria de significantes de poder. Plantea que el género como elemento de las relaciones sociales comprende cuatro dimensiones: los símbolos culturalmente disponibles que evocan representaciones múltiples, los conceptos normativos que a su vez manifiestan las interpretaciones de los significados de los símbolos; las instituciones sociales, políticas, económicas, educativas y por último la identidad subjetiva. Estos cuatro elementos son interdependientes y están “atravesados” por la dimensión del poder.

Esta construcción de los géneros es desigual e implica una jerarquización de las actividades masculinas y una desvalori-

zación de las femeninas que resulta en un acceso y control diferenciado del poder. Así lo femenino y lo masculino operan como representaciones sociales⁴ dicotómicas, en donde lo femenino queda vinculado a la subjetividad, a la naturaleza y a las emociones; y lo masculino a la objetividad, la cultura y la inteligencia.

Dentro de esta lógica que afirma que lo femenino es naturaleza y considerando que la medicina centra su estudio en los procesos biológicos; la salud y el cuerpo de las mujeres es un asunto de gran interés. La historia de la medicina es la historia de la dominación e intervención sobre los cuerpos y los procesos fisiológicos y patológicos que en ellos se desarrollan. En esta historia, los procesos reproductivos en general y el proceso de nacimiento en particular, no son ajenos, porque si bien son también procesos naturales, considerando que las culturas modelan las personas imprimiéndole sus representaciones y prácticas, es entonces además un hecho social, histórico, político- cultural, psicológico y en ocasiones también religioso (Giberti, 1998:130).

En otro orden, la salud es a su vez resultado de procesos sociales y culturales y los determinantes económicos son claves para garantizar el acceso a una atención de la salud de calidad, en un marco de creciente mercantilización de la medicina. Es así como los modos de enfermar, sufrir, parir, morir en una determinada sociedad están condicionados por dispositivos sociales, económicos y de género, dentro de un sistema sanitario que reproduce las desigualdades.

La comprensión de la forma en que los factores biológicos y sociales interactúan en diferentes aspectos de la salud se torna fundamental para entender cómo funciona el género en su relación con la salud (Sen, 2002). La accesibilidad a servicios de salud de calidad comprende determinantes⁵ que son sociales,

4. Las representaciones sociales entendidas como construcciones simbólicas que otorgan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las mismas.

5. El concepto de determinantes de la salud, hace referencia a los modos en que las desigualdades sociales y económicas se traducen

económicos, geográficos, humanos y fundamentalmente de políticas sanitarias. Algunos tienen que ver con las condiciones de vida de las personas que necesitan atención y otros tienen que ver con las prácticas de las/los responsables de satisfacer esas necesidades o demandas o sea las personas que trabajan en los servicios, el equipo de salud. De un lado está el Estado que debe garantizar los derechos y del otro está la ciudadanía. Una cara visible del Estado es el Hospital y el equipo de salud. Este espacio es de mucha tensión y el personal debe contener por un lado las carencias del Estado y por el otro responder a las necesidades de las personas. Este personal que trabaja en los servicios de salud es, en gran medida la llave que facilita u obstaculiza esa garantía de los derechos, articulando las necesidades y la posibilidad de satisfacción de las mismas.

Las mujeres han parido durante siglos, sin grandes intervenciones, sólo de la mano de sus colaboradoras, las matronas. Desde fines del siglo XIX y más propiamente en el XX comienza una tendencia impulsada por parte de la medicina, para institucionalizar los partos e intervenir sobre los nacimientos. Es así que se comienza a abandonar el espacio doméstico y se trasladan paulatinamente a los hospitales, desencadenando un proceso de expropiación del parto, que lo tecnocratiza y medicaliza. Las mujeres dejan de lado sus saberes, pierden protagonismo y se subordinan a la atención médica. El nacimiento es un campo de poder, donde hay una relación entre las mujeres y los/las profesionales de la salud, de tensiones y ejercicio de la violencia real y simbólica hacia quienes se les demanda que sean “pacientes”.

Para este tipo de violencia que ocurre en el espacio de las instituciones públicas de salud, las cuestiones de género, se entrecruzan con las vinculadas a la clase y al poder ejercido por la medicina. Solamente contemplando la problemática desde estas perspectivas, construidas culturalmente es que podremos hacer una aproximación al tema. No es sólo una relación de poder entre los géneros, no es exclusivo aunque sí prioritariamente hacia las mujeres pobres, -porque las que asisten en desiguales maneras de acceder a la atención médica y gozar de la salud.

a los servicios privados también la sufren-, es un complejo entrelazado de poderes, intereses y prejuicios, donde lo que está claro es el objetivo de disciplinamiento institucional a través de diferentes dispositivos, como la enajenación y la violencia.

La referencia para una conceptualización de la violencia es la Ley Nacional N° 26.485 del año 2009, denominada Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales. La define en su artículo N° 4 y dice: *se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, patrimonial, como así también su seguridad personal. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.* Uno de los aspectos novedosos de esta ley es la incorporación de una modalidad a la que se denomina Violencia Obstétrica y la define en su artículo 6, inciso e) *aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929*⁶.

La violencia contra las mujeres se expresa entonces, a través de actos físicos, psicológicos y sociales (Casique Casique y Ferreira, 2006). La violencia física es entendida como toda acción que implica el uso de la fuerza contra la mujer en cualquier edad y circunstancia. La violencia psicológica, también llamada emocional tiene diversas manifestaciones, como el abuso verbal (rebajar, insultar, ridiculizar, humillar), la intimidación (asustar con miradas, gestos o gritos), las amenazas, el aislamiento, el desprecio (tratar al otro como inferior, tomar decisiones importantes sin consultar al otro). La violencia psicológica limita el ejercicio de la libertad por parte de las mujeres. La violencia social para estas autoras es toda acción perjudi-

6. Ver anexo: Ley Nacional N° 25.929 (2004) Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

cial dirigida a las mujeres, que se expresa por las conductas o actitudes de aceptación o rechazo que la sociedad establece como adecuadas frente a la violencia.

Esta ley nacional de violencia, define de manera exhaustiva y en tanto clarificadora, a la violencia psicológica como aquella que *causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación o aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia o sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación* (Ley N° 26.485, Art.5, inc.2).

Así como en la violencia doméstica las mujeres tienen un vínculo de dependencia con el agresor, lo mismo ocurre en la atención de la salud, ya que al ingresar a una institución sanitaria en un momento de necesidad de cuidado, las mujeres establecen también un vínculo que simbólicamente es también una relación de dependencia. Una de las claves para comprender la violencia es que en esa relación, el/la violento busca el control de su víctima y se siente amenazado ante la posibilidad real o imaginaria de autonomía de la misma. Son muchas veces las sensaciones de impotencia, la posibilidad de pérdida de ese control, las que provocan la reacción violenta.

Pero seguramente la violencia que está mas presente en las relaciones entre los géneros es aquella que opera sin que sea consciente ni deliberada por las partes que intervienen. Rita Segato (2003) la conceptualiza como violencia moral y es un mecanismo sutil de control social y de reproducción de las desigualdades. Es una cotidiana normalidad violenta que desmoraliza y daña la autoestima de las personas subalternizadas, a partir de fundamentos patriarcales.

Antecedentes de la investigación y las cuestiones metodológicas

Tal como se ha dicho, Patricia Arenas y Rosa Isac, trabajaron junto a Luisa Vivanco en una investigación *Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced* en San Miguel de Tucumán, en el año 2002. El propósito ha sido analizar la vinculación que existe entre violencia institucional-género-salud. Otro antecedente importante es la investigación realizada en la Ciudad de Rosario por el equipo del INSGENAR y CLADEM bajo la dirección de Susana Chiarotti (2003), y publicada en el libro *Con todo al Aire (1 y 2)*. El trabajo recopila experiencias de mujeres y las analiza desde los marcos legales existentes. Es a partir de estos dos antecedentes que decidimos poner la mirada en Santiago del Estero y explorar esta maternidad pública, con la impresión de que la realidad que nos encontraríamos, no sería muy diferente a las ya descritas.

Buscando otros antecedentes hay un trabajo realizado por Susana Rostagnol y Mariana Viera (2005). Ellas analizaron las distintas instancias y formas en que se actualizan los derechos humanos en el proceso de atención en salud sexual y reproductiva en el Hospital de la Mujer (Centro Hospitalario Pereira Rossell) en Montevideo. Plantean la necesidad de la existencia de mecanismos habilitantes y la consideración de las personas como sujetos morales a fin de que puedan alcanzar la titularidad de sus derechos. CLADEM en Lima, publicó en el año 1998, *Silencio y complicidad*. Es un trabajo, que documenta violaciones a los derechos humanos de mujeres usuarias de los servicios públicos de salud en el Perú. Sara Yaneth Fernández Moreno analizó la violencia de género presente en las instituciones de salud y ejercida al interior de los servicios de la Red Pública de atención hospitalaria de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, en México (2002). Lo característico es que las historias relatadas por las mujeres se repiten y en los hospitales públicos de estas ciudades latinoamericanas aparece una reiterada vulneración de los derechos de las mujeres.

Es por esta razón que este estudio situado en Santiago del Estero, contiene relatos similares, a los que se podrían escuchar en otros lugares y los hallazgos serían semejantes. Porque la construcción del modelo médico y las relaciones de subordinación y maltrato que se establecen, trascienden las experiencias puntuales de las mujeres individuales en un determinado lugar y contexto.

La metodología utilizada es un enfoque cualitativo, basado en el interaccionismo simbólico, viendo cómo los/las agentes definen e interpretan sus actos (Scribano, 2008). De esta manera la validez no está centrada en la representatividad de la muestra o en la generalización de los hallazgos, sino más bien en la comprensión de los procesos subjetivos y la interpretación del fenómeno estudiado.

Para el trabajo de campo, se realizó una aproximación progresiva, con observación etnográfica, reiteradas visitas al Hospital, entrevistas individuales a profesionales y a mujeres que fueron atendidas en el hospital en los últimos cinco años, dos grupos focales con mujeres en un barrio de la Ciudad Capital y grupos focales con cada disciplina de profesionales (médicos/as residentes, obstétricas/os, residentes de obstetricia, enfermeros/as). Como profesora de la carrera de Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de Santiago del Estero, las conversaciones con estudiantes, sus experiencias, sus miradas e interpretaciones han sido fuente de información, debate y profundización de estos temas. Los registros en los cuadernos de campo y las desgrabaciones de las entrevistas constituyen un corpus de alrededor de cuatrocientas páginas.

Para la selección y el contacto, con las mujeres a entrevistar se establecieron alianzas con personal obstétrico que hacen seguimiento a las embarazadas y puérperas en las UPAS (Unidades Periféricas de Atención, de la Ciudad Capital). Si bien hablar de la violencia remite a experiencias de la vida que son traumáticas, uno de los facilitadores del trabajo de campo ha sido que las mujeres en su gran mayoría desean hablar sobre la vivencia de su parto. Es una marca indeleble en sus vidas, es un antes y un después, con una enorme significación para ellas. Los relatos recogidos están centrados fundamentalmente en la atención de

los partos y algunos pocos casos de mujeres que han asistido al centro asistencial a causa de un aborto espontáneo. No hemos recogido casos en donde la mujer reconozca haber asistido al hospital con un aborto que se hubiera provocado. La ilegalidad del aborto hace que las mujeres se resistan a comentar su experiencia. Pero sabemos que son estas mujeres quienes más sufren la violencia dentro de la institución, como castigo a su decisión.

Salvo alguna excepción las entrevistas fueron grabadas. Para la conformación de los grupos focales de los profesionales del Hospital se hicieron acuerdos con el Jefe del Servicio y con los/las jefes/as de cada disciplina y así obtuvieron autorización para dejar momentáneamente su trabajo en el servicio y conversar con nosotras. Algunas de las entrevistas transcurrieron en el hospital y otras fuera del mismo. Se lograron en todos los casos climas de confianza que permitieron cierta libertad en el uso de la palabra, surgían también actitudes de búsqueda de contención y catarsis, indicador de la necesidad de compartir malestares. Para el caso de los/las residentes de medicina, las reuniones para el grupo focal, se realizaron en dos encuentros mediando un plazo de 15 días entre uno y otro.

Autosocioanálisis

Es Pierre Bourdieu (1984) quien plantea que para acercarse a la realidad social, los/las científicos/as, debemos comenzar con un proceso de autoanálisis que posibilite *controlar el objeto*, para tener presente que los puntos de vista de los otros o las otras que estudiamos, no provengan de nuestra posición en el campo social o científico (Arenas *et al*, 2004). La antropología a su vez ha desarrollado este concepto como *reflexividad* con importantes aportes, que proponen analizar la dinámica de la relación entre el investigador y su objeto de estudio en el trabajo de campo, considerando que quien investiga es un instrumento para el conocimiento. (Guber, 2001; Ghasarian, 2008).

El autoanálisis remite a la famosa premisa que estaba en la entrada de la ciudad de Delfos: *Conócete a ti mismo*. Conocer-

se a sí mismo/a reconociendo que el mayor riesgo es no saber que no se sabe. Conocerse para conocer al/a otro/a; y en este caso al objeto de estudio. Tomando a su vez cierta distancia de una posible confesión intimista e intentando una reflexión que permita ver aquello que consciente o inconscientemente compromete las prácticas e interpretaciones para luego compartirlas dentro de la comunidad académica.

La reflexividad como dinámica para la investigación, permite reconocer al/a investigador/a como instrumento de la misma. La reflexividad en relación con la historia personal y subjetividades y también en relación con las cuestiones teóricas y políticas implicadas en la investigación. A su vez la reflexividad de los/las sujetos/as con quienes se piensa el objeto y las dificultades que se presentan para poder comprender/justificar a los/las victimarios/as. De hecho existe una relación de compromiso con la problemática y afectiva con las mujeres víctimas de violencia.

Es así que la elección del tema objeto de estudio, está vinculada necesariamente al hecho de ser mujer, reconociendo la propia subordinación ante el modelo médico, fundamentalmente a partir de la experiencia de la maternidad, que más allá de las diferencias de clase, comparte una vivencia similar. Es así que en tanto mujer y madre hay una cercanía con las experiencias de las mujeres (insider) y en tanto investigadora/profesional/ intelectual/ académica, hay una distancia de las condiciones de pobreza y subalternidad de las mujeres y una mayor proximidad con los/las profesionales (outsider).

Otro punto de partida para comprender este análisis es que la objetividad y la subjetividad (científica) se plantean como una dicotomía y esto resulta falso. Solamente poniendo en juego las propias subjetividades, haciéndolas conscientes es que se puede aspirar a la construcción de la necesaria objetividad. Aún cuando la misma pueda resultar imperfecta. La idea es pensar sobre los modos de objetivación (o no) en la relación entre una en tanto sujeta, con el objeto estudiado (la violencia obstétrica) y en la relación con los sujetos y las sujetas con quienes se establecieron vínculos para pensar juntas/os respecto de este objeto. La búsqueda de la objetividad

es permanente aunque parezca infructuosa. Porque además ¿qué papel juega la objetividad en una investigación sobre violencia? ¿cómo operan las propias subjetividades como investigadora al enfrentar la realidad de la violencia?

Al estudiar una relación en un contexto institucional, se ha observado y escuchado de manera dialógica a los/las profesionales y a las mujeres. La búsqueda fue interpretar/ comprender las lógicas que unos/as y otras sostenían en su accionar. El entrar en esas lógicas ha llevado a un posicionamiento del lado de las víctimas. Como feministas no se puede dejar de ver el fenómeno de la violencia en tanto forma de relaciones dentro de la sociedad patriarcal. No como personas objetivas observando el objeto (violencia) sino como sujetas en diálogo con sujetos/as. Tanto en el trabajo de campo, como en las etapas de transcripción/ interpretación/ escritura.

Esto no significa que no se vean las condiciones de trabajo y la violencia que viven los/as profesionales en tanto victimarios y víctimas. También las tensiones que se generan entre lo instituido y lo instituyente⁷, entre aquellas personas que impulsan transformaciones y aquellas que se resisten.

El interactuar con la idea de violencia, llevó a situaciones desestructurantes, a interpelaciones profundas, a cuestionamientos sobre la postura ética en tanto investigadoras y feministas, despertó deseos reaccionar *con violencia*, de buscar por medios periodísticos o legales, interponer acciones que permitan finalmente, que se garanticen los derechos de las mujeres. Durante el trabajo de campo los relatos se hicieron cuerpo, concluyendo algunas entrevistas -en donde la actitud como investigadoras obliga la escucha respetuosa-, con sensaciones de náuseas y malestar por lo oído. Estas interpelaciones obligaron a revisar la tarea, reconocer que se asumía un lugar de abogadas defensoras o juezas guardianas de los derechos.

7. Lo instituido entendido como aquellas representaciones y prácticas que dentro de una institución tienden a permanecer, a repetirse, a aparecer como naturales, dando cohesión y continuidad. Lo instituyente es aquello que empuja para transformar lo instituido, buscando las grietas y contradicciones.

La violencia ha movilizado elementos del inconsciente *que juega sus juegos* y que hace necesario una instancia de vigilancia epistemológica. El tomar conciencia de este problema es clave en tanto herramientas para el trabajo de campo. Las herramientas se construyen con posicionamientos -políticos y epistemológicos- por eso es necesario poner en claro los puntos de partida, el capital cultural y social que se moviliza. La búsqueda es un corrimiento del etnocentrismo y una crítica al positivismo como herramienta metodológica (Arenas *et al*, 2004).

En mi experiencia personal, el proceso de reconocimiento de la dominación masculina, con la conciencia del propio género como construcción social y cultural, significó una profunda revolución cuyo resultado ha sido un compromiso en el activismo feminista. Sin embargo pasó algún tiempo hasta que pude ingresar en la problemática de la violencia patriarcal, que -si bien era consciente de la gravedad del fenómeno-, enfrentaba algunas resistencias para abordarla. Cuanto más avanzo en este sentido voy dimensionando la complejidad del mismo que tiene hondos arraigos, que provoca daños y afecta la vida y la subjetividad de las mujeres. Y soy consciente que aquí logro hacer visible una pequeña punta de un enorme iceberg.

Mi formación de grado en la enfermería, me posiciona en un lugar de subordinación en el campo de las profesiones de la medicina, en donde las credenciales de los/las médicos/as son portadoras de gran prestigio social. El provenir de una familia de médicos -padre, abuelo, hermanos-, hizo que creciera en permanente diálogo crítico y reflexivo con la disciplina. Aquí la cuestión de las profesiones y credenciales de cada agente es importante porque el valor atribuido a esas credenciales determinan posiciones que terminan siendo dispositivos de violencia. Luego nuevas búsquedas personales despertaron intereses que ampliaron mi acercamiento con las ciencias sociales y humanas. Como profesora e investigadora de la Universidad, mantengo una posición de doble subordinación (como mujer e intelectual) dentro de un sistema dominante (la academia).

La objetividad es una tarea de distancia, acercamiento, autoanálisis, construcción y reconstrucción permanente en

un proceso de objetivación. La búsqueda de una complementación entre la tarea científica y los compromisos feministas, se expresan en las elecciones de abordar temas sensibles y conflictivos para la vida de las mujeres. La misma es también denuncia, la intención de cambio social y la deconstrucción de prácticas sociales naturalizadas. Porque un objetivo prioritario de la producción científica es contribuir a mejorar el mundo y la calidad de vida de sus habitantes, a través del conocimiento del mismo y su transformación. Siendo que la problemática abordada, pone en evidencia mecanismos de dominación en la relación entre las personas con diferentes capitales y los desnaturaliza, la transformación se espera que sea una consecuencia lógica, aunque no obligadamente. Este objetivo contiene necesariamente una intencionalidad ideológica y política del quehacer científico. La pretensión es que en vez de transformar la subjetividad en un elemento no deseado de la producción científica, ésta se transforme en un punto de partida de la actividad intelectual (Arenas *et al*, 2005).

Esta es una investigación feminista en tanto perspectiva crítica que denuncia un orden patriarcal basado en una racionalidad masculina. Estas investigaciones son ideológicas y políticas y cuestionan otra falsa dicotomía planteada entre epistemología y política. Una ética feminista interpela y pone en marcha la búsqueda de transformaciones, es como un tábano molesto que sobrevuela señalando las brechas existentes en el acceso a los derechos. La propuesta es visibilizar, desnaturalizar, confiando que a partir de ese proceso, se invite a una revisión sobre las prácticas.

2. Una aproximación a la salud pública en Santiago del Estero ⁸

La provincia de Santiago del Estero se caracteriza por tener uno de los mayores índices de ruralidad en el país. En el año 2001 tenía 804.457 habitantes (INDEC, 2001) y 272.852 vivían en áreas rurales, lo que representa un 33,9% del total de población. Este no es sólo uno de los porcentajes más altos del país, sino que a su vez dentro de este grupo, el 76% (207.268) pertenece a la categoría de población rural dispersa. El porcentaje de ruralidad para el total del país es del 11%. Las migraciones hacia las ciudades crecen a un ritmo acelerado en las últimas décadas en la mayoría del territorio nacional, sin embargo en Santiago del Estero, la proporción de población rural aumentó un 3% entre 1991 y 2001 (Biaggi, Canevari y Tasso, 2007).⁹

Esta realidad demográfica es significativa no sólo por la distribución de los hogares de modo disperso en el territorio provincial sino por las características culturales de los/las habitantes. La población que vive en las zonas rurales es en su gran mayoría campesina. Y recientemente ha comenzado un proceso en algunas comunidades (históricamente campesinas) que reconocen su identidad aborígen (pueblo tonocotés, diaguita cacano, entre otros). El habla de la lengua quichua es frecuente sobre todo en el interior de la provincia. La realidad campe-

8. Como esta descripción sigue una secuencia histórica de 4 años de desarrollo de la investigación con sucesivas visitas a la institución, no necesariamente se registran todos los cambios. Durante este período se han sucedido tres Ministros de Salud y Desarrollo Social y dos jefes de la Maternidad. Cada uno de estos cambios se presentaron como incidentes de campo, que obstaculizaron o facilitaron la tarea.

9. Para el censo del 2010, sabemos que el total de población de la provincia es de 874.006, pero aún no se cuenta con información desagregada por rural- urbano.

sina enfrenta situaciones de aislamiento, tenencia precaria de la tierra en permanente amenaza por el avance de la frontera agrícola.

A su vez, la ruralidad tiene consecuencias importantes sobre el diseño de políticas públicas, que enfrentan un escenario complejo para la cobertura de servicios. De esta manera la estructura sanitaria y su funcionalidad es clave para poder garantizar el acceso al derecho a la salud de la población, particularmente la rural.

El sistema de salud en Santiago del Estero ha sido diseñado en la década del 70, y está estructurado en 12 zonas sanitarias, con un hospital zonal de referencia para cada una de ellas. Tiene luego varios hospitales distritales de menor complejidad, y en algunas zonas también hay hospitales de tránsito -que cumplen la función de una atención de mínima complejidad hasta que se concrete la derivación- y finalmente las postas sanitarias. El sistema sanitario como parte de la administración pública, depende del Ministerio de Salud y Desarrollo Social.

La accesibilidad a los servicios de salud por parte de los pobladores rurales, con variaciones para las diferentes zonas, es bastante dificultosa. Ya sea por problemas de caminos en mal estado, por la carencia de medios de transporte público, o por el costo del traslado. Por estas razones los partos domiciliarios mantienen aún cierta vigencia en las áreas rurales de la provincia, siendo relativamente reciente el proceso a partir del cual el espacio del hospital ha sido validado como de seguridad para la atención de los nacimientos y como resultado de esto, en los últimos veinte años ha habido una importante tendencia a la institucionalización de los mismos.

Durante la década de los '90, la aplicación de políticas neoliberales generaron un proceso de achicamiento del Estado en todas sus áreas pero particularmente en salud y educación. Se desplegó una estrategia de privatización de estos servicios, que sólo se logró parcialmente. Esto significó una importante crisis para el sector marcada por un desmantelamiento tanto material como humano. Las secuelas aún no han sido dimensionadas plenamente, pero seguramente una de ellas es el bajo nivel educativo de los y las jóvenes que asisten a los

servicios de salud. La situación de los hospitales del interior históricamente ha sido deplorable y aún hoy persisten grandes limitaciones ¹⁰. Los cincuenta años de gobiernos juaristas ¹¹, dejaron un rastro de desolación. Las políticas de descentralización y achicamiento del Estado y el intento de reforma para sector salud, dejó como saldo estructuras hospitalarias obsoletas, desabastecidas y con personal insuficiente.

Luego de la crisis argentina del 2001, se impulsa desde el gobierno nacional un proceso de reconstrucción del sistema de salud pública. En el área de la salud materno infantil, una importante inversión se canaliza a través del Plan Nacer. Esto se hace visible en una mejoría en la infraestructura hospitalaria, en equipamiento, instrumental e insumos, que en Santiago del Estero (como en otras provincias) se encontraban en estado de abandono. En Santiago este proceso se comienza a efectivizar a partir de la intervención federal del año 2003, con la creación en las principales ciudades de Unidades Primarias de Atención (UPAS). Estas unidades junto a las postas sanitarias de las áreas rurales, son la presencia del Estado en los lugares más remotos y cumplen un rol estratégico; siendo los y las agentes sanitarios el nexo necesario entre el sistema de salud y la comunidad.

Además de las inversiones en bienes materiales, ha habido un aumento en los recursos humanos que trabajan en el sector salud. En el Hospital Regional, se crean en el área de maternidad, dos residencias: una médica y otra para obstétricas/os, que incorpora entonces personal joven en formación. Este proceso se expresa necesariamente en una mejora en la

10. Además de las limitaciones propias del estado de los caminos y el acceso a servicios básicos como el agua (algunos hospitales carecen de acceso al agua potable), la luz o el teléfono, se agregan problemas estructurales de los edificios, su mantenimiento y de provisión de insumos.

11. Carlos A. Juárez gobernó la provincia de Santiago del Estero, con algunas interrupciones por golpes militares, alternancias democráticas e intervenciones federales, desde el año 1946 hasta su caída con la llegada de una intervención federal del gobierno de su esposa María Mercedes (Nina) Aragonés, durante el año 2003.

calidad de atención.

Este sistema no logra dar una respuesta satisfactoria a las necesidades de salud de la ciudadanía y quizás una de las mayores limitaciones que presenta es la fragmentación y la ineficiencia del mismo (Cuaderno de campo, entrevista a un funcionario del ministerio, 2009). Las derivaciones realizadas desde los hospitales del interior tienden a sobrecargar la atención en la ciudad capital y en consecuencia en el Hospital Regional. Si bien la estructura es radial y los hospitales cabecera de zona, podrían resolver algunos casos, esto no siempre funciona operativamente así. La estructura de Atención Primaria de la Salud, no tiene delimitaciones claras entre los centros y en algunos casos hay zonas grises donde la población -mayoritariamente rural- queda sin cobertura. Hay postas sanitarias cerradas y sin personal, sin recibir visitas -o siendo estas muy esporádicas- de un/a agente sanitario o un/a profesional médico. Posiblemente los preocupantes indicadores de mortalidad materna e infantil de la provincia, sean reflejo de éstas y otras debilidades.

Durante la gestión, como Ministro de Salud de la Nación de Ginés González García (2002-2007), el sistema de Atención Primaria de la Salud se activó a partir de programas como el de Médicos Comunitarios o la puesta en marcha del Plan Nacer (ambos de alcance nacional). Este último permite que cada centro cobre una tarifa por cada prestación realizada a las mujeres embarazadas y sus hijos/as hasta los seis años (consultas, análisis de laboratorio, ecografías). Y por la atención de un parto se paga una cifra relativamente importante para los hospitales del interior. El Plan Nacer generó un ingreso autónomo para los hospitales y centros adheridos, independiente de los montos adjudicados por el Ministerio de Salud. Los fondos deben ser utilizados exclusivamente para la atención de las mujeres y sus hijos/as y muchos servicios han logrado mejorar su infraestructura, la provisión de insumos y la contratación de personal. El dinero es manejado por el responsable del servicio, centro u hospital, quien a criterio decide sobre las inversiones a realizar, en base a los rubros autorizados, y con bastante libertad. No se ha conformado ninguna estructura de

base representativa local que garantice el uso discrecional del dinero, y respondiendo a las necesidades del centro de salud y en especial de las mujeres y sus hijos/as. El rubro en el que ha habido mayores gastos es en la contratación de personal. Esta libertad otorgada a los directores de hospitales o de Unidades Primarias de Atención, ha permitido que se hagan inversiones que no benefician a las mujeres y los/las niños/as, además de la malversación de fondos públicos¹².

Ningún hospital del interior tiene las condiciones obstétricas y neonatales esenciales (CONE) para la atención del parto, que han sido definidas por la Organización Mundial de la Salud. A pesar de esto en realidad se atienden partos y las derivaciones al Regional se deciden por lo general, ante mínimas señales de riesgo, ya que carecen de quirófano, sangre para transfusiones, o incubadoras.

Una mirada al Hospital Regional

Dentro de este escenario, se encuentra el Hospital¹³ Regional que es el centro de derivaciones más importante de la provincia y el que tiene los servicios de mayor complejidad. Se crea por las gestiones de Ramón Carrillo –médico sanitarista santiagueño- cuando fue Ministro de Salud de la Nación durante el primer gobierno de Juan Domingo Perón y fue inaugurado el 9 de julio de 1960, con el nombre de Ramón Carrillo, que había muerto en 1956 en el exilio en Brasil.

El hospital no tiene normas generales ni organigrama explícitos, aunque hay acuerdos implícitos.

12. Existen denuncias e investigaciones iniciadas en el Ministerio de Salud en torno a este punto. Algunas fueron noticia periodística.

13. El término hospital tiene la misma raíz latina que hospicio u hospitalidad, y su función es la de albergar transitoriamente a las personas necesitadas de cuidado. Pero también comparte la raíz con hostilidad y con hostia (que significa víctima) (Bordelois, 2009). Lo cual configura una curiosa coincidencia con la problemática estudiada. En nuestro caso, el hospital es un espacio contradictorio entre la hospitalidad y la hostilidad.

- ...el Hospital ni siquiera tiene un organigrama donde vos puedas decir, el director ocupa este lugar y los jefes de servicio ocupan este otro.... pero la organización es nada más que por costumbre, es esto, funciona así, pero nadie estableció que esto debe funcionar así, es más esto hace que en realidad funcione con muchas deficiencias.... El Hospital no tiene programa, no tiene objetivos, no tiene definición de Hospital (Jefa enfermeras).

El Hospital es el espacio en donde se busca ayuda y cuidados cuando se presenta la necesidad. Estas instituciones han sufrido un proceso de desprestigio que es acompañado del mismo proceso que sufre la profesión médica, que está cada vez más expuesta a cuestionamientos de sus prácticas, siendo la mayor expresión los juicios de mala praxis. Entonces este espacio que debiera ser de ayuda, se transforma simbólicamente en una amenaza potencial, con expresiones de desconfianzas y temores por la posibilidad cierta de ser víctimas de violencia o iatrogenias¹⁴. En este espacio se aísla a las personas que tienen afectada su salud.

El funcionamiento de la institución es por lo instituido, por acostumbramiento y no ha habido gestiones que puedan transformar esta cultura institucional. De todas maneras, el esquema de relaciones institucionales muestra una estructura de orden jerárquico de tipo piramidal, con una organización basada en la autoridad, bien característica del orden patriarcal. La

14. La iatrogenia es el daño ocasionado por un acto médico. Iván Illich (1978) señala que la medicina institucionalizada se ha transformado en una gran amenaza para la salud. Y propone tres tipos de iatrogenia. La clínica causada por los cuidados de la salud, por la falta de seguridad, por el abuso de drogas y de tecnologías. La iatrogenia social como sinónimo de medicalización con una creciente dependencia a fármacos y luego la estructural o cultural que limita el potencial de cada comunidad de lidiar de forma autónoma con la enfermedad, el dolor o la muerte (Passos Nogueira, 2008). Un informe reciente de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2011) revela que hay más probabilidad de morir por iatrogenia (clínica) al ingresar en un hospital que la que enfrentamos al subir a un avión.

base de esta pirámide, o sea la fuerza de trabajo es mayoritariamente femenina ubicada en los lugares más subordinados y periféricos. Con una dedicación de tiempo generalmente más extensa y con salarios inferiores. Esta división del trabajo entre los sexos pareciera estar en la matriz institucional y como tal está naturalizada e inscripta en las cosas, en los cuerpos y en los hábitos de los/las agentes. Como tal, la estructura jerárquica es necesariamente violenta y los puestos de decisión se encuentran ocupados históricamente por varones y médicos de profesión. La asimetría existente en las relaciones institucionales se traslada al modelo de atención que se brinda a las usuarias del sistema (Fernández Moreno, 2002).

La mayor actividad del Hospital transcurre durante la mañana, entre las 8 y las 11. En este horario se hacen las cirugías programadas, se atienden los consultorios de las diferentes especialidades médicas, las salas están colmadas y se resuelven los asuntos de importancia. Luego de las 11 comienza a decaer la actividad. Sólo algunas pocas especialidades médicas atienden consultorio por la tarde. Por esta gran concentración de las actividades en pocas horas de la mañana, es que las personas que precisan sacar un turno para ser atendidas por un/a especialista, hacen cola desde la madrugada, antes de que comiencen a atender en la administración. El problema es que los/las médicos/as atienden un número restringido de personas, en un apretado lapso de tiempo, porque la mayoría se retira del hospital público para continuar su actividad en el subsistema privado.

La enseñanza de la medicina y de las diferentes profesiones de la salud, precisa necesariamente una instancia de prácticas aplicadas sobre personas. Es así que el Hospital Regional tiene convenios firmados con la Universidad Nacional de Santiago del Estero¹⁵ y la Universidad Nacional de Tucumán¹⁶ y con Institutos de formación terciaria que tienen carreras

15. Para las Licenciaturas en Enfermería, Obstetricia y Educación para la salud.

16. Para el practicantado rotatorio de la carrera de Medicina.

del área de la salud en esta ciudad¹⁷. A su vez tiene acuerdos con el Ministerio de Salud de la Nación para las residencias médicas en las especialidades de obstetricia, anestesiista y neonatología. También hay una residencia para obstétricos/as. Es entonces un espacio de formación técnica y profesional de diferentes ramas de las ciencias de la salud, con una permanencia constante de pasantes, concurrentes, practicantes, además de los/las residentes. Las prácticas necesarias para el aprendizaje se realizan con personas que asisten a los servicios públicos que son, para este caso mujeres de los sectores populares. Hay muchas personas observando, palpando, haciendo tactos, aprendiendo a suturar, a poner una medicación, sacar una radiografía o a atender un parto. Personas que hacen por primera vez una práctica, y que por añadidura su destreza está en proceso de aprendizaje. Y lamentablemente no en todas las ocasiones, estos/as practicantes, trabajan con supervisión docente.

Dentro de la sala de partos, mientras transcurre un parto, puede haber diez personas observando y aún se sigue restringiendo el ingreso a un/a acompañante. El hecho de que los cuerpos de las mujeres se transformen en campos de prácticas, las expone a la vulneración de sus derechos¹⁸.

El servicio de perinatología: maternidad, partos, puérperas y neonatología.

El servicio de Perinatología está en el primer piso y funciona sin interrupción durante todo el día. Está dividido en cuatro áreas: cuidados intensivos neonatales, maternidad, salas de partos y puérperas. Entrando a maternidad está la sala de partos, que tiene una sala de dilatantes y cuatro UTPR (Unida-

17. El Instituto privado San Martín de Porres y la Cruz Roja entre otros forman auxiliares de enfermería, instrumentadoras/es, técnicos/as de laboratorio, técnicos/as en hemoterapia, técnicos/as en radiología.

18. Retomo este tema en el capítulo 6.

des para el Trabajo de parto, Parto y Recuperación) y un pasillo que comunica fácilmente con la sala de cirugía.

En la entrada al servicio hay una guardia (privada, contratada por el servicio) que restringe el acceso. Cada persona que entra se registra en un libro y las visitas están permitidas en el horario de 14 a 16 hs¹⁹. La seguridad se ha instalado para evitar los robos de bebés o de bienes de la sala (Cuaderno de campo, entrevista al Jefe del servicio, 2007). Otra de las razones argumentadas para la necesidad de la guardia, es el hecho de que las mujeres se escapen. En diferentes entrevistas surgió el tema de que la guardia también cuida que las mujeres no se escapen. Esto quiere decir que para los responsables del servicio, las mujeres no pueden irse cuando quieran, que la institución es una suerte de prisión, de donde se entra por la propia voluntad, pero no se sale de la misma manera.

El robo y la venta de recién nacidos/as es un grave problema en la provincia. Periódicamente salen casos a la luz en los medios de comunicación, se descubren redes de tráfico y venta de niños/as. Añatuya es una de las ciudades con mayor número de denuncias, pero también las hay para otros centros asistenciales (públicos y privados). Este fenómeno tiene profundas raíces histórico- culturales (Canevari y Ramírez, 2004) y crece en la pobreza y las necesidades de Santiago del Estero. Tal como surgió a partir de un caso testigo, en donde se hallaron abogados, jueces y policías incriminados, con casas donde las jóvenes embarazadas esperaban el nacimiento, para hacer luego la entrega. Para prevenir este problema se ha incorporado al equipo de salud a los identificadores/as que trabajan en las salas de parto más importantes de la provincia y que tienen la tarea de tomar registro del documento de la madre y de las huellas digitales de ella y plantares del recién nacido/a y así evitar el cambio de identidad.

19. En Santiago del Estero, el movimiento a la hora de la siesta es limitado, sobre todo en la época estival, donde la gente no sale a la calle y se preserva del calor. Desde esta óptica, las visitas transcurren en el peor horario. El mismo pareciera que contempla más los ritmos institucionales, que las necesidades de las mujeres y sus familias.

En la Maternidad del Hospital Regional se atiende un promedio²⁰ de 5800 mujeres en situación de parto y 1080 en situación de aborto. El porcentaje de cesáreas es alrededor del 30%. En la provincia el número de mujeres que mueren durante el proceso reproductivo es de un promedio de alrededor de 15 por año, registrándose un aumento verdaderamente alarmante en los últimos tres años (2009-11)²¹. La tercera parte aproximadamente, muere por aborto provocado.

Entre nuestra primera visita que fue en el año 2005 y las posteriores, se han ido evidenciando diferencias sustanciales, en la estructura, el estado de los baños, la pintura, la presencia de estufas, aire acondicionado, colchas. Mucha gente circula. La mayoría viste delantal o ambo, sin identificación o diferenciaciones de color en el uniforme, trabajan o estudian. Mujeres con panzas enormes, otras con su bebé en brazos, algún familiar. Son personas de origen humilde, de aspecto sencillo.

En el servicio de maternidad trabajan diversos profesionales. Hay un jefe médico y luego varios médicos de planta permanente. Luego hay un equipo que hace guardia de 24 horas cada día de la semana. Un médico jefe de guardia, médicos residentes (de 1º, 2º y 3º año), dos obstétricas/os de planta y residentes obstétricas. A su vez hay estudiantes y docentes responsables de los mismos.

Hay una sala de prepartos con varias camas y luego las cuatro UTPR (Unidades de Trabajo de parto, parto y atención del recién nacido). En cada una de estas unidades, hay una camilla común y una camilla de parto. Éstas, son camillas duras, para estar en posición acostada, con perneras de metal para apoyar los pies, así permanecer con las piernas abiertas y en ocasiones atadas. Esta posición es cómoda para el/la operador/a

20. Se calculó en una serie de 9 años entre 1999 y 2008, en base a datos proporcionados por el servicio.

21. En el trienio (2009-11) han muerto aproximadamente 53 mujeres. Son datos no oficiales presentados por el Proyecto *Morbilidad materna severa y mortalidad materna en Santiago del Estero* (CICyT-UNSE) en noviembre del 2011 en las Jornadas de Mortalidad Materna realizadas en Santiago del Estero.

pero nada funcional para la mujer, que debe pujar contra las leyes de la gravedad. Luego está al costado la mesada para la recepción del recién nacido con los elementos necesarios. Parece un ambiente cómodo, con intimidad, puerta vaivén, con la idea de que la mujer y su hijo/a, pasen allí todo el proceso de atención, desde el último tramo del trabajo de parto, el parto, la atención del/a recién nacido/a, hasta el alumbramiento. Estas UTPR comunican por un pasillo directamente con la sala de quirófano. Sin embargo las mujeres pasan mucho tiempo en la sala de preparto que tiene varias camas sin ninguna intimidad. El escaso número de UTPR, hace que prácticamente el trabajo de parto transcurra en esta sala.

Es suficiente una mirada rápida para notar una gran diferencia entre maternidad y puérperas. En maternidad se respira stress, actividad, movimiento de gente, los/las profesionales pendientes de las mujeres en trabajo de parto, en cambio en la sala donde están las mujeres con sus bebés, prácticamente no hay movimiento, ha desaparecido la tensión y el número de personal es mínimo. En el sector de internación de la sala de puérperas las habitaciones son grandes con 9 camas cada una, con su cuna al lado. Es una sala que se percibe como abandonada, en donde las mujeres se cuidan entre sí cuando por ejemplo, una ha tenido una cirugía cesárea y está con limitaciones para atender a su hijo/a. Como no se les permite tener una compañía permanente, están solas y con el deseo de irse. Cuando la familia entra de visita, no hay sillas donde sentarse. En la sala de puérperas las mujeres se quieren ir (es frecuente que pidan el alta voluntaria o que simplemente se vayan) y los/las profesionales quieren que se vayan (entrevista enfermera hospital, 2007).

La neonatología funciona como un servicio de alta complejidad, de manera tal que su acceso es restringido a las madres de los recién nacidos/as, con las precauciones de asepsia necesarias. Allí los bebés se encuentran en incubadora, o servocunas bajo un control estricto del personal de enfermería que es quien maneja el ritmo y las normativas del servicio. Como el tiempo de internación puede ser prolongado, se establece un vínculo estrecho entre las mujeres madres y el personal del

servicio (Grupo focal enfermeras, 2007).

Los baños del servicio de maternidad, no pueden satisfacer las necesidades de las mujeres y el estado general es deplorable.

D - y después el baño de ahí es un asco, también eso, un asco.

E - ¿Por qué?

D - Porque dejan algodones tirados, un asco ese baño después que tienen las chicas y donde las llevan, el baño ese es un asco.

E - ¿No hay personal de limpieza?

D - No sé, no sé qué pasará, limpian a la mañana y después no limpian más hasta el otro día parece, después en el baño del frente también, cuando se van a internar las chicas... (Daniela)

Con los fondos que ingresan al servicio con el Plan Nacer, se arreglan las instalaciones sanitarias y se dispone de una persona que está a cargo del mantenimiento permanente del funcionamiento y la limpieza de los mismos. Sin embargo el problema es permanente, dada la relación entre el número de mujeres usuarias, sus necesidades y el número de baños y su mantenimiento. Respecto al problema de la limpieza, la presencia de cucarachas es preocupante. Están no solamente en los baños sino también en las habitaciones, en las mesas de luz, en las cunas.

D - Dos pacientes, tres, tres mujeres en la misma cama, yo he amanecido sentada cuando yo lo he tenido a él.

E - O sea... en el 2004 me estás hablando

D - Ahora, ahora sí, cuando yo lo he tenido a él, he amanecido sentada porque en la cama que me habían llevado a mí había otra persona, no me podía acostar porque yo sí soy gordita, y la cama era muy chiquita, porque... ¿y dónde lo voy a poner al bebé?, porque no había en qué ponerlo.

E - ¿Cómo que no, no hay...?

D - Hay cunas en algunas salas, en algunas no hay, entonces ahí, esa parte me ha tocado a mí, no había

cuna y la cama es de una plaza y el colchón es una cosa así, que te hace doler toda la espalda (Daniela).

Las mujeres comentan que las han internado en una cama que es compartida con otra mujer, el giro de camas es altísimo y se otorgan altas de manera precoz, para poder disponer de los espacios.

Los y las agentes que interactúan en el servicio

La bisagra que articula la relación del Estado con la ciudadanía es el personal que brinda atención. Por ser una cara visible del Estado, deben dar respuestas a las necesidades y a las demandas, muchas veces en condiciones de trabajo desfavorables, con limitaciones en la estructura, el equipamiento, o con escasez de insumos o de los mismos recursos humanos. Y a los hospitales públicos, asisten personas en su mayoría sin obra social, en condiciones de pobreza, con múltiples necesidades, que el personal enfrenta permanentemente la obligación de intentar satisfacer. Estas personas no tienen otra opción que asistir al Hospital. Esta dialéctica entre las demandas de las usuarias y las dificultades para poder satisfacerlas, genera situaciones estresantes y de malestar para ambas partes.

El personal que trabaja en este servicio proviene de profesiones del área de la salud, que se han formado en distintas instituciones terciarias y universitarias, y en consecuencia con enfoques paradigmáticos que responden a marcos ideológicos diversos. Los/las médicos/as se han formado en su mayoría, en las Universidades Nacionales de Córdoba o Tucumán y excepcionalmente en una Universidad privada de La Rioja. Esto se ve reflejado en la heterogeneidad de miradas más o menos biologicistas, con mayor o menor comprensión de los procesos sociales de las mujeres y en consecuencia con prácticas diferenciadas.

Todos/as están uniformados en el servicio, con delantal blanco o con chaqueta y pantalón de diferentes colores, que son un signo de distinción, aunque sin diferenciación entre

las profesiones. A simple vista no se puede saber, si es un/a médico/a, obstétrica/o o enfermero/a. Son muy pocas las personas que tienen inscripto su nombre para ser identificados y esto configura un anonimato colectivo. El jefe del servicio, dijo al respecto que había comprado uniformes para todo el personal, con el nombre bordado a la vista, pero que no lo usaban en el hospital, aunque sí en las clínicas privadas (cuaderno de campo, 2009). Además trabajan otras personas auxiliares como camilleros, seguridad, limpieza y administración.

En los últimos años se ha ido incorporando un importante número de personas como empleadas en los servicios de salud del interior, en los barrios de las principales ciudades y también del Hospital Regional. Los/as jóvenes recientemente egresados/as, renuevan la dinámica institucional, además de las residencias ya mencionadas, reforzando la educación en servicio y una mirada interdisciplinaria de la realidad. El problema es que la gran mayoría del personal nuevo, tiene un contrato con la provincia en condiciones de precariedad laboral y con salarios bajos, que los expone a la vulneración de sus derechos como trabajadores/as. Estos contratos en su mayoría son de locación de servicios, sin beneficios sociales y se renuevan con plazos relativamente cortos²². Los/las residentes de medicina lo expresan con claridad, *nosotros somos residentes*, no tenemos derecho a nada (Grupo focal médicos/as residentes).

Las personas que trabajan atendiendo y cuidando a otras personas son la clave de la calidad de atención brindada. Si la infraestructura y los insumos no son los adecuados, la calidez del trato recibido en muchas ocasiones logra suplir las carencias. Pero estas personas sufren el stress propio de quienes conviven cotidianamente con el dolor, las tensiones, las angustias de quienes asisten en un contexto de condiciones precarias.

22. En Santiago del Estero hubo una importante revuelta en el año 2009 de los y las trabajadores de la salud, reunidos en el movimiento de los Autoconvocados que organizó marchas y paros durante varios meses en reclamo por las condiciones de trabajo.

Entre todas las personas que comparten el espacio de trabajo en el servicio, como en cualquier otro grupo humano, hay relaciones de amistad, de camaradería, como así también tensiones, disputas y competencias. En las entrevistas con los grupos focales -constituidos buscando la homogeneidad profesional-, ha sido frecuente escuchar las críticas hacia otro grupo de profesionales y en el caso de los residentes de medicina, hacia los/las médicos de planta.

Las obstétricas criticaron enfáticamente a los y las enfermeras/os, y viceversa. Pero quizás la que se ha expresado con mayor intensidad es la que existe entre los/las residentes de medicina y los/las profesionales de obstetricia.

- Lo que pasa es que en las UPAs está el obstétrico y el médico. Ellos los obstétricos se hacen pasar frente a las pacientes como médicos. Creen que son médicos, la doctora tal, la doctora tal y hay muchas veces que son pacientes de alto riesgo y ellos no sé si por una cuestión de creer que están preparados para manejar alto riesgo no las derivan o las derivan cuando ya es tarde, han pasado casos con pacientes diabéticas con fetos muertos, macrosómicos 5 kilos, 6 kilos medicadas con hipoglucemiantes orales que está totalmente contraindicado en el embarazo por ejemplo y cosas así (Grupo focal residentes medicina).

El campo disciplinar de estas profesiones tiene áreas de competencia que no están definidas con claridad y de esta manera se generan disputas de poder. Por ejemplo en la colocación de DIU (Dispositivos Intra Uterinos) que es una práctica simple con bajos niveles de riesgo, por lo general se mantiene dentro de las prácticas que realizan los/las médicos/as.

Al interior de las especialidades médicas existe un conflicto con los anestesiistas. Históricamente opera como un grupo cerrado que actúa de manera corporativa y como son numéricamente escasos negocian salarios y condiciones laborales de privilegio. Esto repercute en la atención de las usuarias porque cuando se los necesita para hacer un legrado o una cesárea, en ocasiones no están o no pueden ser molestados.

Las guardias como espacio autónomo. El Regional como centro de derivaciones.

Cada día de la semana hay un equipo que comparte una guardia de 24 horas. Así está la de los lunes, martes, etc. y así se identifican: *soy de la guardia de los sábados*. El personal *toma* su guardia un día a las 8 de la mañana y la *entrega* al día siguiente a la misma hora. Las mañanas son muy activas en el Hospital, pero como ya se ha dicho, a partir de las 11 horas el movimiento comienza a calmarse, hasta que se retira la mayoría de los/las profesionales y quedan las salas bajo la responsabilidad del equipo de guardia.

Cada día de la semana tiene su ritmo y claves propios de trabajo. Es numeroso el grupo de personas que trabajan en el servicio y están allí solamente un día por semana. De manera tal que podemos considerar que hay siete dinámicas aisladas y es difícil construir una política del servicio con compromiso del personal y garantizando la continuidad de las acciones que se proponen.

- Depende de cada jefe de guardia, si la paciente nos dice que quiere que el familiar entre a presenciar el parto depende del jefe de guardia o del residente de tercer año (Grupo focal residentes medicina).

El servicio funciona con una estructura jerárquica en donde los/las residentes de 1° año están en el escalón más bajo. Son quienes más guardias hacen, y quienes asumen por lo general las tareas que nadie quiere hacer, como por ejemplo hacer el ingreso de las mujeres que llegan con un aborto en curso.

- En la guardia están el jefe primero, hablando de médicos ¿no?, el primero, segundo y tercero y después vienen los jefes. Así es el verticalismo y aparte el personal de obstetricia, las obstétricas de planta, las residentes o sea nosotros, tenemos que seguir un verticalismo y a la inversa porque hay jefes de guar-

dia que reaccionan más con los residentes de tercer año y así nosotros con los de segundo y con los de primero (Grupo focal residentes medicina).

No solamente están las relaciones jerárquicas al interior de la profesión médica, sino que también existe la subordinación de las otras profesiones que se desenvuelven en el campo: obstetricia y enfermería fundamentalmente. La subordinación está ligada al saber y el poder del médico/a y se sustenta en una construcción histórica y cultural, vinculada estrechamente a cuestiones de género, ya que las profesiones mencionadas están asociadas a lo femenino.

Cada guardia es un espacio autónomo y se generan tensiones entre ellas vinculadas a que *no hicieron el parto*, o *no resolvieron el legrado de la cama* 32. Hay competencias, quejas y celos.

Por el hecho de ser el centro de derivaciones más importante de toda la provincia, el Regional, carga con un ritmo de trabajo alto. Dada la falta de las condiciones necesarias para atender partos en los hospitales del interior y en ocasiones a la escasez de personal o la falta de voluntad, el personal del Regional expresa sus reclamos ante las numerosas derivaciones de mujeres que innecesariamente se las ha trasladado hasta la ciudad capital.

- El mayor problema que tenemos, es que vienen influidos por médicos del interior y que no es que no sepan o que no estén preparados sino que por sacárselo de encima al paciente, o porque no pueden resolver ellos la situación, en vez de ser conciliadores para quedar bien dicen Vayan porque allá los tienen que operar, porque la tienen que operar. Lleguen y le tienen que decir que la tienen que operar. Y ponen en la derivación *paciente para cesárea* y la paciente llega aquí y capaz que sí es para cirugía pero tiene que esperar porque el quirófano está ocupado. O quizás no es para cirugía porque el diagnóstico definitivo lo damos nosotros acá con la orden del jefe de guardia, porque somos residentes, porque nosotros estamos todo el tiempo encima de la paciente pero directa-

mente el que decide la cirugía o no, va ser el jefe de guardia que está capacitado para eso. Muchas veces se ha cambiado el diagnóstico y la paciente ha terminado en un parto que es mucho mejor para ella, para nosotros, para su hijo, para todo el mundo, para la economía también y ha venido con la idea de la cesárea.

- Estamos nosotros controlando el trabajo de parto con familiares, amenazando si le pasa esto, pero uno ya no tiene la forma de explicarle o decirle

- Directamente nos amenazan (Grupo focal residentes de la medicina)

La Maternidad de La Banda ha sido declarada Amiga de la Madre y el Niño, entre otras razones, porque sus estadísticas reflejan que tiene pocas complicaciones o muertes en la atención de las mujeres y los recién nacidos. La maternidad mantiene estas cifras porque deriva al Hospital Regional las mujeres que presentan complicaciones, o con algún signo de riesgo. Esto genera malestar al personal del Regional porque se sienten sobrecargados y frustrados porque las mujeres mueren en sus manos, con derivaciones tardías. Así como ocurre con La Banda, también es así con otros hospitales del interior de la provincia. No es el único hospital que tiene quirófano, pero es el único que tiene anestesistas las 24 horas del día y una Unidad de Cuidados Intensivos.

Por otro lado, el trabajo en la Maternidad aparece escindido de la estructura de atención primaria, persistiendo las tensiones mencionadas anteriormente relacionadas con la validación de saberes, que afecta la articulación necesaria para atender a los/las usuarios/as.

- Cuando las mujeres van y les dicen que la hemos atendido en la UPA y van con una derivación para ser evaluadas les dicen: ¡qué saben esas! ¡Esa no es doctora! (Obstétrica).

- Me decía que esa doctora que te ha atendido en

la UPA en el barrio Autonomía no sabe nada y no se quién es la doctora que te ha atendido (Valeria).

Estas tensiones generan un clima de malestar del personal, que en estos casos se descarga hacia grupos o instituciones fuera de la misma maternidad aunque estrechamente vinculadas. Estas disputas de poder por el saber y por la distribución del trabajo, hacen que los objetivos de la atención se distraigan.

3. Las experiencias de las mujeres en el Hospital

En este capítulo se analizan algunas experiencias relatadas por las mujeres en su paso por el Hospital. Ellas llegan al Hospital, con su propio caudal de información basado en experiencias previas que les han sido relatadas por otras mujeres. Durante años se resistieron al mandato sanitario de institucionalizar sus partos. Santiago del Estero mantuvo las estadísticas de partos domiciliarios más altas del país, siendo a comienzos de la década del '90 de un 25% del total de nacimientos (CNM, 1994). Y en las zonas rurales esta cifra crecía considerablemente²³. Esto se ha debido en las demoras en la aplicación de políticas sanitarias tendientes a la institucionalización de los mismos, a la pobre estructura sanitaria, la red de caminos y transporte deficiente, y como ya se ha dicho en una provincia con un importante porcentaje de población rural. Pero las mujeres también deciden parir en la casa porque no desean exponerse a las traumáticas experiencias institucionales que conocen. En su casa y de la mano de las parteras del campo, con un vínculo estrecho, de mutuo conocimiento, algunas mujeres se sienten contenidas (Canevari, 1998). Sin cobertura social, las alternativas son el Hospital Público o el domicilio. Las estadísticas actuales señalan que el porcentaje de partos institucionalizados en toda la provincia es aproximadamente del 90%²⁴.

23. En un estudio que realicé en el Departamento Figueroa en el año 1995, el porcentaje de partos domiciliarios era del 54% para el área estudiada, llegando en algunas comunidades al 71%. La presencia de parteras del campo con experiencia y proximidad, hacía que las mujeres eligieran que el nacimiento sucediera en su casa (Canevari, 1998).

24. Elaboración propia en base a datos publicados por el INDEC en www.indec.gov.ar (2010).

El miedo al parto está generalizado y vinculado posiblemente al mandato bíblico y mítico de parirás con dolor, que tiene su efecto sobre las conciencias femeninas. Sin duda, el parto es un momento de transición que genera de por sí bastante ansiedad, stress y un temor saludable. Éste es compartido con el entorno próximo de la mujer y de alguna manera con el equipo de salud, que sabe de las posibles complicaciones. Han transcurrido las semanas del embarazo, en donde de manera creciente se va generando la expectativa del momento del parto y surgen muchos interrogantes respecto a ellas mismas y sus hijos/as. En un contexto en donde ese embarazo puede no haber sido resultado del amor o de una planificación cuidadosa, sino producto de un descuido, por falta de información, por una violación o en el caso de las niñas/adolescentes por un abuso.

El desempeño de las mujeres en el parto pesa como un mandato que les indica que deben *portarse bien* en una tarea donde están solas y el éxito depende en gran medida (aunque sea simbólicamente) de ellas. Las propuestas de preparación para la maternidad buscan que las mujeres se sientan más seguras y tranquilas. Intentando disminuir el temor, se busca a su vez mitigar el dolor, siendo su principal referente la escuela de Herbert Read, que afirma que los temores de las mujeres son generadores de una relación entre temor- tensión- dolor. Y que si se disminuye el temor, hay mayor relajación y en consecuencia menos dolor. Es importante que las mujeres tengan información sobre el proceso del parto, para que se empoderen sobre él. Eva Giberti (1993:257), discute con Read y sostiene la tesis que el parto sin temor *es una técnica que, según sea aplicada - y aceptada-, puede promover nuevas formas de sometimiento en las mujeres que lo practiquen. Plantea que la mujer que teme no es tonta, todo lo contrario. Una mujer que teme lo que realmente puede ocurrir, es una persona lúcida y más adelante afirma que ciertos temores denuncian la capacidad de registro de las mujeres y su lucidez frente a la función materna* (Giberti, 1998:113).

Igualmente la mayoría de las mujeres llegan al parto sin haber participado de los cursos de preparación para la mater-

nidad porque son de acceso difícil para las más pobres, por la distancia al hospital, por los horarios y porque son muy pocos los lugares donde se dan gratuitamente. Y seguramente la causa de mayor peso para que no asistan, sea que no hay una política de aliento a la participación en los mismos.

La idea de ir al hospital me da pánico

Las mujeres llegan entonces al hospital con incertidumbre y temor. Y en ocasiones este temor se transforma en algo paralizante. Las primerizas por lo que escucharon y las que tienen experiencias previas, por lo vivido anteriormente.

En el caso de Silvia, las expresiones de este miedo llegan al pánico:

- A mí la idea de ir al Regional me pone muy mal... me agarra pánico. Ese día que me han derivado me he descompuesto... parece que me ha bajado la presión porque me he desvanecido (Silvia).

- ...con miedo, miedo, a contagiarme de SIDA, que es lo que ha pasado últimamente²⁵ o miedo de... ¿qué se yo?, miedo de que te traten mal, miedo de que te pase la hora y pase como a varias de ustedes, como mi hermana, ¿me entiende?, o sea es ese miedo de no estar bien atendida, incluso al bebé, que a veces no sé, quizás sean errores humanos, uno no puede juzgar esas cosas, pero no sé, yo eso es lo que siento, eso es lo que yo he sentido... (Susana, grupo focal mujeres usuarias).

El miedo tiene varios orígenes, a veces es incierto y en ocasiones responde a causas precisas como el dolor o la muerte de ella o de su hijo/a, también al contagio, a *que te pongan algo* o a que les roben o le cambien el bebé.

25. En los días en que se realizó esta entrevista, hubo un caso que tuvo amplia repercusión periodística, de una persona que se contagió VIH a través de una transfusión de sangre realizada en el Hospital.

El miedo y la soledad son una combinación perfecta que expone a las mujeres a un estado de gran vulnerabilidad, que las deja indefensas ante las situaciones de violencia. Dice Foucault (1975:237), *La soledad es la condición básica de la sumisión total*. La experiencia de victimización y de control es individual y es entonces donde la soledad opera como un mecanismo de violencia institucional, que a su vez potencia el miedo.

- Sí, sí, yo le decía al doctor que no me dejen sola porque yo tenía miedo. Después de 14 años he ido a tener... yo tenía miedo, no quería que me dejen sola. Yo les decía a ellos que en ningún momento me dejen sola (Mónica).

- Por eso me da mucho miedo irme sola... (Grupo focal mujeres usuarias).

- Tenía miedo de que por la misma hemorragia me vaya a... me vaya a morir. Ese era el miedo que tenía (Susy).

El miedo a que les pase algo, el miedo a la muerte está presente. Pero ellas expresan que lo más importante es que el/la bebé esté bien. Refieren una actitud de postergación de sí mismas a favor de la vida del niño/a. La mujer madre es culturalmente un ser para otros/as (Lagarde, 2001) y en el momento del parto se pone en juego el peso simbólico de esa entrega.

- Yo no podía ni levantar las piernas, ya en los últimos momentos hacía lo que podía con tal de salir de todo eso, desocuparme, todo... de que nazca el bebé y de que nazca bien, yo ya estaba preocupada porque pasaba el tiempo. Entonces cuando me decían ellos que yo haga fuerzas, encima me gritaban, me decían ¡Dale, dale que le pasa la hora! es como que a mí me ha agarrado una desesperación porque ellos, me gritaban y yo peor me ponía...(*llanto*), era una cosa horrible porque ellos me decían ¡Dale, dale que le pasa la hora!, yo en esos momentos se me pasaban

por la cabeza hacer todo lo que podía aunque quede como quede yo, no me interesaba, pero que nazca el bebé y nazca vivo... Ellos me gritaban ¡Dale, dale que se pasa la hora!, a mí me ha agarrado una desesperación... yo decía pase lo que me pase a mí, no me interesa pero yo lo que quería es que mi hijo nazca vivo (*lágrimas en los ojos*), porque me gritaban, me gritaban horrible ¡Dale, dale que se pasa la hora! (*voz temblorosa, angustiada*). A mí me ha agarrado una desesperación y yo no sabía que hacer... y me decían ¡No! Estás haciendo mal la fuerza, no tienes que hacer así, no tienes que hacer así! Yo hacía todo lo que podía. Cuando me decían ¡Le pasa la hora, le pasa la hora! ahí me he descontrolado peor de lo que estaba. Y bueno, después cuando ha nacido el bebé, cuando ha reaccionado, yo ahí me he quedado más tranquila, pero él había nacido re-moradito, no lloraba nada, yo he preguntado, ¿Qué le pasa?, ¿cómo está? y ninguno me decía nada, ninguno me decía nada...! (*llanto*) (Roxi).

El escenario del momento, refleja tensión, gritos, amenazas sobre la vida del bebé y también el silencio ante las preguntas que Roxi les hace. Este silencio por parte de la persona que asiste, aparece de manera reiterada. *¿Cómo está el bebé? ¿Es varón o nena?* y no obtiene respuesta, no hay interlocución frente a sus necesidades de información.

Las condiciones objetivas de la vida de las mujeres y su entorno familiar, hace que en ocasiones asistan solas al Hospital. Alguien se tiene que quedar con los hijos/as, o por el trabajo o porque viene del campo y no pueden dejar los animales solos, o por el costo que significa el traslado. Estas razones las exponen a una soledad que en algunas pocas oportunidades es elegida.

- ...mi mamá estaba con los chicos y mi marido trabajaba, así que he tenido que irme sola, me ha atendido muy bien la doctora que ha estado conmigo, me ha atendido toda la hora ella (Daniela).

- Yo me ido sola... él (el marido) había quedado con

los chiquitos aquí en casa... (Susy).

En contraposición son numerosos los relatos de las mujeres que desean estar acompañadas, y no se permite el ingreso de un familiar.

P - Es que estaba con muchos dolores y yo así no me iba a ir a mi casa. Bueno después cuando me revisan a la tarde tenía 6 de dilatación, eso era como las 10 de la noche, encima a mi mamá no la dejaban pasar.

E - ¿Qué le decían para impedir que pase?

P - Que no puede pasar porque tiene que estar sola la paciente.

E - ¿A vos no te dejaban salir tampoco?

P - Tampoco.

E - ¿Alguien salió a informar a tus familiares que estabas en trabajo de parto?

P - No, no, nadie... mi mami ha hablado con el médico que me ha atendido, y le ha dicho que todavía me faltaba, que todavía no iba a tener. Así que bueno, a las 6 de la mañana me han puesto suero recién...

E - ¿Te preguntó el médico en algún momento si querías estar acompañada en el parto?

P - No, no... nada (Pamela).

La soledad no sólo está referida al momento del trabajo de parto y parto sino también durante el puerperio. En el capítulo 2, se mencionaron las condiciones de abandono en que se encuentran las mujeres en la sala de puérperas. Allí donde las mujeres precisan ayuda porque físicamente están agotadas y la criatura reclama atención.

- ...lo que no estaba muy bien en el hospital, es después que tiene cuando la mandan a la otra sala, porque no dejan pasar a la mañana, porque dicen La está revisando el doctor y eso es mentira. Los doctores vienen y no revisan. A mí lo único que me han hecho es tomarme la presión, la fiebre y nada más y después no han revisado nada, en ningún momento han dicho nada y antes cuando estaba internada también era lo mismo (Daniela).

R - En el caso que me ha pasado a mí, necesitaba que alguien esté a mi lado, pero no, no la han dejado pasar. Le han dicho que no, que yo estaba bien sola, que ellos me iban a ver, ellos no dejaban entrar a ninguno de la familia. A mi marido menos, ni a la puerta lo han dejado estar.

E - ¿Vos has pedido que hagan pasar a un familiar?

R - ¡Si! Mi hermana se ha peleado con el guardia para que la deje pasar, para que me vea nada más, y no la han dejado pasar. Eso está re mal, porque es un caso que una necesita, y ellos no dejan pasar a nadie (Roxi).

Si el parto transcurre durante la noche, el familiar no puede ver a la mujer hasta que sea el horario de visita, al día siguiente a la tarde. Este tiempo de distanciamiento genera ansiedad y malestar.

Por mi grandísima culpa

Hay una recurrencia en los retos que se les da a las mujeres porque no hacen lo que se espera que hagan. Se las culpa de los problemas, incidentes, complicaciones que hubiera durante su internación. Hay una tendencia repetida de transferencia de la culpa.

R - Cuando vuelvo del baño, la aguja se había salido, entonces me ha gritado Si te vuelves a sacar la aguja yo no te pongo más el suero, entonces me ha agarrado el brazo fuerte –me hacía doler- y me ha metido fuerte la aguja. Otra enfermera que estaba ahí le decía Más despacio, más despacio...a ella le ha salido el suero en el baño. Yo he visto.

M - ¿Vos le decías algo?

R - No... después tenía el brazo hinchado y morado... me dolía... como cuatro días he andado con el brazo así (Romina).

El relato de Zulema merece especial atención. Su bebé ha

nacido muerto y al salir con el alta comienza con una hemorragia y asiste a la consulta al hospital. Las hemorragias puerperales son causadas en la gran mayoría de los casos, por haber quedado restos placentarios adheridos a la pared del útero. En el momento del parto una de las responsabilidades de la persona que atiende, es verificar que la placenta ha salido completa y de esta manera evitar las complicaciones posteriores. Aquí, el médico que atiende a Zulema, la culpa de haber mantenido relaciones sexuales y que por esta razón se produjo la hemorragia (!!). Esta causa no figura en la literatura especializada en el tema. Las hemorragias puerperales, son generalmente producto de una iatrogenia.

Z - Claro, tenía restos, restos de placenta. Porque el médico le decía a la enfermera, -porque la chica ya me conocía- A la señora se le ha muerto el bebé. Y bueno y él me preguntaba Qué i andao haciendo, No, no i andao haciendo nada, no, ¿Has tenido relaciones sexuales? No, ¿cómo!? le digo No me puedo reponer, ¿Cómo se cree que voy a tener relaciones? Ah no, porque algunas hacen así, dice, No le estoy diciendo que no, ya me estaba enojando, porque no me podía reponer de lo que se me lo había perdido el bebé, y aparte yo sé que tengo los puntos esos, mire si me vua poner... entonces, le dice la chica Esa es la señora que se le ha muerto el bebé y que ha tenido problemas. Yo le digo, Yo pienso que se me han soltado... No, me dice Los puntos están bien. A una chica le han dejao restos de placenta, aunque a ella ya se le sentía olor, se le sentía olor a la chica... (Zulema).

¿Cuál es la lógica de este profesional que busca descargar su responsabilidad, culpándola a Zulema, hasta incursionar en su vida sexual? Escapa a los conocimientos médicos y al sentido común, sin dejar de considerar un trato respetuoso. El liberarse de la propia responsabilidad, utilizando el recurso de la culpabilización de las víctimas, es una estrategia recurrente en las relaciones de violencia. Y en ocasiones esta culpabilización encuentra en las mujeres, la tendencia a asumir las culpas.

¿Por qué la vida sexual de las mujeres es trasladada al

campo de la medicina? Este no es el único caso en donde se hacen alusiones a la vida sexual de las mujeres. En este relato, Alicia fue testiga del trato recibido por una niña de 14 años.

- ...había en la cama de al lado, una chica de 14 años que repetía ¡Ay mamita, ay mamita!, por los dolores que tenía... y las enfermeras que son atrevidas, una le decía: Sí, seguro que cuando has estado haciendo, decías ¡Ay papito, ay papito! (Alicia).

- Mal, muy mal. Me retaban, la doctora esa que me ha atendido me retaba, me decía cosas muy feas, me decía: Te has acostado, te ha gustado... ahora aguántate. Yo sentía mucha vergüenza. Hablaba muchas malas palabras y me retaba. Me acusaba que me había hecho algo para perder el embarazo. Pero no, yo lo quería a mi bebé (Silvia).

La vida sexual de las mujeres, se convierte en un asunto público, es motivo de culpabilización, tienen "culpa" de haber mantenido relaciones sexuales, embarazarse y estar allí en situación de parto. Para el caso de la niña de 14 años, se agrega la imposibilidad por parte de los/las agentes del servicio, de considerar que el embarazo pueda ser en realidad fruto de una relación de abuso.

En la Historia Clínica Ambulatoria del Adulto que se utiliza en todos los centros de salud de la provincia se le pregunta a las mujeres (a los varones no) la edad de la primera relación sexual y el número de parejas sexuales que ha tenido. No existe ninguna justificación médica que amerite estas preguntas dirigidas específicamente a las mujeres, de no ser el sexismo que está presente también en la medicina.

La expresión máxima de la culpabilización es exponerlas a amenazas sobre la posibilidad de muerte del/a bebé/a o de ella, que son recurrentes. En este acto se conjuga no solamente la idea de la culpa sino que también hay un gesto de perversidad, que deja a las mujeres con angustia, miedo y culpa.

- Y se ponía a charlar con otra amiga que ha venido, y yo estaba en la camilla sin poder levantarme, porque

tenía así la panza y no podía levantarme y ella no me ayudaba en nada. Se hacía la mala, me gritaba. Me decía que el chico podía nacer muerto, le faltaban horas, y que iba a nacer muerta la criatura (Marta).

Liliana estaba entrando al quirófano, luego de 48 horas de trabajo de parto y le dicen No te ilusiones, porque seguramente tu bebé está muerto (cuaderno de campo, 2007).

Esta reiteración en las amenazas y la culpabilización que encontramos en los relatos, evidencian la búsqueda del personal de desplazar la responsabilidad médica hacia las mujeres, deslindándose así de posibles complicaciones del parto o del legado.

Aquí el que sabe soy yo

Entre las experiencias de las mujeres, ellas perciben una desvalorización de sus saberes, sus percepciones y experiencias referidas a su propio cuerpo. Los profesionales consideran que ellos/as saben más sobre los síntomas que la misma mujer que los percibe. Si bien no se podría generalizar, hay mujeres que conocen su cuerpo y que están atentas a las señales que reciben, sobre todo las que ya tienen experiencia, entonces cuestionan o desobedecen a los profesionales.

Esta desvalorización se expresa de diferentes maneras. Ya mencioné como opera a través de la culpabilización y también por medio del reto, la falta de escucha respecto de lo que sienten, de sus pronósticos y la negación de información o explicaciones.

Z - No, yo me daba cuenta el sábado, cuando el bebé ya no se movía como el primero, yo le he dicho al médico y él me ha dicho que No, que estaba bien y el lunes de nuevo me ha revisado y que yo estoy bien, ¡Bah! me ha dicho que eran ideas mías, que yo estaba mal de la cabeza. Eso me decía él y me hacía entender a mí. Yo le he dicho en varias ocasiones que

yo estaba bien, que a mí la panza no me molestaba, que si yo también sé que hace 15 años que he tenido. Que ha pasado mucho tiempo pero a mí no me molestaba, yo estaba bien, estaba consciente de que iba a tener otro bebé. Y ese día se me lo ha muerto. Lo único que él me ha dicho es ¡Ay gorda no sé que ha pasado con tu bebé!. Eso ha sido lo único que me ha dicho el doctor X, la doctora Z y el cardiólogo que era K, y eso ha sido todo lo que ha dicho él y después ha venido ella, la doctora Z y con el doctor W, que él ha sido que me ha puesto la pastilla, y eso ha sido lo que me ha dicho, y no me ha dicho más nada (Zulema).

M - ¡Ya no daba más! Me decían ¡Te falta, estás con 8! No puede ser –le digo- ¡este chico ya está naciendo! Me siento en la camilla y apenas me he sentado la he tenido, ella –la partera- no ha tenido tiempo de hacer nada. ¡Es un hermoso parto! me decían después, pero después que yo he sufrido un montón, de noche la he ido a tener a ella.

E - ¿Te has desgarrado?

M - Si, si... que no me voy a desgarrar, yo ya la estoy por tener a la criatura y me hacen subir semejante escalera. Bueno, la he tenido a mi hija y ahí por fin he suspirado hondo, me he relajado, todo y esa hora que me tenían que sacar la placenta... ¡otra historia más! (Mónica).

La hegemonía del saber médico con la consecuente subordinación y desvalorización de otros saberes es parte de esta tensión de poderes, en donde quien ha egresado de una escuela universitaria de medicina posee un conocimiento validado *científicamente* que desplaza de manera despectiva a otros. El conocimiento de las mujeres y sus experiencias quedan relegados como del universo de lo popular y en consecuencia carente de validez.

De esta manera se desconocen no solamente las prácticas alternativas de la medicina, sino más gravemente, los conocimientos que las propias mujeres tienen de sus cuerpos. Las mujeres relatan, que lo que ellas sienten en su cuerpo no es

tenido en cuenta por los profesionales. El examen clínico basado en una revisión anatómica -y no en el diálogo-, tiene más validez que las autopercepciones de las mujeres.

- ...y ahí me atiende una doctora que no me acuerdo cómo se llamaba, pero ella me ha puesto de mal..., porque me ha dicho que ya me estaba pasando la hora, que el chico iba a nacer muerto, que pasaba peligro yo y la criatura; y yo le decía que no, que me faltaba, no me ha controlado nada, ni los latidos de la criatura, nada, nada, nada. Me ha hecho así nomás, me gritaba, se hacía la mala, todo (Marta).

Estas supuestas verdades médicas, han recomendado durante décadas prácticas sin fundamento científico, como el rasurado perineal, la enema preparto, el uso de forceps o la episiotomía obligatoria. La medicina instala históricamente prácticas- verdades, que se difunden y se constituyen como inapelables, sin sólidos sustentos²⁶. Hay una sola verdad sobre los procesos de salud- enfermedad- atención y es lo “científico”, acatado sin capacidad crítica, ignorando lo alternativo o desprestigiándolo.

¿Qué te has hecho?

Las mujeres que llegan con aborto en curso son especialmente víctimas de la violencia. Es hacia ellas sin duda hacia quienes se canaliza de modo evidente, la discriminación y el maltrato. *Y a su vez la mujer que viene con aborto viene pre-dispuesta a recibir maltrato, Yo me he mandado una macana, me lo merezco* (Grupo focal obstétricas). Así las expectativas se cumplen con eficacia en la realidad.

26. Hay un trabajo muy interesante de Barbara Ehrenreich, y Deirdre English (1990) cuyo título es *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Ellas analizan consejos médicos dirigidos a las mujeres durante 150 años, sus variaciones y hasta sus contradicciones.

El relato de María Marta, es bien representativo de lo que sufren las mujeres.

MM - Bueno, me atiende una partera y me dice que yo tenía un aborto mal hecho, incompleto. Me ha empezado a tratar mal ¡Sacate la ropa! (Me saca mi hermana la ropa) ¡Vos sabes muy bien lo que has hecho! ¿Qué te has hecho?! ¡Te has hecho un aborto! Yo le decía que me estaba doliendo la parte de adentro... ¿Qué te has puesto?!, ¡Decime que te has puesto! Decía que tenía 3 de dilatación.

E - ¿Quién te ha hecho tacto?

MM – La partera esa y otro médico que estaba ahí, que no se quería hacer cargo... Yo a ella no la ingreso. Me ha tratado para la mierda... Se va el médico... ¡Bueno! ¿Quién la va a ingresar? decía Llévala para la sala. Me llevan a la sala y seguía diciendo ¡Ella tiene que quedar sola porque nadie la ha mandado que se haga un aborto! La partera esa ha ido y le ha dicho a mi marido que yo me tenía que quedar sola porque me había hecho un aborto. Incompleto estaba el aborto. Me ha tratado para la mierda ¡Ponete la bombacha y no me vayas a patear! Y me pone ella la cara para que yo la patie, yo le saco el pie, ella parece que quería una excusa para que me trate peor. Algo quería ella conmigo. Si ella fuera otra no me pondría la cara para que yo la patie. Encima que me decía Sabes muy bien lo que has hecho, no te pongas a llorar no seas maricona. Yo lloraba del dolor que tenía, Callate ya me has cansado, las mujeres están ahí, tienen alta la presión, y vos estas aquí llorando. Me trataba para la mierda, yo lloraba... ¡Esta chica tiene que estar sola! Yo tenía dolor de parto.

E - ¿Qué le han dicho a tu marido?

MM – Que me había pegado, que me había querido matar, que me había puesto la sonda, que él avise a quién había pagado... ¡qué no le han dicho! ¡Ya me daban por muerta!... en eso como 5 médicos estaban ahí. Cuando ha venido la otra chica ella decía que no, que era un aborto común (espontáneo) y ahí ha venido ella –la partera- y decía Ay amor, ¿Cómo estas? Cínica, cínica. Delante del médico me trataba bien...

no estaba el médico y toda la hora me trataba para la mierda... ¡re-mal! era otra persona. Yo lo único que sentía era dolor, ni me movía del dolor que tenía, pedía por favor que me hagan algo, que me pongan algún calmante. Después ha venido y me ha cerrado el suero. Ella me insistía ¡Qué te has puesto... perejil, una sonda... a la par estaba una que se cagaba de risa... ella me gritaba y la otra se reía, yo la miraba... y la otra seguía ¡Ponete la bombacha! Y ahí me he puesto la calza yo. Quería saber por qué ella me trataba así tan mal... (María Marta)

A las mujeres se las somete a un interrogatorio que apunta a la confesión de la práctica (*decime la verdad es por tu bien*) y que en ocasiones roza la tortura. El término interrogatorio que se utiliza corrientemente entre los agentes de salud, remite al uso judicial o policial del mismo y marca una distancia de poder entre quien hace las preguntas y quién las responde. Y estos roles son fijos, y están validados por su posición como agentes del Estado. En el caso de las mujeres que ingresan con aborto en curso, el interrogatorio se hace en términos de indagación violenta. No reconocen un espacio de diálogo o entrevista, la tarea consiste en extraer la información necesaria para llenar la historia clínica y tomar decisiones terapéuticas. Dice Bourdieu (2002:545) refiriéndose al interrogatorio: *Si la violencia simbólica inherente a la asimetría entre interlocutores muy desigualmente provistos de capital económico y sobre todo cultural, puede ejercerse con una ausencia tan perfecta de discreción, es porque los agentes encargados de llevar adelante el interrogatorio se sienten con mandato y autorización del Estado, poseedor del monopolio de la violencia simbólica legítima y porque pese a todo, se los conoce y reconoce como tales.*

Los/las residentes de medicina justifican su insistente interrogatorio, con fundamentos médicos, argumentando que la conducta terapéutica cambia de acuerdo a las prácticas abortivas que se hubiera realizado. Cotejando esta afirmación con otros/as profesionales de la medicina, el criterio no es el mismo y sostienen que el tratamiento que se le brinda a la mujer

es el mismo más allá de la técnica que hubiera utilizado para interrumpir el embarazo. Las mujeres sometidas a este interrogatorio, no responden a la requisitoria, dado que temen ser denunciadas a la policía por la práctica ilegal.

- ...me hizo esperar hasta el otro día a las 9 de la mañana para hacer el legrado y nunca me explicó el por qué del aborto, ¿y ella qué pensaba? ¿Que yo no sentía en ese momento? Si bien yo no lo esperaba y no lo he programado a mi embarazo, pero sí estaba contenta con mi embarazo, y qué sabía ella si yo no estaba mal porque perdía un hijo en ese momento y qué sabe de sentimientos... me ha hecho sentir como que yo era una asesina, empecé a buscar en mí, si yo había comido algo, si había hecho algo para provocar eso... (Ivana)

El Comité de Seguimiento de Naciones Unidas a la Convención sobre la Tortura recomienda a Chile en el año 2004:

(Se) Elimine la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos; investigue y revise las condenas dictadas en las causas en las que se hayan admitido como prueba las declaraciones obtenidas mediante coacción en estos casos y tome las medidas correctivas pertinentes, en particular la anulación de las condenas dictadas que no se ajusten a lo dispuesto por la Convención. De conformidad con las directivas de la Organización Mundial de la Salud, el Estado parte debe garantizar el tratamiento inmediato y sin condiciones de las personas que buscan atención médica de emergencia.

El castigo por llegar con un aborto se expresa también en las largas esperas (*me tenían botada*), en la falta de información, y siendo la máxima expresión los castigos físicos, como el legrado sin anestesia. En el siguiente capítulo retomaremos este problema desde la perspectiva de los/las profesionales.

4. Representaciones y prácticas de los y las profesionales

Tal como ha sido descripto en el Capítulo 2, las personas que trabajan en la maternidad tienen diversas formaciones y funciones. Transitan médicos/as de planta, médicos/as jefes/as de la guardia, médicos/as residentes, concurrentes, obstétricas/os de guardia, residentes de obstetricia, enfermeros/as con diferentes niveles de formación (Licenciados/as, enfermeros/as y auxiliares de enfermería) y funciones, identificadores/as, personal de limpieza, maestranza, seguridad y una multiplicidad de estudiantes de distintas carreras y provenientes de diferentes instituciones de formación. De manera tal que conforman un conjunto muy heterogéneo en su formación, en sus criterios de trabajo, de dependencia a diferentes autoridades, en sus orígenes y pertenencias. Están organizados piramidalmente, con un jefe de servicio (médico), y en su ausencia un jefe de guardia (también médico).

En este capítulo se describirá la mirada que el equipo de profesionales de la salud tiene de las mujeres que asisten, contemplando el problema que se analiza. Para construir esta mirada se considerarán las entrevistas realizadas de manera individual para el caso de quienes ocupan cargos de responsabilidad y de manera grupal a residentes de medicina, residentes obstétricos/as, obstétricos/as y personal de enfermería. Si bien se contemplan el conjunto de estas entrevistas, en una primera recorrida se ponen en evidencia las diferencias entre las profesiones. Las actitudes que interpusieron mayor distanciamiento y de incomprensión de las condiciones de vida de las mujeres usuarias, fueron expresadas por algunos/as de los y las residentes de medicina. Las personas de las profesiones subordinadas a la medicina (obstétricos/as y enfermeros/as), se mostraron en términos generales con mayor proximidad y

sensibilidad frente a la realidad de las mujeres. Esto puede deberse a que las profesiones subordinadas expresen un discurso acorde al *deber ser* o a aquello que la entrevistadora desea escuchar.

El espacio donde trabajan estos profesionales, es un circuito cerrado, en el cual la entrada y salida, significa atravesar una barrera con una gran cantidad de familiares que aguardan en la puerta, custodiada por la seguridad privada. Un promedio de veinte mujeres concurren diariamente para la atención de su parto y aproximadamente cinco llegan con un proceso de aborto en curso. Entonces allí pasan muchas horas “enclaustrados” y se construye un ambiente de trabajo con una dinámica que busca la autoprotección. Quienes más tiempo dedican a la vida hospitalaria son los/las residentes de medicina y de obstetricia, que asumen a su vez la mayor sobrecarga de trabajo, aún cuando son principiantes y están en proceso de aprendizaje. Ellos/as plantean que no se enteran de lo que ocurre fuera de la institución, que no leen el diario, que no miran la televisión. Su vida es el Hospital y cubren todas las horas de todos los días de la semana. Las guardias de cada día, están constituidas por equipos que ya tienen sus propias dinámicas internas, trabajan cohesionados (o no), con alianzas corporativas, se cuidan y encubren errores e iatrogenias y tienen disputas con la guardia anterior o posterior. Las fronteras institucionales están marcadas, hay un adentro que es el espacio de protección y complicidad y un afuera que representa a la otredad y a una amenaza. Ante un juicio de mala praxis, ese espacio interno opera como el de la contención para “cubrirse” y mantener en silencio los errores cometidos.

El trabajo de los/las residentes y estudiantes no siempre está debidamente supervisado y se generan problemas:

-... en este momento, si bien es cierto, la incorporación de la docencia en hospitales es buena también tiene sus contras, porque el residente o el estudiante se convierten en mano de obra barata, entonces se deja todo en manos de los residentes, de clínica de cirugía, de obstetricia.

E - Y están aprendiendo

- Están aprendiendo y esto es una lucha constante entre nosotros los enfermeros y las jefaturas médicas, que bueno, digamos que por una cuestión de comodidad y de no molestarse dejan cuestiones muy importantes que se resuelvan por gente inexperta y así también vienen los errores. En realidad se cometen muchos errores que no llegan a publicidad o porque se pueden resolver a tiempo o bien porque sencillamente no trascienden, pero hay muchos errores (Enfermera Jefa Hospital).

Las condiciones de trabajo del personal de la maternidad, además de los vínculos contractuales injustos ²⁷, presenta la desatención de las actividades de docencia ²⁸ y la consiguiente falta de motivación al estudio.

Así como las mujeres refieren miedo a concurrir al Hospital, los/las profesionales también refieren sentimientos de temor vinculados a la posibilidad de muerte del feto y en menor medida de la mujer, o temores a las amenazas de que si cometen un error pueda iniciarse un proceso de judicialización del caso. Existe un imaginario de que el juicio de mala praxis, lo busca la familia como una salida a sus problemas económicos. Se marca con estas expresiones una enorme distancia con las familias usuarias:

- Y creen que la salvación o la solución es judicializarlo al caso.

- A eso se llega, la base es esa, porque uno si va al médico y va a un parto o a una cesárea y yo no le

27. Este tema ha sido tratado en el capítulo 2.

28. En el año 2008, el jefe de la Maternidad decidió transformar el aula de la Maternidad, en donde se daban las clases y se hacían los ateneos en consultorios para hacer ecografías, desvalorizando en este gesto la importancia de la educación en servicio. Por otro lado, los/las residentes durante importantes períodos han estado sin instructor/a. A las/los residentes de obstetricia no se les otorgan permisos para hacer la Licenciatura. La formación es a fuerza de una gran exigencia en términos de guardias y trabajo, sin la necesaria dedicación de tiempo a la reflexión de la práctica y al estudio.

estoy diciendo a él Opéreme porque sino lo mato o le hago un juicio, quizás pasa por la cultura o la educación o la mentalidad de que se van a agarrar de esa desgracia familiar para poder ganar plata, porque sí pasa por ahí (Grupo Focal, residentes medicina).

Pichon Rivière (1966)²⁹ en su teoría del vínculo expresa que las personas, en sus relaciones, conviven de manera alternada entre el miedo a la pérdida del objeto y el miedo al ataque del yo y la existencia de un vínculo bueno donde se depositan los aspectos buenos de cada uno y un vínculo malo donde se depositan los aspectos malos. Y dice: *Estos dos miedos son coexistentes y cooperantes, en el sentido de que si un sujeto teme perder algo, un objeto de amor, o un objeto de cambio, puede colocarse en una situación defensiva...* (1966:2). El vínculo entre proveedoras/es de servicios y cuidados con las usuarias, podría transitar por esta ambivalencia entre los temores de pérdida de las mujeres y sus hijos/as, por la posibilidad de una complicación o muerte y el miedo a que por otro lado, surja una agresión hacia su persona. Intentando superar el análisis dicotómico, esta ansiedad entre el ataque y la pérdida puede generar situaciones de inseguridad, que además amenazan provocar un daño en la estructura narcisítica propia de los/las profesionales médicos, como un miedo en el que subyace la amenaza a la pérdida del poder. En este vínculo empapado de temores, se busca establecer distancia con el objeto, en esta ambivalencia entre el amor y el temor.

Las mujeres y sus familias se presentan como una amenaza. Se ha generado una desconfianza que está basada en las diferencias de clase.

Los profesionales piensan: quizás estoy atendiendo a la hermana de quien entró anoche a robar a mi casa, o a la hija de quien mató a mi vecino (cuaderno de campo, diálogo con Luisa Vivanco, sicóloga. 2006)

Las brechas de clase, interponen dificultades para el diálogo

29. Agradezco a Graciela Climent que me recomendó esta lectura.

go y surgen resentimientos por la inseguridad. El reconocerse vulnerable ante la violencia social, hace que las rejas aparezcan en las casas, que las prácticas de una vida tranquila y pueblerina se hayan abandonado. Las casas se cierran con llave, se toman precauciones al entrar al auto, se mira con desconfianza al que limpia el vidrio o pide ayuda. Esta sensación de amenaza se traslada a los/las sujetos que se atienden en el hospital.

Un médico le dice a una obstétrica Que te haces tanto problema por ese bebé (que había padecido sufrimiento en el parto y podía quedar con un daño), si ése el día de mañana va a violar a tu hija (cuaderno de campo, 2010).

Las personas que acuden al hospital son en su gran mayoría pobres y han accedido a una baja escolarización. Las jóvenes que ahora se encuentran en su período reproductivo son las que durante la década del noventa tuvieron dificultades para permanecer en el sistema educativo.

...si vos ahora ves 10 historias, 8 dicen primario incompleto (médica residente).

X - Hay una mujer que me ha puesto en su carné, los datos de su embarazo anterior del 2004. Le tachó todos los cuatro y le puso 6 porque era más o menos la misma fecha. Cuando yo le digo ¿Cuántos hijos tenes? 4 pero aquí dice 3 y cuando me pongo a ver era todo el anterior en este no se había hecho controlar, de 4 cesáreas y ella se mataba de risa, No te rías, porque te estás riendo de lo que te puede pasar, se pueden morir vos y tu hijo

E - ¿Por qué creen que no se controlan?

X - Por comodidad

X - Esa es la excusa de las pacientes, no tienen tiempo. Pasó con una paciente que llegó con su hijo muerto porque no tiene tiempo de hacerse controlar, porque ella con su marido van a trabajar y sus 3 hijos. A mí la primera respuesta que doy, primero contenerla un poco porque la paciente se siente culpable, preocupada porque con un buen control se podía haber de-

tectado algo, pero decirle Si vos no puedes no tengas más, cuidate que es gratis, el hospital te lo da gratis. Sí sí sé, pero tampoco tiene tiempo de venir a sacar un anticonceptivo. Ese es el justificativo, no tienen tiempo ... (Grupo focal residentes medicina).

Se expresa una incompreensión del fenómeno de la pobreza y se tiende a culpabilizar al propio pobre como responsable de su condición. A partir de los procesos de empobrecimiento, la precarización laboral y la consecuente pérdida de seguridad social de la década pasada, mujeres de clase media acuden al hospital. Estas mujeres llegan temerosas respecto a la calidad de atención que van a recibir y esperan un trato diferencial. Esto es planteado como la contracara de las mujeres pobres y se utiliza el tono de sorna al referirse a ellas.

- O la otra contraparte de la paciente que hemos tenido, la rubia, la linda que era la primera vez pero su quinta cesárea y siempre en la parte privada y que era la primera vez que venía y no sabía donde guardar la plata porque tenía \$400, esa es la otra parte... pupera atigrada y short, o camisón de raso a la noche cuando todas las pacientes andan de juguins.
- Como ustedes saben, ha habido un crecimiento de la pobreza y muchas familias de clases medias han comenzando a usar el servicio del hospital, pero lo usan despectivamente... ¡Ay qué asco!
- y quieren la eficiencia de un privado y exigiendo que se haga, ponen su agresividad y también su amenaza, Che no va a pasar nada, Che fijate porque si llega a pasar algo mira yo ando... Que no me toque el residente Que no me toque aquel, Que no me des esta cama, Que esta cama no me gusta (Grupo focal residentes medicina).

Portarse bien

En esta relación entre proveedores/as y usuarias, también opera una dinámica de dominación en donde se subordina a las mujeres y se espera que ellas sean obedientes, se porten

bien y sean buenas madres. Farge (1991:84) plantea que la mujer *Parece aplastada por preceptos que, en todo momento, procuran ponerla en óptimo acuerdo con el cosmos para el éxito de su obra y ella se ve enfrentada al miedo lacerante de no alcanzarlo*. Entre esas expectativas y las mujeres reales hay bastante distancia y son aquellas que no responden a estos estereotipos las que son juzgadas con mayor dureza.

Los ideales de maternidad son a menudo transgredidos por las mujeres que no desean ser madres. Por un lado se presentan casos en los cuales, las mujeres han decidido interrumpir un embarazo y por el otro están aquellas que cuando llegan al parto habiendo transitado nueve meses, expresan en ese momento crítico, de diferentes maneras su malestar. Los/las profesionales plantean el problema que representa este fenómeno de las mujeres que llegan al final de un embarazo que no ha sido deseado.

- Yo no sé si ustedes han tenido la posibilidad de tener una experiencia con un parto, el parto es lo mejor que puede pasar para un obstetra, para el enfermero, para el bebé, para la mamá, para la familia que está esperando ese bebé. Pero la mayoría de las mujeres no quieren ese bebé, no lo quieren. Lo demuestran cuando se lo ponemos encima de la panza: no lo agarran, no lo abrazan, el chico se está cayendo y no es que nosotros estemos mintiendo, No lo quiero ver, No lo quiero tocar.
- Pero hemos visto en contrapartida chicas que sí han deseado ese embarazo y es hasta emocionante para nosotras, ¡Qué hermoso! ¡Qué lindo! ¡Qué bien que te has portado! hermoso, pero la mayoría ni siquiera tiene el instinto de un animal de agarrar a su hijo para que no se caiga, entonces no es fácil escucharlas a las mujeres decir después que han parido Sí que me han tratado mal, Que me han dicho esto, Que han dicho lo otro. Hay que estar en esa situación. Cuando yo voy a hacer una colposcopia y la mujer me cierra las piernas no se quiere poner el espéculo, Señora venga otro día porque hoy no se va a hacer. Porque yo lo puedo hacer lo mismo porque mi responsabilidad más que como médica es como persona, porque a

mí se me murió un chico y no quisiera que me pase otra vez, porque ese estrés que es el parto, que es para todo el mundo, no quisiera que le pase a nadie, no quisiera que me pase a mí con mi hijo, yo lo veo así desde ese punto de vista. Vos Sofi que sos mamá es tan lindo cuando las mujeres se han preparado. De 10, 8 no han preparado ni la ropa, ni el pañal y no esa limpita que nosotras queremos comprada como si fuese que nosotras vamos a tener, la usadita limpi-ta en una bolsita

- Nosotros le juntamos de vecinas de aquí (Grupo focal residentes medicina).

Se idealiza la maternidad como proyecto y la alegría que representa la llegada de un hijo/a deseado/a. La población que asiste al hospital en ocasiones está lejos de ese ideal. Pareciera que tienen cierta incapacidad de comprender las condiciones de vida de las mujeres y las problemáticas asociadas a las mismas, sin considerar las dificultades de ser autónomas a la hora de ejercer sus elecciones reproductivas.

Las niñas, adolescentes o mujeres que van a parir, pueden haber sido víctimas de abuso sexual/violación y que en consecuencia merecen un trato especialmente cuidadoso, porque si no desea abrir las piernas es porque posiblemente revive el shock emocional. El personal por lo general no registra que esa maternidad no sólo que no ha sido deseada, ni planeada sino que es un trauma. Es necesario evaluar si es posible exponerla a un trabajo de parto y a un parto. El hecho de que las mujeres no se dejen revisar es causa de incomprensión e impotencia por parte de los/las profesionales y genera reacciones de maltrato. No suele haber conciencia de lo traumático que puede ser una revisión ginecológica y que en ocasiones puede estar reviviendo una situación de violación o abuso. O vivir esa revisión o el tacto vaginal como una violación.

Las mujeres que no aman a sus hijos/as transgreden no solamente mandatos sociales sino de la naturaleza y transgreden la verdadera feminidad que asocia a las mujeres a la maternidad (Tarducci, 2008). La relación entre la maternidad y la naturaleza, genera la expectativa de que las mujeres que son

madres, deban reaccionar instintivamente para proteger a su cría. Algunos de los/las profesionales no comprenden entonces, el fenómeno del embarazo no deseado. *El amor materno se considera lo mismo que el instinto materno, como un efecto espontáneo e instantáneo que surge de la madre al hijo desde que este viene al mundo...* (Sáez Buenaventura, citada por Giberti, 1993:256). El dar por sentado que a las mujeres se les despierta un instinto materno, a partir del hecho de estar embarazadas, es reflejo de la vinculación que el patriarcado hace, de lo femenino con lo animal- natural.

En este sentido pareciera circular en la maternidad un imaginario de que en gran medida la mayoría de las mujeres embarazadas que llegan al servicio, no deseaban a ese/a hijo/a. Las mujeres pobres no planifican, no desean, de algún modo *son como animales* (Cuaderno de campo, reflexión de una docente universitaria, 2008) o se embarazan porque buscan ser receptoras de una política social. De este imaginario se desprenden prácticas discriminatorias porque al ser madres de modo accidental o por un interés económico, son en consecuencia *malas madres*³⁰.

La esperamos el año que viene

Así como las mujeres que interrumpen sus embarazos, son enjuiciadas y reciben maltrato, aquellas que tienen muchos hijos, también son objeto de cuestionamientos. Éstas configuran una tipología que merece un análisis particular, porque los diferentes grupos entrevistados, las señalan como conflictivas y en tales casos surge una actitud de discriminación hacia ellas, son las *grandes multíparas*. Existe la idea de que son rebeldes, desobedientes, que hacen más problema que las mujeres con menos experiencia previa de partos.

30. Agradezco a las estudiantes de Introducción a la Metodología de la investigación (2011) de la Carrera de Obstetricia (FHCSyS- UNSE) por esta reflexión que surge de una conversación en clase.

A - Es como si ellos nunca hubieran sido madres, como si nunca hubieran estado en esa situación, Hagan fuerza, Eh ¿qué pasa por qué tienen tantos hijos?, Has tenido 7, ¿por qué ahora vienes con el octavo? Y cuando tenemos nos dicen, Bueno la esperamos el año que viene, así con sarcasmo; a mí me han dicho eso... (Adriana, 8 hijos).

Las experiencias previas hacen que ellas posiblemente, no se entreguen con la docilidad propia de una primeriza, no toleren ser maltratadas. Además tienen un conocimiento de los procesos del propio cuerpo, que no admiten fácilmente que les quieran dar las respuestas que ya conocen. Es posible que estas circunstancias sean las generadoras de las actitudes discriminatorias³¹.

Las residentes obstétricas reconocen que existe una explicación anatomofisiológica que justifica las expresiones de malestar de estas mujeres. Aunque minimizan este hecho ante las experiencias registradas con anterioridad.

- Generalmente lo relacionan a causas obstétricas como que el útero está más blando, que ella tiene un cansancio muscular finalizado. Yo en realidad lo atribuyo a que la mujer ha tenido una experiencia traumática, va a venir a parir su 19 hijo, como ha pasado, y va a revivir esa experiencia traumática. No la vas a sacar. Y la multípara cuando vos le hablas, encima le vas a controlar las contracciones, le vas a decir Si quieres bañarte aquí tienes agua caliente, ¿Has desayunado?. La paciente dice ¿Pero está bien mi bebé?; Eh ¿por qué? le digo, ¿Te parezco pesada? No, porque antes no me atendían así. Y eso, les llama la atención y es a la mujer que te cuesta llegar, a la multípara te cuesta llegar porque ella viene con experiencias (Grupo focal obstétricas).

- A veces vienen grandes multíparas. Y yo lo entiendo porque soy mujer por sobre todas las cosas y entiendo que es violada por su marido, que es alcohólico y

31. Retomo este tema en el próximo capítulo.

que se tiene que levantar todos los días y pensar qué le va a dar de comer a sus 6 u 8 hijos, que no tiene el conocimiento de los anticonceptivos, que puede usar todo eso, ya hace que ella sea de esa forma. Cuando llega aquí, sumisa, como enojada también contra la sociedad, contra los médicos, contra el hospital, entonces cuando está en el trabajo de parto también está esa violencia, violencia contra su hijo primero que nada, porque quizás está consciente esa mujer que a lo mejor ya han parido 8 veces y la novena vienen y cierran las piernas y hacen escándalo porque realmente no quieren parir. Yo pienso así y cuando hablo con ellas les pregunto ¿Estás queriéndolo a tu hijo? ¿Lo querés? Porque llega el momento que nosotros ya como médicos decimos, se tiene que hacer el parto o se tiene que hacer porque sino se muere el chico. Y es así, en las manos nuestras está la vida de esa criatura, muchas veces las mujeres se ponen en esa situación que no quieren parir, no quieren y se ponen violentas y nos patean o se golpean ellas, se tocan o arrancan o ensucian y están ejerciendo violencia contra su hijo, contra ellas, contra la vida, muchas veces ha pasado esta situación que a nosotros de este lado nos pone..., que tenemos que ejercer no sé si violencia pero sí mucha autoridad y hasta sostenerlas y agarrarlas entre 5 personas porque ellas siguen pateando y el hijo ya está coronando y... es difícil también, las mujeres vienen con mucha carga, pero tampoco hacen nada como para prevenir eso (Grupo focal residentes de medicina).

- Generalmente son las multíparas o sus familiares quienes han tenido experiencias malas, otras experiencias malas. Hay muchas mujeres que han tenido experiencias malas (Grupo focal residentes de medicina).

Ellas tienen experiencias previas, que posiblemente registren traumas, ya no son novatas, tienen un capital dado por la experiencia. Y conocen el cuerpo y sus lenguajes de manera que pueden prever el ritmo de los acontecimientos y una tendencia a no asistir a los controles previos, posiblemente por

las complicaciones que les significa dejar a los niños/as, por no recordar el trauma o porque con tanta experiencia consideran que no lo precisan. Una mujer con embarazos múltiples y con períodos intergenésicos³² cortos, tiene más probabilidad de padecer deficiencias nutricionales y en consecuencia anemia. La anemia durante el embarazo es un grave problema determinado por cuestiones sociales y culturales, que trae como consecuencia hemorragias en el parto, con complicaciones para la mujer y el niño/a. Esta última es una de las razones que argumentan los proveedores/as para que el parto de una mujer que ha tenido varios hijos/as, les genere temores y actitudes discriminatorias.

Las transgresoras al mandato materno

Tal como ha sido planteado en el capítulo anterior y en otros estudios (Chiarotti, 2003), las mujeres que llegan con un aborto en curso, son consideradas las *peores* de todas. Las prácticas que se realizan en un contexto de ilegalidad son en ocasiones de alto riesgo y una tercera parte de las mujeres que mueren durante el proceso reproductivo, es por este motivo. Cuando en el consultorio médico, la mujer expresa su deseo de interrumpir el embarazo, la respuesta habitual de los/las profesionales es aconsejarla que no lo haga, pero no consideran la posibilidad de hacer una consejería para prevenir los riesgos potenciales.

Expresan enfáticamente una postura moralista frente a la práctica, sin comprenderla como un fenómeno social producto de la ilegalidad y un grave problema de salud pública. El número de mujeres que recurren a la práctica de aborto, presenta variaciones que posiblemente están relacionadas con las discontinuidades de los insumos del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable además de la difusión del uso de la droga misoprostol. Esta droga se ha difundido extensamente entre las mujeres y resulta en una disminución de las compli-

32. Es el período que transcurre entre un embarazo y otro.

caciones que se presentan con otras prácticas invasivas, como por ejemplo las infecciones y las hemorragias por introducirse elementos en el útero.

Estas dificultades para la comprensión de la problemática del aborto genera discriminación y violencia por parte de los/las médicos/as y enfermeras/os que llega a su máxima expresión, sobre todo si se presume que ha sido provocado. Si bien no se realizan denuncias policiales a las mujeres que acuden con aborto en curso (como norma del servicio) salvo excepciones, los temores de ilegalidad y de sanción moral están presentes.

- No ya sé, pero a mí eso me enoja que pase, porque en realidad así como el farmacéutico que le vende las tres oxa (misoprostol) a la paciente, ella también es culpable o mucho más me entendés y... sí me enoja. Sí me enoja y para ella haría la denuncia, por ella (Grupo Focal residentes medicina).

Son atendidas por los residentes de primer año, los anestesistas demoran en acudir al quirófano y ocasionalmente se practican a la madrugada legrados sin anestesia, llevando al grado máximo del trato cruel e inhumano como castigo.

- La mayoría de las veces lo hemos hecho aquí -yo también lo he hecho- por comodidad nuestra ¿por qué? Porque hay que llevarla a la paciente, hay que hablar con el anestesista, hay que ver... Entonces por ahí son las 2 de la mañana y dices No, eso va a ser una hora, la legro aquí en 5 minutos y me voy a dormir rápido. Pero la paciente de eso no sabe.

- yo voy a ser sincera; sí he legrado pacientes en consultorio (sin anestesia) y no era de urgencia. De mi experiencia, que los chicos saben porque se los he dicho, nunca más lo voy hacer. Porque no me han legrado pero sí me han puesto el DIU y realmente... (Grupo Focal residentes medicina).

Esta médica y mujer, y a partir de su experiencia de dolor

por la colocación de un DIU - que en nada se puede asemejar al dolor de un legrado-, logra posicionarse en el lugar de las mujeres que asiste. Este ejercicio es una excepción entre los/las profesionales de la medicina.

Trascribo un tramo largo de la conversación del grupo focal de los residentes de medicina sobre el aborto³³. Quedan aquí expuestas las diferentes miradas sobre el tema, las expresiones de incompreensión, desprecio y discriminación y también voces más sensibles. Dejan ver cómo en algunos casos, sus prácticas están impregnadas de una moral religiosa, citando al Vaticano como fuente de un supuesto trabajo científico en donde el 90% de las mujeres quedan con trastornos psicológicos por el aborto. Sus argumentos están cargados de intolerancia y actitudes prejuiciosas. A su vez se evidencia que las prácticas se han internalizado y ya no se cuestionan, están naturalizadas, son habitus:

X♂ No la maltrataba, no le hacía nada, pero yo sentía que no tenía ganas de atenderla, eso. No tengo ganas de atenderte no me interesa lo que te pueda pasar, eso.

E - ¿Por qué? ¿Qué es lo que vos pensabas?

X♂ - Porque no podía entender cómo puede matar a su hijo, no lo podía entender. Es algo que a mí no me entra

X - Calculo que a la larga se genera una especie de mecanismo de defensa No me voy a dejar atormentar por algo que hacen esas personas en contra de ellos mismos. Nosotros un montón de veces que ya se han hecho 10 partos en un día e ingresado 20 abortos y uno no entiende por qué tiene que ser al revés, por qué tantos provocados y salimos del consultorio. Y la cuestión es que nos atoramos tanto y estamos todo el día ingresando pacientes con abortos y todos: Sí me he puesto... Cuando a las pocas (...) Me he puesto y otras son tan evidentes que decimos: No, pasá vos al consultorio, ingresá vos, ya estoy harta, ya no quiero ver más pacientes con lo mismo. Y todas son lo mismo, todas están puestas. Muchas veces han pasado 5 o 6 pacientes que todos han sido provocados, ya el espontáneo es raro en esas pacientes. Y es rara la paciente

33. Las intervenciones masculinas están señaladas para identificar el sexo de quien habla

que viene llorando (...) un embarazo tan deseado y que viene llorando porque ha perdido ese embarazo que ha tenido con tantas ganas, es raro eso.

X♂ - Más que todo, te molesta, es decir chocas cuando vos estás al lado de una paciente que lo desea tanto a su embarazo y llora y te dice, Yo lo buscaba y lo buscaba, y al rato estás afuera así y te dicen, Sí, lo perdí y me puse 4 oxa. O Sí, me metí una sonda, y al lado la paciente está llorando. Y eso te mata

X - Ahora lo que yo no entiendo es si, porque a mí también me produce, me sigue produciendo el mismo rechazo, pero que bueno hay que atenderlas. No las entiendo. Al principio antes de hacer (...) injusticias, no sé si estaba de acuerdo porque no entendía bien o porque estaba de acuerdo con el oxa. Cuando he venido aquí y he visto algunas cosas, lo rechazo totalmente. Y no entiendo ¿por qué toman la decisión?, o ¿qué las lleva a eso?; ¿porque alguien les va pegar un patada?, ¿o un chico más para comer? ¿cuando tienen seis? No entiendo cuál es la causa que las lleva: la conducta social... que están estudiando. Están estudiando y casi hasta del nivel terciario hemos tenido aquí, ¿por qué llegan al embarazo que no desean?. Eso no lo entiendo, y no entiendo tampoco la actitud de que; como que no les está pasando a ellas, como dice él, ponen la cara de póquer, de nada, de nada, cuando vos le estás diciendo que puede morir por esto, se está muriendo... o sea, eso es lo que no entiendo.

E - Todas y todos estarían en las condiciones estas de no comprender qué es lo que...digo porque estamos frente a un número importante, entonces ¿hay una no comprensión como colectiva?

X - Yo creo que nunca hemos comprendido pero a esta altura del partido que estamos tan mecanizados en esto ya ni siquiera nos preguntamos en la razón que tiene la paciente. Ya no nos moviliza tanto el por qué, yo creo que no preguntamos. En definitiva, lo único que buscamos es Decime si te has puesto algo, para el sí o no, para tratar de ayudar, Ponerte un antibiótico para que esto sea más pasajero. No me importa qué razones has tenido, necesitamos ayudarte, si vos nos ayudas, todo esto va a ser mucho más rápido, vamos a hacer las cosas bien. Pero las razones no, hay muchas pacientes que a veces pueden contar algo pero no nos importa ya.

X - Creo que nos lastima menos el preguntarle: ¿Te has hecho algo? ¿sí? ¿no? Bueno, sí o no

X♂ - Claro, ya está

X - Así, nada más, nos lastima menos. Porque sino dicen Me he puesto un alambre de púa y es como decir...no sé, qué se yo un alambre de cobre, un...

X♂- Pero sí te molesta cuando...

X - Cuando esperan 20 semanas, 22 semanas

X♂- 5, 6 meses y vos...¿Por qué has esperado tanto tiempo?

X♂- Feto blanco...sí.

X - Cuando uno saca la cabeza de adentro de la vagina, o la pata del chico...

X - Es re feo cuando uno va a hacer el tacto y toca los miembros, a mí me ha pasado, una primera vez, y me ha impresionado mucho.

X - Yo creo que no se trata de entender o no, porque, creo que la razón de todo es el miedo y la ignorancia, en la mayoría de las pacientes que se hace algo. Que uno no lo comparta, no lo comparte. Que le duela, le duele. Pero de entenderlo, en el fondo yo creo que todos lo entendemos. Una chica de 13 años que se ha puesto un misoprostol porque ha ido a la farmacia y ha preguntado ¿Qué me puedo poner?, y un farmacéutico le ha vendido la pastilla. Eso es miedo y eso es ignorancia. Yo creo, si somos profesionales, creo que todos lo entendemos. Una mujer pobre o no pobre que tiene 6 hijos y que está violentada por el marido, por un montón de cosas que sea, si se ha puesto algo es porque no quiere tener otro hijo y porque... por un montón de cosas que –personalmente quizás no las compartimos- pero sí, yo llego a entender por qué se lo ha hecho, sí. De entender yo creo que todos lo entendemos. Todos tenemos un poquito de... sí se puede entender.

X♂- No, yo no, yo eso no entiendo. Matar a un hijo yo no lo entiendo, nunca lo voy a entender y pueden decir... es mi opinión, yo opino eso.

X - Aparte aquí vemos todos los días casos...

X - Tampoco entendemos el por qué la frialdad, que no sienten nada, o sea a mí me da una impresión...

X - ¡Pero eso es lo que demuestran!

(...) hablan todos

X - Yo creo que a ninguna mujer que se haya hecho un aborto le sea totalmente indiferente. Es más, en los concilios que ha escrito el Vaticano, el Vaticano se opone firmemente al aborto, no solamente por el hecho de que sea un asesinato de un ser indefenso y todo eso, sino por los trastornos psicológicos que tienen el 90 % de las pacientes que se hacen aborto.

X - Si bien ellas decían que a todas les importa, que todas quedan con algún trauma o algo, algunas –por lo menos la impresión aunque no lo demuestran como dicen- es la indiferencia total, de que no ven la hora de irse, de que se las ha legrado y a las dos horas se están yendo cuando uno le dice No, te tienes que quedar porque si te interesa tu salud. No, las legran y se van a la hora, recién recuperan... ¿me entiendes? O sea, para mí es indiferencia. Algunas, no se generaliza. Hay otras pacientes que también vienen llorando, preguntan, ¿Por qué?, ¿qué me ha pasado? Otras que quieren saber y estudiar el material.

X - Pero nadie está en el interior...

X - Yo me pregunto, cómo se explica la actitud de las pacientes que (...) porque hemos tenido muchos casos: 2, 3, 4 abortos; y todos provocados. En el mismo año, o sea dos veces legrada. Y uno se pregunta ¿Por qué no te has cuidado?

X - Eso es ignorancia.

X - Vos estás en el consultorio y ves todos los días. No es solamente por ignorancia, es por falta de recurso. Ustedes lo ven. Un paciente, cuando mandamos a pedir anticonceptivos, no les dan. Hay pacientes que mandamos a ponerse un DIU, y no se lo ponen. Y son de 500 km.

X - No pueden pagar el boleto para venir al Hospital. O sea, o les compran pan a los hijos o vienen al hospital

X - Ese también es un tema aparte, porque...

X - Como lo que decían, hay mucho de ignorancia y otro de No, yo soy una chica rebelde, yo lo voy a hacer, no me importa que me expliquen las consecuencias. Vienen, tienen dos abortos en el lapso de 4 meses, pero si el día que la legran es un sábado a la tarde, el sábado a la noche está pintada con las botas porque Me voy a bailar, y firman la historia y le dicen a la enfermera Me voy al baile, no me importa estar aquí (...) y listo, nos vemos.

X♂ - Es como la anticoncepción de ellos. Es el método anticonceptivo de ellos.

X - Que tiene razón en algún punto, porque si bien hay un Programa de Salud Sexual y Reproductiva que ofrece y es obligatorio ofrecer el método anticonceptivo y la consejería. Hay lugares en los que la paciente demanda esos métodos anticonceptivos y no los tienen. Por ejemplo en las Termas de Río Hondo, se ha llegado a cobrar el DIU, les dicen a las pacientes No vengán porque no hay. No sé si es un problema de abastecimiento...

X - O ponen el obstáculo de Hacete la ecografía primero (...) y pasan seis meses y ya estás embarazada. Eso es un obstáculo...

X - Es una mentira que ellos tienen los anticonceptivos para todas las pacientes en cualquier momento.

X - Eso no es una realidad, el programa no está funcionando como debería funcionar, para nada.

E - Ustedes ven fallas serias del programa...

X - Yo he ido a pedir anticonceptivos al Ministerio para que la Municipalidad en sus dispensarios de las Termas pueda distribuir, y ellos han contestado de que había un solo sector de salud en las Termas de Río Hondo autorizado para poder dar los anticonceptivos, que era el anexo materno- infantil del Hospital Zonal. Cuando voy a preguntarle a un médico de ahí si es verdad lo que dice la agente sanitaria No, aquí no hay ningún anexo materno- infantil. Hablo personalmente con la supuesta encargada de entregar los anticonceptivos, que es una médica, y me dice Yo hace un año, por orden del Ministerio, no soy la encargada porque cada médico en su dispensario es el encargado de estar abastecido. Entonces, aquí me dicen una verdad y la doctora me dice otra, resulta que le creo más a la doctora que lo que me dicen acá. Y entonces van y Por favor me quiero poner el DIU doctora, no quiero tener más hijos. Y entonces ¿Dónde le consigo el DIU, dónde le consigo la pastilla? Una señora que le hemos dado de alta ahora, que le hemos dicho pobrecita Mirá andate porque no te queremos ver. Pobre mujer que la hemos terminado corriendo, pero le hemos mandado a pedir dos cajas de anticonceptivos y me han terminado dando una. La señora vive a 100 km. de no sé dónde, le sale \$10 el boleto en colectivo

X - Una señora que no sabe ni los días de la semana. La señora cuando se le termine la caja no sabemos si va a volver a pedir otra.

X - Va a volver (...)

X♂- Sí bueno, pero también eso no es en general ¿no? Porque ¿cuántas pacientes del barrio Sarmiento tenemos con aborto?.

X - Es que hay de todo. Hay un problema de ignorancia, la parte de recursos, la parte de la rebeldía, o sea.

X - Incluso los que no tienen plata consiguen plata para que les pongan todo.

X♂- Claro, le pagan 200 mangos a la vieja...

X - Hay de todo.

E - ¿Y las mujeres de clase alta cómo lo resuelven?

X♂- No vienen.

X - Van al médico.

X - Se manejan con la parte privada.

X - Pero lo mismo.

X - Y en el mismo número que aquí.

X - Y la total desfachatez de decir Yo estudio Ciencias Económicas y no quiero, no quiero estar embarazada-. Así, porque así lo dicen. Y ¿por qué? Porque estoy estudiando. Y bueno pero estás estudiando ¿No sabías cómo cuidarte? La consecuencia inmediata de tener relaciones sexuales (y eso creo que en la escuela lo enseñan) es quedar embarazada. Entonces cómo asociamos las dos cosas. Y que Me he puesto 4 comprimidos de oxaprost porque no quiero estar embarazada. No lo quiero. O vienen directamente a preguntarte (y me ha pasado) ¿Qué me puedo poner?. ¿Te acordás? Cuántas veces... así, Decime qué me puedo poner...

Estos/as profesionales están en una relación cotidiana con el fenómeno del aborto, y sienten en su mayoría un gran malestar por tener que atender a estas mujeres. Hay voces contrapuestas, pero pareciera que no han traspasado la instancia moral- emocional, para poder comprenderlo desde las diversas perspectivas que abordan los múltiples debates sobre el tema (Faundes y Barzelatto, 2005; Checa, 2006; Carbajal, 2009; entre otros). Luego no se contempla la necesidad de hacer orientación pre- aborto, porque si una mujer expresa la decisión de interrumpir ese embarazo que no desea, la conducta sería evitar que se exponga a una situación de riesgo para su salud o su vida. Y difícilmente si ha llegado a esa decisión, cambie de idea ³⁴.

Existe una técnica para desalojar los restos que han quedado adheridos al útero luego de un aborto incompleto, que

34. En Uruguay desde hace diez años se ha implementado un programa llamado Iniciativas Sanitarias, que ha logrado reducir la muerte materna por aborto a cero. En los servicios públicos se hace una orientación a las mujeres que expresan la decisión de interrumpir su embarazo. Para mas información: www.iniciativas.org.uy

es mucho menos cruenta que el clásico curetaje. La aspiración manual endouterina (AMEU) es una técnica en la que se utiliza una cánula conectada a una bomba de aspiración, y que tiene una baja incidencia de complicaciones. Además no es necesaria la aplicación de anestesia y esto simplifica enormemente la práctica (Ipas, 2010). En el Hospital ha habido capacitaciones para incorporar esta tecnología y se han donado las cánulas necesarias. Sin embargo las cánulas han desaparecido y hay resistencias diversas e imprecisas para la aplicación de la misma (Cuaderno de campo, 2009).

Finalmente cabe destacar otras prácticas crueles que se realizan en la sala de partos y que han sido relatadas por las mujeres en diferentes entrevistas. La dilatación manual que consiste en abrir el cuello del útero con los dedos, luego las maniobras para sacar la placenta cuando ha quedado retenida, en donde se introduce la mano, o hacer un legrado sin anestesia. Todas estas prácticas provocan intenso dolor y en consecuencia un gran sufrimiento, expresión máxima de la violencia física que se ejerce sobre las mujeres. En todos los relatos de las mujeres, el dolor es una constante recurrente, pero parecieran estar más asociado al sufrimiento por el maltrato recibido, que por el dolor mismo.

5. Emergentes de una relación desigual

Se ha evidenciado que las relaciones entre las mujeres usuarias y los/las proveedores/as de un servicio de salud, son desiguales, como también lo son todas las relaciones al interior del Hospital. Se establecen vínculos diversos, pero existe una realidad objetiva de malestar tanto por parte de unas/os y otros/as. Esta relación es el punto de encuentro entre las necesidades de las mujeres y la satisfacción de las mismas por parte de la cara visible del Estado que es el equipo de salud (Climent, 1994). Habiendo analizado en los dos capítulos anteriores algunas categorías que surgen de la perspectiva de las mujeres y de los/as profesionales de la Maternidad, en este capítulo se analizarán emergentes relacionales, en tanto nudos críticos que surgen de las entrevistas realizadas.

La comunicación

En el trabajo cotidiano en salud, se plantea una dialéctica entre la supuesta objetividad dada por el lugar del conocimiento (en su dimensión individual e institucional) y la subjetividad que opera en cada caso (Fernández Moreno, 2002). Para comprender estas relaciones, es necesario conocer los saberes que se constituyen como hegemónicos en un tiempo dado. Es a partir de la validación de estos saberes que se generan prácticas de dominación sobre cuerpos que deben entregarse dóciles a quien es dueño de la sabiduría. Estos/as profesionales, están formados/as bajo un modelo positivista de la ciencia, que enfatiza la objetividad y la separación entre el sujeto que conoce y los objetos que son conocidos y tienden entonces a dirigir autoritariamente la conversación en términos estrictamente clínicos, sin permitir que las mujeres se expresen como ellas lo desean (Castro y Bronfman, 1997). Las interacciones comuni-

cacionales están expresadas a través del lenguaje, verbal y no verbal, en donde el cuerpo habla tanto como las palabras. No es solamente una conversación, sino que incluye gestos, una mano, un pellizcón o una caricia, lo actitudinal, lo dicho y también los silencios. Sin duda una mirada, un contacto visual es el inicio de un diálogo. Existen entonces numerosos mensajes en la comunicación, que provocan sensaciones ya sea de bienestar o de frustración e impotencia por la mutua incompreensión. La comunicación verbal desde los/las profesionales hacia las usuarias es para interrogar o para dar instrucciones prácticas respecto a lo que deben hacer o no.

Se observa una despersonalización en la relación comunicativa, en donde las mujeres rara vez conocen el nombre de quien las atendió y rara vez son llamadas por su nombre. Es una relación anónima, sin nombres. Los y las profesionales que trabajan en la maternidad conservan el anonimato ya que en su gran mayoría no tienen identificación y sólo algunas personas se presentan a las mujeres. El delantal es un signo de distinción, acompañado de otras señales de clase (calzados, cadenas, anillos, peinados). Pero las diferentes profesiones o funciones no se diferencian, hay entonces un grupo de personas que trabajan, que no es posible conocer su nombre o su profesión.

El trato dirigido a las mujeres está cargado de diminutivos que podrían interpretarse como expresiones de cariño, como gordita, mamita, mami, mamá. En Santiago del Estero, este tratamiento es culturalmente frecuente y no solamente en el ámbito familiar. También es habitual el uso de los diminutivos (tomar un matecito o comer un asadito). Pero en el marco institucional entraña una infantilización de la interlocutora, marcando una distancia de poder. El modo excesivamente familiar profundiza el anonimato e interpone con claridad quien tiene la autoridad. Este trato no es recíproco y ninguna usuaria se referiría a un/a profesional como papi o mami.

Otra manera generalizada de denominar a las mujeres es como pacientes, *la paciente de la cama 35*, o *la paciente que está en la sala de partos*. También nombrándolas por su patología, *la que espera una cesárea*, o *la hipertensa*. Sin embar-

go, también hay esfuerzos para revertir la falta de nominación. Como ya se ha dicho, el referirse a las mujeres como pacientes, necesariamente refuerza el lugar de personas obedientes y pasivas. En esta relación se interpone una distancia comunicacional reforzada por el nivel educativo.

- Hay distancia no?
- Para mí hay mucha distancia
- Para mí es un problema sociocultural,
- Hasta pensamos que es coeficiente mental porque es mucho, pasa mucho
- Para mí es un problema sociocultural de la clase que viene a este hospital, convengamos que la mayoría es analfabeto
- Hay mucha diferencia en el interrogatorio de una paciente analfabeta de una que tiene un primario completo, el trato, la evolución del paciente, la analfabeta no colabora, no habla, es sumisa generalmente (Grupo focal residentes de medicina).

El consentimiento informado además de ser un resguardo legal, tiene el objetivo ético de que las personas dispongan de la información completa respecto de aquello que se le va a hacer, las decisiones que están en juego, los riesgos que corren. Éste pasa a ser un formulario, en donde simplemente se pone la firma.

- Yo creo que no se respeta ningún derecho porque en el mismo equipo de salud se instaure ese poder de que no te voy a dar otra elección. Es ésta y ésta. No se le informa del procedimiento que se le va a realizar, no se informa del tratamiento. Tenemos un consentimiento informado en la primera hoja y yo por lo que entiendo nadie le explica a la paciente para qué. Simplemente firme si sabe hacer el garabato y si escribe ponga su nombre.
- Si sabe leer que lo lea, pobrecita (Grupo focal residentes obstetricia).

Los/las prestadores esperan que las mujeres los obedezcan y hagan lo debido, que se porten bien, y la desobediencia

o el descontrol les genera impotencia y respuestas violentas que van desde un zamarreo, una cachetada o un grito.

- A mí hay veces que me dan ganas sinceramente de zamarrearlas
- ¿Pegarles?
- No sé si una cachetada pero sí decirle Por favor te estamos pidiendo que hagas tal cosa y lo haces pasar al marido y te dice No, pero a mí me han dicho que hay que operarla, ¡uy! Peor, la paciente te queda mirando (Grupo focal residentes medicina).

En ocasiones hay varios emisores de mensajes, pero también varios receptores que enrarecen la comunicación. Pero sin lugar a dudas son las distancias sociales y étnicas las que generan mayor incompreensión.

- Pero a veces hemos tenido que dibujar, lo que he dicho ¿entiendes? ¿No?, hojita- dibujo, ¿entiendes? Si. Se va y viene otro familiar, Si porque a mi hermano le dijo que la iba a operar, No, no la vamos a operar si le hemos hecho un dibujo, Si pero él ha entendido que la iba a operar, es como un teléfono descompuesto, se pasa de boca en boca.
- No, no llega la información
- Con la información pasa que nosotros creemos que estamos haciendo las cosas bien informamos todo y a la media hora viene otro familiar directo y dice, No mire vengo a preguntar porque el que recibió la información del paciente no entendió nada. Entonces ahí empieza el problema de comunicación (Grupo focal residentes de medicina).

Se expresa la idea de que las trayectorias educativas de las mujeres, pudieran ser las responsables de un *coeficiente mental* disminuido. Mientras algunos/as compañeros/as entienden esta distancia como un problema social y cultural, este otro caso, lo señala como un hecho en donde la pobreza dejaría un daño a la capacidad de razonamiento.

Otro canal de comunicación no formal lo constituye el personal de guardia que se encuentra en la entrada al servicio,

que controla el paso y cumple la función de ser el emisario de las novedades entre los/las familiares que están en la puerta y las mujeres que están internadas. Como los guardias pueden entrar sin restricciones a las salas de internación o parto, responden a las necesidades de los/las familiares de tener novedades. Entran a las salas y preguntan por tal o cual señora... ¿ya tuvo? y ellas están allí desnudas, con las piernas abiertas. Y vuelven hasta la puerta y le avisan al familiar las novedades y alcanzan luego la ropita del bebé que le trae la prima o la hermana. Hay relatos en donde el guardia le anunció a una abuela que el bebé había muerto y a una mujer que tenía su hijo internado en la neonatología, que el mismo había muerto (cuaderno de campo 2008 y 2009). Informaciones que deberían ser transmitidas por los/las profesionales, irresponsablemente quedan a cargo de personal de guardia.

E - ¿No dan información?

Z - No dan información, así que si la paciente está adentro, el familiar esta ahí afuera, ahí tienen que estar hasta que los médicos se retiran, porque después que los médicos se van, recién puede pasar (Zulema).

A – No, no la han dejado entrar. Y si no va un familiar y pregunta y está toda la hora ahí en la puerta, nadie te viene a decir ni si ha nacido vivo, ni si ha nacido. Tiene que estar toda la hora golpeando la puerta para que te vayan a informar (Antonia).

Nuevamente la mujer como un objeto. Ni siquiera es necesario contestar a sus preguntas. Ella es un cuerpo que está siendo estudiado, analizado, sometido a la tecnología, pero sus necesidades, inquietudes, no merecen atención. Esta es una forma de violencia que se expresa con el silencio.

Una médica estaba haciendo una ecografía y la mujer curiosa le pregunta: ¿Cómo está mi bebé? ¿Qué es? ¿Varón o mujer? Y la médica no le contestó una sola palabra, nada (Cuaderno de campo, 2009).

- Es que lo que pasa es que hablan entre ellos, y es

una sala en donde está el médico, está la paciente, entonces se habla todo y la paciente está ahí. Y muchas veces no se dan cuenta de que está la paciente, y la paciente escucha, mira, ve. Entonces sabe lo que estás hablando, qué gestos haces, qué movimientos haces (Grupo focal residentes obstetricia).

En la escena de la revista de sala, un grupo jerarquizado por el saber, habla de las mujeres en términos de casos. El diálogo con ellas es lo mínimo e indispensable, hay indiferencia ante las preocupaciones y la falta de respuestas es parte de la dinámica de la comunicación, explayándose solamente en la conversación entre pares. Los espacios y la información restringida para la familia son característicos de esta relación comunicacional.

El acompañamiento

En el capítulo 3, se presentaron las experiencias de soledad que vivencian las mujeres, aquí se retoma el tema del acompañamiento, analizando las voces de ambas partes. El ingreso del familiar a la sala de parto, es un derecho reconocido en la ley N° 25.929 (ver anexo), y no se cumple en la mayoría de los casos. Las justificaciones tienen que ver con la falta de espacio físico por problemas de infraestructura, por la molestia de sentirse observados mientras trabajan, por su propia comodidad, porque los familiares pueden *contaminar* un ambiente que debe ser libre de gérmenes, o simplemente porque están en un hospital público y este último es un argumento definitivo e inapelable.

- Yo te doy un ejemplo a mí no me gusta que haya 4 o 5 personas mirándome (Grupo focal residentes de medicina).

- Ellas tienen derecho a que esté alguien acompañándolas pero no se puede aquí... este es un hospital público (Grupo focal residentes de medicina).

- Depende de cada jefe de guardia, si la paciente nos dice que quiere que el familiar entre a presenciar el parto depende del jefe de guardia o del residente de tercer año (Grupo focal residentes de medicina).

- Para mí va más por el tema que nosotros trabajemos cómodos, porque como decíamos no puede haber 5 médicos, 5 residentes, 5 familiares. No se puede trabajar y por el respeto a las otras pacientes que algunas están en bombacha o sin bombacha porque ya no conviene ponerle la bombacha o van al baño, las pacientes están prácticamente desnudas o en camisión y no puede entrar un marido o... (Grupo focal residentes de medicina).

- Pero no podemos ofrecerle a la paciente el acompañamiento en el trabajo de parto, no podemos. Lamentablemente no podemos. Muchas veces se dice ¿Quieres que pase alguien? O si ella nos dice ¿Puede pasar mi mami o mi hermana? Ahí la dejamos. O cuando la paciente ya ha tenido su bebé y está higienizada y está en un box esperando que la revisen, en los 40 minutos de posparto dejamos pasar a un familiar que lo vea al bebé tranquilo (Grupo focal residentes de medicina).

- Lo que pasa es que también viene ¿Puedo pasar? Sí, 4 con bolso, mate, termo, pollo, la gallina se sientan y este es un lugar supuestamente estéril, ¿entiendes?, son cuatro boxes, donde puede venir una urgencia y están en el medio pasa la camilla empujándolos, o sea ediliciamente estamos incómodos para los pacientes (Grupo focal residentes de medicina).

Es verdad que el espacio físico de la sala de partos es limitado, sin embargo puede haber hasta 10 o 12 personas, y se prioriza a estudiantes antes que aquella persona que la mujer haya elegido como compañía.

Como ya se ha dicho, la soledad es una condición facilitadora de sentimientos de miedo y posibilita el ejercicio de la violencia. Las mujeres desean estar acompañadas y lo demandan. Otras desconocen el derecho, pero lo desean y algu-

nas prefieren estar solas. La pregunta es sencilla, ¿desea estar acompañada?.

- No, no... me han dicho que no, que no puede entrar nadie, que no puede estar nadie en la sala de parto (Antonia).

- ...yo he pedido pero no, no han dejado entrar, que no se puede y no se puede (Roxi).

- ...y siempre No señora quédese ahí afuera. Y pasa uno solo y a veces es como que uno siente impotencia o siempre como que necesita de alguien que uno conozca, yo pienso así, al lado de uno (Grupo focal mujeres usuarias).

- ...por lo menos alguien de confianza, nuestra familia por ejemplo que tenga acceso a poder pasar cuando estamos en el parto porque muchas veces estamos con un montón de personas a nuestro alrededor..., no digo que pase el padre, la madre como pasan en las películas, o esté el marido y toda la familia alrededor, pero por lo menos que pase la persona que nos lleva a nosotras por ejemplo siempre está mi mamá, mi mamá también tiene a veces el deseo de compartir y estar, y a mí me hubiera gustado que mi mami esté o vea algunos de mis partos. Ahí hay tantas personas que no conozco y me han visto toda en la intimidad, ella que me ha criado, ella no me va a poder ver, sería una experiencia emocionante para mi mamá, hubiera sido de que yo tenga alguno de mis hijos y que esté en mi parto. Mi marido no. Porque es como que ellos mientras menos vean mejor... no son los maridos como en las películas, Pablo Echarry, algún otro, no nada que ver, no ellos no quieren saber nada. Siempre es la madre la que anda detrás de una (Grupo focal usuarias).

Hay profesionales que expresan que la presencia de una persona de confianza de la mujer, le da tranquilidad incluso a la hora de que se presente una complicación. El/la familiar queda como un/a testigo/a de que la atención brindada ha

sido la correcta (Cuaderno de campo, 2008). De esta manera sostienen que el acompañamiento opera como una suerte de reaseguro del trabajo realizado.

La compañía, que es tan importante en el momento del parto, se hace imprescindible luego de él. Sobre todo cuando las mujeres están con el bebé y aún no se recuperan del esfuerzo realizado o de la operación cesárea. Las necesidades no satisfechas, las demandas no escuchadas, generan mucho malestar. Pero allí tampoco les permiten el ingreso de un familiar.

- Alguien cercano a vos tiene que estar para ayudarte, para acompañarte en ese momento... sin embargo a mi marido no lo dejaban pasar a la habitación no le han permitido pasar a él, le han dicho que no. Desde que a mí me sacan de quirófano, desde el momento que estaba en la sala de parto hasta el otro día, no le he visto a él. Él no ha estado con nosotros, no le han permitido pasar (Valeria).

- No, no pero en trabajo de parto cuando hay una paciente es imposible que quede y eso está instaurado, desde el personal de mucama que no pueden ver personas que no sean el personal. La embarazada y nadie más. Lo primero que hacen es correrlo, sin preguntar, desde la mucama, empiezan a correr y el pretexto que ponemos todos es que es un Hospital Público que no hay capacidad, que no puede pasar el marido porque a lo mejor hay otra mujer que se le está por hacer X motivo (Grupo focal obstétricas).

El uso del espacio y el tiempo como prácticas de dominación

Pierre Bourdieu (2000), plantea que el orden social opera como una inmensa máquina simbólica que se apoya en la división sexual del trabajo, en la estructura del espacio y en la estructura del tiempo. Las instituciones replican este orden social y como ya se ha mencionado la estructura jerárquica del

hospital, se construye sobre una base bien amplia y femenina para la organización del trabajo. El uso del espacio y del tiempo son estrategias de discriminación y dominación dirigidas hacia quienes, como en este caso, están en condición de usuarias. Las reglas respecto al uso de los espacios se vivencia por las mujeres y sus familias como una expresión de la violencia. Ya se describió cómo el ingreso y el egreso al servicio es restringido, con una guardia de seguridad que regula los movimientos. Cuando la mujer llega al servicio queda sola y no se le permite estar acompañada por un familiar. Una vez que ingresa no tiene libertad para irse.

El disciplinamiento a través del uso del tiempo, es una estrategia de dominación que encuentra sus correlatos en muchas instituciones y situaciones. Quien detenta el poder, puede hacer esperar, quien se encuentra subordinado, debe tener la paciencia de la espera. Las largas esperas acompañadas de la soledad y el miedo, generan angustia y sensación de desolación y no se producen necesariamente por la escasez de personal o por sobrecarga de la demanda. Las mujeres para acceder a una consulta médica, llegan al Hospital a la madrugada para sacar turno, aguardan 4 horas hasta que las atiendan y luego las reciben en una consulta que no se extiende más que unos pocos minutos. Y si no llega temprano, se queda sin atención y quizás viene del interior. El hecho de que la demanda no pueda ser satisfecha, no es por escasez de personal, sino porque los/las médicos/as de planta dedican al hospital un tiempo escaso y marcan un límite de turnos para atender, porque deben salir a trabajar en el sector privado. Usan a lo público y cuidan lo privado.

Durante el embarazo se les pide a las mujeres, que se hagan estudios complementarios, y para hacer un análisis clínico le entregan un turno con un mes de anticipación y si llegan cinco minutos tarde ya no les quieren sacar la muestra de sangre. Para hacerse un Papanicolau, los turnos se entregan con tres meses de anticipación y luego demoran 20 días o más para entregar el resultado. Y en ocasiones nunca se encuentran con el resultado.

Y para el caso de las mujeres que llegan con aborto en cur-

so, las esperas son parte del castigo aplicado, la sanción.

- ...que las mujeres esperen media hora al anestesista con las piernas abiertas por ejemplo, eso es violencia (Grupo focal residentes obstetricia).

- Por ahí es algo que lo provocamos nosotros mismos, no personalmente sino institucionalmente. Las mujeres que entran al hospital y llegan aquí, que esperan en la puerta, que no tienen un lugar donde estar y que tienen que esperar, siempre hay demoras para que las atiendan y los residentes no dan más y el jefe de guardia que se levantan a las 5 de la mañana para atenderlas y la paciente sigue esperando, y van y no tienen un baño donde estar y vienen aquí y las enfermeras están tomando mate y nadie les hace caso, en fin... (Grupo focal residentes medicina).

Hay en este aspecto una visualización por parte de los/las profesionales, de que las esperas en contexto de sufrimiento, son violencia.

Siguiendo con el análisis del tiempo como dimensión del ejercicio de la violencia, en el proceso del parto, los ritmos no siempre son respetados y las mujeres son sometidas a intervenciones, que medicalizan el nacimiento para apurarlo y así evitar las esperas del personal. Esto es más evidente en el sector privado, en donde los/las médicos/as no dudan en hacer una cirugía cesárea, para que se produzca el nacimiento de manera rápida y así les permite organizar sus tiempos. Además del beneficio económico que guía la decisión. En ocasiones son las mismas mujeres que por impaciencia, dolor o miedo al dolor piden que se haga el parto o que las operen para sacar el bebé.

R - Y bueno hasta que me han atendido eran doce y media (de la noche), una menos cuarto, y bueno, ahí hasta que me han hecho los papeles era la una. Yo no tenía contracciones todavía, he llegado con siete y medio de dilatación sin dolores, y bueno, después la partera me ha puesto suero y me ha apurado... y

bueno después que me han puesto el suero, he empezado a tener fuertes dolores.

E - La partera te ha explicado para qué te ponía el suero?

R - ¡Sí! Para que dilate más rápido, y bueno eran como las dos cuando me han llevado a la sala de parto y ahí he estado para que nazca el bebé (Roxi).

No todos los tiempos tienen la misma valoración. El ritmo que el tiempo tiene, depende de la percepción subjetiva de las personas y de acuerdo a cada situación. Para cada uno/a tiene una duración diferente. Por ejemplo, la espera cuando está en juego la resolución de una hemorragia, como es el caso de las mujeres en proceso de aborto, la ansiedad las acompaña porque temen por su vida. Para una mujer con dolor, la espera puede subjetivamente percibirse como eterna. Las esperas no son todas iguales, y es entonces donde se observa que el manejo del tiempo, refuerza el ejercicio de la violencia (Vacani³⁵, 2008).

El personal de la guardia está 24 horas en el hospital y a medida que avanza la jornada están más cansados/as y su capacidad de trabajo disminuye. Entonces los/las residentes defienden su tiempo de descanso, que lo merecen. Si están en primer año no tienen derecho a dormir y el mismo se va conquistando con la antigüedad.

- Yo lo que les pido, abran la cabeza no sé, porque esos casos que yo te digo por ahí es del que más ha comido, más ha dormido, es feo primer año, te pasas toda la semana sin dormir, te putea el de segundo, el de tercero, el jefe, la jefa de residencia y todos los que vienen a la mañana siguiente... (Grupo focal residentes medicina).

De todas maneras el/la profesional médico siempre parece estar urgido, no tienen tiempo, no pueden sentarse a con-

35. Pablo Vacani analiza el caso de la percepción subjetiva de los tiempos de espera diferenciándolos entre los detenidos que aguardan la realización del juicio y los de aquellos que ya han sido condenados.

versar, no pueden ser ellos/ellas quienes esperan.

Otro aspecto a destacar, en relación a la falta de consideración del tiempo de la familia, está en el hecho de que la hora para informar sobre el estado de la mujer internada es entre las 10.30 y las 11 de la mañana y el horario de visita es entre las 14 y las 16 hs, mediando entre una y otra, tres horas muertas en la puerta del servicio. Fuera de ese horario, no pueden pasar. Pero si una señora tuvo familia a las 16 hs, hasta el día siguiente, casi 24 horas después, la familia no la puede ver, no la puede ayudar, ni conocer a el/la bebé.

Las estrategias de resistencia

En las relaciones de dominación establecidas entre los/las agentes de la institución y las mujeres, ya sea por prudencia, por miedo o para lograr los cuidados que precisan, ellas presentan un comportamiento de acuerdo a las expectativas que consideran que se espera de sí. *Cuanto más amenazante es el poder, más gruesa será la máscara* (Scott, 2004:26). Si bien el dominador no controla totalmente la escena, por lo general logra imponer sus deseos. Y el/la dominado/a actúa de manera de hacer lo que se espera que haga (Scott, 2004). Es así que el silencio, la obediencia y la aceptación resignada es la respuesta habitual de las mujeres frente a aquello que no entienden, les desagrada o que configura un acto de violencia.

- No... yo no les contestaba nada, lo único que "me las tragaba" para no ser atrevida, me mantenía ahí nomás... pero me han tenido como cuatro horas haciéndome esperar a que me atienda la doctora... (Susy).

- ¿Has intentado pedir explicaciones vos?

- No, porque por más que pida, ellos no te dan explicaciones (Grupo focal usuarias).

En estas relaciones de poder, las subordinadas desarrollan estrategias que les permiten acomodarse a las situaciones de desventaja en que se encuentran, para no provocar o desagra-

dar a quien ejerce el poder y así acceder a la satisfacción de una necesidad. Todo esto en el marco de una conducta pública que refleje respeto y lealtad (Scott, 2004). Ante una situación de *rendir cuentas*, respecto a su comportamiento de cuidado de la salud, las mujeres eligen el ocultamiento o la mentira, para no exponerse a la culpabilización.

Existe la alternativa de la confrontación a una afrenta, pero por lo general no son los modos elegidos y cuando se utilizan, la respuesta puede ser de mayor violencia.

- Yo le contestaba Usted es una atrevida, usted será médica pero es una güasa y me contesta ¡Callate que te voy a dejar tirada aquí y no te voy a operar! (Silvia).

Como ellas centran su atención sobre todo en su hijo/a y en su salud, la elección por lo general es soportar silenciosamente.

Las mujeres que se encuentran internadas, al estar solas y aisladas no les resulta fácil tejer alianzas estratégicas con personas que no conocen. Difícilmente puedan constituir un grupo, que organice una demanda porque la permanencia en el Hospital es breve y transcurre con el tiempo repartido en diferentes espacios. Por eso para algunas, el primer recurso para obtener algunos beneficios está en la búsqueda del capital social disponible, recurriendo a los contactos que pudieran tener dentro de la institución. Una prima, una vecina, una amiga de una amiga es una estrategia para contar con algún apoyo que facilite las cosas y que la persona deje de ser una más y acceda a una recomendación, que les permita un cierto *acomodo* que mejore la atención recibida.

- Me han hecho análisis, me han hecho todo, pero no, no sabían de qué era de lo que me faltaba el aire a mí, cuando ha venido mi prima que trabaja en el Regional ha subido a verme y ha encontrao que yo estaba así, así me temblaba todo y ha entrao y me dice ¿Qué te pasa? No sé, me falta el aire le digo, no doy más. Y ella me dice Ya vengo. Y se ha ido y lo ha traído al cardiólogo y cuando ha venido el cardiólogo, me ha revisao y me ha dicho que tenía una alteración

cardíaca y de ahí me han llevao recién a hacerme una radiografía...(Zulema).

- Mi mamá ha hablado porque tenía una conocida en la entrada, sino no los iban a dejar pasar tampoco. Y bueno hasta que ha quedado mi mamá, ella ha sido la única (Valeria).

- ...la enfermera me ha atendido bien porque mi hermana es amiga de algunas de las enfermeras... (Mirta).

Existe la solidaridad entre las mujeres internadas y es más visible en la sala de puérperas, donde la atención se relaja y se expresa con desatención. Las mujeres se acompañan entre sí, durante la internación. Las que tienen experiencia explican a las más jóvenes, las que tuvieron parto vaginal ayudan a las que les hicieron una cesárea.

- ... hablar entre compañeras, ponele si vos estás sola, nadie te va a ver, hacete amiga de la que está a la par, conversá siempre hacete amiga de las demás para no sentirte sola, yo tengo entendido, así había una chica del campo que estaba sola, y en donde yo estaba había cinco chicas, y bueno la chica estaba sola y el chiquito estaba en neo y ella estaba sola y estaba triste porque el chiquito se le moría y al último el chiquito se le ha fallecido a ella y mi mami se ha hecho amiga de ella, ella tenía un apoyo así con mi mami, ella tenía ganas de estar ahí en el hospital... (Grupo focal mujeres usuarias).

Hay otras expresiones de la solidaridad que es externa al hospital. Cuando una vecina tiene su salud en riesgo y es pobre, las vecinas se organizan para hacer beneficios y colaborar con la economía que se ve afectada por las circunstancias. O una vecina la ayuda con el cuidado de sus hijos/as mientras la otra permanece en el hospital.

- ...entonces yo me iba y me instalaba en el hospital y una se instalaba en mi casa a cuidar a los chicos, más

sus chicos, su marido, todo, se instalaba en mi casa y bueno y de allá hasta que yo vuelva (Grupo focal mujeres usuarias).

Como la salida del servicio no es libre, para irse las mujeres deben obtener el alta para ella y su niño/a. Las alternativas que tienen son el alta médica (con la firma de un/a profesional que acredita el estado de salud) o el alta voluntaria en donde ellas asumen la responsabilidad de haberse retirado, aún sin consentimiento médico. Las altas voluntarias – que son muy numerosas- son una expresión más de la resistencia y la más clara rebelión a las normas institucionales que rigen el proceso de internación. Las razones que explican esta decisión son variadas, algunas refieren a cuestiones institucionales como el estado de los baños, la falta de atención en la sala de puérperas, la mala atención, la experiencia de maltrato vivida, la imposibilidad de estar acompañada por su familia, la comida desagradable, las condiciones de infraestructura hospitalaria o el temor a que les roben su bebé.

- Y porque veía que en la mesita de luz había cucarachas, las hormigas en la cama y no quería estar, y me he retirado, y bueno como a mi hermana al chiquito de ella le ha entrado un bichito en el oído por eso yo tenía miedo. Por eso me he retirado, he firmado el libro y me he retirado a mi casa (Grupo focal usuarias).

D -...pero los doctores después no te revisaban después que tenías. No te revisaban. Ni a mí, ni al bebé. Yo la he tenido un viernes a ella y me he venido un sábado a la mañana y a mí el doctor no me ha revisado.

E - ¿Te dan el alta?

D - No, el sábado yo me había ido sola porque tenía que esperar hasta el lunes, y como el viernes no me había ido a ver ningún doctor, no he esperado más y me he venio.

E - ¿Te han dicho algo, te han explicado cómo es que te ibas así?

D - No, me han hecho que firme la planilla, que m'í retirado por mi propia voluntad con mi bebé, eso ha

sido todo lo que me han hecho nada más... (Daniela).

Además están las razones vinculadas a las necesidades de la familia, sus responsabilidades doméstico- reproductivas. Si una mujer tiene su hijo/a un día viernes, lo más probable que hasta el lunes ningún profesional firme el alta. Es así que los fines de semana son los días que más altas voluntarias se firman.

- Yo ese día domingo me voy porque tenía los más chicos. Yo ya a la tarde pido el alta y me vengo, firmo el alta (Susy).

Cuando se ha cometido un acto que podría configurar un delito que habilite a la intervención de la justicia, entre las mujeres que entrevistamos hay dos casos diferentes que argumentan una justificación para no hacer efectiva la radicación de la denuncia. Una por no perjudicar a quien comete el delito y la otra por temor a que luego de la denuncia se tomen represalias con un familiar que trabaja en el Hospital.

- Y bueno, ahí también varias han denunciao, porque a mí también me decían que denuncie, que denuncie, porque como me ha pasao a mí, le podía pasar a otras mujeres también, pero no, no he aceptado porque mi prima que trabaja ahí, pensando que la pueden dejar sin trabajo por una cosa así, así que yo no he aceptado por eso (Zulema).

E - ¿Por qué no la has querido denunciar?

M - No sé de lástima, la iban a correr del puesto lo que ella me ha dicho. Y la doctora que me ha atendido en la guardia se ha enojado con ella, a todos los pacientes que manda para acá los hace asustar, dice que el chico ya está muerto... (Marta).

De esta manera no suelen reclamar sus derechos ni iniciar acciones judiciales cuando fueron víctimas de alguna situación que les ha generado un perjuicio. Los argumentos que las justifican, se fundamentan mas en consideraciones a las otras

personas que pensando en ellas mismas, para evitarle el daño a la persona que deben denunciar o por una tercera persona que suponen que podría verse perjudicada.

Diferentes paradigmas de atención

En este espacio institucional que hemos descrito y analizado de modo exhaustivo, conviven diferentes modelos de atención y existe una pugna de paradigmas. Lo biomédico y tecnocrático se confronta con un modelo más humanista basado en derechos. En general este último, está representado por jóvenes recientemente egresadas/os de la carrera de obstetricia o enfermería. El grupo de médicos/as (aún cuando jóvenes recién egresados) no es homogéneo y se han observado posturas reaccionarias ante los cambios.

Las Escuelas de Medicina de Córdoba y Tucumán han modificado su plan de estudios en la última década, incorporando en la currícula materias vinculadas a la atención primaria de la salud y los determinantes sociales en su relación con los procesos de salud- enfermedad- atención. Cuando el/la estudiante egresa de la carrera y se incorpora a las instituciones para hacer sus prácticas, se debaten entre la fuerza del modelo médico establecido socialmente y lo aprendido en la Universidad. Finalmente pareciera prevalecer una reproducción de las prácticas que se despliegan en el medio (Cuaderno de campo, conversación con el decano de la Facultad de Medicina de Tucumán, 2002).

- Porque además apago las luces y cierro la puerta y si puedo pongo música, pero resulta que ahora me han robado el CD... (Grupo focal obstétricas explicando cómo construye el ambiente en la sala de partos).

- Incluso hay miradas como diciendo Qué ridiculez que estás haciendo, por tratarla bien a una mujer o porque estás acompañando, o porque quieres hacer el parto en cuclillas. O sea hay miradas y sonrisas como de burlas (Grupo focal residentes obstétricas).

- Me ha tocado un caso de una paciente que ya venía ella de su casa con violencia familiar: el marido la había pegado. Y ella llega a la guardia llorando y todo, y la revisamos con el residente médico. Y el residente médico, encima que ella venía maltratada, él también la maltrataba. Y entonces ahí se ha armado una disputa entre nosotros dos porque... ¿Cómo él la va a tratar así? Si ella viene llorando y viene a pedir ayuda, nosotros aquí no la podemos maltratar. Y él ¡No! ¡Vete denunciá, llamá a la policía! ¡Cómo vas a venir aquí!? Pero agrediendo a la paciente. Entonces ahí se armó una pelea digamos, entre nosotros los profesionales porque yo estaba tratando de ayudarla a esa mujer, que venía ya padeciendo violencia en su casa y aquí otra vez... (Grupo focal residentes obstétricas).

X - Los lunes todos los partos con episiotomía.

X - Los lunes era así, pero yo ahora que estoy fija los lunes, ni entra a mis partos pero sabe que...

E - ...que vos no vas a hacer episiotomía.

X - Sí. Yo no hago. Porque una vez nos obligaba a cortar y le digo Listo, corto, pero mañana al fondo con la jefa de servicio, porque yo soy residente, estoy en formación. Y el residente nos ha dicho Evalúen periné porque sino nunca van a aprender a hacer parto sin episio.

X - Como sería Cortá, No cortes, Cortá...

X - O el Acostala a la paciente. Y todas las guardias lo mismo (Grupo focal residentes obstétricas).

Los/as médicos/as plantean la necesidad de sostener con las mujeres una distancia operativa de manera de no involucrarse y que eso luego afecte sus decisiones y sus emociones.

- Yo no me puedo involucrar con la paciente como te involucras, porque vos de última no decides nada, y si yo me siento a conversar con la paciente como vos haces mientras la controlas o le refriegas la cintura –me dice-, y si la tengo que pasar a operar y me lo convulsiona en quirófano, o me hace un paro cardiorrespiratorio, me pongo a llorar entonces. Yo no

puedo ser subjetivo como ustedes. Las obstétricas son subjetivas porque ustedes no solucionan nada (Grupo focal residentes obstetricia, relatando una conversación con un médico).

Esta pugna de paradigmas es generadora de debates, interpela, cuestiona y eso es en sí mismo motor de transformaciones entre lo instituido y lo instituyente.

6. Cuerpos enajenados

Las relaciones de poder- dominación- subalternización son complejas. Es en el cuerpo de las mujeres comprendido como un territorio donde ellas deberían ejercer su soberanía, sin embargo es allí donde los diferentes poderes políticos, religiosos, institucionales, han operado –y operan- buscando mantenerlas bajo control y se percibe como amenaza, la sola idea de que pudieran ejercer su derecho a la libertad. Rita Segato (2003:140) plantea que *Es en el cuerpo femenino y en su control por parte de la comunidad que los grupos étnicos inscriben su marca de cohesión*. Señala así una relación directamente proporcional entre la subordinación femenina y la cohesión y fuerza del grupo. De esta manera la libertad de las mujeres, para el sistema tradicional basado en el estatus, representa una amenaza al varón y al grupo. Esto explica o al menos suscita interrogantes sobre las motivaciones de siglos de control y vigilancia por parte del orden patriarcal a las mujeres, su sexualidad y su potencial reproducción. En este capítulo se analizan algunos dispositivos de estos mecanismos de control que el patriarcado en general y la medicina en particular, ejerce sobre las mujeres y sus cuerpos.

El cuerpo de las mujeres: misterioso, profundo y ajeno

Los dispositivos de control y dominación del cuerpo femenino por parte del patriarcado, son variados y se sustentan en cuestiones religiosas, en políticas demográficas, en una moral social victoriana, expresados en mitos y tabúes e instalados en el imaginario colectivo. Dispositivos materiales y simbólicos que se han focalizado en el mismo objetivo: la subordinación de las mujeres, sostener su pasividad, la reclusión en el ho-

gar, la maternidad como destino (alentada en ocasiones por políticas sociales), y éstas son sólo algunas de las formas que adquieren.

Uno de los mecanismos de control más decididos es el aplicado a la sexualidad. Éste es un campo de poder -al igual que el género-, donde entran en juego estrategias de dominación y subordinación, controles y conquistas, amores y desamores, usos y abusos. La relación que establecen las personas entre sí, está marcada medularmente por la sexualidad. Es en este campo que la autoestima es el capital fundante de las reglas del juego para lo relacional, en donde el erotismo y el deseo se entrelazan como aspectos centrales. Es así que la posición de subordinación -culturalmente construida- de las mujeres y su autoestima dañada, impregnan los vínculos establecidos. Y es este un campo donde con mayor claridad se expresa el interés por controlar a las mujeres y es posible que la incerteza de la paternidad refuerce los mecanismos para asegurar al varón que la prole le pertenece.

En algunas comunidades del fundamentalismo islámico africano, las mujeres son sometidas aún hoy a la ablación material del clítoris, siendo ésta seguramente la expresión de máxima crudeza a la que ha llegado el patriarcado en sus estrategias de control. Pero en estas latitudes, la ablación del clítoris es simbólica y se expresa de maneras más o menos sutiles. A lo largo de su historia, la ciencia ha trabajado denodadamente para explicar la inferioridad femenina a través de justificativos biológicos como el tamaño del cerebro, o justificativos psicológicos como la tendencia al histerismo o al masoquismo. El clítoris se comprende en tanto pene atrofiado, -las mujeres imperfectas, frente a la perfección masculina- y durante nuestro proceso evolutivo, reconocemos la diferencia basándonos en la envidia de aquello que carecemos. El clítoris como sitio central de despliegue del placer femenino, es denostado. Sigmund Freud plantea que el orgasmo clitoriano es imperfecto e inmaduro, que las mujeres deben acceder al orgasmo perfecto que es el alcanzado sólo por la penetración vaginal. De maneras sutiles (o no tanto) la ciencia patriarcal ha mutilado simbólicamente nuestro cuerpo y regula nuestro placer.

Las prácticas sexuales transitan simbólicamente por espacios secretos, quedando más allá de la clásica división dicotómica de lo público y privado. La sexualidad trasciende lo privado, es aquello de lo cual no se habla, no se nombra en la vida cotidiana de las familias en las sociedades tradicionales. Y el silencio es también una manera de hablar. Paradójicamente aún cuando se la reserve a este espacio silenciado, la sexualidad está presente en la cultura, la política, la economía, como cualquier otro componente de género. Y si bien el tabú sobre el sexo y la sexualidad rige para todas las personas, hay diferentes maneras de vivirlos. Una primera diferencia está dada por la constitución anatómica y su asignación simbólica.

Los genitales masculinos, se encuentran visibles y dada esta visibilidad, no hay misterios. Los varones comparten su desnudez y el baño, lucen sus genitales y compiten entre ellos, aprenden sobre la masturbación y las prácticas sexuales en iniciaciones compartidas³⁶. En cambio las características anatómicas de las mujeres, ocultan los genitales. Para hacer una autoexploración de estas zonas misteriosas son necesarias posiciones insólitas, o la ayuda de un espejo. Para las mujeres la masturbación está censurada con más fuerza que para los varones. Además la fisiología femenina, con ciclos menstruales de por medio, es más difícil de comprender. El cuerpo femenino y sus ciclos se presenta negado para las propias mujeres. La fuerza de la tradición religiosa y su idea de lo sexual ha calado en matrices medulares de nuestra cultura. Las mujeres tienen cuerpos sin órganos y tienen que hacer un proceso de conquista de su propio cuerpo (Deleuze, citado por Maffía, 2003:17).

A su vez este cuerpo, recibe el mandato de ser para otros. En el caso de la concepción, embarazo y crianza, está para dar vida y nutrir a otros/as y en torno al erotismo para dar placer (Lagarde, 2003). Esta idea refuerza la enajenación. Es un cuerpo propiedad del marido, ocupado por el/la hijo/a, ofrecido a

36. La concurrencia al prostíbulo para la iniciación sexual a veces es grupal (Chejter, 2011) y en ocasiones el sexo es una actividad gregaria para los varones. Rita Segato plantea que para el varón el acto de la violación, contiene un mensaje dirigido al colectivo masculino donde demuestra su masculinidad y sus potencias. (Segato, 2003).

la iglesia o al cliente en el caso de las prostitutas, pero no de la misma mujer. Un cuerpo que es capaz de sentir placer y dolor con la misma intensidad.

Pero a su vez el cuerpo es subjetividad y es el espacio en donde opera el inconsciente. Michel Foucault (1976) plantea la relación existente entre el poder y el discurso del poder sobre la regulación del sexo, como un proyecto circular que remite el uno al otro. Y se pregunta: ¿cómo puede el poder incidir en esta área de no ser mediante el bloqueo y la prohibición? El mecanismo a través del cual se busca la regulación de la sexualidad es el miedo, con el ejercicio de distintas formas de violencia.

El patriarcado como forma de organización social y basamento histórico para el ordenamiento de la sociedad, está en la matriz de todas las instituciones y modela las representaciones y las relaciones sociales. Los cuerpos de las mujeres son territorios de dominación del patriarcado y un espacio donde se ejerce una importante presión simbólica (y real) para su control. El patriarcado como un sistema que marca las diferencias entre los varones y las mujeres y jerarquiza lo masculino sobre lo femenino, modela las ideas, las normas sociales, las instituciones sociales y las prácticas. El resultado es una sociedad centrada en la figura del varón y con las mujeres subalternizadas real y simbólicamente.

Así las mujeres desarrollan una percepción de no pertenencia que condiciona sus prácticas de autocuidado y facilita la subordinación ante los poderes que se ejercen sobre sus cuerpos (Salazar Antúnez, 2001).

La medicina y los cuerpos

Los cuerpos humanos para la medicina son portadores de procesos orgánicos y en el mejor de los casos psicológicos. Se invisibiliza una mirada respecto a la construcción social y cultural de los mismos y el hecho de que el cuerpo es la expresión de una historia, en donde juega la edad, el género, la etnia. Las especializaciones de la medicina llevan a estudiar un fragmen-

to del cuerpo y se pierde de vista la integralidad del mismo.

Las conceptualizaciones tradicionales del proceso salud - enfermedad, hablan de un bienestar físico, síquico y social (OMS, 1948), que conviven con otras posturas como la de la medicina social que plantea que las maneras de vivir, enfermar, embarazarse, parir o morir de un pueblo son procesos sociales y culturales. En donde los determinantes principales que operan son los socioculturales y los económicos. La pobreza es generadora de condiciones de vida en donde las personas tienen expectativas de vida más cortas y las mujeres tienen mayores probabilidades de enfermar o morir por razones reproductivas.

El modelo médico hegemónico amplía progresivamente su injerencia en la salud – enfermedad- atención de los individuos, vinculado a un proceso creciente de mercantilización de la práctica médica. En este proceso han intervenido diferentes intereses y actores, tales como las corporaciones médicas y los laboratorios farmacéuticos. Eduardo Menéndez enumera algunas características de este modelo: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2002).

En nombre de la ciencia, la medicina moderna legitima la intervención, la medicalización y la dominación sobre los cuerpos, como si fueran necesarias y neutrales. Menéndez (2003:193) plantea *que la expansión (de la medicina) opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos*. Esta intervención médica sobre procesos que tienen ritmos naturales, es además necesariamente generadora de efectos contraproducentes que tienen

posibilidades de culminar en una iatrogenia (Illich, 1978).

Como contracara de la medicalización, hay otro proceso creciente que también es de expansión de la medicina sobre la vida cotidiana de las personas que se dirige hacia la prevención, a los hábitos y estilos de vida. *El efecto es que cada vez más aspectos de nuestras vidas quedan en manos de 'especialistas' que proceden como policía de la higiene pública. ¿Qué quiere decir esto? Que la intervención en salud es una intervención que moraliza, es decir que fuerza un modelo cuyo supuesto fundamento científico contrabandea un modo de ver el mundo que es impuesto a otros con auxilio de formas de violencia no reconocidas socialmente como tales* (Germain, 2005:6). Se ha ido consolidando una *moral sanitaria* que especifica qué es lo bueno y lo malo desde el punto de vista científico y si no se obedece merece una sanción por la trasgresión. Este aspecto está vinculado con la tendencia a la culpabilización³⁷ de las mujeres porque no se hacen los controles prenatales o no saben hacer fuerza para parir.

El parto es una síntesis entre la naturaleza y la cultura. Si bien no responde exclusivamente a procesos naturales, surgen respuestas que son biológicas, como por ejemplo el deseo de pujar. La medicina ha transformado lo natural en una intervención humana con reglas que se adjudican validez científica y en donde lo que es bueno para las mujeres no se considera útil desde el punto de vista de la eficacia de las prácticas. Ha puesto la tecnología y los medicamentos al servicio de una apropiación del parto. Lo transformó en una enfermedad, en un asunto médico. Y no son enfermedades, sino procesos naturales que pueden desencadenar algunos riesgos para la mujer o para su hijo/a, por lo cual se recomienda el acompañamiento preventivo. El modelo médico tecnocrático mira el nacimiento centrándose en aspectos exclusivamente orgánicos. Mira el cuerpo, la dilatación del cuello, los latidos fetales. Una serie de signos y síntomas que utiliza como indicadores. La irrelevancia adjudicada a la separación de las mujeres de sus vínculos sociales, se enmarca dentro de esta lógica.

37. Este tema ha sido tratado en el capítulo 3.

El nacimiento en tanto hecho social y cultural, involucra también cuestiones emocionales y psicológicas. El aislamiento, lo individualizante y el centrarse en los procesos biológicos desestructura la lógica cultural. Hay una dificultad de incorporar una mirada holística respecto de las personas. El énfasis está puesto en el éxito del parto y eso significa fundamentalmente que el bebé nazca sin problemas.

La centralidad de las personas como seres biológicos, descuida otros aspectos de su vida y esto impregna la práctica médica. Los procesos de salud son mecánicos, tienen causas predeterminadas y responden a un tratamiento estipulado. La ciencia médica se sostiene en un paradigma positivista que le impide visualizar a las personas de manera holística contemplando los procesos sociales, económicos, políticos, culturales, emocionales. Falta entonces una comprensión y sensibilidad frente a la pobreza y la realidad de las personas que asisten a los servicios de salud. Los modos de relación desde una perspectiva positivista, busca la distancia y aplica una metodología de atención que concibe la objetividad entre el sujeto y su objeto, a partir de este distanciamiento.

La medicina como disciplina androcéntrica, ha depositado su mirada sobre las mujeres como su objeto de estudio. *Las pautas patriarcales autorizan al varón a disponer del cuerpo de la mujer* (Giberti, 1997:55). Las mujeres fueron desplazadas del ejercicio de la partería y de esta manera el cuidado del parto ha quedado en manos de los varones que intervienen y tecnologizan un proceso que tiene sus ritmos vinculados a la naturaleza y a cada mujer. Para la medicina, la apropiación del proceso reproductivo ha sido un objetivo político y económico que se ha desarrollado a partir del siglo XIX con mayor énfasis. Se desplazó a las mujeres, se masculinizó y se medicalizó el parto (Nari, 2004). Los libros de obstetricia con los que hoy estudian los/las jóvenes que pasan por las academias médicas, han sido escritos por varones. Ellos han construido su objeto de estudio en una distancia científico positivista y analizan al cuerpo femenino como una alteridad absolutamente ajena ya que nunca sentirán en su cuerpo el embarazo y el parto. Sin embargo ellos son quienes han estudiado y sistematizado esto.

Virginia Woolf se pregunta al respecto: *¿Tenéis idea de cuantos libros sobre la mujer se escriben por año? ¿Tenéis idea de cuantos son escritos por hombres? ¿Sabéis que sois quizás el animal más estudiado del mundo?* (Ehrenreich, 1990:14) Desde el punto de vista masculino, la cuestión femenina era un problema de control, un problema social, algo que merecía ser investigado. Así la medicina desarrolla una cuantiosa producción de materiales en donde los expertos opinan sobre las mujeres y despliegan una multiplicidad de consejos. Las mujeres han sido consideradas como seres naturales en donde la centralidad de su cuerpo estaba en el útero, como articulador de todos sus síntomas tanto físicos como psíquicos.

Repasando la vista sobre un libro que es clásico para la enseñanza de la Obstetricia (Schwarcz et al, 2003) vemos que hay un equipo de 20 colaboradores para esta edición entre los cuales figura una sola mujer (Vilma Dalh). El libro sólo habla de anatomía, fisiología, con un lenguaje técnico, centrado en las maneras de intervenir sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio. Es de un positivismo extremo y construye un modo objetivo y científico para abordar el tema de la reproducción humana. El cuerpo femenino es presentado como un organismo orientado exclusivamente hacia esa reproducción. No hay prácticamente ninguna alusión a aspectos psicológicos, sociales, culturales, emocionales de las mujeres y omite cualquier referencia a la sexualidad. Las mujeres son entonces un cuerpo biológicamente constituido; mecánicamente explicado y apropiado. Las ilustraciones que abundan en todo el texto son fragmentos de cuerpos, tienen sólo una imagen de una mujer que tiene cabeza, el resto son secciones. Las instrucciones técnicas para la atención del parto incluyen todavía prácticas como la enema, la episiotomía a todas las mujeres en su primer parto, la dilatación manual del cuello, -que ya se han desestimado por lo agresivas e invasivas-. El lenguaje tecnocrático, que complejiza sobremanera el proceso de atención de un parto normal, pone el acento en el operario que asiste e interviene y no en el curso natural del mismo. Al aborto provocado le dedica dos líneas, haciendo mención a que hubo una intención de cesar un embarazo. No contiene aspectos legales

sobre ningún tema.

Y en la sala de partos se escucha el siguiente consejo:

- pujá, pujá porque si no pujás tu bebé se va a morir, hacé la caca -porque tiene que hacer la caca-, hace fuerza aquí abajo no en la boca... (Grupo focal, residentes medicina).

¿Qué significa? Desde una mirada androcentrista, la fuerza del parto es sólo semejante a la fuerza defecatoria, sin tener noción de lo que significa para una mujer la fuerza vaginal. La metáfora que se reitera en la sala de partos, hace una asociación poco feliz, frente a la circunstancia de expulsar un/a niño/a.

Las mujeres deben parir acostadas. Esta postura, facilita la visualización por parte del operario del canal de parto, pero desafía la ley de gravedad y dificulta la capacidad de hacer correctamente la fuerza. Hay diferentes posiciones alternativas, utilizadas histórica y universalmente, pero que no son tomadas en consideración dentro del ámbito hospitalario (salvo honrosas excepciones). Hay estudios que muestran que la posición vertical disminuye los desgarros vaginales y las hemorragias postparto.

Sin embargo estos cuerpos son cuerpos sexuados y de alguna manera este hecho se invisibiliza, aunque quedan muchos interrogantes respecto a los modos de sublimación de la sexualidad. Las mujeres entregan sus cuerpos sexuados y se exponen a ser vistas y tocadas en lo más íntimo de su territorio: sus genitales, su sexo. *Sacate la bombacha, acostate y abrí las piernas* dice el profesional a la mujer que acaba de entrar posiblemente temerosa, a su consultorio. ¿No condensa esta orden, aquello que antecede a la violación? ¿Cómo viven las mujeres, las inexpertas, las adolescentes que llegan por primera vez a una consulta, las que tienen muchos hijos/as, la tímida o la desenvuelta esta experiencia de exposición de su cuerpo? El tacto vaginal como práctica frecuente, muchas veces innecesaria y sin consentimiento, remeda a la violación.

- ...y una vez me ha dicho ¿Para qué abres las piernas

sino quieres sufrir este dolor?, ¿usted sabe lo que es sentir eso? (Grupo focal de usuarias).

Las metáforas sexuales impregnan el proceso de atención de las mujeres, que su desnudez, pareciera nutrirlas.

La medicalización y el control sobre los cuerpos

La persona que llega al Hospital para hacer una consulta se transforma en un cuerpo enfermo necesitado de atención, se transforma en un *paciente* que se entrega de manera subordinada al saber y al poder de los/las médicos/as. La denominación paciente indica que esa persona debe ser sumisa, obediente, abnegada, aceptar las reglas y los tiempos que se imponen. Se debe entregar en manos de quien tiene el saber, que se distingue por el delantal, el uso de tecnologías, instrumentos y medicamentos. Saben y toman las decisiones sobre ese cuerpo por lo general, de manera inconsulta y anónima.

Si el parto es un fenómeno biológico para la medicina, el mandato recibido en el nacimiento de la ciencia positivista es domesticarla. Francis Bacon en el siglo XVII plantea que el propósito de la ciencia es el control y la dominación de la naturaleza. Y utiliza la metáfora de que es necesario “un matrimonio casto y legal entre la mente y la naturaleza”. La naturaleza es la novia y la ciencia es el novio. A la naturaleza es necesario someterla, dominarla, hacerla la esclava de la ciencia. Sobre este mandato fundante se estableció la relación. Y la mujer como *pura natura* sigue siendo domesticada.

El proceso de medicalización busca transformar los diferentes eventos de la vida, en enfermedad y esto justifica la intervención. Se propone que algo que no era de competencia médica llegue a serlo. Intenta normalizar lo diferente, corregir la desviación, modelar cuerpos, utilizar tecnologías complejas y costosas.

Esta medicalización sólo es posible en sociedades mercantiles en donde los intercambios, están determinados a convertirse tarde o temprano en mercancías con valor de cambio. Es un proceso de usurpación de la capacidad de disposición au-

tónoma de las personas sobre su existencia. Es entonces una forma de ejercicio del poder que se caracteriza por la pérdida de control sobre las decisiones que se toman sobre el cuerpo propio, entregado a un grupo de personas expertas, que se fundan en un saber propio sobre el bienestar. Sobre estas personas confiando ciegamente en sus capacidades, se entregan los cuerpos (Germain, 2005). Los argumentos que justifican la medicalización son el controlar los riesgos y prolongar la vida.

El uso y el abuso de los medicamentos (y de prácticas) es también una forma de ejercicio de la violencia y genera iatrogenias. Algunas expresiones de la medicalización del parto son: la posición acostada y ginecológica, el uso de ocitocina para acelerar el proceso, la rotura artificial de las membranas, la episiotomía obligatoria, el aislamiento, tactos vaginales frecuentes, la separación de los vínculos afectivos y la dilatación manual. La hormona ocitocina utilizada por vía endovenosa, provoca un aumento del número y la intensidad de las contracciones uterinas, que resulta en mayor dolor y stress para la mujer y también para el equipo de salud (Camacaro Cuevas, 2009). Otra forma de expresión de este proceso de medicalización es la transformación del parto en un acto quirúrgico, que se expresa en la generalización de las cesáreas fundamentalmente en el ámbito privado (Castro y Bronfman, 1998).

El cuerpo como objeto de aprendizaje: mis partes eran su pizarrón.

Las disciplinas médicas han quedado marcadas por un origen vinculado al ejército y es en el lenguaje donde sobreviven algunas evidencias de esa historia. Se habla de la *guardia*, del *interrogatorio*, del *control* y la *vigilancia epidemiológica*, del *seguimiento* de un caso, de la *dosis de ataque* de un antibiótico, de las *estrategias* terapéuticas, o del ganglio *centinela* (Bordelois, 2009). Este origen se expresa también en los modelos de ejercicio de la autoridad dentro de las escuelas de las profesiones médicas. Éstos son espacios donde se ejerce la violencia de manera jerárquica y se reproduce en todos los

niveles. Es mucha la exigencia y prima la ley del gallinero: el residente de primero paga el derecho de piso y se lo somete a las peores prácticas. Luego en la medida en que avanzan en su carrera, van adquiriendo más derechos y más poder y se conquista la posibilidad de someter a los que recién ingresan. Quienes tienen más antigüedad tienen derecho hasta de no trabajar.

Las prácticas de estudiantes, están acompañadas –no siempre– por docentes que hacen seguimiento a los aprendizajes. Es así que desde las experiencias de las mujeres, ellas se enfrentan a situaciones de exposición física y psicológica, cuando su cuerpo pasa a ser un objeto de enseñanza- aprendizaje, se vulnera su intimidad y se la expone a múltiples “tocamientos”.

En el Hospital se enseña y se aprende y en este proceso se conforma un triángulo: estudiantes, docentes y el campo de las prácticas, que tiene como soporte material los cuerpos, en este caso de las mujeres. Para la enseñanza de las disciplinas médicas, se comienza a conocer y explorar la anatomía con cuerpos muertos, cadáveres, preparados anatómicos que seccionan los cuerpos. Los primeros contactos de los/las estudiantes es con cuerpos mutilados: un brazo, una pierna, un corazón, que les permite conocer músculos, vasos, tejidos y comprender su funcionamiento. Son cuerpos anónimos, fragmentados, sin identidad y son propiedad de la escuela de medicina, usados por profesores/as y estudiantes. Los/las estudiantes se familiarizan con los cuerpos y establecen una relación inicial entre los preparados anatómicos y su propia subjetividad. Deben vincularse con una parte de un cuerpo, que si bien es idéntica a una parte del propio cuerpo es ajena, distante y muerta. No hay cuestionamientos éticos a este método de enseñanza y todo parece ser justificado en beneficio de la ciencia (Arenas, Canevari e Isac, 2008).

En algún momento de su formación deben dejar los cadáveres, muñecos o gráficos, y pasar a la experiencia concreta con personas. Silvia Quadrelli en una contratapa del Página 12 (2008) plantea que *La práctica de las habilidades clínicas no puede adquirirse sin, en algún momento, realizarlas sobre pa-*

cientes reales. Sin embargo, los pacientes sobre los cuales se realizan estas intervenciones con el puro propósito del entrenamiento no reciben ningún beneficio directo de las mismas y pueden inclusive padecer cierto grado de daño.

Cuando los/las estudiantes de medicina proceden a trabajar con personas vivas, ellas quedan en condición de objeto. Y las mujeres se perciben a sí mismas como tales, María Elena utiliza una metáfora de su identificación con un pizarrón.

- ... estaba acostada con las piernas abiertas, y la médica me revisaba frente a los alumnos, les explicaba, señalaba y tocaban. Me tenían ahí, mis partes íntimas eran su pizarrón. Sentía mucha vergüenza (María Elena).

En el hospital cada mañana, se hace la revista o pase de sala, donde el Jefe del Servicio en tanto profesor, pasa cama por cama con un numeroso grupo de estudiantes y residentes³⁸ informando sobre las novedades de las pacientes, se habla en voz alta de su problema de salud, exponiéndolo frente al grupo y las pacientes internadas.

El testimonio de Beatriz habla de esa exposición y maltrato:

- En realidad no he tenido yo experiencias muy visibles entre sí, la única vez que he recibido yo, -no sé si se llama maltrato o falta de respeto para mí sería-, era cuando en el parto anterior, de la chiquita que tiene 4 años, el médico ha entrado a la sala, casi sin, sin hablar, sin nada, se ha dispuesto a atender el parto, acompañado como de 6 o 7 estudiantes de obstetricia, mujeres y varones jovencitos. A mí me causaba así mucha vergüenza estar así y bueno y por momentos sí te ayudaban los chicos, pero la mayoría estaban con sus cuadernos al frente de la madre, de mí, y eso me había dejado así, medio, medio como

38. En los Grupos Focales las mujeres cuentan que han sido visitadas algunas veces por más de 10 residentes al mismo tiempo. (Cuaderno de Campo, 2007)

que han avasallado mi intimidad. Y ahora cuando estaba embarazada del último chiquito, tenía como temor de volver a pasar por esa experiencia. Entonces yo le había preguntado al médico, -me ha atendido el Doctor X durante todo el embarazo-, si eso era legal, si era obligatorio, o sea si yo, no podía decirle que no al médico y me había dicho él que no, que no era así, ellos me tenían que haber pedido a mí permiso, porque como no estoy inconsciente yo. Incluso el médico ese día, hace la prueba a todos los estudiantes, porque decía que no había momento más propicio para estudiar el cuerpo humano, que ese momento del parto, entonces, él ahí, yo estaba en ese momento, pero no podía darle una patada al tipo, porque yo estaba que había tenido un parto fuerte, muy doloroso, muy trabajado, estaba muy cansada, muy agotada y muy dolorida, uno está muy amortiguada de las piernas para abajo y él le enseñaba a los estudiantes dónde estaba el útero, metía los dedos, volvía a meter y volvía a meter varias veces. Y levantaba el útero, o sea, que les hacía que toquen ellos y yo no podía ni tenía aliento po, estaba claro que recién había terminado el parto, estaba con la bebé afuera, incluso cuando le pregunto a él qué era -porque yo no sabía el sexo- porque a mí con las ecografías no me habían avisado y le digo ¿qué es? Que me diga si era mujer o varón, y me dice Un bebé (Beatriz).

Lo significativo es imaginar que esta escena relatada por Beatriz transcurre en un espacio de enseñanza. El docente no solamente está transmitiéndoles a los/las estudiantes los conocimientos teóricos y prácticos sobre la atención del parto, sino que también está dando el ejemplo de cuál es el trato que merecen las mujeres a quienes se atiende. Beatriz comienza diciendo que no ha tenido experiencias muy visibles, como un reflejo de la invisibilidad y a medida que avanza en el relato, va recordando y tomando conciencia creciente de la violencia recibida, que llega a despertar en ella el deseo de darle una patada al médico. Y la insistencia terrible del meter los dedos y volver a meter, resulta estremecedor. Y el punto cúlmine es cuando ella agotada, pregunta el sexo de su hijo, al tal punto

es considerada un objeto, que de manera perversa no le informa si ha nacido un niño o una niña. Este relato es un reflejo fiel de la metáfora del cuerpo de las mujeres como objeto, es más de la persona como objeto.

Otra mirada:

- Yo he ayudado muchísimo, ha sido más bien inexperiencia de médicos que... como es un hospital escuela, lo que hacen es tratar de practicar ellos en vez de ver por la salud y el bienestar de las personas que van a atenderse ahí (Valeria).

La opinión de los/las residentes de medicina es que ellas deben resignarse a las reglas del juego y aceptar la exposición de sus cuerpos a las prácticas y los potenciales errores que pudieran cometer, por el hecho de asistir a un hospital público/escuela. La paradoja de que *lo público* contiene literalmente el significado del uso de sus cuerpos. Así el derecho a la intimidad se ve reiteradamente violado.

- Pero lamentablemente para ellas es un hospital escuela entonces tenemos que operar por primera vez, suturar por primera vez, y si lamentablemente no le ha quedado bien esta vez, capaz que otra vez... (Grupo focal residentes medicina).

X - Problema para ellas, para nosotros no. Si para ellas es violencia que cinco personas estén revisándolas, mirándolas o tocándolas, lamentablemente si ellas no tienen acceso a otro... (servicio)

E - ¿No pueden elegir que no les hagan eso?

X - No

X - Es un hospital escuela (Grupo focal residentes medicina).

Una pregunta que hicimos en el grupo focal de residentes de la medicina fue ¿de quién son los cuerpos que ingresan al servicio? Y como no la contestaron, volvimos a repreguntar y dijeron que no la habían contestado porque no la entendieron. En la economía del intercambio de bienes simbólicos, los/

las estudiantes acceden a los cuerpos como objetos de aprendizaje, mientras que las mujeres reciben atención a sus necesidades de salud. Ellas quedan reducidas a objetos, o mejor aún *instrumentos simbólicos de la política masculina* (Bourdieu, 2000:60).

El tratamiento de los fetos

Es frecuente que a partir de un parto prematuro, o por diferentes complicaciones, las mujeres expulsan un feto muerto. El tratamiento de los mismos es motivo de múltiples interrogantes y está expuesto a decisiones arbitrarias, aún cuando exista una norma, regulada desde el Ministerio de Salud de la Nación. Es esta una decisión con consecuencias políticas porque las variaciones de la mortalidad infantil dependen de cómo se regule el registro de los fetos/bebés muertos. ¿Se lo inscribe como recién nacido? ¿Cuáles son los signos para considerar que es *inviabile* y no brindarle atención neonatal? ¿Se le ofrece a la familia la oportunidad de darle sepultura o se deshecha junto a la placenta y otros restos biológicos? La norma dice que los fetos de más de 500 gr. son registrados como nacidos muertos y la familia tiene el derecho de darle sepultura. Pero no siempre se cumple.

- Sí, me lo han mostrado, me han ido a preguntar si yo lo quería ver, le he dicho que sí, después ya le han preguntao a mi marido, lo han hecho pasar a mi marido, mi prima y a la hija de mi patrona, lo han hecho pasar que lo vea, mi prima lo ha vestido, todo, y al otro día lo ha retirado mi marido, lo ha retirado al cuerpito... mi marido lo ha llevao, yo no, yo no sé, porque yo no estaba bien, ya no me levantaba, el solo con los hermanos, un hermano lo ha llevado a Villa Jiménez, allí lo sepultaron (Zulema).

- Lo que más me ha dolido es que no nos han dejado ver el cuerpito del bebé, ni a mí ni a mi familia. Yo hasta el día de hoy estoy resentida con mi marido, porque era mi hijo... una personita y lo han ti-

rado! (llanto de angustia). Mis hijos todos los años se acuerdan Hoy es el cumpleaños de mi hermanito (Silvia).

- ...en el baño me ha tocado una experiencia horrible, que cuando me he ido al baño, he encontrado un feto en el inodoro, he encontrado eso, casi me he descompuesto, no me podía parar de lo que había visto, yo estaba embarazada de 7 meses, después cuando estaba a los 8 meses también me ha pasao lo mismo, de encontrar lo mismo en el baño, un feto grande ya de 5 meses, habrá sido que me he ido y justo la he visto a la chica esa que lo estaba teniendo, y la doctora lo ha agarrao y la ha tiraio, así como a un perro al feto ese, así sobre la chata y lo ha dejao ahí y se ha retirao porque estaba hablando por celular, con quién no sé, pero ha sido una cosa que me sentía mal, me sentía mal, hasta la he ido a tener a ella, porque era horrible ver eso, yo que estaba mal, que decían que ella podía nacer, que no podía nacer porque pesaba 1,530 kg., no podía nacer porque era muy chiquita y ver eso me ha impresionado un montón y más la doctora como lo ha tirado así, no sé, me ha dado una cosa... Que me daba miedo ir al baño de noche, directamente no me iba al baño, me iba al otro día al baño, a bañarme directamente, porque me daba miedo, no se me ha agarrao una... (Daniela).

- Y para mí lo más violento que vive una mujer es que vea cuando el bebé nace y lo tiran al balde, porque es así (Grupo focal residentes obstetricia).

La pregunta sobre el deseo de la madre, respecto a qué decisión tomará en relación con el cuerpo del feto, no siempre se hace.

El puerperio, los cuerpos desocupados

Una vez que la mujer ha parido, se relaja el estrés que se acumuló durante el período previo, y se la traslada a la sala de puerperas, donde ya casi no se le presta atención. El período

del puerperio es un momento especial para las mujeres con gran vulnerabilidad emocional, en donde tienen que aceptar la separación con el/la hijo/a luego de los meses de embarazo. Y luego del esfuerzo que representa el parto, necesitan descanso. Hay dolores por la retracción uterina (entuetos), dolor de mamas, si hubo episiotomía también dolor en la zona perineal, si hubo cesárea, dolor en la herida, además de las molestias por el sangrado vaginal. El/la bebe/a precisa atención y no siempre las mujeres están en condiciones de brindársela.

Recientemente en la Maternidad de La Banda hubo dos casos de mujeres que han muerto (cuaderno de campo 2009) en el puerperio inmediato post cesárea, dado que nadie escuchaba las señales de su cuerpo que ellas referían.

- ... y lo que no me explico es por qué no lo han dejado entrar a mi marido, si no atendía ningún médico, ningún médico estaba revisando, por qué no lo dejaban pasar. En la sala del frente sí revisaban pero en la de aquí no, porque yo he tenido el jueves, me he ido a las 7 de la tarde, ella ha nacido el viernes a las 8:45 de la mañana y él ha ido como a las 10 y no lo han dejado pasar porque estaban atendiendo los médicos, los médicos no atendían a esa hora, a mí por lo menos que he estado ahí, no me han atendido. Y el sábado a la mañana tampoco ha ido ningún médico, ni a verme, ni preguntarme nada, no ha ido nadie a preguntarme cómo estaba, nada, lo único que me han hecho, me han tomado la presión y la fiebre, eso ha sido todo, nada más... (Daniela).

El descuido hacia las mujeres que ya están con su niño/a en brazos es un indicador de cómo la atención se centra en el parto, en donde la importancia está puesta en el éxito de ese evento como hecho biológico y focalizándose especialmente en que el/la niño/a nazca bien, dejando de lado los procesos de las mujeres. Los cursos de preparación para la maternidad, son en realidad preparación para el parto, se prepara con gimnasia, respiración, pujos. Pero habitualmente no se prepara a la mujer para el puerperio.

Luego del esfuerzo físico y el estrés que significa el parto (o la cesárea), las mujeres quedan exhaustas. La atención que estaba puesta en ellas se desplaza al niño/a. Las mujeres relatan su sensación de abandono, de falta de cuidado.

V - Lo que pasa es que ahora está muy vigilado el hospital y en la entrada no te permiten, y yo creo que es cuando más lo necesitas, estar con alguien, y creo que está mal por ese lado. Alguien cercano a vos tiene que estar para ayudarte, para acompañarte en ese momento... sin embargo a mi marido no lo dejaban pasar a la habitación no le han permitido pasar a él, le han dicho que no. Desde que a mí me sacan de quirófano, desde el momento que estaba en la sala de parto hasta el otro día, no le he visto a él. El no ha estado con nosotros, no le han permitido pasar. Mi mamá ha hablado porque tenía una conocida en la entrada. Una chica que es conocida ahí, sino no nos iban a dejar pasar, y bueno hasta que ha quedado mi mamá, ella ha sido la única.

E - ¿Cómo ha sido el trato ahí? ¿Te han controlado los médicos, las enfermeras?

V - Según, lo que me decían por ahí cuando las llamaba, como a las 5 de la mañana ya las sacan a las cuidadoras y yo seguía en la misma situación y más dolorida, porque estaba pasando el tema este de la anestesia, le pedía por favor que me la alcancen porque la bebé lloraba, me decían que tenga paciencia porque mala... malamente porque de malvada nomás, que tenga paciencia porque estaban dos enfermeras nada más.

E - ¿Quién te contestaba eso?

V - Una enfermera... pero le digo, No te puede llevar mucho tiempo que la alcances y me pongas en los brazos. Y ella me decía que espere porque ella estaba ocupada, que estaba con otras cosas más urgentes. Y yo no podía, porque no me podía levantar, no me podía mover, mi bebé lloraba. Y eso más me dolía a mí, porque soy muy sentimental también, así que... Y bueno, como sea me he tenido que dar maña y levantarme con dolor y todo para poder atenderla a mi hija (Valeria).

- Adonde estás con los bebés, ahí la enfermera ni se arrima a preguntarle siquiera, o a tomarle la presión, o a ver como están ni nada (Zulema).

Toda la atención y la tensión están puestas en el éxito del parto. Luego, una vez que ha sucedido el nacimiento hay una suerte de relajación general, que desplaza los cuidados. Esta etapa es difícil para las mujeres y el puerperio puede extenderse más allá de lo que indica la biología (Giberti, 1998:116). Es un momento donde el cuerpo de las mujeres expresa múltiples malestares. Tiene hemorragias, es muy posible que le hayan hecho un corte ya sea episiotomía o cesárea, las mamas comienzan a producir leche en abundancia, se hinchan, duelen, molestan. El orgullo de la panza que inspiraba respeto y cuidado, es ahora un cuerpo con más kilos, algo deforme y flácido. Además de todo esto, la mujer hace efectivamente consciente el hecho de que ha perdido la libertad y que ese/a niño/a reclama permanente atención, para alimentarse y cambiarlo, calmarlo, que para trasladarse, deberá hacerlo con él/ella o buscar alguien que vele por la criatura. En este momento, la vida de las mujeres debe reorganizarse para poder continuar con su cotidianeidad, sumándole una nueva responsabilidad. Existen muchos interrogantes: la sutura, el cuidado de las mamas, el dilema de dar o no de mamar, el sangrado, el retorno a la vida sexual activa, la prevención de un nuevo embarazo. A todos estos temas prácticamente no se les presta atención. Es en este período donde pueden aparecer las depresiones, es el momento de una importante crisis vital, que implica el pasaje de una realidad a otra, que requiere un desprendimiento y el asumir los cambios. Hay un necesario proceso mas o menos prolongado, en donde se pueden entremezclar emociones de alegría y duelo.

7. La brecha entre la norma jurídica y su eficacia³⁹

En el campo de los derechos de las humanas ha habido importantes avances que otorgan un marco legal amplio. El movimiento de mujeres ha visto a los derechos como un instrumento de cambio para las reivindicaciones feministas y en consecuencia ha luchado por alcanzarlos y los logros sin duda han sido importantes. Sin embargo los derechos aún no son accesibles a todas las mujeres y son las pobres quienes enfrentan más dificultades para alcanzarlos. El problema pendiente, es esta distancia entre los derechos consagrados y su garantía por parte del Estado, sus instituciones y sus agentes.

La reforma de la Constitución Nacional del año 1994, incorpora con rango constitucional a las Declaraciones y Convenciones Internacionales de derechos humanos. Las que están vinculadas a los derechos de las mujeres específicamente son la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW en su sigla en inglés, 1979) y la Convención Interamericana para Prevenir, Castigar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Belém do Pará, 1994). Este hecho ha significado un hito que abrió camino a promulgaciones a nivel nacional o a niveles provinciales y operan como una suerte de utopía, un camino, una meta que señala la distancia que nos queda por recorrer para alcanzar la vigencia y la garantía de derechos. Y esta brecha es amplia.

39. Una versión de los contenidos de este capítulo fue presentada como evaluación del Seminario Género y Legislación, dictado por la Dra. Susana Chiarotti con el título: *El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en servicio de salud pública en Santiago del Estero*. (Inédito).

Además de estas dos convenciones, existen otras que también tienen rango constitucional: Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966); Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966); Convención sobre la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965); Convención Contra la Tortura y otros Tratamientos o Penas Cruelles, Inhumanas o Degradantes (1984) y Convención sobre los Derechos de los Niños (1989).

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres regidos por legislaciones nacionales y provinciales que se encuentran vigentes son: 1) Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa creado por ley (Ley N° 25.673, año 2002) y la adhesión provincial (año 2005); 2) Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento (Ley N° 25.929, año 2004); 3) Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica (Ley de ligadura tubaria y vasectomía, Ley N° 26.130, año 2006); 4) La interrupción legal del embarazo (Aborto no punible, Art. 86 del Código Penal, año 1921); 5) Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales (Ley Nacional N° 26.485, 2009) que incluye la violencia obstétrica. Además están las Guías Técnicas del Ministerio de Salud de la Nación: Atención perinatal, atención postaborto y atención de los abortos no punibles.

Estos derechos buscan amparar fundamentalmente a las personas con menos recursos⁴⁰ o menos capitales. Y es sobre estas personas sobre quienes se ejerce violencia y es quizás la que se encuentra más naturalizada, es más invisible. Si bien las leyes operan con un poder simbólico, la existencia de las normas jurídicas no ha significado necesariamente la eficacia de las mismas y su incumplimiento es verdaderamente alarmante en diferentes ámbitos del Estado provincial y nacional.

40. Los recursos considerados desde una perspectiva amplia y no los referidos exclusivamente a los recursos materiales, sino también los recursos sociales, políticos o psicológicos. Una mujer con baja autoestima está en una situación de vulnerabilidad ante quien ejerce el poder sobre ella.

En este capítulo se analizan a partir de las legislaciones vigentes en el campo de los derechos sexuales y reproductivos, algunos de los obstáculos que se presentan para su garantía y el incumplimiento de las mismas en el servicio de maternidad con un despliegue de discursos justificatorios de las autoridades y profesionales que allí se desempeñan.

Obstáculos para la eficacia

Las normas jurídicas pueden ser analizadas desde tres diferentes valoraciones: de la justicia, de la validez y de la eficacia (Bobbio, 1994). La justicia se refiere a la correspondencia con los valores superiores que inspiran un orden jurídico. La validez es el problema de la existencia de la regla como tal, independientemente si es o no es justa. Y la eficacia hace referencia a si la norma es o no es cumplida por las personas a quienes se dirige. Que la norma exista jurídicamente no significa que se cumpla. En este último aspecto focalizaré el análisis.

Diana Maffía (2007:I) plantea las dificultades que tenemos las mujeres para ser consideradas sujetas de derecho; ya que su abstracción, el hecho de que no estemos enunciadas explícitamente, significa siempre un paso a favor de la subjetividad hegemónica. Dice: *El color se enuncia si no es blanco, la edad si no es adulta, el sexo si no es masculino. Por eso las mujeres debemos ser nombradas y por eso un programa de igualdad de oportunidades...* Esta invisibilización por la falta de enunciación resulta en un ninguneo hacia las mujeres como sujetas de derechos y constituye uno de los principales obstáculos para el acceso a los mismos. El sujeto imaginario a partir del cual se construye la legislación, es un sujeto masculino, heterosexual, de piel blanca, de origen occidental, de clase media o alta y católico. Todas las personas que escapan a ese patrón androcentrista, etnocentrista y homofóbico, están invisibilizadas y deben de alguna manera hacerse visibles para reclamar sus derechos. Este hecho se encuentra en los orígenes de la organización de la justicia y sin dudas la disciplina del derecho opera al igual que la medicina como un reducto de patriarcado.

Comprendiendo a la salud desde una perspectiva holística y como un derecho humano, necesariamente debe ser considerado desde la integralidad, interrelación e interdependencia de los derechos (Chiarotti, 2003). De manera tal que no existe derecho a la salud, sin alimentación, sin alegría, sin agua, sin buenos tratos, sin vestido, sin amistades, sin trabajo, sin discriminación y fundamentalmente sin violencia.

Hay múltiples dispositivos que podrían explicar los obstáculos que se interponen en el acceso de las mujeres a los derechos sexuales y reproductivos. Y en capítulos anteriores se han ido presentando algunas de estas posibles explicaciones. En este capítulo, los impedimentos se muestran en diferentes órdenes y alcances: personales y relacionados con la subjetividad, cuestiones morales o asociadas a las representaciones sociales y finalmente aquellas ancladas en prácticas institucionales (sanitarias, judiciales, educativas) o de políticas públicas.

En el campo de las disputas por los derechos sexuales y reproductivos, se pueden identificar tres agentes principales: el Estado con sus tres poderes, el Movimiento Feminista y la Iglesia Católica. El feminismo presiona sobre el Estado, impulsando avances y monitoreando su garantía. A su vez establece alianzas para la articulación en acciones concretas. El Estado provincial si bien habitualmente no genera iniciativas innovadoras, sigue el rumbo que señalan las legislaciones y políticas del orden nacional. La Iglesia Católica opera de una manera reactiva. Juan Marco Vaggione (2005) lo denomina politización reactiva, refiriéndose a la movilización de grupos religiosos conservadores para impedir la liberalización de género y sexualidad. El Estado en sus diferentes reparticiones no actúa de manera homogénea y son espacios en donde conviven las mismas contradicciones que se presentan en la sociedad. Y hay espacios que cumplen con los mandatos clericales sin contemplar las leyes vigentes. La disputa por la construcción de un Estado laico recién ha comenzado -en tiempos históricos- en Santiago del Estero.

El alcance de un derecho en las sociedades tradicionales, es generalmente resultado de acciones proactivas que son registradas como una amenaza al orden social. Las situaciones

más conflictivas se presentan en los casos de aborto no punible, aquellos contemplados en el Art. 86 del Código Penal. Allí surge otro agente de importancia que son los medios de comunicación. Y existe una alianza entre los principales medios de comunicación locales y la Iglesia Católica, y se plantean estos debates en la clásica trampa de muerte y vida. Colocar en el espacio público el debate en otros términos se torna difícil.

El tutelaje

Cuando una persona es considerada que no es apta para velar por sí misma, se busca protegerla tutelarmente. La historia de las mujeres es una historia de diferentes expresiones de tutela. Durante siglos se consideró que no eran capaces de ser sujetas jurídicas, que no podían disponer de sus bienes o emitir un voto. Y estaban jurídicamente subordinadas a su padre, su tutor, la Iglesia o su marido. Esta idea de que las mujeres están incapacitadas para la representación de sus intereses y que requieren de alguna otra instancia que se encargue de su adecuada representación sigue vigente en el imaginario social (Nugent, 2002).

En las prácticas médicas el tutelaje se expresa a través de la idea de que las mujeres no están en condiciones de tomar decisiones sobre su propio cuerpo. Entonces no se les brinda toda la información que precisan y la decisión queda en manos del profesional que la atiende. Esto ocurre con la indicación de anticonceptivos, la colocación de un DIU o con cualquier otra práctica que involucre su sexualidad o reproducción. El tutelaje se encuentra reforzado a su vez por la distancia entre los capitales educativos y económicos que hay entre los/las profesionales y las mujeres. No solamente son mujeres sino que también son pobres y se parte entonces del supuesto de que no tienen la capacidad de discernir.

En cambio, para ser tutor, no se requiere de un mérito especial sino solamente de una reconocida incapacidad del que se considera que necesita tutela (Nugent, 2002). Y para el caso de los/las profesionales de la salud, se requiere haber estudia-

do en una institución de enseñanza superior, obteniendo un título habilitante.

La medicina ejerce el tutelaje sin contemplar otra posible relación entre las partes de este contrato simbólico. Las partes de este contrato se suponen desiguales y las mujeres en su condición de inferioridad carecen de derechos reconocidos. Es la persona que ejerce la tutela, quien toma las decisiones que arbitrariamente considera beneficiarias para su tutelada.

La idea del tutelaje, está relacionada con la de la moral única. La histórica y estrecha relación entre el Estado y la Iglesia, hace que los funcionarios estatales actúen como si toda la ciudadanía estuviera conformada por personas creyentes que se rigen por normas morales que son consideradas únicas y universales. Una práctica frecuente es la de trasladar los propios valores morales a las personas a quienes aconsejo, atiendo, cuido. Se deja de lado la necesaria laicidad del Estado y el cumplimiento de las leyes vigentes.

Sin duda otro de los obstáculos para la eficacia de la legislación, es el vinculado a la conciencia y apropiación del derecho por parte de las mismas mujeres. Las condiciones objetivas y subjetivas de las mujeres las posicionan como subordinadas y las relaciones de poder entre los géneros están signadas por los recursos que dispone cada una de las personas. Ellas disponen de menos información sobre sus derechos, pero aún cuando los conozcan tienen más dificultades para hacerlos respetar. La educación y en consecuencia el mandato de *ser para los/las otros/as* (Lagarde, 2004) y el hecho de estar centradas en los demás, hace que posterguen sus necesidades, demandas y derechos. Siempre es más importante el bienestar del/a otro/a que el de sí misma. Entonces cuando van a parir la lógica que opera es: *todo bien, el bebé ha nacido sanito, eso es lo que importa* (cuaderno de campo, 2005). Ellas mismas se postergan como sujetas de derechos y todas las violaciones y vulneraciones quedan minimizadas, en este caso por el bienestar de la/el hija/o.

Esta falta de reconocimiento de las mujeres de sus propios derechos en el ámbito de la salud ha sido descripta en diversas investigaciones (CLADEM, 1998; Chiarotti, 2003, Rostagnol,

2005).

E: -Vos sabías que podías pedir a quien vos quieras que te acompañe en el parto?

P: -No (Pamela).

Las mujeres que hoy asisten a parir al Hospital, han crecido bajo las secuelas de la dictadura y la década de los noventa. Durante todo este período se dismanteló el sistema educativo y es de esta manera que se encuentran jóvenes analfabetas, que perdieron sus oportunidades de estudio.

La trampa de la gratuidad de la salud

La salud es un derecho y el Estado debe garantizarla. La lógica de la economía de intercambios simbólicos en los servicios públicos, plantea la idea de que el Hospital brinda atención y cuidados a la salud de las personas y que los/las usuarias, no otorgan nada a cambio. Esta idea es peligrosa en una sociedad en donde la salud se ha mercantilizado y en donde el dinero es lo que define el acceso a servicios de calidad. Karl Marx plantea que el dinero vuelve al viejo en joven, al feo en bello y dota de piernas al paralítico. El pobre sometido al poder del dinero queda empobrecido en todos los aspectos de su vida (Fuentes Morúa, 2000).

El resultado del proceso de reforma de los sistemas de salud llevados adelante en varios países latinoamericanos durante la década de los noventa, dejó como saldo en algunos países, servicios arancelados para la población.

Convivimos entonces con la idea tramposa de que al ser gratuitos, las personas que asisten tienen que aceptar resignadamente lo que se les ofrece gratuitamente y eso de alguna manera *justifica* la mala atención. En este intercambio -como ya se ha dicho-, el contradón de las mujeres es su propio cuerpo que entregan a los/las estudiantes que necesitan practicar para sus aprendizajes.

Los servicios públicos son del Estado y el costo es asumido por toda la ciudadanía. Y los gastos del sector salud como den-

tro de otras reparticiones se ven expuestas al imaginario de que allí se sostienen prácticas corruptas y que el presupuesto es reducido. Luego de la tendencia privatizadora de la década de los noventa, en donde algunos servicios llegaron a arancearse, se podría afirmar que el sistema de la salud ha sobrevivido a duras penas a ese proceso. Si bien las políticas sanitarias impulsadas desde Nación buscan recomponer el sistema, la calidad de atención no mejora necesariamente.

Por otro lado, a las personas usuarias les cuesta asumir el reconocimiento de ser sujetos/as de derechos, y al equipo de salud también les resulta difícil ese reconocimiento. Quizás por no mediar la transacción económica en la relación. La gratuidad entrapa a usuarias/os y también a profesionales.

- Generalmente la gente que viene aquí a tener su parto es porque no tienen opción para ir a tenerlo en lo privado, no es porque lo elige, lamentablemente es así (Grupo focal residentes obstetricia).

Esto resulta en servicios de menor calidad y es el Estado provincial quien desempeña un papel relevante en esta problemática. Las escasas inversiones (particularmente para las maternidades), sumada a las condiciones de trabajo y los bajos salarios de sus agentes, es la expresión misma de la valoración que el Estado le otorga al derecho a la salud de la ciudadanía.

La educación pública y gratuita también es un derecho, para todos los niveles. Los médicos y las médicas y las diferentes profesiones del área de la salud han sido formados en su enorme mayoría en universidades públicas. No han pagado ningún arancel para su formación básica y tampoco para las residencias o especializaciones que en algunos casos incluyen una retribución. Sin embargo una vez que obtienen su título no hay una cultura de reconocimiento de lo que el Estado ha posibilitado, ni siquiera una práctica de devolución solidaria como existe en otros países. Entonces las Universidades Nacionales pareciera que forman recursos humanos para el lucro personal y para una atención de calidad diferencial proporcional a los ingresos. No desarrolla valores para una ética de la solidaridad con las personas que asisten a los servicios públicos y

con una conciencia de género y derechos humanos.

Esto refleja cierta hipocresía y una no valoración del Estado, al exigir calidad educativa en la Universidad pública por un lado y brindar servicios de salud de baja calidad por el otro.

Los derechos vulnerados, la distancia entre las leyes y las prácticas médicas

La medicalización de las personas y el biologicismo como centralidad de la atención, pueden hacer perder de vista la integralidad de las necesidades de las personas, con la consecuente falta de sensibilidad cuando una mujer demanda un derecho.

- Sonia me comenta que estaba decidida a hacerse una ligadura. Está embarazada de su séptimo hijo y pide que se la hagan a través de una cesárea. Habla con cuatro médicos diferentes y a todos les pide lo mismo. Todos le dicen que no, sin darle mayores explicaciones. Uno le contesta de mala manera: Eh ¡cómo hinchaban la paciencia estas mujeres...! le dijo, se dio media vuelta y se fue (Cuaderno de campo, 2009).

Además existe un alarmante desconocimiento por parte de los/las médicos/as de las leyes vigentes. Un jefe del servicio de maternidad, no conocía la existencia de la ley de nacimiento respetado y la de ligadura tubaria (cuaderno de campo, 2009). Las mujeres pueden acceder a una ligadura tubaria exclusivamente luego de una operación cesárea y por la buena voluntad del médico/a que ante el pedido, acepta hacer la intervención quirúrgica para ligar las trompas. Se exponen así a una cirugía de mayor riesgo que la simple ligadura.

- Trabajamos con un grupo focal de médicos/as residentes y les preguntamos si conocían la ley de nacimiento respetado. La gran mayoría dijo que no. Entonces les dejamos folletos informativos con el texto de la ley. A las dos semanas tuvimos un nuevo

encuentro y les preguntamos si habían leído los materiales y la gran mayoría dijo que no (Cuaderno de campo, 2007).

Lo legal ha avanzado sobre la medicina y la amenaza sobre los/las médicos/as de un juicio de mala praxis va en permanente aumento. Ellos/ellas expresan el temor que sienten y la mayoría tiene un seguro para cubrirse de una demanda. Quienes trabajan asistiendo partos se encuentran entre los que tienen más denuncias por mala praxis. Sin embargo los y las residentes y las autoridades del servicio de maternidad, no muestran interés y preocupación por conocer cuáles son los derechos de las mujeres, para garantizar su cumplimiento y así evitar el juicio.

Cerca del hospital hay estudios de abogados que se han ubicado estratégicamente y ofrecen asesoramiento en casos de accidentes y problemas con el hospital. Se comenta que los mismos policías que están en la guardia y otras personas que trabajan en el hospital derivan a las personas que encuentran con algún tipo de problema que podría merecer la judicialización de un caso. Estas amenazas fortalecen la actitud de temor y desconfianza hacia las personas que atienden (Cuaderno de campo, 2008).

En un escenario donde el marco jurídico protege particularmente a las mujeres en sus derechos sexuales y reproductivos, allí donde se debería garantizar el derecho, se viola sistemáticamente. Quizás el nudo crítico esté en el desconocimiento y/o desentendimiento de este marco, por parte de las mujeres y de los/las agentes del Estado. En estas relaciones desiguales, es obviamente el Estado quien debe ocuparse de llevar adelante las acciones que posibiliten el acceso y el goce del derecho. Pero fundamentalmente como señala Rita Segato, la eficacia de la norma está regida por las dificultades que existen para transformar la sensibilidad ética, es decir la idea de lo que está bien y lo que está mal para quien tiene la responsabilidad de la garantía de la ley (Segato, 2010).

8. A modo de cierre

El objeto de estudio de esta investigación son las relaciones de poder, o la circulación del poder en un espacio institucional. Una relación que se establece para satisfacer una necesidad de cuidado de una mujer y que basada en la subalternización, se centra en el control de su cuerpo. La medicina se suma a la larga tradición de las diferentes sociedades e instituciones patriarcales por el control del territorio corporal, transformándose éste en un campo de disputa por el ejercicio y la garantía de los derechos ya consagrados. En estas relaciones de poder, hay marcas de las expresiones de violencia sobre los cuerpos de las mujeres por parte de las prácticas médicas y el acceso a los derechos se da en un contexto en donde las desigualdades sociales operan como ordenadoras de estas mismas relaciones. El abordaje ha puesto en diálogo la mirada que los/las agentes involucrados/as construyen sobre el objeto mencionado.

Desentrañar los dispositivos de la violencia contra las mujeres, dentro del ámbito de las instituciones responsables del cuidado de la salud, es una tarea compleja. La violencia está sustentada en una historia de siglos sometimiento de las mujeres por parte del patriarcado, a través de sus manifestaciones institucionalizadas, las religiones, los estados, la medicina, la sociedad. Dar cuenta de la misma implica un proceso de deconstrucción de andamiajes sólidamente sustentados en *la objetividad de las estructuras sociales y en la subjetividad de las estructuras mentales* (Bourdieu, 2005:244). A lo largo de este trabajo se han analizado los modos cómo las instituciones sanitarias, en tanto parte de estas estructuras sociales reproducen estos andamiajes. El desafío es comprender para luego diseñar estrategias para la revisión de las prácticas.

La enajenación de los cuerpos de las mujeres refiere al hecho de la separación, estar solas y lejos de sus pares. El cuerpo que es entregado a las decisiones de otros/as ya no les per-

tenece. Simbólicamente se expropián sus derechos, su capacidad de discernir y la alteridad está construida en base a la subordinación y supresión del/a otra/o. La persona pierde la posesión de sí misma, su libertad está vigilada y en relación de dependencia con la institución hospitalaria. La enajenación opera como un mecanismo de dominación en la medida en que las mujeres no pueden apropiarse de su cuerpo en tanto territorio de soberanía y de esta manera no logran ejercer el dominio sobre él. De este modo al no tener acceso a tomar decisiones sobre sí mismas, no pueden ejercer su ciudadanía con libertad. Queda claro entonces que las mujeres hospitalizadas, están en condiciones de enajenamiento.

Este proceso de enajenamiento anula también las emociones, los saberes, las creencias, las tradiciones de la otra parte, con la imposición de un modo unívoco y etnocéntrico de comprender los procesos que transitan las mujeres, relacionados con su reproducción. En esta relación de diálogo intercultural, la alteridad está construida en base a la subordinación y supresión del/a otra/o. De esta manera la persona sometida es capaz de negarse a sí misma, a veces sin conciencia de ello. Esta relación expresa además un intercambio desigual, que limita las libertades de las mujeres y las despersonaliza.

La imagen que la medicina ha construido de las mujeres madres es la de ignorantes, negligentes, necesitadas de atención, consejos, soluciones (Nari, 2004). Se las ha asociado a la enfermedad, como seres naturales y vulnerables, así se ejerce control, se busca el disciplinamiento y se aplica el tutelaje. Las prácticas médicas infantilizan a las mujeres y sus familias como una estrategia de demarcación del lugar de la subordinación. Y en tanto niñas son evaluadas con una mirada distante, que las enjuicia culpabilizándolas por el incumplimiento de los mandatos de maternaje y sanitarios.

La medicina, en tanto organización patriarcal ha desarrollado estrategias de dominación en donde los cuerpos son territorios que se anexan a su control transestatal o transnacional⁴¹. Se instala como un poder superior de marcación de los

41. Segato (2010) plantea esta idea del control transestatal del territorio de los cuerpos aplicado a la Iglesia. Traslado entonces esta idea a

cuerpos como territorio conquistado. Es también por esta razón que las observaciones realizadas en este trabajo, podrían ser halladas en diferentes servicios (públicos y privados) en donde se brinda atención médica.

La violencia ejercida sobre las mujeres y su cuerpo, afecta la posibilidad de gozar de la salud y del proceso de nacimiento, impide así también el ejercicio de sus derechos con una restricción de su libertad y calidad de vida. La violencia es profundamente política y resultado de relaciones estructurales de poder, dominación y privilegio entre los varones y las mujeres en nuestra sociedad. La intencionalidad política se expresa en este control y disciplinamiento de los cuerpos. Y es la dimensión política la que ubica a este problema en el campo de la salud pública. Estos fenómenos perduran en los servicios de salud por el silencio de las partes involucradas y la complicidad de sus agentes⁴². Es en este entramado de ejercicio de la autoridad otorgada por el Estado a sus agentes, que se establece una relación basada en el status, en donde la violencia obstétrica tiene el fin de sostener la subordinación con el uso de diversos dispositivos como el aislamiento, la desvalorización, la culpabilización o la estructuración del espacio y el tiempo.

Bourdieu (2005) plantea que la opresión de género representa la forma paradigmática de la violencia simbólica, definiéndola como aquella que se ejerce sobre un agente con su complicidad (Bourdieu, 2005:240). Los agentes aún sometidos a determinismos, de alguna manera contribuyen a la eficacia de aquello que los determina, desde su propio desconocimiento. Quien desconoce, no percibe la violencia que sufre. El reconocimiento significa que las personas aceptan el mundo como es y lo encuentran natural. La violencia simbólica en el caso de la dominación de género *se realiza a través de un acto de conocimiento y de desconocimiento que yace más allá –o*

la medicina, como otra expresión de los fundamentalismos patriarcales.

42. Refiero en esta frase al acertado título del trabajo realizado por CLADEM (1998) en Perú. *Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los Servicios Públicos de Salud.*

por debajo- de los controles de la conciencia y de la voluntad, en las tinieblas de los esquemas del habitus, que son al mismo tiempo genéricos y generadores (es decir producto y productores de género) (Bourdieu, 2005:245). El ubicar a la violencia fuera del plano de la conciencia y la voluntad, como actos impensados, da cuenta de la complejidad de este fenómeno. Está naturalizada, en la invisibilidad de los dispositivos del género, pero también es política, opera a nivel individual y colectivo en tanto modelo médico hegemónico.

Un recorrido a los capítulos

A lo largo de la investigación se analizaron las relaciones establecidas en el espacio de la Maternidad buscando indagar los procesos de producción y reproducción de violencia institucional, recuperando las representaciones y sus expresiones en las prácticas individuales y en las normativas institucionales que se traspasan de forma naturalizada a las relaciones de poder- subordinación. La Maternidad en tanto institución que opera como un campo social, da cuenta de debilidades del servicio, que están relacionadas con la infraestructura edilicia y los recursos humanos y materiales. Las inversiones realizadas en infraestructura hospitalaria en la provincia, mantienen una deuda con las mujeres, que es la necesidad de una nueva maternidad.

Muchas de las carencias y dificultades, están relacionadas con debilidades en los lineamientos políticos provinciales destinados a la salud perinatal, que parecen no indicar de manera decidida el curso a seguir, no realizan las inversiones económicas necesarias para mejorar las condiciones de la atención de las mujeres en el proceso reproductivo y disminuir así la mortalidad y morbilidad materna. Hay problemas de coordinación dentro del sistema sanitario y particularmente en la atención primaria de la salud, pilar fundamental dada la importante población rural. Este tema debe ser considerado además en sus dimensiones culturales y de accesibilidad. Los servicios durante los últimos años cuentan con el ingreso del Plan Nacer, sin

embargo esto no se expresa necesariamente en una mejora de la calidad de atención brindada. Los nudos críticos de la mala atención se desprenden de habitus ministeriales e institucionales, y un relajamiento de las acciones que se siguen. En este contexto el personal de la Maternidad expresa un sentimiento de encontrarse a la deriva (cuaderno de campo, 2010) y esto impacta directamente en las mujeres asistidas. Este personal que asume la responsabilidad de la atención es directamente responsable de la violencia que se ejerce, aún cuando la misma se encuentre naturalizada, al punto de estar encarnada en los habitus.

Además las condiciones laborales debilitan a los/las profesionales en la vulneración de sus derechos, por el tipo de contrataciones, los salarios que perciben y la falta de motivaciones para la capacitación o el mejoramiento de la calidad de atención. La organización del modelo médico es violenta hacia el interior de la misma y para sus agentes, pero también es productora y reproductora de la misma violencia hacia quienes brinda atención. Entre las profesiones hay una tensión entre quienes buscan los cambios y quienes se resisten a ellos, entre lo instituido y lo instituyente. Hay profesionales y personas que trabajan por una mejor atención de calidad, respetando los saberes y buscando garantizar los derechos de las mujeres usuarias y sus familias.

Se analizaron las relaciones de poder establecidas en la institución hospitalaria que tienen el objetivo de brindar servicios de salud y cómo finalmente resultan en la expresión de políticas de control y dominación del cuerpo de las mujeres y su subjetividad. El hecho de considerar al cuerpo como un objeto material, centrándose en los procesos orgánicos de manera primordial, dirigiendo las prácticas al hecho de que el/la niño/a nazca bien, ignorando las necesidades subjetivas/emocionales de las mujeres y su entorno; son algunos de los dispositivos dirigidos a ese control. Se prioriza la comodidad y las necesidades del/a operador/a, en la posición, el uso de medicación u otras prácticas (como la dilatación manual) para acelerar el parto o el cuerpo destinado a las prácticas para el aprendizaje. El daño a la subjetividad y la violencia psicológica

que se ejerce hacia las mujeres a través de la culpabilización, la desvalorización de sus saberes, y de las percepciones sobre sus procesos, la soledad, el anonimato establecido en la relación, el ninguneo, el uso del tiempo (expresado en largas esperas o en apurar los procesos), el insulto, la humillación, la amenaza, el provocar miedo, el interrogatorio, la falta de respeto a su intimidad, la limitación en su capacidad de tomar decisiones (el tutelaje) y en su libertad. La discriminación a las mujeres pobres, a las que vienen del campo, a las de clase media, a las que tienen muchos hijos/as, a las que no colaboran, a las que no se hicieron los controles, a las que no expresan afecto hacia su hijo/a, a aquellas que no desean ser madres, y a las que ya han tenido a su hijo/a que están en situación de abandono.

Las experiencias de las mujeres muestran los modos en que las condiciones de pobreza y la carencia de capitales educativos o sociales, las expone a situaciones de gran vulnerabilidad, en donde el miedo, la soledad, la culpa y los mandatos referidos a la maternidad operan entrelazados con las propias subjetividades, en una fórmula peligrosa.

La mirada de los/las profesionales médicos respecto de las mujeres da cuenta de que sus prácticas están impregnadas de prejuicios de clase y étnicos y que en ocasiones se rigen con una moral religiosa, que está por encima del cumplimiento de la ley. La formación recibida establece una distancia con las personas que asisten que no es solamente operativa, ya que se expresa también en las dificultades para comprender el fenómeno de la exclusión social, culpabilizando muchas veces a las víctimas de su propia condición.

Las imágenes respecto de las mujeres están vinculadas con el proceso reproductivo en tanto fenómeno biológico y la maternidad unida estrechamente al amor materno. La idea de que la maternidad se vincula necesariamente con la capacidad de amar, ha instituido una mirada que juzga rechazando a aquellas mujeres que no expresan amor a sus hijos/as o hacia aquellas cuyo embarazo no es deseado. Este vínculo simbólico tan estrecho hace perder la posibilidad de comprender que quizás ese embarazo ha sido fruto de una violación o que sim-

plemente no se desea ni se ama ese hijo/a.

Esta mirada organicista y fragmentaria que la medicina construye de las mujeres y sus cuerpos, las asocia estrechamente a la naturaleza y en consecuencia al instinto materno y a la maternidad obligada, dejando de lado las problemáticas sociales, económicas, psicológicas, políticas o religiosas que acompañan a ese proceso.

Hay un estilo de discriminar que se asienta en la voluptuosidad de quien discrimina, como una planificación que le produce efectos temporales y espaciales, porque se siente satisfecho no sólo por el poder que ejerce, sino también por la persistencia de sus efectos en los discriminados (Giberti, 2003). Las prácticas violentas y discriminatorias están fuertemente arraigadas entre los profesionales de la medicina que se sienten de alguna manera impunes ante el incumplimiento de las leyes vigentes. Posiblemente ese sentimiento de impunidad se aplique de manera diferenciada entre su trabajo en el ámbito público y el privado, porque las posibilidades de iniciar acciones legales son también diferentes. La regulación de las prácticas médicas está vinculada a regulaciones morales y al discernimiento personal de lo ético, más que a las cuestiones legales.

La búsqueda de atención por parte de las mujeres, implica el establecimiento de un acuerdo entre ellas y quienes trabajan en el servicio. De hecho ellas llegan en un momento de gran tensión y con la necesidad de ser asistidas, momentos de dolor, de angustia e incertidumbre por los riesgos que asume para su salud y si fuera un parto, también para su hijo. Las mujeres son vulnerables no solamente por la carencia de autoconciencia de los propios derechos sino también por esta tensión emocional. Cuerpo y emoción son un concierto de expresiones intensas. Este es el marco en el cual se hace el acuerdo. Y los fundamentos son patriarcales. Las mujeres al ingresar al servicio firman un *consentimiento informado*, que opera más como resguardo legal para los/las profesionales frente a cualquier problema que pudiera surgir, que como mecanismo para brindar información sobre el proceso de atención. De hecho es una formalidad porque no se brinda el espacio de lectura y

explicación respecto del significado del documento que ellas están firmando.

De manera tal que se establece entre las partes de este acuerdo una relación de status, en la que quedan claras las jerarquías establecidas. Rita Segato (2003:144) plantea que *una de las estructuras elementales de la violencia reside en la tensión constitutiva e irreductible entre el sistema de status y el sistema de contrato. Ambos correlativos y coetáneos en el último tramo de la larga prehistoria patriarcal de la humanidad.* Las dificultades de las mujeres para establecer un vínculo de contrato en este contexto, están en relación con la ubicación que se les ha otorgado en una esfera que no es política sino natural (Aponte Sánchez y Femenías, 2008). Para hacer un acuerdo las partes deberían estar en condiciones de ejercer la ciudadanía de manera igualitaria, cosa que en nuestro caso no parece posible. Carol Pateman (1995) plantea que el contrato social ha sido plasmado entre varones y que las mujeres quedan asociadas al mismo por el contrato sexual. El contrato social es de libertad, pero lleva implícito un contrato sexual que es de sujeción. Las mujeres estamos *sujetas* en este contrato en tanto seres *naturales* y subordinadas. Y el mismo establece una relación de sujeción y de status sustentada en una larga historia de discriminación y desvalorización.

Como ya se ha dicho, Segato (2003) plantea que la libertad de las mujeres en el sistema moral tradicional amenaza la cohesión del grupo. Y establece un equilibrio proporcional entre la dignidad, la consistencia y la fuerza del grupo y la subordinación femenina. Estos mecanismos explican un aspecto clave de la búsqueda de sujeción de las mujeres. La libertad de las mujeres, la autonomía sobre el territorio corporal frente al modelo médico hegemónico como red corporativa y patriarcal, representa una amenaza.

El desafío entonces es una transformación ética de las prácticas. Mientras no se reconozca a las mujeres en tanto sujetas de derechos y la soberanía sobre su territorio más elemental que es su propio cuerpo, no se revertirá la relación de status y de violencia. Para esta transformación ética el recurso humano del Hospital es la clave, con una necesaria voluntad

política que sume voluntades para las transformaciones. Pero sin condiciones laborales dignas se dificultan los compromisos.

Las instituciones son estructuras rígidas que atrapadas en relaciones burocráticas se resisten a los cambios. En oposición hay funcionarios menos aprisionados en su función que despliegan su iniciativa, inventiva e incluso el carisma para las transformaciones. *Y no hay duda de que son las contradicciones originadas en las divisiones burocráticas las que amplían el margen de maniobra, de iniciativa de libertad con que pueden jugar las personas que, al romper con las rutinas y los reglamentos de la burocracia, la defienden contra sí misma* (Bourdieu, 2002:168). Son estas grietas entre lo instituido y lo instituyente, las que posibilitan poner en evidencia las contradicciones, cruzadas por una heterogeneidad de personas, aprendizajes, experiencias, miradas y prácticas que habilitan los procesos de cambio.

Algunas propuestas superadoras

Como las prácticas violentas se encuentran fuertemente arraigadas en las matrices culturales, para lograr transformaciones en este sentido son necesarios esfuerzos de reflexión, análisis, vigilancia y deconstrucción de los aprendizajes. Trabajar hacia nuevas relaciones contractuales y desaprender las prácticas institucionalizadas e internalizadas. El primer paso para poner en marcha un proceso de transformación es hacer visible lo invisible, mirar con extrañeza aquello que está instalado y se ha hecho inconciente. Es necesario dar cuenta de los mecanismos con que se presenta la violencia, haciendo un ejercicio de extrañamiento para poder reconocerlos y resignificarlos. Vivimos en una sociedad en la que los tiempos de reflexión disminuyen cada día y la violencia aumenta de manera inversamente proporcional (Segato, 2003). Es necesaria una decisión política y empezar a deconstruir los prejuicios que operan en los agentes del Estado. Y como estas prácticas tienen raíces culturales muy profundas no es sencillo visualizar aquella violencia que está naturalizada. Los mandatos de

género tienen un origen remoto y esto hace que *sea la mejor fundada de las ilusiones colectivas* (Bourdieu, 2000).

El punto de partida del extrañamiento puede permitir cuestionarse respecto a lo naturalizado. El descentramiento implica salirse de una mirada etnocéntrica y jerarquizadora del otro/a, intentando reposicionarse. Para enfrentar este proceso es necesaria una actitud sensible, con capacidad reflexiva y autocrítica, y poder transformar en conflictos (sin temor a ellos) aquello que está naturalizado, cuestionando las relaciones de dominación. Los espacios de diálogo y reflexión que tiendan hacia la interpelación y la autocrítica al interior de los equipos de salud, con mayor participación de los/las médicos/as, pueden facilitar los procesos, además de tener efectos terapéuticos sobre los malestares.

Queda bastante camino por andar para garantizar el acceso a los derechos. Como dice Eva Giberti (2003), el derecho no implica disolver la humana capacidad de discriminación. Hace falta asumir un compromiso político que refleje la coherencia entre la letra escrita y las acciones que expresen la voluntad de su cumplimiento, vinculadas éstas al presupuesto asignado, la estabilidad laboral de los equipos técnicos, la capacitación y formación de los profesionales de la salud. A nivel nacional y provincial, hay equipos y personas en las instituciones públicas que trabajan con sensibilidad y profesionalidad y que son una señal del inicio de los procesos de transformación.

La comunicación es un aspecto central en las relaciones y por lo general son gestos simples los que transforman la distancia en proximidad. El establecer un contacto visual, el mirar a los ojos pone en diálogo, a la vez que contiene y acompaña. El trabajo tecnocratizado parece olvidar que detrás de una dilatación o unos latidos fetales, hay una persona que aguarda una palabra, una mano, una mirada como el inicio de un camino para desmontar la enajenación y garantizar derechos. En este sentido, el personalizar la relación rompiendo el anonimato, dejando de lado la infantilización de las mujeres, es otro paso para mejorar la comunicación.

La conformación de comités de ética intrainstitucionales con roles específicos para la garantía de la transversalización

de prácticas género sensibles y el respeto por los derechos, puede operar como facilitadora. Hay que resignificar el documento del consentimiento informado de manera que sirva para establecer un vínculo de reconocimiento de los derechos.

La formación académica es un elemento clave, aunque los cambios de planes no otorguen necesariamente garantías de nuevas prácticas. Pero es necesario incorporar en los planes de estudio de las carreras, una mirada más holística que permita comprender a la salud como un proceso social y cultural, con cátedras sobre derechos humanos y género. La comprensión de la maternidad alejada de los procesos exclusivamente biológicos, medicalizadores e intervencionistas, habilitaría otra conciencia ética y en consecuencia otras prácticas. En las residencias para médicos/as y obstétricos/as que tienen un escaso apoyo pedagógico, se debería tender a jerarquizar su educación, sin utilizarlos como la fuerza de trabajo que realiza las actividades más pesadas y con la mayor carga de tiempo. Es necesario que el uso de su tiempo les permita prácticas reflexivas. La incorporación de más residencias, por ejemplo de trabajadoras sociales y educadoras sanitarias o de enfermería especializada, dinamizaría al hospital como espacio educativo. Se hace necesario trabajar en la formación de personas con un desarrollo del pensamiento crítico, sentido de la ética, la solidaridad, la creatividad y la sensibilidad.

El problema de la falta de reconocimiento de sus propios derechos por parte de las mujeres, merece intervenciones que van desde campañas para la difusión de las leyes vigentes, hasta talleres que las habiliten para la apropiación del propio cuerpo. Lograr que las mujeres usuarias tengan la información para poder tomar decisiones responsables. Diseñar proyectos de intervención implica recuperar categorías que interactúan: las posiciones de género, las condiciones sociales, económicas y culturales, el contexto histórico; prácticas sociales instituidas e instituyentes.

La alianza intersectorial entre justicia, salud y educación es clave para garantizar los derechos de las mujeres en los diferentes espacios.

El rol de la sociedad civil para monitorear el cumplimen-

to por parte del Estado de las leyes vigentes es fundamental. La experiencia del CONDEERS (Consortio Nacional por los derechos reproductivos y sexuales) que ya tiene varios años de trayectoria, habilita este ejercicio de ciudadanía.

Consejos de las mujeres para mejorar el servicio

A lo largo de las entrevistas con las mujeres, a partir del pedido de pensar propuestas para mejorar la atención en el Hospital, algunas han ido planteando consejos sobre cómo debería ser un buen/a médico/a:

- Que el/la médico/a que nos revisa durante los 9 meses, pase al hospital y nos atienda también allá.
- Que no sean médicos/as por obligación sino que muestren amor por la profesión. Quien ama la profesión te resuelve los problemas, te ayuda, te explica y el que es médico por obligación, te manda a hacer análisis nomás y después no te da respuesta de nada porque mira el análisis y nada más.
- Que antes de llevar el título a la cabeza, lo lleven al corazón y que consideren que no todas las mujeres somos iguales.
- Si le gusta por ejemplo maltratar a la muchacha en la casa, que no lleve sus problemas al consultorio.
- Si tuviera dinero, tendría mi obra social, capaz que no me iría jamás al hospital, porque tengo que ir a la madrugada, por que tengo que hacer una cola larguísima, porque tengo que esperar a que me atiendan como me atienden, porque tienes que esperar la atención como te la den y no como vos quieres que te la den, porque el médico te atiende nada mas que entre las 8 y las 8:15, y después se va porque tiene que atender su consultorio. Yo tenía obra social y a mí me atendían re bien, con aparatos supramodernos en el Sanatorio Norte. Entraba y estaba una hora con el médico. Entonces que ellos vean que el que va ahí es porque necesita tener salud y porque no tiene otra elección. Porque ellos también son los que están ahí porque también el pobre necesita, no sé, pero

todos merecen buena atención.

- El ser médico, les obliga a ser pacientes, por empezar porque saben que van a estar frente a un ser humano y a otro individuo de ahí y hasta que se mueran, porque son médicos hasta que se mueran. Yo pienso que ser médico es como ser docentes.
- El/la médico/a tiene que ser humilde, que te hable, te cuente, te explique, que tenga paciencia, sepa ponerse en tu lugar, entenderte a vos. Comprenderte, capaz que viene de su casa con problemas, entonces que no le agrave el problema al paciente porque peor se va a poner. Él no sabe de qué situación vengo, entonces que no me atienda mal...
- Que no se hagan los superpoderosos, como que se sienten muy elevados en el nivel, porque así marcan mucha distancia y no bajan hacia la mamá.

(Entrevistas y grupos focales con mujeres usuarias)

En este trabajo no se ha hecho prácticamente referencia a los/las niños/as que nacen en el hospital en un ambiente cargado de violencia en donde ellos/as también son víctimas. El establecimiento del vínculo entre la madre y su hijo/a, el imprinting o troquelado, posibilita un desarrollo armónico de la relación. El niño y la niña recién nacidos/as tienen derecho de ser recibidos/as en un ambiente libre de violencia y no se podría dimensionar aquí el daño que se provoca cuando no es así.

Mi cuerpo es mi territorio y sobre él sólo yo ejerzo la soberanía (Cerón Villaquirán, 2003) ha sido un lema de la Red por la Salud de las Mujeres de Latinoamérica y el Caribe. El cuerpo de las mujeres es de las mismas mujeres. La ciudadanía implica que cada persona debe ser soberana de su territorio primario que es su cuerpo. De lo contrario estaríamos frente a la esclavitud. Una persona a quien se le veda el ejercicio de la ciudadanía sobre sí misma enfrenta alguna forma de esclavitud. Ejercer la ciudadanía implica la necesaria autonomía para tomar decisiones libremente y sin coerciones. Comprender el cuerpo de las mujeres como territorio permite dimensionar

políticamente el ejercicio de la violencia como práctica de dominación por parte del patriarcado en tanto red de sentido.

Santiago del Estero, diciembre del 2011

Bibliografía

- Anderson, Jeanine (2002). *Familias, maternalismo y justicia de género*. En: Dilemas de la política social. Paper especialmente preparado para Seminario "Programación estratégica, análisis prospectivo y tecnologías para el cambio organizacional, la gestión y evaluación de políticas de equidad de género", PRIGEPP- FLACSO.
- Aponte Sánchez, Élida y Femenías, María Luisa (Compiladoras) (2008) *Articulaciones sobre la violencia contra las mujeres*. Editorial de la Universidad de La Plata, La Plata.
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa; Vivanco, Luisa (2003) *Violencia, Género y Salud en la Maternidad Nuestra Señora de la Merced en San Miguel de Tucumán*. CDRom. Ediciones Runa.
- Arenas, Patricia, Canevari, Cecilia, Pascual, Liliana e Isac, Rosa (2004) *Análisis del Proyecto de Investigación "Género, violencia y salud" en el Hospital Regional desde las Claves Bourdianas*. Trabajo final del Curso Explicar y comprender desde la perspectiva de Pierre Bourdieu (Inédito).
- Arenas Patricia, Canevari, Cecilia e Isac, Rosa (2008) *Género, violencia y salud: representaciones y prácticas en el Hospital Regional*. IXº Jornadas Nacionales de Historia de las Mujeres y IVº Congreso Iberoamericano de Estudios de Género. Organizado por la Universidad Nacional de Rosario, la Universidad Nacional de Córdoba y la Universitat de les Illes Balears, España y la Municipalidad de Rosario. Rosario. Publicado en las Actas del Congreso (CD)
- Arenas, Patricia; Isac, Rosa y Canevari, Cecilia (2008). *Los servicios públicos de salud como espacio de enseñanza aprendizaje: el caso de una maternidad pública en Santiago del Estero*. En: IX Congreso Argentino de Antropología Social "Fronteras de la Antropología". Antropología Social CDD 306. www.caas.org.ar

- Barone, Myriam (2000) *Dos historias de nunca acabar*. Editorial Universitaria. Universidad Nacional de Misiones, Posadas.
- Biaggi, Cristina; Canevari, Cecilia y Tasso, Alberto (2007) *Mujeres que trabajan la tierra. Un estudio sobre las mujeres rurales en Argentina*. SAGPyA. Buenos Aires.
- Bobbio, Norberto (1994) *Teoría general del derecho*. Temis. Bogotá.
- Bordelois, Ivonne (2009) *A la escucha del cuerpo. Puentes entre la salud y las palabras*. Libros del Zorzal. CABA.
- Bourdieu, Pierre (1984) *Sociología y Cultura*. Grijalbo, Madrid.
- Bourdieu, Pierre (1988) *Cosas Dichas*. Gedisa, Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre y Loic Wacquant (1995) *Respuestas por una antropología reflexiva*. Grijalbo, México.
- Bourdieu Pierre (1999) *Razones Prácticas. Sobre la Teoría de la Acción*. Editorial Anagrama. Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación masculina*. Editorial Anagrama, Barcelona.
- Bourdieu, Pierre (2002) *La Miseria del Mundo*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre y Loic Wacquant (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva*. Siglo XXI editores, Buenos Aires.
- Bourdieu, Pierre [1984] (2008) *Homo Academicus*. Siglo XXI editores. Buenos Aires.
- Bronfman, Mario y Castro Roberto. *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. Instituto Nacional de Salud Pública y Foro Internacional de Ciencias Sociales y Salud.
- Camacaro Cuevas, Marbella (2009) "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... improntas de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, jun. 2009, vol.14, N°32, p. 147- 162.
- Canevari, Cecilia (1998) "La leyenda del Alma Mula como reguladora de la moralidad en Santiago del Estero". *Desde el Fondo: Trama Cultural*. Cuadernillo Temático N° 12. Facultad de Trabajo Social de la UNER. Paraná.
- Canevari, Cecilia (1998) capítulo: *El parto de las mujeres campesinas*. En el libro Álvarez, Ramón; Canevari, Cecilia; de

- Dios, Rubén; Paz, Raúl; Tasso, Alberto; Williams, Jorge. *Sistemas productivos campesinos en Santiago del Estero*. Barco Editó, Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia y Ramírez, Magdalena (2002) "Los grupos de mujeres rurales, sus procesos y significaciones. La experiencia en el Dpto. Figueroa". *Revista de Ciencia y Tecnología de la UNSE*. Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia y otros (2004) *El cuerpo y la reproducción de las mujeres campesinas en Santiago del Estero*. Actas del Congreso de Antropología Rural, Tilcara.
- Canevari, Cecilia y Ramírez Magdalena (2004) "De niñas a jóvenes y de mujeres a madres: una trayectoria ineludible". *Revista Cifra*. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y de la Salud. UNSE. Santiago del Estero.
- Canevari, Cecilia (2005) (coordinadora) *Reproducción, sexualidad y ciudadanía. Un debate para el cambio*. Barco Edita. CICYT. Santiago del Estero
- Canevari, Cecilia (2009) *El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en servicios de salud pública en Santiago del Estero* (Inédito).
- Canevari, Cecilia (2009) *Cuerpos enajenados, sexualidades vigiladas*. Boletín electrónico del Fondo de Mujeres del Sur. Año 1, N°6. www.mujeresdelsur.org/
- Carbajal, Mariana (2010) *Una conversación subversiva*. Diario Página 12, 12 de abril. CABA.
- Carbajal, Mariana (2009) *El aborto en debate. Aportes para una discusión pendiente*. Paidós. CABA.
- Careaga Pérez, Gloria; Figueroa, Juan Guillermo y Mejía, María Consuelo (compiladores) (1998) *Ética y salud reproductiva*. PUEG y Programa Universitario de Investigación en salud de la Universidad Autónoma de México y Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Casique Casique, Leticia; Ferreira Furegato, Antonia Regina (2006) "Violencia contra mujeres: reflexiones teóricas". *Revista Latinoamericana Enfermagem*. Noviembre- diciembre; 14(6) www.eerp.usp.br/rlae. [Consulta Ago. 2009].
- Castoriadis, Cornelius (1993). *La Institución imaginaria de la*

- Sociedad*. Tusquets. Buenos Aires.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman (1998) *Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión*. www.hsph.harvard.edu [Consulta Julio 2005].
- Cerón Villaquirán, Esperanza (2003). "La salud desde el cuerpo físico y social de las mujeres". *Revista Mujer Salud*. N°1/2003. Santiago de Chile.
- Cerruti Basso, Stella (1993) *Salud y Sexualidad desde una Perspectiva de Género*. www.hsph.harvard.edu. [Consulta Julio 2004]
- Checa, Susana; García M. C.; Gogna, Mónica; Gutiérrez, María Alicia. y otras (1997). *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: Propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*. Asociación Civil Foro por los Derechos Reproductivos. Buenos Aires.
- Checa, Susana (compiladora) (2006) *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad*. Paidós. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Chejter, Silvia (2011) *Lugar común. La prostitución*. EUDEBA. Buenos Aires.
- Chiarotti, Susana; García Jurado, Mariana; Aucía, Analía; Arminchiardi, Susana (2003). *Con todo al aire. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR, CLADEM. Buenos Aires.
- Chiarotti, Susana; Schuster, Gloria y Arminchiardi, Susana (2008). *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR y CLADEM. Rosario.
- CLADEM (1998) *Silencio y complicidad*. CRLP y CLADEM, Lima.
- Clarín, 24 de julio del 2007. Rodríguez, Julio. *Santiago del Estero: polémica por el tomógrafo de un hospital*. Buenos Aires.
- Climent, Graciela (1994) "La relación médicopaciente: Una vinculación inquietante", en *Cuadernos Médico Sociales*, Nro. 67, Rosario.
- Climent, Graciela (1987) "Tecnología apropiada en obstetricia". *Revista Saúde Pública*. 21 (5): 413- 26. Sao Paulo.

- Consejo Nacional de la Mujer (1994) *Informe nacional: situación de la mujer en la última década en la República Argentina*. CNM. Buenos Aires.
- Cob, Gabriela (2003) "Humillación y maltrato en el parto hospitalario". *Revista Mujer y Salud*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. Santiago del Chile. N°1/2003.
- De Barbieri, Teresita (1996) *Certezas y malos entendidos sobre la categoría Género*. En IIDH, Serie Estudios Básicos en Derechos Humanos. Tomo IV. San José de Costa Rica.
- De Lauretis, Teresa (s/f) *La violencia retórica. Consideraciones sobre representación y género*. Travesías 2, Buenos Aires.
- De los Ríos, Rebecca (1993) *Género, Salud y Desarrollo: un enfoque en construcción*. En Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. Organización Panamericana de la Salud. OMS, Washington.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1990) *Por su propio bien. 150 años de consejos de expertos a las mujeres*. Taurus Humanidades, Madrid.
- Estrada Bayona, Maydi (2003). *La teoría de la enajenación en Marx y las paradojas Hinkelammertianas en el contexto caribeño*. Conferencia Internacional La Obra de Marx y los desafíos del SXXI. www.nodo50.org/cubasigloXXI/congreso08/conf4_estradab.pdf [Consulta Marzo 2010].
- Farge, Arlette (1991) "La historia de las mujeres. Cultura y poder de las mujeres: ensayo de historiografía". *Revista Historia Social* N°9.
- Faúndes Aníbal y Barzelatto, José (2005). *El drama del aborto. En busca de un consenso*. Tercer Mundo Editores. Bogotá.
- Femenías, María Luisa (2009) *Raíces y efectos de la violencia contra las mujeres, aspectos de una articulación compleja*. Conferencia en el Congreso Sobre Género y Violencia, Córdoba. 28 de mayo del 2009.
- Fernández, Ana María (compiladora) (1993) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Editorial Paidós, Buenos Aires.
- Fernández, Ana María (1994) *La mujer de la ilusión. Pactos*

- y contratos entre hombres y mujeres*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Fernández Moreno, Sara Yaneth (2007) "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud". *Revista Gerencia y Políticas de salud*, Vol. 6, número 012. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
- Figueroa, Juan Guillermo (1997) *Algunas Reflexiones sobre el Ejercicio de los Derechos Reproductivos en el Ámbito de las Instituciones de Salud*. www.hsph.harvard.edu. [Consulta Julio 2005]
- Foucault, Michel [1966] (2008) *El nacimiento de la Clínica*. Siglo XXI Editores Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel [1975] (2008) *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel [1976] (2003) *Historia de la sexualidad. Vol. 1 La voluntad del saber*. Siglo XXI Editores Argentina. Buenos Aires.
- Foucault, Michel (1979) *Microfísica del Poder*. Ediciones La Piqueta, Madrid.
- Fox Keller, Evelyn (1991) *Reflexiones sobre género y ciencia*. Edicions Alfons El Magnanim. Valencia.
- Fuentes Morúa, Jorge (2000) "Revueltas y el joven Marx. La filosofía de la enajenación". *Revista Polis*. México. [Consulta Marzo 2010]. www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20001/pr/pr1.pdf
- García Moreno, Claudia (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Populations and Development Studies. Publicación Ocasional N°6. www.paho.org
- Ghasarian, Christian (2008) *De la etnografía a la antropología reflexiva*. Serie Antropológica. Ediciones del Sol, Buenos Aires.
- Giberti, Eva (1993) *Parto sin temor: el poder que perdemos*. En: Fernández, Ana María (compiladora) *Las mujeres en la imaginación colectiva*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
- Giberti, Eva (1998) *Tiempos de mujer*. Editorial Sudamericana.

- Buenos Aires.
- Giberti, Eva y otras (1997) *Madres excluidas*. Grupo Norma Editorial, Buenos Aires.
- Giberti, Eva (2003) Capítulo: *Transgénero: síntesis y aperturas*. En Maffía Diana (compiladora) *Sexualidades Migrantes*. Feminaria Editora. CABA.
- Germain, Marisa (2005) *Medicalización e institucionalización de los derechos*. Presentado en el Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en los efectores públicos de salud. Trato humanizado. Organizado por CLADEM e INSGENAR. Rosario, septiembre, 2005.
- Gómez Gómez, Elsa (editora) (1993). *Género, Mujer y Salud en las Américas*. Publicación Científica N° 541.OPS/ OMS. Washington D.C.
- Guber, Rosana (2001). *Etnografía, Método y Reflexividad*. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- Gutiérrez, Alicia (1994). *Pierre Bourdieu Las Prácticas Sociales*. Editorial Universitaria. Universidad Nacional de Misiones/ Dirección General de Publicaciones. Universidad Nacional de Córdoba. Posadas.
- Heggenhougen, H. Kris (1995) *Antropología y Salud Pública: Más allá de las Medidas Cuantitativas*. <http://www.hsph.harvard.edu>. [Consulta junio del 2004]
- Illich, Iván (1978) *Némesis Médica*. Editorial Joaquín Mortiz, S.A. México D.F.
- IPAS (2010) *La aspiración manual endouterina*. [Consulta mayo del 2010]. www.ipas.org/Spanish/Library/FAQs/La_aspiracin_endouterina.aspx.
- Juliano, Dolores (1992) *El juego de las astucias. Mujer y construcción de modelos sociales alternativos*. Ediciones Horas y Horas. Madrid.
- Juliano, Dolores (2009) "Delito y pecado. La trasgresión en femenino". *Revista Política y Sociedad*, 2009, Vol. 46 Núm. 1 y 2: 79- 95
- Lagarde y de los Ríos, Marcela (2003) *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Universidad Autónoma de México. México DF.

- Lamas, Marta (compiladora) (1996) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género de la Universidad Autónoma de México y Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Larrain, Soledad y Rodríguez, Teresa (1993). *Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer*. En Gómez Gómez, Elsa. Género, Mujer y Salud en las Américas. OPS. Washington.
- Maffía, Diana (2003) *Sexualidades Migrantes*. Feminaria Editora. CABA.
- Maffía, Diana (2007) prólogo del libro: Rodríguez, Marcela (dirección) (2007) *Reformas judiciales, acceso a la justicia y género*. Ciepp. Ciudad de Buenos Aires
- Maffía, Diana y Hurtado Neira, Josefina (2007) *Cuerpo, conocimiento, emoción y ciudadanía*. Católicas por el derecho a Decidir. Buenos Aires.
- Martínez, Ana Teresa (2007) Pierre Bourdieu. *Razones y lecciones de una sociología práctica*. Ed. Manantial, Buenos Aires.
- Matamala, María Isabel; Berlagosky, Fanny; Salazar, Gloria y Nuñez, Lorena (1995). *Calidad de la Atención, Género ¿salud reproductiva de las mujeres?* Santiago de Chile.
- Menéndez, Eduardo (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva*. Vol. 8- N°1- Rio de Janeiro.
- Naciones Unidas (2004) *Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura: Chile*. 14/06/2004. CAT/C/CR/32/5 (Concluding/Observations /Comments).
- Nari, Marcela (2004) *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Editorial Biblos. Buenos Aires.
- Narotzky, Susana (1988) *Trabajar en familia. Mujeres, hogares y talleres*. Ed. Alfons El Magnanim. Valencia.
- Nugent, Guillermo (2005) "El orden tutelar". En: *La trampa de la moral única*. Publicación de la Campaña por los derechos sexuales y reproductivos. Lima.
- Passos Nogueira, Roberto (2008) *La salud que hace mal. Un*

- estudio alrededor del pensamiento de Ivan Illich*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Pateman, Carole (1995) *El contrato sexual*. Ed. Antropos. Barcelona.
- Pichon Riviere, Enrique (1966) *Miedo a la pérdida y miedo al ataque. Ansiedad frente al cambio social*. Clase n° 4 Escuela Privada de Psiquiatría Social. Clase dictada el día 16/5/66. www.espiraldialectica.com.ar/16566.htm. [Consulta agosto del 2008].
- Piedra Guillén, Nancy (2005) "Relaciones de poder: leyendo a Foucault desde la perspectiva de género". *Revista de Ciencias Sociales*: 106, 2004 (IV) – 107 2005: 123- 141. Costa Rica.
- Piñero, Laura (1998). *Felices por un rato*. Universidad Nacional de La Pampa, Santa Rosa.
- Romero, Xóchitl, Cecilia García et al. (1997) *Calidad de Atención del Aborto: Percepción de las Usuaris*. www.hsph.harvard.edu. [Consulta junio del 2004].
- Rostagnol, Susana y Viera, Mariana. *Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud*. Presentado en el Seminario Nacional Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres en los efectores públicos de salud. Trato humanizado. Organizado por CLADEM e INSGENAR. Rosario, septiembre, 2005.
- Salazar Antunes, Gilda (2001) *Un cuerpo propio*. Prepared for delivery at the 2001 meeting of the Latin American Studies Association, Washington DC, September 6- 8, 2001. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A.C. Hermosillo, Sonora, México.
- Samaja, Juan (2009) *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Lugar Editorial. Buenos Aires.
- Scott, James C. (2004) *Los dominados y el arte de la resistencia. Discursos ocultos*. Ediciones ERA. México DF.
- Scott, Joan (1997) *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En: Lamas, Marta (compiladora). *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa

- universitario de estudios de género de la Universidad Autónoma de México y Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa, México DF.
- Scribano, Adrián (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Ed. Prometeo. CABA.
- Segato, Rita Laura (2010) *Las mujeres nunca sufrieron tanta violencia doméstica como en la Modernidad*. Entrevistada por Mariana Carbajal. Diario Pagina 12/ 8 de febrero.
- Segato, Rita Laura (2004a) *Antropología y derechos humanos: Alteridad y ética en el movimiento de los derechos universales*. Serie Antropología 356. Universidad de Brasilia.
- Segato, Rita Laura (2004b) *Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez*. Serie Antropología 362. Universidad de Brasilia.
- Segato, Rita Laura (2003) *Las estructuras elementales de la violencia*. Universidad Nacional de Quilmes Editorial/ Prometeo. Bernal.
- Sen, Gita; George, Asha y Östlin, Pirooska (2005) *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. OPS/ OMS/ Harvard Center for Population and Development Studies.
- Serías para el debate N°5 (2007) *Sexualidad, pobreza y reproducción*. Campaña por la Convención de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Lima.
- Schwarcz, Ricardo et al (2003) *Obstetricia*. Ed. El Ateneo. Buenos Aires.
- Tarducci, Mónica (organizadora) (2008) *Maternidades en el siglo XXI*. Espacio Editorial. Buenos Aires.
- Vacani, Pablo (2008) *La utilización de las herramientas sociológicas de Pierre Bourdieu en el campo punitivo*. Trabajo presentado en el Encuentro de Jóvenes Investigadores/8. Santiago del Estero.
- Vaggione, Juan Marco (2005) "Entre reactivos y disidentes. Desandando las fronteras entre lo religioso y lo secular". En *La Trampa de la Moral Única*. Publicación de la Campaña por los derechos sexuales y reproductivos. Lima.

Legislación internacional y nacional

- Asamblea General de las Naciones Unidas (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer CEDAW*.
- Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, (1994) *Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer*. "Convención De Belem Do Para"
- Código Penal (1921). Art.86 La interrupción legal del embarazo.
- Ley N° 25.673 (2002) Ley de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa creado por ley nacional y ley provincial (año 2005)
- Ley Nacional N° 25.929 (2004) Ley de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.
- Ley N° 26.130 (2006) Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica. La ley de ligadura tubaria y vasectomía
- Ley Nacional N° 26485 (2009). Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley Provincial N° 7032 (2011) Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales.

Producción de CD

- Arenas, Patricia Arenas; Canevari, Cecilia; Isac, Rosa y Carreras, Marita. Producción: Celia Lescano, Producción técnica: René Montoya. Actrices, Grupo Teatral "Yo Casta": Mariela Díaz, María Elena Nuñez, Miryam Berra, Mariana Sayago, Analía Valentín, Carlos Arismendi y Vicente Spitale (2008). Producción de CD con 10 Spots Radiales

"Junt@s por un Parto Respetado". www.radiouniversidad.unse.edu.ar/html/spot.html

Anexo:

Ley Nacional Nº 25.929 de Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento

Declaración de Interés del Sistema Nacional de Información Mujer, por parte del Senado de la Nación.

Declaración sobre difusión del Parto Humanizado

LA CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN DECLARA:

Solicitar al Poder Ejecutivo, que a través del organismo que corresponda, inicie dentro de sus actividades una campaña destinada a concientizar a la sociedad, sobre la importancia del acompañamiento de la mujer en el parto por una persona de su elección, y de los beneficios que significa para la salud del binomio madre-hijo.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, sancionan con fuerza de Ley:

Artículo 1º.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación.

Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al Programa Médico Obligatorio.

Artículo 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

a) 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.

b) 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.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su

participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) 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.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Artículo 3º.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.

b) A su inequívoca identificación.

c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

Artículo 4º.- El padre y la madre de la persona recién naci-

da en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

Artículo 5º.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

Artículo 6º.- El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

Artículo 7º.- La presente ley entrará en vigencia a los SESENTA (60) días de su promulgación.

Artículo 8º.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los veinticinco días del mes de agosto del año dos mil cuatro.

Sanción.- 25 de agosto de 2004.

Promulgación.- 17 de septiembre de 2004.

Cuerpos Enajenados
fue compuesto en
Calibri en
el taller
de
Barco edita.
La impresión se
realizó en Idearte
al cuidado de Cuqui.

Impreso en Gráfica Idearte.
Belgrano sur 2011.
Teléfono (0385) 4224887
Santiago del Estero