Maternidad en Buenos Aires: la experiencia popular

Silvina Ramos

REIMPRESION

I N D I C E

		Págs.
Introducción		5
El tema y las intenciones		5
El problema y las dificultades		8
Cuestiones metodológicas		11
Capítulo I:	**La experiencia de maternidad**	15
Capítulo II:	**Los momentos del proceso**	23
	El reconocimiento del embarazo	23
	El acompañamiento del embarazo	31
	El parto	35
Capítulo III:	**Cuatro modelos de atención**	43
	Rosa: El paso por la medicina pública	45
	Mónica: La maternidad en una obra social	48
	Juana: La maternidad naturalista	49
	Patricia: La maternidad supermedicalizada	51
Capítulo IV:	**Algunos comentarios**	55
Apéndice		61
Bibliografía		64

MATERNIDAD EN BUENOS AIRES: LA EXPERIENCIA POPULAR*

Silvina Ramos

Introducción

El tema y las intenciones

Este trabajo aborda el tema de la maternidad en las mujeres de los sectores populares. Se documentan y analizan los comportamientos, percepciones y expectativas en relación a esta experiencia en mujeres residentes en el Gran Buenos Aires. El trabajo se propone dos objetivos: presentar, por un lado, el

* Este trabajo ha sido patrocinado por International Development Research Centre (IDRC). También forma parte del Programa sobre los Sectores Populares que se lleva a cabo en el CEDES con el apoyo de Interamerican Foundation (IAF). Parte de la información utilizada ha sido extraída del archivo sobre condiciones de vida de los sectores populares del Gran Buenos Aires, producto de la investigación "Unidad doméstica y nivel de vida en los estratos populares urbanos: estrategias de participación laboral y de consumo en Buenos Aires", que contó con la ayuda financiera de PISPAL, Fundación Ford y OIT.

Expreso mi agradecimiento a Elizabeth Jelin y Enrique Tandeter por su dedicada revisión de los borradores de este trabajo. A Jorge Balán agradezco su guía y permanente apoyo en la investigación y redacción del informe. Para mis compañeros de equipo Juan José Llovet y María del Carmen Feijoó, mi gratitud por su generosa colaboración.

Por último, un especial agradecimiento a las mujeres entrevistadas, quienes compartieron conmigo los recuerdos y emociones de su maternidad. Por obvias razones éticas, sus nombres deben quedar en el anonimato, los que utilizo en este trabajo son ficticios.

testimonio de las mujeres entrevistadas; desarrollar, por otro, algunas categorías analíticas con las cuales enfocar el problema de la maternidad desde una perspectiva sociológica y algunas hipótesis de diagnóstico que puedan ser utilizadas en futuros trabajos de relevamiento más estandarizado.

El origen de la preocupación por el tema merece algunas consideraciones. El presente trabajo es producto de una investigación exploratoria y cualitativa, dirigida a detectar las estrategias de atención de la salud de familias de los sectores populares del Gran Buenos Aires [1]. El foco de atención de esa investigación estuvo puesto en la detección de las características y del rol de los servicios públicos de atención de la salud en dichas estrategias. El propósito era conocer y comprender la dinámica que se establece entre la demanda de servicios de salud de este tipo de población, y la oferta de servicios destinados a ella. El interés del relevamiento se concentró en los problemas pediátricos y aquéllos relacionados con el embarazo y el parto. La elección de estas dos áreas de atención de la salud respondió a la necesidad de recortar el problema y a la comprobación de su importancia en la vida cotidiana de las familias de los sectores populares. El contacto previo y sistemático con estas familias dentro del marco de otra investigación [2] había mostrado que las dificultades en la salud de los niños y las derivadas de la maternidad constituyen el foco de atención de sus estrategias de salud.

Consecuentemente, este trabajo enfoca el problema de la estrategia de atención del proceso de embarazo y parto, intentando responder a tres interrogantes:

---

[1] La literatura sobre el comportamiento de los sectores de bajos ingresos dirigido a la atención de la salud ha señalado la coexistencia de diferentes estrategias de resolución de los problemas de salud que involucran diferentes prescriptores acerca de 'lo que hay que hacer': Freidson (1978), Zola (1964); Mc Kinlay (1973) (1975): Pilisuk y Froland (1978); Llovet (1982), entre otros.

[2] Se trata de la investigación denominada "Unidad doméstica y nivel de vida en los estratos populares urbanos". Este trabajo lleva tres años de un seguimiento de varias familias de los sectores de bajos ingresos residentes en el Gran Buenos Aires, y tiene como objetivo relevar información sobre condiciones de vida, patrones de consumo, y estrategias laborales y de defensa del nivel de vida adquirido.

a. Cómo atienden su experiencia de maternidad las mujeres de los sectores populares?

b. Cuál es la presencia del servicio de salud público dentro del conjunto de las diferentes formas de atención del proceso de maternidad?

c. Cuándo, cómo y para qué se recurre a él?

Tengo la convicción de que la maternidad es un episodio de la historia vital de las mujeres y de sus familias que —al igual que muchos otros— no ha sido todavía suficientemente explorado ni discutido como para poner en cuestión el sentido común con el cual ha sido siempre analizado. Al respecto, la presentación del testimonio de algunas mujeres trata de abrir una polémica. Paralelamente, propongo algunas categorías analíticas que deben permitir abordar la maternidad desde una perspectiva totalizadora: recuperar el perfil socio-interaccional y sociocultural de esta experiencia, y sugerir líneas de interpretación de los comportamientos registrados.

En consideración de esos objetivos, cabe entonces advertir que la descripción y el análisis siguen un camino de fuerte tensión. Se intenta mostrar, por un lado, la homogeneidad de los comportamientos en tanto contrastan con lo que podríamos denominar paradigma socialmente dominante de la maternidad. Pero también se pretende, por otro lado, analizar su heterogeneidad como resultado de la presión de condicionantes socio-económicos y culturales.

Si bien la discusión y crítica de la imagen socialmente construida y aceptada de la maternidad excede los objetivos de este trabajo, la calidad de la información obtenida y mi preocupación personal me estimularon a no dejar de lado esta cuestión como referente de la discusión. En este sentido, el trabajo muestra que las prácticas, los deseos y las expectativas de las mujeres entrevistadas contrastan más o menos abiertamente con ese modelo de maternidad que, como filtro censor o como marco comparativo constituye —en tanto conjunto de imágenes y prescripciones— el contexto en el cual estas mujeres conciben y dan a luz a sus hijos.

En este trabajo utilizo un particular encuadre de la noción de maternidad, circunscribiéndola al proceso de embarazo y parto. Teniendo presente este límite, intentaré plantear algunos de los problemas presentes en el tratamiento de este tema. En primer lugar, cabe señalar que estamos acostumbrados a identificar y representar esta experiencia con el código de un sistema de atención particular: el occidental en general, y el norteamericano en particular. Dentro de esta perspectiva, la maternidad ha sido considerada —y analizada— como un episodio médico, focalizando la atención y la investigación en los aspectos fisiológicos, y con mayor frecuencia en los patológicos. El desconocimiento o la escasa atención puesta en los aspectos socio-interaccionales y socio-culturales de la experiencia ha sido casi constante en el tratamiento disciplinario y profesional de este tema, lo mismo que en su casi inexistente discusión pública[3].

Sabemos que no existe ninguna sociedad donde la maternidad sea tratada como una función meramente fisiológica. En general, este proceso es considerado un acontecimiento crítico de la vida y como tal, objeto de consenso y control social. En la mayoría de las sociedades, por otro lado, el embarazo, el alumbramiento y el período post-parto son considerados un tiempo de vulnerabilidad de la madre y del niño. Con el objeto de enfrentar esta situación, toda cultura produce un cuerpo consistente e internalizado de prácticas y creencias, diseñadas para manejar los aspectos fisiológicos y sociales, de tal manera que la experiencia tenga un sentido compartido en cada contexto cultural particular. La investigación etnográfica ha mostrado que otras culturas han producido prácticas de atención de la maternidad llamativamente diferentes de las nuestras[4], precisamente ése ha sido uno de sus valiosos aportes a la comprensión de este fenómeno. Pero poco se ha avanzado en el análisis de los aspectos que caracterizan al proceso mismo de la maternidad como una construcción social, cuyo tópico es fisiológico, pero cuyo lenguaje es cultural, y en la comprensión del

[3] Para una revisión de la literatura médica sobre el tema, véase Mead and Newton (1967).

[4] Véase por ejemplo Jordán (1980); Ford (1964); González (1975).

fenómeno desde una perspectiva totalizadora. Actualmente, esto plantea el esfuerzo por traspasar el encuadre biomédico y centrarse en el proceso de maternidad con vistas a una visión más comprehensiva del mismo que permita un análisis comparativo entre diferentes realidades sociales y culturales, intra o inter societales.

También sabemos que en algunos países del Tercer Mundo, la obstetricia moderna se enfrenta con una fuerte etno-obstetricia, como lo documentan algunos trabajos etnográficos[5]. El contexto en el cual se sitúa el objeto de este trabajo no parece ubicarse en ninguno de estos dos polos. Más bien podríamos caracterizarlo como un contexto de transición, en el cual coexisten una medicina institucionalizada que ha incorporado casi todos los adelantos de la obstetricia moderna, y un conjunto de comportamientos relativos a la atención de la maternidad que escapan a la carrera prevista para la mujer embarazada-madre por este particular sistema de atención de la maternidad. Evidentemente, la condición de mujeres socializadas en un contexto rural, la condición de mujeres miembros de un grupo familiar con fuertes restricciones económicas, y la condición de mujeres responsables de armar la cotidianeidad de su vida doméstica enfrentando una alta incertidumbre e imprevisibilidad, seguramente pesan, aunque diferencialmente, en las formas en que las mujeres de los sectores populares 'eligen' para atender su experiencia de maternidad. Y aún cuando no constituyen un grupo social homogéneo, portador y practicante de un sistema de atención de la maternidad coherente y consistentemente diferenciado del paradigma médico de atención, expresan algunas disonancias en esa dirección.

En esta situación de crisis o de transición, los sistemas de atención de la maternidad tradicionales están empezando a cambiar bajo la influencia de la medicina moderna occidental, al tiempo que las prácticas obstétricas mismas se encuentran bajo la presión por ajustarse a las visiones cambiantes de la posición y competencias de la mujer. La información con la que se cuenta sobre este diagnóstico, es escasa y dispersa. Hay por un lado,

---

[5] Para una revisión de la literatura antropológica sobre el tema véase Mead and Newton (1967).

un gran caudal de información médicamente orientada, que da cuenta de las formas de atención. Pero sus reportes tienden a focalizarse en los aspectos fisiológicos –y frecuentemente anormales– del embarazo y parto, y generalmente dejan de lado el registro de una dimensión crucial para comprender el fenómeno, como es la socio-interaccional. Por otro lado, las estadísticas de la OMS contienen información exhaustiva sobre algunas variables tales como las tasas de morbimortalidad materno-infantil, la disponibilidad de personal médico y paramédico en los centros asistenciales, el status nutricional y epidemiológico de las distintas poblaciones, etc. Si bien estos datos son útiles para situar el cuidado obstétrico dentro de cada sistema de salud nacional, nos dicen poco sobre los aspectos sociales y culturales de la maternidad. Contamos también con la literatura etnográfica que nos muestra detalladamente los rituales sociales contruidos alrededor de algunos de los episodios puntuales de esta experiencia, como el tratamiento del cordón umbilical o de la placenta, o la posición de la mujer en el momento de la parición, etc., pero no nos orientan sobre un punto de vista sociológico del problema.

Por último, disponemos del aporte de la literatura feminista dedicada a este tema. Si bien estos trabajos han optado por comenzar a preguntarse que es lo que sienten y piensan las mujeres[6], por centrarse casi exclusivamente en ellas han perdido un poco de vista la relatividad social y cultural intra-societal del fenómeno.

Por todo esto se hace necesario comenzar a ensayar una perspectiva de interpretación del fenómeno de la maternidad que pueda integrar como preocupaciones a las características y problemas fisiológicos, socioculturales y sociointeraccionales del proceso, procurando no perder de vista el marco societal y cultural más amplio. Este trabajo es un intento en esa dirección.

---

[6] Para esta perspectiva véanse los trabajos de Oakley A. (1975, 1979, 1979 a, 1980); Graham, H. y Oakley, A. (1981), y Rosengren (1961, 1962).

Este trabajo ha sido elaborado sobre la base de dos tipos de información. Por un lado, la resultante de la aplicación de un cuestionario especialmente diseñado para la investigación, a siete familias de sectores populares residentes en diferentes zonas del Gran Buenos Aires. Por otro, información más dispersa pero igualmente significativa, proveniente de nuestro archivo sobre condiciones de vida de los sectores populares del Gran Buenos Aires[7]. En cuanto al primer tipo de material recogido, dicho cuestionario fue aplicado a siete mujeres cuyas edades oscilaban —a la fecha del relevamiento, 1981— entre los 25 y los 35 años, con parejas estables y con más de un hijo. Los restantes siete casos que completan el universo empírico relevado corresponden al archivo anteriormente mencionado e involucran mujeres también con parejas estables y multíparas, cuyas edades variaban —para la misma fecha— entre los 30 y los 40 años. En la mayoría de los casos, esta última información fue recogida acompañando experiencias de maternidad, lo cual permitió mantener un estrecho contacto con las entrevistadas y con el proceso mismo, minimizando de este modo los posibles sesgos y lagunas en la información que inevitablemente se producen cuando se apela a la memoria de los entrevistados como instrumento de la reconstrucción de experiencias.

En cuanto a las cualidades de la técnica de recolección, el cuestionario semiestructurado con varias líneas de preguntas abiertas, se presentó como el instrumento más idóneo; dado el perfil cualitativo del trabajo, el reducido tamaño de la muestra, y la necesidad de sortear el estigma que acompaña a algunos tipos de prácticas no-médicas. También fue incorporada al cuestionario una batería de preguntas dirigidas a relevar los datos socioeconómicos básicos de la familia.

Este cuestionario fue diseñado en base a cuatro criterios. El primero fue el recurso de reconstruir episodios puntuales y

[7] Este archivo es uno de los productos de la investigación sobre condiciones de vida de los sectores populares urbanos mencionada anteriormente, y ha sido elaborado en base a entrevistas abiertas (registradas en grabaciones) realizadas con un grupo de 20 familias residentes en el Gran Buenos Aires, a las cuales se ha visitado periódicamente en los últimos 3 años.

acotados, preguntándose entonces por la última experiencia de embarazo y parto. La intención era trabajar con preguntas que permitieran reconstruir hechos concretos y acotables; por eso se focalizó en los episodios más cercanos en el tiempo, descartando el camino de la descripción de cada aspecto del proceso en general. Para favorecer el relato y la asociación de la entrevistada, las preguntas fueron ordenadas reproduciendo el curso en que puede suponerse fueron dándose los acontecimientos. De este modo se intentaba estimular a la informante para que organizara su relato recuperando el carácter procesual de la experiencia.

El segundo criterio presente en el diseño del cuestionario fue la incorporación de preguntas referidas a la dimensión doméstica. El objetivo era enfocar la problemática de la atención de la maternidad, introduciendo como factores de diagnóstico todas aquellas actividades que recaen en la responsabilidad y en el trabajo de la mujer de los sectores populares. Con la idea de que el problema no podía circunscribirse exclusivamente a lo que sucede al interior de los establecimientos asistenciales a los cuales se acude, fueron incorporadas al cuestionario preguntas que buscaban registrar las características del funcionamiento de la actividad doméstica en cada etapa del proceso de maternidad.

El tercer criterio se basó en una atención preferencial otorgada al relevamiento de las características y dimensiones de un recurso doméstico generalmente descuidado como factor explicativo de los comportamientos relativos a la atención de la salud: el capital de información. Este recurso de carácter grupal y básicamente acumulado por la experiencia, es el conjunto de informaciones que una familia posee sobre el mercado de bienes y servicios requeridos para las actividades ligadas a la satisfacción de una necesidad. Para el problema que me preocupaba, resultaban relevantes desde cambios en el horario de atención del hospital, canales informales de exención del pago del arancel por prestación, manejo de trámites y estructuras burocráticas, canales de información sobre atención paramédica, etc. El último criterio implícito en el cuestionario fue el poner especial cuidado respecto al tipo de preguntas formuladas y a la forma en que éstas se construían. Respondiendo a esta preocupación –por ejemplo– las preguntas referidas al

aborto fueron deliberadamente separadas en el tiempo de la entrevista de aquellas referidas al último embarazo y parto, suponiendo que un planteo en abstracto de esta cuestión, más que desviar una respuesta cierta, podía estimular la veracidad.

En relación a la metodología cabe asentar, por último, algunas reflexiones e impresiones sobre el trabajo de campo y la técnica de relevamiento utilizada. En tanto la maternidad se caracteriza por ser un episodio con un alto grado de intimidad, relacionada también con algunas funciones corporales, el interrogatorio por preguntas pareciera no producir el *setting* apropiado para un relevamiento exhaustivo de información. En segundo lugar, y más allá de los tabúes o las inhibiciones culturales, este fenómeno es producto de una fuerte complejidad interaccional y emocional que los sujetos protagonistas tienen capacidad y habilidad para enfrentar, pero no necesariamente capacidad para explicitar los detalles de lo que efectivamente hacen. Por último, otro problema que debemos enfrentar en la investigación sobre esta temática, es la gratuita imposición de nuestra propia cosmovisión (cultural y de clase) y particularmente en este caso la perspectiva médica, en la recolección de información y en su codificación. Esto no quiere decir que las categorías médicas sean irrelevantes para la comprensión, pero sugiere que la inmersión en el fenómeno es la que debe sugerir cuáles son las categorías relevantes para la descripción y el análisis comparativo.

Con conciencia de estos tres problemas, el presente trabajo procuró neutralizarlos o minimizarlos. En cuanto al primero de ellos, la composición del universo empírico relevado ayudó a compensar las restricciones que podía producir la aplicación de un cuestionario en un único encuentro con la entrevistada. En este sentido, la información del archivo, producto de un contacto más estrecho con los hechos posibilitó una perspectiva más profunda del fenómeno. Como lo adelantamos más arriba 'mi acompañamiento' de experiencias de maternidad permitió compartir de cerca estos procesos y ganar intimidad y confianza en la conversación sobre ellos.

El segundo problema parece indicar que la perspectiva "desde adentro" no resulta suficiente para comprender cómo se construye una estrategia de atención de la maternidad. Esto

plantea la necesidad de sortear esta limitación mediante la utilización de una técnica de observación-participación antropológica. En este trabajo no fue posible hacerlo, y así fue como se contó como insumos básicos con el relato (en diferentes contextos de relación entrevistada-entrevistadora) y sólo algunas observaciones de ciertas dimensiones (como el funcionamiento de la vida doméstica, por ejemplo).

En cuanto al último de los problemas señalados no puede ofrecerse otra garantía que mi propia experiencia de trabajo de campo con familias de los sectores populares y una preocupación personal por el tema. Esta surgió en un período de mi vida durante el cual una querida entrevistada y yo compartimos nuestros embarazos.

CAPITULO I

LA EXPERIENCIA DE MATERNIDAD

Irene: Lo de los planes del tercero lo charlamos muy por arriba con Néstor, a él le gustaría la idea del tercero, a mí no me disgusta... pero considero que no es el momento propicio, y si no es pronto, considero que después va a ser menos todavía. Yo tengo 32... con la edad que tengo, con la paciencia que se me está agotando... y aparte no me gustaría tenerlos con edades desparejas, pero no sé... como tener se puede tener... pero no sé cómo quedaría yo, y a ese extremo no puedo llegar. Quiero que me sigan teniendo en mis cabales, tenerlo con ganas... como tuvimos los otros dos.

Ramona: La gordita ya llegó y hay que aguantarla. Yo no quería más otro bebé, pero no me la quise sacar porque cuando me di cuenta ya estaba de dos meses... y me quise morir, y para sacármelo... y si me pasa algo? Porque tantas veces pasan tantas cosas al sacárselo... y dije bueno, voy a dejarla, y justo en eso cayó mi madre y me dijo 'que te vas a sacar! y después vos te morís, a los chicos quien los cuida!!'.

Rosa: Yo no sé ni para cuando... estoy perdida, igual que el anterior me va a pasar... no tenía análisis, nada hecho, ni una historia, ni control... y el doctor me revisó al final... pero no sé cuándo va a nacer... cuando llegue, llega...

Juana: Para mí es mejor en la casa... estoy más tranquila en mi casa, y yo sé que no me va a pasar nada, yo no me asusto... si es natural... antes y cuando nace también...

Patricia: Fijate que yo una vez leí en una revista que eso de que el marido esté en la sala de partos es algo muy delicado por razón que le puede tomar asco a la mujer, o que tenga miedo. En casos será así, no en todos, depende de la mentalidad o de cómo está la persona en esos momentos, porque incluso puede pasar que el hombre rechace por largo tiempo a la mujer después de ver el parto... pero él estuvo siempre conmigo, a los controles fue a todos conmigo, me he descompuesto y me ha llevado él, pero hay casos que el

hombre está un rato, la acompaña al hospital, si es que la acompaña, pero después se va...

Mónica: Yo no leí nada en el embarazo, pero ya se saben tantas cosas, no sólo leyendo se sabe, hablando se sabe de todo, las amigas... o tenés una hermana, una prima. Todo es ya una cosa normal que ya parece que es como limpiar una casa tener un hijo; para mí por lo menos siempre fue así, no es que nací sabiendo, pero con esto te quiero decir que me resulta muy fácil, no me cuesta... lo mío fue enseñado tan de chica que ya lo sé todo bien palpado.

Todas estas mujeres están hablando de la maternidad. Algunas de sus palabras contrastan fuertemente; otras se refieren a diferentes aspectos de la misma experiencia. El objetivo del presente capítulo es proponer algunas claves para describir las diferencias.

Desde su dimensión social, la maternidad puede ser entendida como un proceso que demanda de la mujer y de su familia un conjunto de respuestas y decisiones sobre cómo y con quién atender el embarazo y el parto[8]. Cuando me refiero a la 'atención' que se les dedica quiero indicar no solamente los posibles diferentes tipos de servicios y procedimientos terapéuticos a los cuales se acude o se utiliza, sino a cualquier práctica –médica o no– que se efectúa con el fin de cuidar y mantener algún control sobre ambas etapas. La intención de este planteo es rescatar el conjunto de prácticas que las mujeres de los sectores populares realizan para mantener algún control sobre su maternidad, entendiendo a la atención médica –pública, social o privada– como uno de los recursos posibles. Esta perspectiva de focalizar en la diversidad de estrategias permite comprender el sentido de la elección del servicio médico público, ponderar la importancia de dicho servicio –en términos de su accesibilidad física, económica y cultural– y detectar el grado de necesariedad con el que es percibido.

En segundo lugar, y dada su cualidad de proceso, la maternidad resulta una experiencia acumulativa, cuyas características

[8] Para una revisión de las características del proceso de la maternidad desde una perspectiva sociológica véase: Hubert (1974); Macintyre (1977); Oakley (1979 a) (1980), y Mc Kinlay (1972). Un detallado análisis histórico de las prácticas de maternidad se encuentra en Badinter (1981).

particulares responden tanto a condicionantes externos como a una inercia y lógica interna propia para la cual lo actuado en un momento está condicionando fuertemente las posibilidades del momento siguiente y el perfil de una próxima experiencia.

Por último, la maternidad es una experiencia en la que se condensan una particular cosmovisión del rol de embarazada-madre, un particular sistema de atención legitimado y garantizado socialmente, y como resultado de ambos, un particular encadenamiento de comportamientos que buscan responder al cómo, cuándo y dónde atender el embarazo y el parto.

Dadas estas características de la experiencia de maternidad surge el problema de aislar algunas dimensiones que permitan una comparación entre diferentes experiencias, recuperando el perfil socio-interaccional y socio-cultural del fenómeno. En este sentido, la descripción analítica de este trabajo se guiará por tres dimensiones de diferenciación: el registro temporal de la maternidad, el grado de medicalización de la experiencia, y el grado de emprendimiento familiar con el que se la encara.

Las mujeres entrevistadas fueron interrogadas acerca de los mismos episodios y circunstancias relacionadas con la maternidad. Sin embargo, cada una de las historias particulares relatadas parecieron describir experiencias personales y familiares muy distintas. Una de las dimensiones claves de estas diferencias es el registro temporal en el que se experimenta la maternidad: la disposición de percibir la maternidad en tiempo futuro —el tiempo de un proyecto— o en tiempo pasado —el tiempo de un hecho consumado—. En la literatura sobre fecundidad, el tema del registro temporal es incluido en la problemática de la planificación familiar o del control de la natalidad. Pero plantear el problema en términos del grado de planificación implica reducirlo a una cuestión de decisión, abordándolo en su dimensión estrictamente volitiva. La noción de disposición sugiere por el contrario la idea de que las condiciones de vida y la experiencia acumulada modelan una cosmovisión y una matriz de percepción que resultan en diferentes actitudes, preferencias y prácticas relativas a la maternidad.

Aun cuando se preguntó sobre la última experiencia de maternidad —obviamente pasada— el discurso de las mujeres entrevistadas mostró una clara distinción entre aquellas que

hablaban de su última maternidad en términos de proyecto (o inclusive las que hablaban de un posible embarazo futuro) y aquellas otras que lo hacían en términos de lo que les había 'una vez más sucedido'. El registro temporal de la maternidad es una dimensión que permite ordenar el sentido de los comportamientos registrados relativos a las diferentes estrategias de atención de la maternidad. En uno de los polos encontramos la maternidad de la cual se tiene conciencia de su carácter procesual y de la posibilidad o hasta necesidad de operar —o de que alguien opere-sobre ella. En el otro polo, encontramos la maternidad atrapada en la incertidumbre e imprevisibilidad en la que se desenvuelve la vida cotidiana misma y sobre la cual se estructuran comportamientos de adaptación, siendo en este sentido casi absoluta la ausencia de comportamientos de anticipación de lo que aún por la experiencia se sabe va a suceder. Uno de los aspectos más llamativos de esta dimensión es la aparente paradoja que se da entre la racionalización del comportamiento en uno u otro de los polos. En el caso de la maternidad percibida como proyecto, se establece una asociación entre la conciencia que se tiene de la misma y la escasa capacidad de control que la propia mujer tiene sobre su estado. En el otro extremo, una clara asociación entre la incertidumbre y el ejercicio de un control personal sobre el embarazo. Este punto será retomado más adelante en el tratamiento del material empírico.

Otra dimensión de diferenciación es el grado de medicalización de la experiencia de maternidad. Esta dimensión registra la cantidad y calidad de atención médica —obstétrica y ginecológica— que se da al proceso de embarazo y al parto. En este sentido, podemos distinguir tres procedimientos médicos claves en los tres momentos del proceso de maternidad que hemos discriminado, y que como tales podemos utilizar como indicadores del grado de medicalización. Para el primer momento, el de reconocimiento del embarazo, corresponde el análisis de detección del embarazo en curso; para el momento del acompañamiento del embarazo, los controles obstétricos mensuales y los análisis de rutina; y para el momento del parto, la asistencia del mismo en una institución médica, en mano de profesionales médicos y a través de procedimientos mecánicos y farmacológicos.

La temática de la medicalización de la salud no es una preocupación nueva de la sociología de la salud. Desde la perspectiva de Freidson (1961) o más radicalmente de Illich (1975), la crítica al monopolio del saber construido por la medicina moderna ha sido una preocupación permanente. La incipiente sociología de la maternidad ha revalorizado dicho enfoque, mostrando su pertinencia para un análisis del proceso de maternidad. Las características particulares de este proceso, que lo sitúan en la ambigüedad entre lo que puede ser considerado un estado de enfermedad o de salud, han contribuido a una aplicación fructífera de este enfoque[9].

La medicalización de la experiencia de maternidad implica un sistema de atención que recae en los conocimientos, habilidades y prescripciones de la obstetricia moderna y del personal especialmente formado para asistir dichos controles. La intensidad y calidad de la atención médica que se da al proceso de embarazo y parto están relacionadas no sólo con la accesibilidad física y económica del servicio, sino también con la percepción de la necesidad de la misma. Además, hay necesidades diferenciales según el momento del proceso de maternidad que se está atravesando. En este sentido, la consulta a la medicina oficial puede resultar diferencialmente necesaria según el momento del embarazo o el momento del parto.

La última dimensión de diferenciación que analizaremos en este trabajo es el grado de emprendimiento familiar con el que se encara la maternidad. Si bien la protagonista central de este proceso es la mujer, los rituales sociales y los procedimientos dirigidos a su control, que generalmente acompañan este proceso individual, se construyen y practican en el espacio de relaciones interpersonales al interior y al exterior de la unidad doméstica y de la familia de procreación. Las redes sociales de interacción y emocionales en las que se ancla esta experiencia personal difieren en intensidad y amplitud según los casos[10]. Pero los diferentes espacios donde se puede compartir

---

[9] Los trabajos de Oakley (1975), Richman y Goldthorp (1977) y Grimm (1967) son una muestra clara de dicho logro.

[10] Un análisis de las características de las 'redes emocionales' que acompañan al proceso de la maternidad en el siglo XIX en Europa se encuentra en un trabajo de Suitor (1981).

esta experiencia van desde la soledad de la madre, la pareja, hasta la red de parientes mujeres [11]. La compañía de los otros, las características de su apoyo moral, el peso de la socialización en la experiencia a través de ellos, y la asistencia efectiva que pueden prestar en diferentes momentos del proceso constituyen aspectos claves de esta dimensión.

En la literatura sobre maternidad se ha insistido en la importancia de la red emocional y asistencial de mujeres en la que generalmente se inscriben las experiencias de maternidad. En los sistemas de atención tradicionales (previos a la obstetricia moderna), esta red constituía no sólo el mecanismo por el cual las mujeres jóvenes se socializaban en las prescripciones del sistema de atención y en su modus operandi, sino que sobre ésta también recaía la responsabilidad de la asistencia misma del proceso de maternidad. Esta estructura de control basada en una comunidad de mujeres no entrenadas profesionalmente fue modificándose y perdiendo peso a medida que se producía un proceso de profesionalización y de transferencia del control de esta red de mujeres a una red de profesionales médicos, mayoritariamente hombres.

Las tres dimensiones descriptas tienen una presencia e importancia diferentes según la etapa del proceso de maternidad que se focalice. En este trabajo se ha respetado el carácter procesual de la experiencia, distinguiéndose tres momentos: el del reconocimiento del embarazo, el del acompañamiento del embarazo, y el momento del parto. El primero abarca el período desde la primera señal que la mujer percibe y reconoce como síntoma de su embarazo hasta la confirmación del mismo, independientemente del procedimiento utilizado para ello. El segundo abarca el período de gestación hasta los primeros síntomas del trabajo de parto. Y el último se extiende desde esas señales hasta la vuelta al hogar.

Los tres ejes de diferenciación señalados permiten un análisis comparativo de las experiencias de maternidad, las que recorren una gradación de intensidad diferencial según cada dimensión en cada momento del proceso de maternidad. En el

[11] La importancia de la red de parientes mujeres en la vida cotidiana de las familias de sectores populares es analizada en Ramos, S. (1981).

ordenamiento y presentación del material se seguirá la secuencia natural del proceso y se analizarán las características de cada dimensión. Esto dará como resultado una descripción densa de diferentes experiencias de maternidad y nos dará una primera respuesta a la pregunta acerca de cómo es la maternidad en las mujeres de los sectores populares. El orden expositivo del capítulo –el material empírico en primer lugar, y la descripción analítica en segundo– fue pensado con el objeto de mostrar la unidad de algunos temas y evitar la fragmentación de la presentación discursiva de la experiencia de maternidad por parte de las mujeres entrevistadas.

Pero este trabajo también intenta explicar los comportamientos observados. En esta línea, la heterogeneidad de estrategias que se describan será analizada tratando de rastrear la influencia de una serie de condicionantes que pueden agruparse en cuatro conjuntos de variables: las relacionadas con la biografía personal de la mujer, las relacionadas con las condiciones de vida de la unidad doméstica, las relacionadas con las características de la organización doméstica y de la estructura familiar[12], y las relacionadas con la accesibilidad –física, económica y cultural– de la atención médica pública o social. Estos cuatro conjuntos de variables serán desarrollados como dimensiones explicativas de los comportamientos, lo que nos dará una primera respuesta a la pregunta acerca de por qué las mujeres de los sectores populares construyen las estrategias de atención de la maternidad descriptas. En esta sección del trabajo se tratará de reconstruir la unidad del proceso de maternidad, mostrando el peso diferencial de los condicionantes que hemos calificado como 'externos' en tanto no recogen atributos del proceso de maternidad mismo. Para esto serán construidos cuatro casos prototípicos de estrategias de atención de la maternidad.

[12] La compleja relación de la mujer de los sectores populares con las responsabilidades domésticas fue analizado en Jelin y Feijoó (1980).

CAPITULO II

LOS MOMENTOS DEL PROCESO

El reconocimiento del embarazo

Beba: Nosotros ni nos dimos cuenta en realidad... bueno, al final me di cuenta por el atraso, tenía el segundo retraso cuando fui a hacer el análisis al laboratorio de al lado de donde vivíamos... porque yo no sabía nada, lo único que sabía era que lo íbamos a sacar... pero no se podía en ese momento, y después decidimos tenerla... y hasta pensamos en volvernos a Chile. Yo vine de compras de allá, a lo mejor si hubiésemos sabido que estaba de compras, no hubiésemos venido..., y a Patricio fue que le dije que me parecía, y él... uy! pobrecito... mal la recibió, preocupado... estábamos recién llegados... imaginate! y nosotros llegamos a consultar para interrumpir el embarazo, nosotros no sabíamos si volver, si interrumpir el embarazo. Estábamos en la duda, entonces fuimos a consultar cómo es la cosa, fui a una farmacia y allí me dijeron de una enfermera, y de ahí a lo de una doctora, y ella me mandó adonde una partera en una clínica. Y fuimos y a Dios gracias nos pidieron una seña... y como era final de año nos dijo que mejor lo dejábamos para unos días, porque ella se iba a pasar las fiestas a otro lado, y tenía que controlar cómo salía todo. Para más seguridad había que dejarlo para después de las fiestas... y yo estaba de dos meses y pico, y entonces le dejamos una seña... y después de vuelta a casa dijimos; qué se yo, empezamos a arrepentirnos, pasaron todos esos días y eso fue suficiente para... y fuimos a lo de la partera y le dijimos que no queríamos, y nos devolvió el dinero... o sea que si me hubiera hecho enseguida... no hubiese habido ningún problema. Nosotros llevábamos la plata para pagarlo todo ahí mismo, pero ella no quiso... pero después uno se va calmando, se van arreglando las cosas... y toda la plata que ella me devolvió agarré y me la gasté en ropa para el bebé, y empezamos directamente a comprar las cosas... y fueron pasando los meses... y aquí estamos...

Mónica: Yo me di cuenta con la primera falta del período, fui al ginecólogo para que me diera la orden para hacerme el análisis, fui a uno de la obra social... y mi marido estaba contentísimo, porque él lo quería más que yo, te digo la verdad... Yo mucho no lo quería porque era muy seguido, y cuando recibí el análisis fue una cosa de sorpresa para mí... y eso que trataba de cuidarme, así había tirado bastante tiempo... ya había tomado pastillas y hasta me había puesto un espiral que después me hice sacar antes de tiempo porque tenía muchas pérdidas, me lo había colocado una partera particular, porque yo cuando hago una cosa así no voy a la obra social...

Rosa: Ni sabía yo!! no sabía porque la verdad que no llevo control, porque además durante que le doy de mamar a los chicos no me enfermo... pero yo me moría de pensar... y tenía ganas de irme a la farmacia que colocan inyecciones... porque suponete que era de un mes, no es nada... si no te dejás pasar... te la pone el farmacéutico, si es de un mes, si es de más tiempo ya no... pero yo soy muy infeliz, yo digo que me tengo que ir y ni fuerzas me dan, y no me voy más... y Nicolás... qué va a decir!! él a veces dice que no es de él, eso nomás dice... y él piensa de todo, pero gracias a Dios... yo eso no...

Cristina: yo en realidad no sabía nada... como todas las veces... que para mí el embarazo es larguísimo, porque nunca sé cuando empieza... y mi marido... qué va a decir!! él no se hace problema...

Juana: yo ya sé... a los pocos días me entero, yo no me asusto, yo sé sin análisis; mi cuñada se rompe la cabeza, dice esto, dice aquello, y yo no, yo no me hago problema porque sé que soy una persona sana..., pero yo no esperaba más, yo no pensaba más porque con estos cuatro ya... pero no pude porque esas veces andaba mal de dinero, pensaba hacerme sacar porque es bastante con 4 chicos, y en el trabajo andaba mal mi marido... por todas esas cosas no quería, cuatro chicos no... y otra vez nena! y él me dijo también de sacarlo... y yo estuve averiguando por acá, una amiga por acá sabe de todo, rápido corre eso... parece que no soy la única, pero también estaba acobardada de pagar ese dinero que me pedían...

Elisa: Yo me di cuenta enseguida... pero hasta los dos meses no me hice hacer los análisis porque no valía la pena, pero yo ya sabía que estaba embarazada... y él no estaba muy contento porque estábamos en una mala situación, casi lo que nos está pasando ahora, de falta de trabajo... y para mí este embarazo fue muy difícil, no sé si sería por la situación mía, cambié de casa, cambié de todo... nos vinimos para acá... la nena extrañaba mucho Mar del Plata...

Carmen: yo no quería tenerla, la verdad que no queríamos tenerla, pero como yo tampoco tenía medios para poder sacármela... y estuve a punto de no tenerla, y no lo hice porque al final no me alcanzó la plata y porque... no tenía apoyo de nadie, entonces prefería tenerla... y mi marido se puso más mal... cómo le podría decir? desde que yo lo conocí a mi marido hemos vivido mal, porque él era un hombre que tomaba mucho, entonces había días que estaba bien pero había más días que estaba muy mal... entonces lo llevaba todo yo, y él casi no participaba... porque vivía como en un mundo aparte, así que tuve que enfrentarlo yo todo... entonces vivía así los embarazos... siempre mal... y yo nunca usé nada, por eso quedé tan pronto todas las veces... y con mi marido eso no se podía charlar, él incluso ahora no está de acuerdo que tome pastillas, no le gusta nada, él es una cosa así, piensa que se pueden tener hijos siempre, pero no es cuestión de tenerlos, no? tenerlos sí cuando se tiene una seguridad, no? a mí tal vez me gustaría tener, pero para tenerlos hay que tenerlos bien, no decirle a uno a vos hoy sí, mañana al otro... para tenerlos hay que tenerlos a todos parejos, iguales... porque póngale, hoy tomamos café, y mañana qué? no tomamos nada...? entonces no vale la pena traerlos... para que vivan un día sí y el otro no... no vale la pena, no...?

María: Yo por la fecha nomás, me hice hacer unos análisis de orina por mi cuenta en lo de un clínico del hospital Durand... pero yo ya había hablado con el doctor del corazón, y él me había dicho que podía, pero igual yo tenía miedo... pero me di cuenta porque no me bajaba el período, entonces ya me hice hacer los análisis... y Juan Carlos estaba muy contento porque esperábamos el varón...

En este momento del proceso de maternidad, el material presentado y aquel que encabeza el capítulo anterior muestran una distinción de los comportamientos en términos del registro temporal en los que las mujeres experimentan su maternidad. La disposición de vivirla como un proyecto (en tiempo futuro) o como un hecho consumado (en tiempo pasado) apareció asociada al tipo de práctica anticonceptiva encarada. En aquellas mujeres para las cuales la maternidad resulta una experiencia para decidir y proyectar —el caso de Irene— el uso de diferentes métodos anticonceptivos se mostró sistemático. El control sobre la función reproductiva aparece como un tema de preocupación y de consulta profesional. Y así resultan los métodos utilizados, pastillas, dispositivos intrauterinos, llegando a la intervención quirúrgica para ligar las trompar como en el caso de Patricia,

quien planificó su parto con cesarea para aprovechar la intervención.

> *E*: La decisión de esterilizarte la tomaron los dos? o vos sola...?
>
> *P*: Sí... bueno..., es algo que yo quería.
>
> *Marido*: la decisión la tomó ella, yo la aprobé nomás...
>
> *P*: Para mí tres chicos ya era un lindo número, era lo que yo quería, entonces para qué iba a estar constantemente corriendo el riesgo, o tomando cosas... y para mí esto es lo más sano, hay mucha gente que te dice que te puede traer esto... aquello... algo a los ovarios..., pero vos también te podés intoxicar con pastillas, un espiral te puede traer alguna infección... y si voy a pensar lo que me puede pasar no hago nada... entonces en el embarazo ya hablamos con el doctor para que me hiciera eso, junto con la cesárea... pero fue difícil de convencerlo, tuvimos que ir los dos varias veces a hablar con él, se resistió bastante a hacérmelo...

El caso intermedio está representado por la experiencia de Elisa, quien a pesar de la férrea negativa de su marido consumió pastillas anticonceptivas durante un tiempo después de casada, abandonando el tratamiento por la confluencia de trastornos orgánicos y problemas económicos de la familia.

> *Elisa*: Yo en una época, hace mucho tomé pastillas, estábamos recién casados. El nunca supo nada de eso, si hasta sospechó que yo no podía quedar por algo normal... después de un tiempo me hicieron ponerme mal y además se me hizo complicado sacar dinero de la comida para comprar... fue una época que estuvimos muy mal, él apenas tenía trabajo... no teníamos plata para nada, y menos eso...

En el otro extremo, para las mujeres para las cuales la maternidad escapa a toda posibilidad de previsión —el caso de Rosa— el aborto apareció como coprotagonista de las historias de embarazo relatadas. En este sentido resultó muy patética la constatación de la frecuencia con que las últimas maternidades fueron resultado de la imposibilidad o del fracaso de un intento de aborto. En su mayoría estos abortos fueron autoprovocados, utilizando una sonda y brebajes calientes para ayudar a desprender el embrión. La asistencia de la mujer en ese momento —el proceso de aborto demora por lo general tres o cuatro días hasta que la mujer se repone— recae exclusiva-

mente en sus parientes mujeres o en vecinas amigas; incluso se registraron historias en las cuales se ocultó al resto de la familia —hijos y marido— lo que estaba ocurriendo, presentando la indisposición como alguna enfermedad conocida de la mujer —ataque al hígado, problemas intestinales, etc.

El aborto aparece y es percibido como una 'estrategia en última instancia', no porque sucede a otras medidas que se van tomando secuencialmente, sino porque se presenta como única alternativa una vez que ciertos acontecimientos se presentan. En general una decisión de aborto que no se efectiviza se debe a la imposibilidad de enfrentar el pago por ese servicio a alguna mujer del barrio, mientras que el fracaso de un intento de aborto se explica por la inefectividad del método empleado por la propia mujer.

El uso de métodos anticonceptivos no se mostró sistemático en estas mujeres. Las pastillas aparecen con cierta frecuencia, pero por períodos muy breves e intermitentes —en el contexto de una vida urbana— y con una fuerte desconfianza. Los trastornos atribuibles al consumo de este tipo de anticonceptivo y la imposibilidad de comprarlo con la sistematicidad que un tratamiento de estas características requiere, son los dos factores presentes en la racionalización del abandono o del fracaso de este método de control de la función reproductiva. En general, los desequilibrios nerviosos suelen ser los problemas más nombrados, aunque el temor que se trasluce parece no imputable únicamente a estos factores. El material sugiere que la desconfianza hacia este método excede el problema de los desajustes orgánicos que produce y descansa en una fuerte resistencia a controlar la natalidad y el proceso menstrual a través de una medicación que es percibida como un instrumento manipulador de un proceso natural. Aun cuando resulte difícil reconocer y construir a partir del material empírico aquellos indicadores que permitan una aproximación a este determinante psico-cultural, las siguientes palabras ilustran mejor que la proposición, su propio contenido.

> *Ramona*: yo no me cuido, yo nunca tomé pastillas ni nada de eso... porque yo siempre tuve miedo, porque dicen que trae problemas de nervios, de crisis de nervios... de todas esas cosas, y traen problemas en la cabeza, y además cortan todo... y eso no debe hacer

bien... entonces por eso tengo miedo, por ahí tomo y me hace muy mal...

Esta mujer desconfía de las pastillas anticonceptivas, sin embargo no lo hace respecto de su capacidad de control sobre un aborto autoprovocado.

Ramona: yo dejé de trabajar porque había estado de compras y me lo quería sacar... y no me dio miedo porque si Dios no quiere no me va a pasar nada, no tuve ninguna complicación, nada... porque era un chico grande, de cuatro meses... y yo me puse una sonda, yo ya sabía... y así me lo saqué, qué iba a hacer si no podía tener otro bebé!! estuve tres días en cama y después ya me sentía bien, pero tuve miedo que me agarrara alguna infección si no caía todo eso... y entonces volví a acostarme y después tomé algo caliente y parece que eso me hizo bien porque lo despedí todo, casi natural fue... y por suerte no me quedó nada adentro...

Las mujeres que han tenido alguna experiencia de contacto con la medicina pública para el control de su fecundidad han dejado registrado en su memoria dos respuestas, ambas reproductoras de las estrategias que ellas mismas construyen al margen de la asistencia de la medicina pública, y para las cuales el tiempo y la capacidad natural de procreación resultan factores incontrolables.

Rosa: yo por mi parte estoy muy cansada de tener hijos... y yo le dije al doctor la última vez que estuve en el hospital... yo le pedí, pero el doctor me dice no!! vos estás fuerte... tu sangre... tus análisis salen bien, sos muy fuerte... en cambio si fueses enferma, sí te hacemos un tratamiento... y yo le dije, qué valgo yo con que siga teniendo hijos! y después de dónde saco para darles de comer!! no... ese no es el caso dice él, cómo no va a tener! si así como come uno, comen todos...

Norma: yo quería que me lo hicieran antes de tener al más chiquito y no quisieron porque decían que yo era muy jovencita... a lo mejor creían que yo les mentía, pero nunca me lo quisieron hacer porque decían que el día de mañana si yo quería tener más chicos... y yo decía que no porque ya con los cuatro que tengo... y me dijeron que no me lo iban a hacer porque estoy muy sana... la doctora misma que me atendió en el hospital me dijo y encima me empezaba a decir ay! que hermosos los chicos que tenés!! y yo le dije que no le discuto eso, pero que yo le digo lo que quiero que me

hagan!! y me dijeron que tengo cuerpo... pero que piola! ya sé que tengo cuerpo! pero yo lo digo por el chico!

Cristina: cuando me fui a hacer el control la doctora me dijo que después de tenerlo me iban a hacer un tratamiento para que yo no tuviera un chico todos los años, porque no podía ser... pero yo le pedí a la doctora que no quiero que me haga algo para no tener más chicos, pero que por lo menos pasen 3 ó 4 años... y yo sé de muchas mujeres que fueron de por acá a pedir y les dijeron y algunas les hicieron, que las operaron para darles vuelta la matriz..., pero con eso ya no se puede tener más hijos... y yo eso no quiero...

Por un lado, la respuesta de que nada justifica la inhibición de la capacidad reproductiva, aun cuando como en el caso de Rosa, el cuadro se presente con 41 años y 11 hijos. Por otro lado, la intervención quirúrgica como alternativa eficiente de modificar el estado de cosas (la capacidad reproductiva) inhibiendo —claro está que definitivamente— la fecundidad de estas mujeres. Es esta otra forma diferente de presentarse lo que anteriormente y en referencia al aborto se caracterizó como una estrategia en última instancia, y en tanto tal responde al mismo código temporal que el de la estrategia espontánea de estas mujeres. En la madre joven pesa su capacidad natural y potencial de engendrar hijos; en la mujer con varios años de carrera de fecundidad, la inhibición definitiva de su capacidad reproductiva aparece como la alternativa más eficaz, y que al igual que el aborto, sólo soluciona ex-post, y con un alto costo físico y emocional. Independientemente de la operatoria y de la frecuencia de este problema desde la institución pública o desde la actitud de los médicos en particular, los testimonios recogidos muestran estos dos recuerdos. De todos modos, lo que sí se sabe a ciencia cierta es que en nuestro país el aborto se encuadra como un delito penal, y la asistencia para el control de la natalidad desde la institución médica está prohibida.

En cuanto al grado de medicalización en este momento del proceso, los comportamientos resultaron diferentes según el procedimiento utilizado o la señal percibida como indicación de la confirmación del embarazo. En este sentido, aun cuando las mujeres entrevistadas eran multíparas, y la referencia se tomara respecto a su último embarazo, dos posiciones contrastaron claramente. Por un lado, la de aquellas mujeres que por iniciativa propia o como derivación de una consulta médica

previa recurrieron a un procedimiento de la medicina –el análisis de orina o de sangre– para verificar su estado y controlarlo médicamente. Por otro, aquellas mujeres que no efectivizaron ningún contacto con la medicina en este momento de su proceso de maternidad, y para las cuales el síntoma de la ausencia del período menstrual aparece muy difuso y el tiempo resulta el principal verificador del embarazo en curso.

El grado de emprendimiento familiar no diferencia claramente los comportamientos, en parte debido a las características del momento del proceso de maternidad que se está considerando. No obstante cabe destacar que la participación del marido en este momento de reconocimiento y convencimiento adquiere signo positivo o negativo según se trate del momento de la duda o de la noticia acerca del nuevo embarazo. Durante el primero, fueron pocas las mujeres que comentaron haber compartido con sus parejas el temor-ansiedad por un nuevo embarazo. En cuanto al segundo, los casos difirieron fundamentalmente en el grado de aceptación o rechazo con que la noticia fue recibida por la pareja. Pero en términos generales, el control de la reproducción no parece ser una decisión que atañe a los dos miembros de la pareja, sino que recae casi exclusivamente en la capacidad de la mujer por enfrentar el problema[13]. Una de las evidencias más importantes recogidas del material empírico en este momento del proceso de maternidad –sumada a la de la fuerza con la que aparece el aborto, y más aún el autoprovocado– es la existencia de una fluida red de información y asistencia entre las mujeres de la familia o del vecindario respecto del manejo del control de la reproducción. En la mayoría de los casos, las recomendaciones de pastillas anticonceptivas, así como las historias que las desacreditan provienen de esa red de comunicación y de socialización entre mujeres. Lo mismo sucede con las habilidades para provocarse un aborto, las cuales son compartidas verbalmente, pasando así de una mujer a otra.

---

[13] Planteado así, se deja de lado un perfil del problema del control de la reproducción: el del control o manejo que las mujeres tienen del contacto sexual. Esta temática abre una dimensión muy difícil de abordar y que fue deliberadamente dejada de lado en el presente trabajo, teniendo conciencia que constituye una dimensión del problema de suma importancia.

El acompañamiento del embarazo

En este momento de la experiencia de maternidad que se ha distinguido, los comportamientos registrados muestran significativas diferencias en términos de la medicalización a la que es sometido el embarazo, y un poco más débilmente en términos del carácter del emprendimiento familiar con el que se acompaña esta etapa. Una breve descripción del material mostrará las diferencias.

Patricia (33 años, 3 hijos) llevó un sistemático control obstétrico de su último embarazo. Realizó una consulta mensual con un médico particular recomendado por un familiar. Su marido la acompañó a la mayoría de los controles, y las veces que él no pudo asistir, su madre se encargó de no dejarla ir sola. Durante el embarazo efectúo varios análisis de distinto tipo en previsión de alguna complicación posterior al parto, visto el grave problema de ictericia que había sufrido su segundo hijo.

> Yo le exigía al médico de hacerme los análisis, de todo me hice... periódicamente me los hacía hacer, yo tenía mucho miedo por lo que me había pasado con la nena, entonces le insistía permanentemente al médico...

María (38 años, 2 hijos) llevó adelante su embarazo con dos clases de asistencia médica, el control obstétrico y uno cardiológico que controló su crónico problema del corazón. En cuanto al primero, concurrió una vez por mes a un hospital público cercano a su casa, el cual le había sido recomendado por el cardiólogo que la atendía desde hacía varios años (cuando María vivía en Ciudadela y también varios de sus hermanos se atendían con él). El control cardiológico también fue realizado en el hospital.

Rosa (41 años, 11 hijos), Cristina (31 años, 4 hijos) y Carmen (27 años, 4 hijos) son algunas de las mujeres entrevistadas que no utilizan servicios médicos de ninguna clase para atender sus embarazos.

> *Rosa*: Yo tengo que ir al hospital antes de tener por lo menos una vez porque si no después me hacen problema porque no tengo los análisis ni nada... y ahí ya me hacen la historia y después cuando

es el momento ya no me hacen problema para que lo tenga ahí... yo con los chicos míos nunca fui a control, fui cuando ya iba a tener... y me daban un reto!! yo después que lo tenía me hacía un análisis pero nunca iba a revisación, andaba trabajando como burra hasta el último día... yo no necesito ir al hospital hasta el final...

Cristina: Yo la última vez fui al Finochietto, sí sé que con un solo día que voy ya me van a mandar a hacer los análisis, una vez que me hagan los análisis, aunque no vaya más... no importa... a mi igual no me gusta ir bien hasta el final porque lo que pasa es que si me voy, por ejemplo ahora... después me exigen que vaya todos los meses a control!! y yo no quiero... la otra vez me alcanzaron a hacer los análisis, me los hice porque fui unos días antes, y yo le dije a la doctora que yo no podía volver porque tenía los chicos muy chicos... que no sé a quien dejárselos...

Carmen: Yo fui al primer control a los dos meses de embarazo, fui al Policlínico de San Martín porque si yo quería tenerla a la criatura ahí tenía que seguir los 9 meses ahí, tenía que reservar... porque en esa época también no había cama, por ejemplo la persona que no se hacía atender ahí llegaba el momento de tener al chico, y si no era atendida ahí desde hacía un tiempo, no la atendían..., entonces yo ya tenía que tener la historia clínica hecha por algún doctor de ahí adentro... y cuando me dijeron que tomara cuidado porque tenía un riesgo de hernia, la verdad que yo nunca tomé ninguna atención de lo que me decían, porque me sentía segura de que no iba a ser así, y de que iba a ser como yo decía... y siempre tomé las cosas así yo... pero la verdad que fui una vez y después recién a los 8 meses... no tenía ganas, la verdad... y no era necesario tampoco... y me acuerdo que esa vez tuve que ir con los chicos y los senté en una silla y ahí quedaron todo el tiempo...

Elisa (27 años, 3 hijos) realizó el primer control obstétrico a los dos meses de embarazo en una clínica del sindicato al que estaba afiliado su marido en Mar del Plata. Hasta los 5 meses hizo un control mensual y a raíz del cambio de trabajo de su marido y la consecuente migración de la familia a Buenos Aires perdió la posibilidad de manejarse con la obra social. Una vez instalados en la capital y casi al final del embarazo recurrió a un hospital público.

Yo fui ahí porque me dijeron que era el hospital más cercano que tenía acá en Villa Madero, fui ahí por eso... porque además no conocía nada... no sabía cual era el mejor...

Mónica (30 años, 2 hijos) pidió hora para control obstétrico ante la primera falta del período menstrual, y luego realizó controles una vez por mes en la obra social a la cual tiene acceso por el empleo de su marido. A casi todos esos controles la acompañó su madre.

> Me revisaba un médico diferente cada vez, pero yo no soy pretensiosa con eso... basta que sea un especialista... eso es lo importante para mí, si cualquiera está bien...

Irene (33 años, 2 hijos) también controló su embarazo sistemáticamente una vez por mes en una clínica a la cual tenía acceso por el empleo de su marido.

> Cuando hice las charlas del embarazo el ginecólogo que me atendió nos mandó a una charla, me mandó a hacer los ejercicios a una Maternidad Privada de Bernal, y dentro de los ejercicios la última charla era con un doctor muy famoso, un domingo a la mañana en la casa de él fuimos los dos... para sacarnos todas las dudas que teníamos, y además yo necesitaba saber que podía y que cosas no podía hacer...

Juana (36 años, 6 hijos) no sólo se resistió a los controles obstétricos sino que tampoco consideró la posibilidad de dar a luz a su hijo en un hospital.

> Yo no vi a un médico hasta casi después de los ocho meses... que fui porque me había quedado afónica, y me dio un jarabe que yo ya había tomado antes... yo no tuve ganas de ir y además no necesitaba... y esa vez me dijeron que estaba gorda y que tenía que hacerme unos análisis, pero yo no le dije al doctor que lo iba a tener en casa... no!!! si no me dejaban ahí, me internaban enseguida y no me dejaban ir nomás... y yo ya me asusté mucho esa vez que fui a tenerlo a Javier (su primer hijo) al hospital... y esa vez fui porque había que ir al hospital... que se yo... pero nunca más volví para tenerlos... nunca más con ninguno de los otros...

Tal como lo adelantamos en las primeras líneas y como resulta del material presentado, los comportamientos relativos al acompañamiento del embarazo se diferencian fundamentalmente en términos de la intensidad de la medicalización a la que es sometido el embarazo. Entre las mujeres entrevistadas

se recortan dos estrategias de atención del embarazo: aquella que implica la asistencia médica periódica, y aquella otra que acude a la medicina pública con la única intención de dejar sellado el compromiso de su atención en el momento del parto. La mayoría de las mujeres entrevistadas que llevan un control sistemático de su embarazo utilizan el servicio médico de las obras sociales a las que tienen acceso por la situación laboral del marido, al tiempo que perciben la condición de embarazada como un estado que necesita de la asistencia médica periódica y que modifica y trastorna su desempeño cotidiano. Las mujeres que establecen su contacto con la medicina oficial casi exclusivamente en el momento del parto lo hacen a través del servicio de salud público y tienden a percibir el estado de embarazo como 'normal', que no requiere atención especial.

En el primer capítulo se señaló que la intensidad de la medicalización a la que es sometido el embarazo —y el parto— está asociada a la accesibilidad económica y física del servicio de salud, a la percepción de la necesidad de la misma y a lo que podríamos denominar la 'actitud hacia la medicina oficial', (hacia la obstetricia moderna y hacia la institución médica y pública). Desde el punto de vista de las características de la demanda, el servicio de salud público aparece reconocido como efectivo prestador de atención médica casi exclusivamente para la cobertura del parto —de ahí la insistencia de algunas mujeres de 'reservar turno'—. En estas mujeres se registró por un lado una sugerente insistencia en que su embarazo no necesita de los controles rutinarios que les ofrece la medicina institucionalizada, y por otro, la existencia de restricciones económicas y de acceso (físico y burocrático) al servicio. Paralelamente estas mujeres utilizan formas alternativas de atención del embarazo que escapan a la legitimidad de la medicina oficial, o al doble uso de servicios.

> *Cristina*: Yo tengo por acá una viejita que vino un día que yo no podía caminar y me hizo unas fricciones, dice que ella atiende partos que cuando está el chico mal acomodado ella lo acomoda, bueno, ella vino, me friccionó toda y yo a las dos horas andaba caminando lo más bien... no me dolió lo que me hizo... ella me dijo que con una sola vez ya lo colocaba, y no le tuve que pagar nada ... yo fui al médico antes de lo de la viejita, fui a tener ficha, y cuando fui me dijo que estaba mal colocado pero que no me podía dar

nada... el médico me dijo que cuando me sintiera así de no poder caminar tenía que recurrir directamente al hospital para que me internen... pero como no había llegado el momento yo no quise ir...

María: el médico me dijo que para los primeros días de octubre, pero a mí me dijeron que antes... porque el segundo se adelanta mucho, ayer me fui a una que acomoda el chico, a una curandera y me dijo eso... de un día para otro vas a tener, y ella me acomodó, te toca todo acá y te acomoda, éste ya está todo listo... yo por el temor a la cesárea la fui a ver a ella, porque los médicos de eso no saben... a mí a Patricia (primera hija) me supo acomodar otra cuando estábamos en Ciudadela... pero no te cobra nada... yo le doy lo que quiero y ya está...

Juana: yo cuando estoy así por tener, y antes también... me hago así que me froto... y es para ayudarlo al bebé, pero nadie me lo enseñó, yo creo que hace bien para que nazca... y ellos hacen cesárea... esas cosas... y hay que caminar bien, caminar mucho... todo el tiempo... claro que ahora en un departamento no se camina mucho, y además siempre se usa una mucama, una o dos veces por semana... y ella hace todo el trabajo... y la mujer no hace ejercicios y después los va a hacer al hospital...

Estas mujeres parecen tener un enfoque muy concreto hacia su estado que se basa en saber cómo se sienten. La racionalización de la no asistencia al servicio médico público para el control del embarazo —que dadas sus restricciones económicas es el único que se les aparece con cierta viabilidad— es planteada como una no-necesidad de este tipo de atención, salvo en los casos en los que se perciba un problema de salud fuera de lo previsto para ese estado —como la afonía en el caso de Juana—. Paralelamente se practican formas de atención del embarazo que no pasan por la medicina oficial y que constituyen el único tipo de control sobre la embarazada que se practica en el período anterior al parto.

El parto

El momento del parto muestra una homogeneización de los comportamientos en términos de lo que aparecía claramente diferenciado para la etapa anterior, esto es, la intensidad de la medicalización del embarazo. Por otro lado, presenta una mayor diferenciación en términos del grado de emprendimiento fami-

liar en medio del cual es vivido este momento del proceso de maternidad. En este sentido, los relatos de los últimos partos de algunas de las mujeres entrevistadas son muy elocuentes.

Nacimiento del segundo hijo de Mónica

> Yo me sentía lo más bien, tenía dilatación, todo lo más bien... como para hacer, pero yo no sentía nada!! y resulta que iba a llevar al más grande a verlo por un médico, con mi marido en el auto, y como ya habían pasado cinco días mi suegra me dijo que ya que estaba que me hiciera ver... y resulta que me internaron enseguida pero yo no sabía que lo iba a tener esa misma noche... y no me hicieron rasurado, ni enema, me llevaron a la sala de partos en camilla, allá me pusieron el goteo y ya a la segunda contracción... como me dijo el médico, le mostró el caramelo y salió!! y yo no sufrí nada, eso fue lo bueno... y cuando avisaron a mi casa, porque mi marido y mi mamá se habían vuelto para traerme unas cosas... fue una fiesta, imaginate!! mi marido se vino con los amigos esa misma noche... y el lugar donde me llevaron después era cómodo, lo único que no había un bañito para cada una, era un solo baño para todas... todo salió muy bien, los médicos fueron bárbaros, incluso al médico primero que me atendió le llevamos algo... ahora a la partera y al segundo ya no pude porque era una cosa de guardia y ya no los ubiqué más... y con las enfermeras también... mirá, si querés comprar a la gente, un regalito, cualquier cosita... una atención y ya tenés a todos a tu alrededor... en el mundo hay que saber vivir... mirá, con pavadas pero te los comprás... y los días siguientes venían todos a verme, era un lío! mi mamá... mi suegra... todos!

Nacimiento del undécimo hijo de Rosa

> Yo cuando llegué al hospital ya tenía hecho las cosas, fui una vez a hacer los análisis, pero no tuve tiempo para saber el resultado, entonces los buscaron y estaba toda la historia hecha... yo de acá ya me fui mal, y los chicos querían ir a llamar a Nicolás y a pedir plata al patrón, pero les dije que no va a haber tiempo, y el hombre de enfrente nos llevó. Yo mandé un chico para la casa de mi hermana a buscarla, entonces vino ella y me dijo vamos que yo te llevo allá, y justo vino la señorita de acá al fondo, esa gorda... vino porque supo que estaba enferma y justamente yo no tenía ni cinco, y entonces me dijo qué va a esperar que venga él! está lejos de acá el trabajo, y me trajo un millón de pesos (...) yo me di cuenta que estaba por tener por los dolores, y me asustaba por el líquido, pero yo no decía nada, porque si yo me iba al hospital lo mismo iba a sufrir, porque hasta la hora iba a esperar (...) y yo ya sabía que tarde o temprano

tenía que salir, lo único que sabés que no tenía? era algodón y alcohol, y tenía que llevar, y para colmo a mí me iban a cobrar la cama, porque todas pagaban ahí, 3 millones, 5 a las que podían pagar... pero al final no me cobraron porque yo les dije que yo no tengo con qué pagar, ni para comprarme lo remedios... y llegué al hospital y me revisó la partera y me dijo que tenía que quedarme internada, porque iba a tener enseguida, cuando ella me revisó ya tenía más fuertes dolores, entonces me pusieron en la cama, pero yo ahí no podía estar, yo quería caminar, continuamente, parece que así es más rápido... pero el doctor me hacía acostar y a cada rato nos revisaba a las tres que estábamos ahí, nos controlaba con un aparato la panza, éramos tres enfermas que ya... Al rato cuando me trajo el goteo ni me alcanzó a poner que salió un poco del frasco y ya no pude más. Lo trajeron para apurar, pero yo le dije que yo no preciso eso. Y no me hicieron enema ni rasurado ni nada de eso, porque cuando yo estoy así no puedo comer nada, yo ya me doy cuenta antes y ya no como nada; por eso el hambre que pasé! (...) Cuando ya ven que va a tener recién la llevan a cama dura, y el doctor era de jovencito! y me dice qué le pasa? cada vez más fuertes, no? y yo le dije que no aguantaba más y con el goteo y todo a la cama dura me llevó caminando, y no alcancé hasta mucho que enseguida nació, y yo ahí me jodí! en este sentido, que yo me sentí muy mal porque muy ligero el parto, con una sola fuerza, entonces me hizo sentir un dolor muy fuerte en la espalda, y yo le dije al doctor y me dio un antibiótico, una pastillita, era una zoncera pero no iba a pasar así nomás si no te daba inyecciones, y no me dio... pero no me cosieron, así normal fue... y el bebé lloró enseguida y el doctor dijo ay! qué machazo!; a mí me lo mostraron antes de llevarlo al nido le dicen, donde están todas las cunitas, si está bien la madre te lo entregan enseguida, a mí me lo llevaron a la madrugada (...) La María (hija, 20 años) vino recién al otro día, y Nicolás no... él no va nunca cuando tengo un chico, la única vez fue cuando tuve a la primera (...) y sabe cuántos partos hubo? entre todas las que ahí estábamos atendieron a las disparadas, cinco en un rato, todas las que iban teniendo las iban dejando así nomás para atender a las otras (...) Yo ya estaba sabiendo que era un varón, siempre supe con todos. Yo la noche anterior le había dicho a Nicolás (marido) a ver si es nena qué nombre? y si es varón me dijo los nombres él, pero si yo no los anoto... no me acuerdo; entonces justo vino la enfermera y me hizo poner ese nombre, y justo Pablo se llamaba el doctor también... Yo no sé qué dijo Nicolás cuando lo vio porque fue mi hermana que lo trajo acá a la casa, yo tuve que quedar en lo del médico de la vuelta porque me agarró una bronquitis en el hospital porque me dejaron toda sudada después de tener, y justo enfrente

de una ventana abierta... Esta vuelta me tocó malísimamente, nunca me sabe pasar esto que estoy pasando ahora, me iba al baño agarrándome de la pared, mareada... y ese día que me largaron del hospital me sacaron porque no había cama, y yo todavía no salí bien de ahí que ya pusieron a otra... y yo no quería venir todavía porque no me sentía bien, porque más vale estaba allá y no venir después y que me enferme acá en mi casa (...) Era una sala grande con todas las madres con sus bebitos, yo me hice amiga de muchas y les ayudaba, era la única parada, algunas no se podían levantar, después yo limpiaba mi parte, la mesita, el piso... ahí limpian pero será que a mí no me gusta que venga la enfermera o la que limpia y diga uy! cómo será ésta que no limpia!! (...) Y a mi hermana yo le dije que se volviera porque ella tiene su casa también, y la enfermera me dijo que iba a venir más tarde, y yo la esperaba... y miraba por la ventana al día siguiente y decía yo... ay! porqué no viene alguien... yo me sentí sola, yo veía visitas, llegaban visitas... no muchas... y yo esperando, y llegó Isabel, yo la vi por la ventana, pero solita vino...

Nacimiento del tercer hijo de Patricia

Yo me di cuenta que estaba por nacer por la experiencia de los otros dos, pero fueron contracciones muy leves porque el médico ya había calculado mi fecha y cuando ya podía tener entonces me internó antes que surgieran las contracciones más fuertes, por qué me iba a hacer pasar un pre-parto si yo iba directamente a cesárea? y entonces tuve unas pequeñas contracciones que me las provocó él... y me llevaron mi marido y mi mamá y se quedaron todo el tiempo ahí conmigo... los chicos quedaron con mi hermana que recién los llevó al día siguiente... yo estaba en una habitación para mí sola, con sábanas rosa porque había nacido una nena, era muy lindo todo... estuve 6 días internada... había una cama al lado, se quedaba mi mamá, él estaba durante todo el día, pero mi mamá se quedaba todo el día y toda la noche... y la nena nació como a las dos horas de internada, me dieron anestesia total... estuve mucho tiempo dormida, calculá que además hicieron cesárea para aprovechar y ligarme las trompas... y salió todo bien... pero me acordaba de cuando en el parto anterior la doctora me lo quiso hacer tener normal... y cómo me abrieron! hasta el hueso... una cosa que tiene que ser con cesárea porque yo tengo dilatación pero soy muy chica de hueso, de acá abajo... así que todo muy bien el chico... pero cuando tienen que salir... así que imaginate lo que fue... cómo sufrí esa vez... y todo para nada...

Yo me di cuenta porque tenía dolores en la cintura, bueno, el dolor casi lo tuve muy poco, durante el día tenía un poco, pero tenía que esperarlo a mi marido, porque sin mi marido... no es el ayudante principal, pero por la compañía, yo cierro las puertas y mi marido está por otro lado, pero igual... él entretiene a los otros chicos, los manda a comprar cosas (...) habrá sido media hora que demoró en nacer, porque yo ya estaba queriendo tener desde hacía temprano, y mi mamá vino sola... parece que adivinó, pero cayó poco después, pero cuando nació estaba mi marido afuera y yo adentro, él llegó y a los pocos minutos nació el chico. Mi mamá vino poco después. Y yo ya había lavado todo ese día, adentro había lavado todo... Y tuve que golpearlo para que llorara, porque apenas nace tengo que hacer eso, porque si no lloraba la criatura no se daba cuenta él... hasta que está totalmente afuera yo estoy sola... mi mamá le corta con una tijera, después me quedo un rato, me dejan sola... y después me lavo sola (...) yo pongo un nylon grande sobre la cama cubriéndola y lo tengo arrodillada, es la mejor posición, porque ayuda a salir por el peso, yo quiero que me dejen sola, que mi marido está afuera sí, porque es una compañía, pero a mi mamá que por ahí la tendría que dejar pasar, pero me da verguenza. La placenta generalmente la entierra mi marido (...) yo cuando siento que me enfermo, camino, camino, eso hace muy bien, allá (en Bolivia) las mujeres no se cuidan como acá que no cargan cosas, no hacen trabajos, allá no... todo sigue igual, y entonces el parto sale más rápido, allá caminan, hacen de todo, esa es la costumbre; yo cuando era muy chica vi nacer así, con mi mamá, pero para ella es muy fácil, ella no siente que lo va a tener, lo tiene nomás, una vez fue al baño y de repente vio a la criatura que salía y no sabía que hacer ella, y yo estaba cerca y me pidió que llamara a mi papá... (...) y una vez que mi marido lo lavó se quedó conmigo (el bebé) y al día siguiente mi marido lo llevó para que lo controlaran al hospital de Quilmes (...) pero es más rápido cuando uno camina, y hasta último momento... le ayuda mucho porque si está acostada no le ayuda porque la criatura está arriba y cuando camina es cuando más rápido nace. Yo por ejemplo no me dejo ni un momento, y eso que estoy sola, sin los médicos... yo a veces me río, cosa de tonta lo que hago... porque siempre estoy sola, sí que tiene que estar mi marido, pero no al lado de mí, mi marido puede estar lavando la ropa, regando las plantas, o puede estar sacando yuyos, haciendo algo... siempre se ocupa de hacer algo pero nunca está conmigo adentro, sí que está pendiente de mí, y apenas siente llorar a la criatura recién entra, rompe puertas, hace lo que quiere,

pero recién ahí entra. Y mi mamá esta vez cayó como mandada por Dios, allá donde vivíamos antes estábamos cerca las dos, pero ahora justo en el momento que nacía llegó, fue una casualidad, se le dio por venir... Pero yo ya sé que ése es un momento que necesito estar sola, y ellos sí saben eso, se dan cuenta, pero no me obligan... ellos se dan cuenta de que yo quiero estar sola, ellos saben que soy tímida y miedosa y que estoy más tranquila así, yo después de lo que pasé en el hospital no quiero saber más nada... esa vez se me vino todo a la mente, los gritos... y yo fui porque se tenía que tener ahí... no sé... yo fui a consultar y me dijeron que volviera, pero yo tuve mucho miedo, por los gritos de otras mujeres... parecía que las estaban matando... y las enfermeras también gritaban, en el momento que más gritan es cuando están en la sala de partos... mi desesperación era de escaparme pero no podía...

Si bien la mayoría de los comportamientos registrados en este momento del proceso de maternidad se distribuyen alrededor de los dos modelos representados por los casos de Rosa y Mónica, he presentado paralelamente las historias de Juana y de Patricia porque representan casos fronterizos dentro del universo relevado y en este sentido muestran una versión estilizada de algunos de los rasgos presentes en las dos estrategias de atención que se han venido describiendo. Exceptuando estos dos casos, los últimos partos de las entrevistadas fueron atendidos por la medicina oficial a través de los servicios de salud públicos o en los servicios de las obras sociales, mostrando una homogeneización de los comportamientos en cuanto a la percepción de la necesidad de la atención médica del parto. Todas las mujeres entrevistadas —excepto Juana— acuden al servicio de la medicina oficial —cualquiera sea su cualidad como efector— para atender este momento del proceso de maternidad.

Una cuestión que no puede dejar de mencionarse es la relativa a las características de las relaciones que se establecen en este momento del proceso de maternidad, entre la mujer parturienta y el personal médico y de asistencia de la institución pública. Según lo muestran los testimonios de internaciones para parto en hospitales públicos, la disparidad cultural entre la parturienta y los profesionales médicos y los procedimientos que sobre ella se aplican se reedita con mucha más fuerza en ese momento. Por otro lado, la violencia que sobre la parturienta suele ejercer el personal de enfermería registra desde insultos

(que generalmente apelan a la condición de multípara de las mujeres) hasta manipulaciones sobre el cuerpo. La violencia de la aplicación de procedimientos mecánicos o farmacológicos (inducción por goteo, enema, rasurado de la zona púbica, episiotomía, gas, entre otros) también aparece sin explicaciones, completando un cuadro que en boca de las mujeres resulta más dramático que lo presentado en estas líneas

En los relatos de varias de las mujeres entrevistadas se marcaron claramente dos surcos: el de la mujer embarazada, con un conocimiento pragmático y acumulado a través de la experiencia que se traduce en la expresión 'yo sé que eso a mí no me sirve...', y el de la medicina oficial, con un modus operandi estandarizado, que no incorpora el punto de vista de quien es en realidad la protagonista de la historia. La ausencia de comunicabilidad entre estos dos diferentes códigos se traduce en una fuerte pasividad por parte de las mujeres parturientas (que de ninguna manera puede interpretarse como contradictorio con sus gritos durante el parto), y en un trato manipulador y agresivo por parte del personal de asistencia, el médico y los procedimientos utilizados. El 'paso' por la medicina oficial y por la institución pública resulta de este modo una experiencia con un alto costo emocional, y que además se desenvuelve en una red de relaciones interpersonales en la cual la familia de la madre está ausente.

En cuanto a la calidad e intensidad del emprendimiento familiar con el cual se comparte este momento de la experiencia, las diferencias aparecen nuevamente alrededor de la presencia o ausencia del marido, mientras que la importancia de las 'otras mujeres' de la red familiar más cercana, fundamentalmente las hermanas o cuñadas de la parturienta, es uniforme para la mayoría de los casos. En general, la asistencia de esta red de mujeres en este momento del proceso de maternidad se expresa en la resolución de los problemas del funcionamiento domésticos durante la ausencia de la madre de su hogar, mientras que la compañía o las visitas al hospital no suelen ser muy frecuentes.

CAPITULO III
CUATRO MODELOS DE ATENCION

En este capítulo se tratará de reconstruir la unidad del proceso de maternidad en cuatro casos seleccionados. Su selección estuvo guiada por la riqueza del material recogido, por lo que representan como estrategias alternativas de atención de la maternidad, y como modelos prototípicos de los comportamientos registrados[14].

Tal como se señaló en la introducción, la intención de este capítulo es incorporar a la descripción aquellas variables que resultaron significativas en el desarrollo de las diferentes estrategias de atención. En primer lugar podemos identificar las variables relacionadas con la biografía personal de la mujer: la naturaleza del proceso de socialización, las características de los canales formales e informales a través de los cuales se asimila un sistema de atención de la maternidad, el contenido mismo de las instrucciones recibidas, y el grado de internalización de las imágenes y prácticas socialmente dominantes. En segundo lugar, las variables relacionadas con la organización doméstica y la estructura familiar: número de hijos, composición de la unidad doméstica, posibilidad de delegar la responsabilidad sobre las tareas domésticas, fundamentalmente el cuidado de los niños. En tercer lugar, las relacionadas con las condiciones de vida de la unidad doméstica: volumen y flujo de recursos

[14] Estos cuatro modelos de atención de la maternidad deberán ser contextuados en la condición económica y social de la familia; para ello, en el apéndice se presentarán algunos datos relacionados con el nivel de vida, las características de la vivienda y de los servicios habitacionales, el volumen y flujo de ingresos de la familia, el empleo, etc., de tal modo que se puedan ubicar los comportamientos en el marco de las características de la vida cotidiana de estas mujeres.

monetarios, grado de previsibilidad de los ingresos, acceso a los servicios del estado. Por último, las variables relacionadas con la accesibilidad física, económica y cultural del servicio de salud: los costos económicos del servicio, los costos de tiempo y dificultad en su acceso, los costos burocráticos, y los costos emocionales, producto de una atención inscripta en un paradigma de la maternidad diferente[15].

La mayoría de los comportamientos registrados en los tres momentos del proceso de maternidad se distribuyen alrededor de dos de los modelos presentados: el de Rosa y el de Mónica. En efecto, las mujeres entrevistadas se han ubicado en el modelo que medicaliza débilmente el embarazo y atiende el parto a través del servicio de salud público, o en el modelo que medicaliza el embarazo y el parto a través del servicio de salud de la obra social. Estas parecen ser las dos estrategias dominantes en el universo relevado. No obstante, también se presentarán los casos de Juana y de Patricia, los que aún cuando constituyan casos fronterizos, resultan sugerentes en tanto puedan ser interpretados como versiones extremas de las estrategias prototípicas señaladas[16].

---

[15] El tema del 'choque de paradigmas' ha sido extensamente tratado por la literatura sobre la maternidad. Los problemas de comunicabilidad y de poder presentes en la relación entre la percepción y práctica de la maternidad de las mujeres, y las propias de la medicina moderna (sus procedimientos terapéuticos y su organización institucional y burocrática) llamaron la atención de casi todos aquellos que se han dedicado al análisis de la maternidad (independientemente del sector social que se esté focalizando). Ejemplo de estos trabajos son los de Graham y Oakley (1981); Graham (1977); Oakley (1979); Freidson (1970) y Comaroff (1977).

[16] La inclusión del caso de Patricia no responde a una amplitud en la delimitación de lo que en este trabajo es considerado como sector popular, buscando de este modo la mayor cobertura posible en el diagnóstico sobre el problema de la atención de la maternidad en este sector social, sino que es producto del interés por mostrar uno de los perfiles del sistema de atención vigente en nuestra sociedad urbana: el de la extrema medicalización de esta experiencia. El caso de Patricia parece no inscribirse tan nítidamente como los otros dentro de lo que aún poco rigurosamente puede ser considerado sectores populares urbanos; la polémica se resolvería con un tratamiento que excedería en mucho las intenciones de este trabajo. Por eso creo necesario aclarar que su presencia responde al interés más arriba expuesto, dejando abierta las puertas para la duda respecto de su pertenencia social.

Rosa: El "paso" por la medicina pública

El modelo de atención de la maternidad que se puede construir a partir de la experiencia de esta mujer resulta el más significativo en tanto puede sugerirse que representa la relación típica que se establece entre las mujeres de los sectores populares de más bajo nivel de vida y los servicios de salud públicos —fundamentalmente los hospitales generales y las maternidades—. También muestra consistentemente el paradigma implícito en las prácticas concretas de estas mujeres y en su percepción de la maternidad.

Rosa tiene una percepción y práctica de la maternidad como un estado casi permanente de su vida; tiene 41 años y 11 hijos. Su capacidad de detectar un embarazo en curso es débil; sus hábitos de lactancia inhiben sus ciclos menstruales y la posibilidad de reconocer —por lo menos a través de ese síntoma— su embarazo tempranamente. Tratándose de una mujer multípara y con una alta fecundidad, resulta difícil comprender las razones del desconocimiento de otros síntomas que pudieran ser asociados con la evidencia de un embarazo. Sin embargo, sólo el tiempo —el crecimiento de su vientre— denuncia el estado, y paralelamente, la presentación pública del embarazo no es realizada hasta tanto éste no se delate por sí mismo.

> Ella siempre dice que no sabe... y después recién cuando está por tener dice recién... nosotros ahora ya la conocemos... dice que está hinchada... que es del apéndice... ella es así... (cuñada de Rosa).

Los primeros cinco hijos de Rosa nacieron en el campo asistidos por una comadrona —la mayoría de las veces su suegra— o por el servicio médico del pueblo más cercano, mientras que sus seis últimos hijos nacieron en un hospital público del Gran Buenos Aires. Rosa no realizó controles obstétricos durante sus embarazos en la ciudad y menos aún durante sus embarazos en el campo. Casi al final del proceso acude al hospital con el fin de "reservar" lugar para el momento en que tenga que dar a luz. Su condición de multípara y recurrente usuaria del hospital público hace que tenga algún conocimiento y experiencia de los mecanismos de funcionamiento de este tipo de institución. No obstante, sigue mostrando un considerable

desestímulo y sensación de extrañeza frente a lo que se le aparece como complicados trámites para lograr la atención.

> Es difícil todo eso... sé que hay que ir a lo de una señora que es de la ayuda social, pero cambia de lugar... tengo que llevar unos papeles de lo que gana él (por el marido) y yo llevo un carnecito que me dieron pero a veces no sirve ése...

Al mismo tiempo, las consultas médicas rutinarias —que alguna vez realizó— no representan para ella ningún tipo especial de control que no pueda —claro está que por otros medios y procedimientos— llevar a cabo por sí misma. Además, las manipulaciones de la consulta obstétrica mensual —control de peso, presión arterial, auscultamiento del latido fetal o tacto— no parecen constituir para ella ningún control para un estado sobre el cual la evidencia de saber como se siente resulta un diagnóstico concreto y suficiente.

> Yo sé cuando estoy bien... si puedo estar caminando todo el día, haciendo las cosas... es que todo está bien... pero cuando me empiezo a cansar, que me duele esto, aquello... aunque me pasa poco... pero ahí paro... el doctor me dice que tengo que tener los análisis, pero si me los pueden hacer cuando ya voy para tener...

Sólo una sensación de incapacidad que se perciba con cierta permanencia puede transformar el autocontrol en un pedido de ayuda o de diagnóstico a la medicina oficial. Salvo este problema concreto y crítico, Rosa parece no estar muy deseosa de buscar recomendaciones médicas. Dada su inclinación a aceptar sus propias conclusiones acerca de lo que está mal en ella, resulta considerablemente poco probable que acuda a la consulta médica de control obstétrico.

En segundo lugar, es importante tener presente las características de la vida cotidiana de esta mujer que apenas puede coordinar sus conocimientos y experiencias de maternidades pasadas frente a una nueva experiencia. La incertidumbre en la que se desenvuelve su cotidianeidad conspira contra todo comportamiento anticipatorio, que intente llegar antes que los acontecimientos se produzcan. En sus dos últimas maternidades Rosa ha dejado incluso de asistir a su acostumbrada —y única— consulta ambulatoria con el fin de reservar una cama para la

internación por parto. Por otro lado, sus siempre presentes y cada vez más agudos problemas económicos se suman al cuadro de situación, provocando una actitud para la cual el gasto en cuestiones relacionadas con la asistencia médica de un embarazo resultan postergables hasta el punto de convertirse en eliminables del presupuesto de gastos de la familia. Además, la responsabilidad total que tiene sobre el cuidado de sus hijos hace aún más difícil su ausencia del hogar por cuestiones que no son para ella en realidad problemas.

> Yo cuando estoy haciendo la cola siempre pienso qué estarán haciendo... son muy chiquitos y a mí me da no se qué dejarlos solos en la casa, aunque Isabel se queda (una hija de 14 años), pero ella no puede con todo... es un lío y yo estoy intranquila, pienso en esto, en aquello, la cabeza me trabaja...

Pero las dificultades en el relacionamiento de Rosa con el servicio público de salud no provienen exclusivamente de su indiferencia frente a las virtudes de los procedimientos de control de la obstetricia moderna, ni de su percepción naturalista del embarazo[17]. El problema del acceso físico y económico al hospital también resulta significativo para comprender su comportamiento. Dada la operatoria actual de los servicios públicos de salud, y desde la implantación del arancelamiento hospitalario, la exención en el pago del derecho a la consulta ambulatoria (el seguimiento del embarazo) se obtiene a través de un trámite de reconocimiento de la incapacidad económica por parte del servicio social de la institución. Este procedimiento requiere no sólo de cierto manejo de las relaciones interpersonales propias del funcionamiento de una institución hospitalaria, enfermera-paciente, asistente social-pobre, sino también de la disponibilidad de tiempo para cubrir los diferentes pasos del procedimiento que por lo general insumen gran cantidad del mismo. El costo de tiempo se suma al costo mone-

[17] La antropóloga Margaret Mead señaló que la maternidad nunca es un proceso natural en el sentido estricto del calificativo; es siempre un acto cultural, afectado por los deseos, expectativas y costumbres de la gente. Sin embargo, la noción de 'maternidad natural' no queda invalidada en la medida en que reconozcamos que uno de sus significados concretos se refiere a una maternidad sin mayor intervención 'desde afuera', (véase Mead, 1962).

tario del transporte y de la consulta médica. Lo más interesante de este cuadro de situación es que dicho mecanismo burocrático de arancelamiento de las prestaciones hospitalarias no parece poder filtrar la demanda espontánea para la atención del parto. Lo que para la consulta ambulatoria resulta obstaculizador y desestimulador de la demanda, no tienen ningún efecto llegado el momento del parto. Rosa no ha pagado más que con algunos productos –algodón, alcohol– ninguno de sus partos atendidos en el hospital público, ni antes ni después de la política de arancelamientos hospitalarios. Y no sólo no ha pagado, sino que el procedimiento de exención resultó casi automático frente al hecho del nacimiento y a su declaración de imposibilidad de pago.

Mónica: La maternidad en una obra social

La estrategia de atención de la maternidad que representa el caso de Mónica se inscribe dentro de los límites de una maternidad medicalizada, con un acceso a servicios de salud –en este caso sociales– relativamente fácil, y con una percepción de la maternidad como un estado que si bien requiere de cierta atención profesional, no inhabilita el desempeño cotidiano en la vida doméstica. Mónica atendió su último parto a través de la obra social del personal municipal, a la que está afiliada la familia por el empleo de su marido. El primer control obstétrico lo hizo a los dos meses de haber registrado la primera falta menstrual. Luego de ese primer control concurrió mensualmente al consultorio obstétrico de la obra social con el fin de realizar los controles necesarios, los cuales incluyeron algunos análisis clínicos.

> Yo fui una vez por mes por lo menos al médico... algunas veces venía mi mamá, sino iba sola... mi marido mucho no podía acompañarme porque imaginate, trabajaba en dos lados... y para esas cosas no le dan permiso en el trabajo, pero yo esta vez ya sabía que se presentaba bien el embarazo, no como la vez anterior, con el primero fue un desastre, que cuatro meses en cama me tuve que quedar porque lo perdía, habían pasado 45 días y estaba lo más bien yo... si yo me conozco en eso..."

El manejo de los trámites de la obra social no parecieron representar para Mónica mayor obstáculo, como tampoco su relación con el profesional médico.

> yo ya sabía como era todo eso de la internación, que tenía que llevar una orden del médico de guardia que autorizaba la internación... pero las consultas eran gratis... bah, gratis no es nada, te lo descuentan del sueldo, tenés que pedir número y nada más para la consulta... y como yo iba temprano, mi mamá venía acá a mi casa y se quedaba con el otro nene, entonces yo llegaba temprano y no pasaba más de una hora, hora y media que ya me atendían... pero no siempre el mismo doctor... pero yo no soy pretenciosa, basta que sea un profesional, con eso está bien, como te decía antes...

Las relaciones que Mónica estableció en el corto período de internación con los profesionales y el personal de asistencia fueron un continente de seguridad para ella.

> Yo no tuve ningún problema, al contrario, fueron unos médicos bárbaros... que aunque yo sabía algo me iban diciendo cosas... y al médico primero que me atendió en el parto le llevamos algo... al segundo ya no pude porque era una cosa de guardia y ya no lo pude ubicar más... yo con la atención quedé muy conforme... porque no sufrí nada... y me cortaron y me pusieron suero para apurar... pero toda salió bien... y con las enfermeras también... mirá, si queres comprar a la gente, un regalito, cualquier cosa... y ya tenés a todos a tu alrededor... en el mundo hay que saber vivir...

Juana: la maternidad naturalista

El caso de Juana puede ser interpretado como la versión resuelta del conflicto de códigos presente en la experiencia de Rosa. En esta última aparece ambiguamente expresado el choque entre dos percepciones y prácticas de la maternidad (la de la mujer embarazada y la de la medicina oficial), que en algunas cuestiones puntuales se traducía en un enfrentamiento entre una maternidad sin mayores intervenciones desde afuera y una maternidad celosamente custodiada por la medicina y sus profesionales. El caso de Juana, en este sentido, se resuelve hacia uno de los dos términos de esa tensión: una atención natural y familiar de todo el proceso de maternidad. Esta mujer ha parido a cinco de sus seis hijos en su casa, con el apoyo de su madre y de su marido.

Si bien el momento del seguimiento del embarazo adopta casi las mismas características que en el caso de Rosa —ausen-

cia de controles obstétricos - la historia de Juana se distancia de aquélla claramente en los dos momentos restantes, el reconocimiento del embarazo y el parto. En el primero de ellos Juana muestra una no muy aprehensible habilidad para detectar la señal o las señales que indican un nuevo embarazo (en el primer capítulo se citan unas palabras suyas muy sugerentes). El momento del parto, como bien muestra el relato presentado en el capítulo anterior, se resuelve con atención casera y ayuda familiar, sin pasar por la medicina ni por la institución médica.

Juana se socializó en un medio rural, al cuidado de sus hermanos menores y compartiendo con su madre no sólo las tareas domésticas sino también la atención de sus embarazos y partos.

> Yo creo que en el campo se ven obligados a saber, porque imagínese... que donde vive mi madre es un lugar de mucha pobreza... hay que ver dónde viven ellos!! así que el médico aunque se esté en la muerte, no hay médico, no se conocen vacunas ni nada... si tienen que ir al médico tienen que ir casi como 6 ó 7 horas de viaje, y si hay un camino que les lleva, si no tampoco... pero por suerte yo nunca he sido enferma, siempre he sido una chica sana, será por eso que yo no he sido de llegar hasta el hospital, así que tengo terror... pero cuando yo era muy chica la vi a mi mamá tener un chico... pero para ella es muy fácil, no como acá en la ciudad... ella no siente que lo va a tener, lo tiene nomás... una vez fue al baño y de repende vio la criatura que salía y no sabía que hacer sola, y como yo estaba cerca me pidió que la ayudara...

Juana vivió su infancia y adolescencia sin recibir ninguna información sobre la necesidad de atender un nacimiento en un hospital, con médicos y enfermeras. Cuando migró a Buenos Aires, a los 21 años, su contacto con la ciudad y con otra gente modificó ese cuadro a tal punto que decidió acudir al servicio médico de un hospital público para dar a luz a su primer hijo.

> Yo esa vez fui al hospital porque se tenía que ir... no sé... me habían dicho las vecinas que fuera... pero esa vez fue terrible, se me vino todo a la mente y no quiero saber más nada del hospital... yo me asusté mucho esa vez. Ahora siempre que voy a un hospital siento algo... esa vez se escuchaban gritos de las otras mujeres, para mí que las estaban matando... y a mí me impresionaba... y en el momento en el que más les gritan a las mujeres es en el momento

en el que más las retan, cuando están en la sala de partos, y las insultan... mi desesperación era de escaparme... pero no podía...

El 'paso' de Juana por la medicina oficial fue aún más efímero que el de aquellas mujeres que utilizan el servicio de salud público exclusivamente en el momento del parto. La única experiencia de contacto de Juana con la institución pública le bastó para dejar sellados su desconfianza y temor hacia esa forma de atención del parto. Pero al mismo tiempo, y tal como lo señalábamos en el caso de Rosa, los problemas de accesibilidad física y económica del servicio de salud se suman como obstáculos y pesan como determinantes del comportamiento de Juana.

Yo acá es muy difícil llegarse... allá en Bolivia pasa lo mismo que acá en cierto modo... si uno se enferma acá no tiene donde recurrir, o en el momento de tener... adonde va a ir si no es a la capital, y si uno no tiene plata... a quien se recurre? si no es un taxi... un ómnibus... no va a esperar una ambulancia... bueno, allá es peor todavía... pero acá también es muy difícil, todo está muy lejos...

Dada la cosmovisión y experiencia de Juana, la atención de sus partos hoy en día es personal y casera; la asistencia y el apoyo emocional de su marido y de su madre resultaron el continente de confiabilidad que, sumado a la muestra de su destreza en estas cuestiones, necesitó para decidir en repetidas oportunidades (cinco) no pedir ayuda al servicio de salud público.

Patricia: la maternidad supermedicalizada

El caso de Patricia resulta una evidente estilización de los rasgos presentes en la estrategia que describimos con un registro temporal de la maternidad sintonizado en tiempo futuro, con controles sistemáticos durante el período de embarazo, y con la presencia de la familia.

El ritmo de los tres embarazos de Patricia fue producto de su decisión y del eficaz uso de diferentes métodos anticonceptivos, el último de los cuales –la ligadura de trompas– fue programado conjuntamente con el último parto.

el médico me puso muchos reparos... nunca me voy a olvidar que me puso esta excusa, me dijo suponete que los chicos vayan al colegio y tengan un accidente... y vos querés tener otro chico, y yo le dije que no, que si me sucedía una cosa así ya no iba a tener más ganas de tener... pero fijate que es el método más sano, hay mucha gente que te dice que te puede traer esto, aquello... algo a los ovarios... todo tipo de enfermedades, bueno pero vos también te podés intoxicar con pastillas, un espiral te puede traer una infección, si voy a estar pensando lo que me puede pasar... no hago nada... pero en sí no te lo quieren hacer, hay un rechazo, este médico que me lo hizo, los dos tuvimos que ir varias veces a hablar con él..

La situación socioeconómica de la familia posibilitó la compra en el mercado del control de su fecundidad y de la asistencia médica de los embarazos a través de una obra social para personal jerárquico. Por otra parte, su exclusivo rol de ama de casa y el hecho de residir en el mismo edificio que su madre facilitaron la frecuencia e intensidad de los cuidados médicos encarados, en tanto pudo delegar en ella las responsabilidades domésticas.

Yo fui una vez por mes o más a control; la fecha que el médico decía, ahí íbamos los dos... cuando él no podía iba conmigo mi mamá, y mi hermana se quedaba acá en la casa para recibir a los chicos del colegio... pero fueron unos controles bárbaros... me hice de todo... para estar tranquila, viste? además mi mamá me ayudó bastante, porque yo no me sentí muy bien y con los otros dos chicos... no podía hacer todo lo de la casa... y ella es muy de estar... así... de ayudarte...

Paralelamente, la socialización de Patricia en un medio urbano y su nivel de educación contribuyeron a configurar en ella una percepción de la maternidad que tiene a la medicina y sus procedimientos coherentemente incorporados como única alternativa legítima de atención de la maternidad.

Yo siempre fui al médico para los controles, aunque no tuve siempre el mismo en los tres embarazos... pero para mí es imprescindible lo de los controles... si así ellos saben que hacer con una... no...?

Algunas otras características que modelan la experiencia de Patricia pueden presentarse más como impresiones que como

variables detectables de su comportamiento o de su contexto social o familiar. Me refiero a la débil capacidad de Patricia de hacerse cargo del proceso de embarazo y parto, aun en su condición de multípara. Sus respuestas referidas al manejo del proceso de maternidad la mostraron reivindicando a la medicina y al profesional médico cómo únicos y legítimos diagnosticadores: el control sobre su proceso de maternidad recae casi exclusivamente en las manos y sabiduría de la obstetricia moderna. La familia provee un continente emocional en el cual la embarazada es permanentemente asistida, tratando de compensar la dificultades por las que atraviesa dado su estado físico y emocional.

> Vos te imaginás como estaba yo cuando estaba embarazada de Gabriela... era verano... y yo con una panza así... estaba tan nerviosa... y mi marido me entendía... la verdad que extraño esa época... todos me cuidaban...

CAPITULO IV

ALGUNOS COMENTARIOS

En este trabajo se documentaron y analizaron las actitudes, expectativas y percepciones relativas a la maternidad, así como las prácticas asociadas a cada una de las etapas de este proceso en algunas mujeres de los sectores populares. Aún cuando se inscriba en la matriz de virtudes y limitaciones propias de cualquier estudio de casos, algunas impresiones resultantes de un abordaje en profundidad de la experiencia de maternidad merecen una última reflexión. La posibilidad de que sirvan de insumo para posteriores trabajos que procuren estandarizar información sobre ciertas variables o explorar algunas de las hipótesis que aquí se sugieran, es el principal objetivo de estas últimas líneas.

En un capítulo anterior se señaló que uno de los perfiles del trabajo está dado por su carácter testimonial. Describir en detalle las prácticas concretas y la racionalización y racionalidad de la experiencia de maternidad en algunas mujeres de los sectores populares llevó, por la misma fuerza de los datos, a dejar la impronta de una imagen de la maternidad significativamente distanciada de lo que habitualmente se nos presenta como el 'modelo de maternidad'. Este modelo, conjunto de prescripciones e imágenes socialmente dominantes está construido básicamente sobre dos fuentes de datos: por un lado, los de la medicina y obstetricia modernas, que indican lo que es beneficiosos o perjudicial para la mujer embarazada, o cómo debe llevar adelante su embarazo o parto. Por otro lado, los datos relativos a un tipo de experiencia de maternidad socialmente diferenciada: la de los sectores medios urbanos de nuestra sociedad. Un recorrido por los medios gráficos de difusión dedicados al público femenino, o un seguimiento de los cortos

publicitarios que utilizan la experiencia de maternidad para mostrar las virtudes de algún producto en particular, por ejemplo, permiten recoger un testimonio inocultable de este modelo dominante.

En los últimos años, la práctica médica ha dirigido los esfuerzos a mejorar sus respuestas a las complicaciones o derivaciones negativas del proceso de maternidad. Paralelamente, su predisposición para asistir a una maternidad sin complicaciones y sin mayor intervención, se ha ido debilitando. El proceso de medicalización de la maternidad se ha acelerado particularmente en los últimos 10 a 15 años, en la medida en que innovaciones farmacológicas y tecnológicas han sido introducidas en la atención obstétrica[18]. Independientemente del impacto que algunos de dichos métodos han tenido sobre la morbimortalidad relacionada con el proceso biológico de la maternidad, la pregunta acerca de cómo una maternidad medicalizada afecta a los protagonistas de la historia –la madre y el hijo– no sólo desde el punto de vista físico, no ha sido aún explorada. En este sentido, puede sugerirse que probablemente, la medicalización de la maternidad haya modificado la misma experiencia subjetiva de este proceso, creando una fuerte dependencia en "los otros" y debilitando al mismo tiempo la dependencia en la misma mujer como condición y atributo del rol de embarazada-madre.

Aún cuando no podamos contar con estadísticas sobre intervenciones cesáreas o procedimientos mecánicos relacionados con el alumbramiento, sólo cabe dirigir la mirada a las experiencias que se registran alrededor para constatar la dependencia y el control[19] bajo el cual las mujeres se relacionan con los

---

[18] En uno de sus trabajos sobre las características de la maternidad en las sociedades industrializadas, Oakley enumera los procedimientos a los que son sometidas las mujeres embarazadas: controles regulares durante el embarazo, suplementos de hierro y vitaminas, controles de tacto, monitoreo del embarazo, parto en el hospital, enemas o supositorios en el primer estadio del trabajo de parto, rasurado de la zona púbica antes del parto, rotura artificial de la bolsa, inducción del parto, controles de tacto durante el trabajo de parto, anestesia peridural y tranquilizantes o analgésicos durante el parto, episiotomía, utilización de forceps o vacuum, y extracción acelerada de la placenta (Oakley, 1979 a, p. 17).

[19] En esta línea resulta muy interesante la diferenciación que Oakley establece entre la noción de 'sistema de atención de la maternidad' ('re-

'expertos'[20]. Una mujer que va a tener un hijo no es tratada en primera instancia como una conocedora de lo que le conviene o resulta mejor para su vida y la de su bebé; por el contrario, se parte de la idea de que debe enseñársele todos los aspectos —prácticos o programáticos— relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio.

Esta visión de la débil capacidad de la mujer embarazada de hacerse cargo de su propia experiencia, si bien en parte estimulada por el estilo que ha adquirido la práctica médica en los últimos tiempos, se ve reforzada por las características de la socialización de las mujeres en la sociedad urbana e industrializada. Tal como señala Hubert:

> 'En otras sociedades, la información se adquiere no sólo verbalmente sino también a través de la observación y la participación; en nuestra sociedad, casi todo lo que una niña sabe sobre el nacimiento lo obtiene a través de una amplia variedad de fuentes: la familia, los parientes, los médicos, los compañeros, pero no a través de un conocimiento y experiencia directos (...) Fuera del contexto clínico, existen todavía inhibiciones en la discusión de cuestiones sexuales y reproductivas, especialmente entre generaciones, pero también dentro de la misma generación' (Hubert, 1974, p. 38) (mi traducción).

En toda cultura, la mujer tiene un conjunto de expectativas socialmente construidas, legitimadas y depositadas en ella

---

productive care system') y el concepto de 'control'. Por el primero entiende 'Los procedimientos generalmente empleados en o por cualquier cultura particular en el tratamiento y manejo del nacimiento, el aborto y la contraconcepción' (mi traducción). Las condiciones esenciales para el ejercicio del control por parte de un grupo social u ocupacional son, en primer lugar, que el grupo en cuestión disponga de los recursos adecuados y en segundo lugar, que la práctica de ese control esté legitimada (considerada como válida) por la sociedad global. El término 'control' implica no sólo el comando sobre los recursos, sino también la competencia exclusiva para determinar y evaluar estos recursos. En cuanto a la convalidación, la creencia de que ciertos sectores de la sociedad tengan el derecho de controlar determinadas áreas de actividad se basa normalmente en la ley (Oakley, 1976) (mi traducción).

[20] Varios trabajos testimonian y analizan los cambios históricos que se han producido en las prácticas de atención de la maternidad, tanto en lo que respecta a la red de relaciones sociales en la cual se desarrolla este proceso (Badinter, 1981), como en las formas de atención de la maternidad (Oakley, 1976).

respecto a cómo y cuándo concebir los hijos, cómo comportarse en tanto embarazada, cómo atender el embarazo, cómo dar a luz su hijo, y cómo ser luego una buena madre con él, entre otras cosas. Estas expectativas difieren en mayor o menor grado entre un sector social y otro, e incluso se ven cruzadas por conflictos, tensiones y contradicciones. Pero aun cuando este conjunto de preguntas no esté respondido coherentemente, constituye una preocupación propia del rol de embarazada-madre.

Pero el paradigma de maternidad dominante no sólo descansa en el discurso y en los procedimientos de la obstetricia o de la psicología modernas, sino que también se nutre de prácticas reales y concretas propias de un sector social en particular. Si pensamos en ciertas imágenes tales como la compañía —permanentemente expectante— del esposo o de la futura abuela, la protección del médico, la euforia familiar y las multitudinarias visitas al sanatorio [21], la ropa del bebé lista y perfumada, donde aún luego de una cadena de hermanos es posible algún 'estreno', los regalos de amigos y parientes, los libros, cuadernillos y revistas dedicados a la maternidad y sus problemas, y muchas otras más, recompondremos esa imagen de la maternidad como felicidad personal y familiar con la cual se la representa en nuestra sociedad.

Las prácticas, los deseos y las expectativas de las mujeres presentadas en este trabajo contrastan más o menos abiertamente tanto con la visión 'científica' de la maternidad como con la visión 'optimista' propia de los sectores medios.

Si ahora recuperamos el segundo perfil del trabajo, el específicamente analítico, y tenemos presente el contexto de prescripciones e imágenes que se han sugerido más arriba, será posible comprender más consistentemente el sentido de algunos de los comportamientos descriptos. La dirección de esta comprensión se sintetiza en los siguientes puntos:

1. La medicina institucionalizada —el servicio de salud pública— no parece constituir una alternativa de atención del embarazo que justifique el esfuerzo por conseguirla. La falta de realización de controles obstétricos durante este período del proceso de maternidad está fundamentalmente asociada al

[21] O al decir de A. Videla, "el festín maniaco del parto".

no-reconocimiento de su necesidad y de su validez como método de control, a lo que se le suman los obstáculos burocráticos y los costos en tiempo y dinero.

2. Teniendo presente los lugares y redes de socialización de algunas de las mujeres entrevistadas pareciera que roto el sistema de atención del parto vía la red de parientes mujeres –comadronas– la medicina institucionalizada es aceptada como procesadora de este momento de la maternidad. Sin embargo, para el período del embarazo, se buscan formas de atención que recaen en una "asistencia de mujeres".

3. Aun cuando el 'paso' por la medicina oficial y la institución pública resulte un momento fugaz dentro del proceso de maternidad, comporta un alto costo emocional para estas mujeres.

4. La experiencia de maternidad es compartida fundamentalmente con otras mujeres de la red familiar más cercana –en primer lugar la madre (si está cerca) o la suegra, y en segundo lugar las hermanas o cuñadas–. El marido aparece ausente en casi todos los momentos del proceso, y la maternidad no constituye una cuestión de carácter familiar que concite la atención de los otros hijos.

5. Parece haber una clara asociación entre las características de la vida cotidiana de las mujeres de sectores populares y su matriz de percepción de la maternidad. La incertidumbre e imprevisibilidad se traducen en comportamientos relativos a la atención de la maternidad que no constituyen estrategias anticipatorias, sino que buscan de alguna manera dar respuesta a situaciones que presentan escasos márgenes de libertad.

La intención de abrir una polémica sobre el tema de la maternidad en general y el problema de la maternidad en las mujeres de los sectores populares en particular, sigue presente en los últimos puntos expuestos. He intentado aprehender el fenómeno desde algunas de las dimensiones que considero más relevantes para comprender las experiencias que han quedado aquí registradas. De ninguna manera éstas se han agotado en el tratamiento realizado en ese trabajo. Probablemente los testi-

monios que me ayudaron a acercarme al problema puedan leerse de otra manera en futuros trabajos. Es más, es de desear que así ocurra y que mi preocupación por mostrar qué sienten y cómo viven su maternidad algunas mujeres de los sectores populares cumpla el objetivo de atraer la atención sobre el tema.

APENDICE

Algunos datos de las familias de las mujeres entrevistadas

Familia de Rosa

Rosa: 41 años, origen rural, ama de casa, no completó la primaria. Esporádicamente se emplea en el servicio doméstico por horas.

Composición de la unidad doméstica:

Marido: 43 años, origen rural, peón en un corralón de materiales.

María del Carmen: 20 años, hija, trabajo ocasional en el servicio doméstico sin retiro.

Isabel: 15 años, hija, trabajo ocasional en el servicio doméstico con retiro.

René: 11 años, hijo, desertor de la escuela primaria.

Silvia: 7 años, hija, estudiante de primaria.

Graciela: 6 años, hija, estudiante de primaria.

Lalo: 4 años, hijo.

Darío: 2 años, hijo.

Juan Pablo: 1 año, hijo.

Los otros tres hijos de Rosa viven en el campo con sus abuelos paternos.

Vivienda: Desde que migraron a Buenos Aires en el año 1971 vivieron en tres lugares diferentes, todos dentro del mismo barrio del partido de Quilmes pero siempre ocupando la zona más marginal. Salvo la primera de esas viviendas, las dos restantes fueron cedidas por los hermanos del marido. A la fecha de la investigación habitan una casa de material y techos de chapa, de tres habitaciones, con precaria instalación eléctrica, bomba de agua que sólo utilizan para lavar la ropa y los trastos, un baño precario de pozo en los fondos del terreno, disponiendo de cuatro camas para todos los que habitan la casa. El mobiliario es muy precario y de segunda mano; tienen televisor (descompuesto desde hacía varios meses) y heladera eléctrica. El terreno es de propiedad fiscal.

Ingresos: el único ingreso estable del hogar es el salario quincenal del marido. La familia está permanentemente endeudada con los proveedores del barrio, utilizando los ingresos generalmente para saldar las cuentas –o sólo parte de las mismas–.

Familia de Mónica

Mónica: 30 años, correntina, hace más de 20 años migró a Buenos Aires, ama de casa, terminó la primaria.

Composición de la unidad doméstica.

Marido: 34 años, instructor de afilación de carpintería en la Municipalidad de Buenos Aires, además, cuenta propia con un taller en su domicilio. Ingresó a la Municipalidad a los once años a una escuela de oficios donde aprendió el suyo, al terminar hizo un curso en el CONET.

Walter: 6 años, cursa la primaria.

Christian: 4 años, asiste al jardín de infantes.

Vivienda: Barrio de Villa Madero, casa propia en propiedad horizontal en un terreno de los suegros de Mónica. En la planta alta viven los suegros. La casa tiene comedor, cocina, baño, dos dormitorios, lavadero y terraza. En los fondos hay un galpón donde funciona el taller del marido.

Ingreso: el único ingreso estable de la unidad doméstica es el sueldo mensual del marido en la Municipalidad. Dicho monto se refuerza con los ingresos provenientes del trabajo por cuenta propia en el taller. Cuentan con los servicios de la obra social del sindicato de municipales, y con servicios de turismo que han utilizado en varias oportunidades.

Familia de Patricia

Patricia: 33 años, italiana, migró hace 31 años a la Argentina con sus padres, ama de casa, completó la secundaria comercial.

Composición de la unidad doméstica.

Marido: 33 años, italiano, hace 27 años migró a Buenos Aires con sus padres y hermanos, completó estudios técnicos. Trabaja por cuenta propia, vende y es contratista de cilindros y partes hidráulicas.

Diego: 9 años, cursa la primaria en colegio privado del barrio.

Gabriela: 6 años, cursa primaria en el mismo colegio del hermano.

Paula: 4 años, asiste al jardín de infantes.

Vivienda: Casa propia en propiedad horizontal compartiendo un terreno de los padres de Patricia, quienes tienen un negocio de almacén en la planta baja. La casa tiene 3 dormitorios, un comedor, cocina, baño y un buen equipamiento doméstico.

Ingresos: los únicos ingresos del hogar son producto del trabajo del marido. La familia goza de un nivel de vida que excede en algunos consumos (educación, equipamiento doméstico) lo que podría ser considerado típico de sector popular.

Familia de Juana

Juana: 34 años, origen rural, Boliviana, trabajos diversos (costura, venta de ropas, tejidos), no completó la primaria.

Composición de la unidad doméstica.

Marido: 41 años, migrante boliviano, contratista de obras en la construcción.

Ariel: 13 años, hijo, estudiante de primaria.

Claudia: 11 años, hija, sin escolaridad, discapacitada.

Marisol: 6 años, hija, estudiante de primaria.

Shimmy: 2 años, hija.

Javier: 1 año, hijo.

Francisco: 2 meses, hijo.

Vivienda: terreno propio en Ezpeleta, a unas quince cuadras de la estación, superficie de 45 x 9. Agua corriente, luz eléctrica, gas en garrafa. Habitan esa casa desde mediados de 1979, anteriormente vivían en la Villa de Retiro donde además tenían un almacén. Debieron dejar el lugar por efectos de la política de erradicación en el año 1978. La casilla es de madera y chapas, ambiente dividido por roperos. Dos camas para todos los ocupantes, mobiliario viejo y en estado precario, televisión blanco y negro, dos heladeras sin funcionar, máquina de coser eléctrica, baño precario de pozo fuera de la casilla. Desde mediados de 1980 están acumulando y comprando materiales en cantidad para edificación definitiva de la vivienda.

Ingresos: entradas muy inestables tanto del marido como de Juana.

BIBLIOGRAFIA

ARAY, Julio (1968). *Aborto, estudio psicoanalítico.* Buenos Aires, Horme.

BADINTER, E. (1981). *Existe el amor maternal.* Buenos Aires, Paidós.

BOLTANSKI, Lu (1975). *Los usos sociales del cuerpo.* Buenos Aires, Perisferia.

BROWNER, Carole (1979). "Abortion decision making: some findings from Colombia". *Studies in Family Planning*, vol. 10, Nº 3, March.

BROWNER, Carole (1980). "The management of early pregnancy: Colombian folk concepts of fertility control". *Social Science and Medicine*, vol. 14.

COMAROFF, J. (1977). "Conflicting paradigms of pregnancy: managing ambiguity in antenatal encounters", en A. Dairs y G. Horobin, eds. *Medical Encounters: experience of illness and treatment.* London, Croom Helm.

ESTUDIO sobre salud y educación médica (s/f). Estado de salud de la población del Area Metropolitana, Secretaría de Estado de Salud Pública, Asociación de Facultades de Medicina, Organización Panamericana de Salud. Buenos Aires. Encuesta de Morbilidad, serie 6, Nº 1.

FORD, Clellan S. (1964). *A comparative study of human reproduction.* New Haven, HRAF Press. (Reprinted from 1945 ed.).

FREIDSON, Eliot (1961). *Patient's view of medical practice.* New York, Russell Sage.

FREIDSON, Eliot (1970). *Professional dominance; the social structure of medical care.* New York, Atherton Press.

FREIDSON, Eliot (1978). *La profesión médica; un estudio de sociología del conocimiento.* Barcelona, Península.

GONZALES, N. (1975). "Films for Medical Anthropology". *American Anthropologist*, vol. 77, Nº 1.

GRAHAM, Hilary (1977). "Images of pregnancy in antenatal literature", en R. Dingwall et. al. *Health Care and Health Knowledge.* London, Croom Helm.

GRAHAM, Hilary y OAKLEY, Ann (1981). "Compiting ideologies of reproduction: medical and maternal perspectives of pregnancy", en Helen Roberts, ed. *Women, health and reproduction.* London, Routledge & Kegan Paul.

GRIMM, E. R. (1967). "Psychological and social factors in pregnancy, delivery and outcome", en S. A. Richardson y A. F. Guttmacher, eds. *Childbearing; its social and psychological aspects.* Baltimore, Williams & Wilkins.

HEFFNER, Elaine (1980). *La madre perfecta no existe.* Buenos Aires, Pomaire.

HUBERT, Jane (1974). "Belief and reality: social factors in pregnancy and childbirth", en Martín P. M. Richards, ed. *The integration of a child into a social world.* London. Cambridge University Press.

ILLICH, I. (1975). *Medical Nemesis. the expropiation of health.* London, Calder and Borjars.

JELIN, Elizabeth y FEIJOO, María del C. (1980). *Trabajo y familia en el ciclo de vida femenino: el caso de los sectores populares de Buenos Aires.* Buenos Aires, CEDES. (Estudios CEDES, vol. 3, Nº 8/9).

JORDAN, B. (1980). *Birth in four culture.* Montral, Eden Press Women's Publications.

KITZINGER, S. (1967). *The experience of childbirth.* London, Penguin.

LANGER, Marie (1976). *Maternidad y sexo. Estudio psicoanalítico y psicosomático.* Buenos Aires, Paidós.

LERNER, Gerda (1978). "Motherhood in historical perspective" (review essay), *Journal of Family History,* vol. 3, Nº 3.

LLEWELYN DAVIES, Margared, ed. (1978). *Maternity. Letters form working-women.* New York, Norton.

LLOVET, Juan José (1982). Servicios de salud y sectores populares. Buenos Aires, CEDES, *mimeo.*

MACINTYRE, Sally (1977). "The management of childbirth: a review of sociological research issues", *Social Science and Medicine,* vol. 11.

MCKINLAY, John B. (1970). "A brief description of a study on the utilization of maternity and child welfare services by a lower working class subculture", *Social Science and Medicine,* vol. 4.

MCKINLAY, John B. (1972). "The sick role-illness and pregnancy", *Social Science and Medicine,* vol. 6.

MCKINLAY, John B. (1973). "Social networks, lay consultation and help-seeking behaviour". *Social Forces,* vol. 51, March.

MCKINLAY, John B. (1975). "The help-seeking behavior of the poor", en John Kosa e Irving K. Zola, eds. *Poverty and health: a sociological analysis.* Segunda edición, Cambridge, Harvard Univ. Press.

MEAD, M. (1962). *Male and Female.* Harmondsworth, Penguin Books.

MEAD, M. y NEWTON, N. (1967). "Cultural patterning of perenatal behavior", en Stephen A. Richardson, A. Stephen y Alan F. Guttmacher, eds. *Childbearing; its social and psychological aspects.* Baltimore, Williams and Wilkins.

MENDELS, Franklin (1978). "Notes on the age of maternity", *Journal of Family History,* vol. 3, Nº 3.

OAKLEY, Ann (1975). "The trap of medicalised motherhood", *New Society*, vol. 34.

OAKLEY, Ann (1976). "Wiswoman and medicine man: changes in the management of childbirth", en J. Mitchell y A. Oakley, eds. *The rights and wrongs of women*. Harmonsworth, Penguin Books.

OAKLEY, Ann (1979). "A case of maternity: paradigms of women as maternity cases", *Signs*, vol. 4, Nº 4.

OAKLEY, Ann (1979 a). *Becoming a mother*. New York, Schocken Books.

OAKLEY, Ann (1980). *Women confined: towards a sociology of childbirth*. New York, Schocken Books.

PILISUK, Mark y FROLAND, Charles (1978). "Kinship, social networks, social support and health", *Social Science and Medicine*, vol. 12.

RAMOS, Silvina (1981). *Las relaciones de parentesco y de ayuda mutua en los sectores populares urbanos; un estudio de caso*. Buenos Aires, CEDES (Estudios CEDES, vol. 4, Nº 1).

RICHMAN, Joel y GOLDTHORP, W. O. (1977). "When was your last period", en R. Dingwall et al. *Health Care and Health Knowledge*. London, Croom Helm.

ROMANO YALOUR, Margot (1969). *Cómo educan los argentinos a sus hijos?* Buenos Aires, Libera.

ROSENGREN, W. R. (1961). "Social source of pregnancy as illnes or normality", *Social Forces*, vol. 39.

ROSENGREN, W. R. (1962). "Social status, attitudes towards pregnancy and child bearing attitudes", *Social Forces*, vol. 41.

ROSENGREN, W. R. (1966). "Social instability and attitudes towards pregnancy as a social role", *Social Problems*, vol. 9.

ROSENGREN, W. R. y DE VAULT, S. (1963). "The sociology of time and space in an obstetric hospital", en E. Friedson, ed. *The Hospital in Modern Society*. New York, The Press of Glencoe.

SUITOR, J. Jill (1981). "Husband's participation in childbirth: a nineteenth-century phenomenon", *Journal of Family History*, vol. 6, Nº 3.

VIDELA, Mirta (1974). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires, A. Peña Lillo.

ZOLA, Irving Kenneth (1964). "Illness behavior of the working class: implications and recommendations", en Arthur B. Shostak y William Gomberg, eds. *Blue-collar world; studies of the American worker*. Englewood Cliffs, Prentice Hall.