

LA CONSTRUCCIÓN MÉDICA DEL PUERPERIO. Un análisis de bibliografía de obstetricia

Clara GILLIGAN

Universidad de Buenos Aires
vacahumahuaca@hotmail.com

THE MEDICAL CONSTRUCTION OF THE PUERPERIUM. Analysis of obstetric bibliography

Resumen: En este artículo analizamos de qué manera se construye conceptualmente la noción de *puerperio* como objeto de intervención médica en manuales y guías de atención en obstetricia. Abordamos los fenómenos descritos en bibliografía médica especializada en tanto formaciones discursivas y nos detenemos en las formas de definir, clasificar e interpretar los cuerpos femeninos. Lejos de ser neutrales, las categorías médicas están atravesadas por maneras de comprender los fenómenos cultural e históricamente situadas. Estas construcciones organizan la percepción y, a la vez, delinean pautas operativas para la atención médica. Nuestro análisis se enfoca principalmente en la descripción del puerperio como “*involución*”, en el lugar privilegiado que ocupa la promoción de la lactancia y en la propuesta de un proceso de atención centrado en “*controlar, vigilar e instruir*” a las mujeres durante este período.

Abstract: This article examines how the notion of puerperium is conceptually constructed as an object for medical intervention in handbooks and obstetrics-care guides. We approach the phenomena described in medical specialized bibliography as discursive formations, and also analyze ways to define, classify and interpret the female bodies. Far from being neutral, medical categories are crossed by cultural and historically-situated ways of understanding phenomena. These constructions organize perception and, at the same time, delineate operational guidelines for medical care. Our analysis is mainly focused on the description of the puerperium as “*involution*”, the privileged place given to breastfeeding promotion, and also in the proposal of a “*control, watch over and instruct*” health-care process on women during this period.

Palabras clave: puerperio, conceptualizaciones, involución, manuales de obstetricia.
puerperium, conceptualizations, involution, obstetrics handbooks.

I. Presentación

Este artículo forma parte de un proyecto de investigación en curso, en el que analizamos los procesos de atención médica de mujeres púerperas en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Con el objetivo de presentar los primeros avances de esta investigación, analizamos aquí bibliografía médica especializada sobre la temática; a fin de indagar las maneras en que se define conceptualmente la noción de “*puerperio*”.

Para ello seleccionamos material bibliográfico utilizado actualmente en la formación de futuros médicos y especialistas en tocoginecología en el marco de instituciones públicas del área metropolitana de Buenos Aires (universidades y hospitales). También se analizan publicaciones del área de gestión de la salud que sugieren pautas para la atención obstétrica a nivel nacional.

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

II. La selección de las fuentes

La bibliografía que analizamos fue elegida principalmente a partir de datos recabados en algunas entrevistas exploratorias realizadas en 2013 con médicas tocoginecólogas que finalizaron recientemente¹ su especialización en distintos hospitales de la Ciudad de Buenos Aires. En el marco de dichas entrevistas refirieron bibliografía que consideraban central en su formación académica. Asimismo en el marco de diálogos informales con médicos y médicas de esta y otras especialidades -que se han graduado recientemente en la Universidad de Buenos Aires y están finalizando sus residencias hospitalarias- indagamos por bibliografía que hubieran utilizado durante la cursada de obstetricia en la carrera². Por último, consideramos especialmente las referencias de una de las médicas entrevistadas, quien además se desempeña como docente en dos universidades públicas estatales del área metropolitana de Buenos Aires.

A partir de esta información pre-seleccionamos, en primer lugar, los manuales de obstetricia cuyos autores se repetían en las recomendaciones. En total fueron cuatro, y entre ellos elegimos, un manual de origen nacional y otro internacional. Las ediciones que analizamos son las disponibles en las fotocopadoras cercanas a la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, suponiendo que son a las que efectivamente acceden gran parte de sus estudiantes.

En segundo lugar analizamos dos guías publicadas por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina que, de acuerdo con las especialistas en tocoginecología entrevistadas, han sido referidas como documentos que condensan pautas para la atención obstétrica en el transcurso de sus residencias hospitalarias. Ambas se encuentran disponibles online y, a pesar de las diferencias en cuanto a la fecha de publicación (1997 y 2010) se consideran referencias vigentes.

1 Entre 2011 y 2013.

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

III. Los manuales y las guías de atención

Ambos manuales son reediciones de publicaciones anteriores. En los prefacios de las dos publicaciones se menciona que estas reediciones son actualizaciones de las antiguas publicaciones, respecto de la producción académica en medicina. Con estas actualizaciones se renuevan también los autores. Sin embargo la publicación conserva su título original.

El “Compendio de obstetricia” (Votta y Parada, 2003) -o “Vottita” como dicen los médicos consultados- es un manual de producción nacional. A este lo precede la edición en 1979 del manual llamado “Obstetricia” -el “Votta” propiamente dicho- que en la actualidad cuenta también con reediciones recientes. La primera versión del Compendio que analizamos aquí se publicó en 1998.

Roberto Votta es un referente del mundo obstétrico local. Médico graduado en 1943, y posteriormente doctorado, en la Universidad de Buenos Aires. Ocupó altos cargos en docencia universitaria, en el servicio de obstetricia del Hospital Argerich en la Ciudad de Buenos Aires así como en la Federación Argentina de Sociedades de Obstetricia y Ginecología y en la Sociedad de Obstetricia y Ginecología. Desde su posicionamiento como católico abordó algunos debates de la época en torno a la reproducción (Grimberg y Sanchez, 2010) que continúan vigentes en la edición del Compendio aquí analizada, de 2003.

De acuerdo con la información editorial del *Williams Obstetricia* (2011), su primera edición es de 1930³. Aquí analizamos la vigésimo tercera, de 2011, una traducción del inglés de la versión de 2010⁴ publicada en México. Las ediciones posteriores a las de 1930, 1931 y 1932 han sido realizadas por una variedad de autores, aunque se mantiene el apellido de su primer autor como título del manual. A pesar de las diferencias en los sistemas de atención sanitaria entre nuestro país y el de procedencia de este manual, los médicos consultados lo consideran una referencia válida.

El espacio dedicado al puerperio en ambos manuales es sumamente reducido en relación con los capítulos destinados al seguimiento del embarazo y el parto. En el caso del “Compendio de Obstetricia” (Votta y Parada, 2003) los capítulos que tratan el “Puerperio Normal” y “Puerperio Patológico” suman 10 páginas de 303 en total. En el “Williams Obstetricia” (Cunningham y otros, 2011) la sección de Puerperio tiene 52 páginas, de las 1385 totales. Si bien algunas conceptualizaciones generales a las que nos referimos aquí están presentes más allá de estos capítulos específicos, podríamos pensar que, por lo menos en la bibliografía referida, el puerperio no ocupa un lugar central en el interés médico-obstétrico.

Las guías de procedimientos de atención son publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Analizamos, en primer lugar, el tomo V de la propuesta normativa perinatal: *Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto* (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 1997). En segundo lugar, la *Guía para la atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia* (Uranga y otros, 2010).

IV. El puerperio como involución

En la bibliografía consultada la conceptualización del puerperio está asociada a la idea de “involución”. Esta noción aparece repetidas veces en ambos manuales y en las guías para la atención difundidas por organismos estatales de gestión de la salud,

“Es un período de transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional que hacen regresar paulatinamente todas las modificaciones gravídicas y que se

3 De acuerdo con otras fuentes la primera edición es del 1903. Aunque son datos que no pudimos constatar.

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

opera por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado primitivo” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 1997: 7).

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

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

La idea central en la conceptualización es la de regresión, la de un retorno a un estado anterior –pero que no sería completo-. De acuerdo con estas definiciones se trata de un proceso que involucra al cuerpo femenino en su totalidad. Sin embargo la descripción general del proceso se centra ante todo en el útero –órgano que se contrae hasta adquirir el tamaño que tiene cuando no se halla en el momento de la gestación- y en segundo lugar en las mamas –excluidas explícitamente de este proceso de “involución”-

“La altura del útero, valorada por simple palpación, involuciona a razón de 2cm por día” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 1997: 11).

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

Las metáforas del cuerpo comprendido como maquinaria dan cuenta de sentidos desarrollados durante el proceso histórico de institucionalización de la medicina. De acuerdo con Emily Martin (2006), en los siglos XVII y XVIII en el contexto hospitalario de Francia, “... se decía que era como si el vientre y el útero “formasen una bomba mecánica que, en situaciones específicas, era más o menos adecuada para la expulsión del feto”” (105). Esta impronta podría continuar en alguna medida vigente en cierta racionalidad biomédica que, aunque implícita, explica los fenómenos clasificados como objetos de su competencia en los términos de la mecánica: a partir de aislar componentes discretos para luego integrarlos en los mecanismos de interrelación “originales” (Camargo, 2005)

Partimos de la comprensión de los fenómenos definidos como objetos de intervención biomédica en tanto “...formaciones discursivas [...] y no objetos preexistentes...” (Camargo, 2005). El puerperio actualmente es definido, al menos discursivamente, como un proceso de “involución” o “regresión” generalizada. Esto a pesar de que, en estos mismos documentos, se da cuenta de que es el útero el que “vuelve” a su estado pre-gravídico, mientras que no sucede lo mismo en el cuerpo femenino en su totalidad:

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

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

La noción de involución continúa siendo nodal en estas clasificaciones acerca del puerperio. Esto es así aun cuando algunos de estos documentos dan cuenta de fenómenos que

podrían ser interpretados en tanto transformación, o regeneración:

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

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

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

En ambos manuales de alguna manera se busca pautar cuándo debería retomar una mujer sus prácticas habituales. La idea de “volver” a un estado anterior, presente en la interpretación que se hace del puerperio, podría exceder el hecho de que se espera que el útero recupere su tamaño pre-gestacional. Un “volver” a las prácticas que se esperan de una mujer,

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

Particularmente en este manual (Cunningham y otros, 2011) es llamativa la recurrencia que se hace a investigaciones en diversos contextos espaciales y temporales, que parecieran ser aptos por igual para describir fenómenos universales. La biomedicina construye parte de su legitimidad discursiva sobre la base de la descripción de fenómenos universales cuya existencia aparece desligada de condiciones locales. De acuerdo con este razonamiento si lo biológico es universal, los saberes basados en la naturaleza se presentan como únicos y verdaderos (Good, 2003). En este orden, se consideran concluyentes por igual estudios realizados “en 22 estados de Estados Unidos”, “con mujeres suecas” o “en Kenia”.

El argumento basado en la supuesta universalidad de ciertos fenómenos podría sugerirnos la necesidad de pautar los comportamientos esperados de una mujer devenida recientemente madre. Se introducen datos de “...202 sociedades de distintas regiones geográficas internacionales...” (Cunningham y otros, 2011: 658) explicitando que las mujeres “... pueden reanudar la mayor parte de sus actividades...” (Cunningham y otros, 2011: 658), reforzando, en otro plano distinto del uterino, la necesidad de reanudar, de volver a algo a la vez que “Lo ideal es que la madre atienda y alimente al recién nacido...” (Cunningham y otros, 2011: 658).

El fundamento utilizado para determinar a qué tipo de prácticas debería volver una mujer se argumenta sobre la base de procesos “fisiológicos”, a pesar de que esta correlación es más bien implícita. La mayoría de las aseveraciones y pautas recomendadas a las mujeres no están acompañadas de las razones de tal o cual prohibición. En las dos citas siguientes

esto es aún más llamativo ya que hay una diferenciación temporal que no se justifica explícitamente en ninguno de los casos:

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

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

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

V. El puerperio y la lactancia

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

“La leche humana es el alimento ideal para el recién nacido y proporciona nutrimentos específicos para la edad, así como factores inmunitarios y sustancias antibacterianas [...] Los beneficios del amamantamiento son de largo plazo tanto para la madre como para el recién nacido. Por ejemplo, las mujeres que han amamantado tienen menor riesgo de padecer cáncer mamario y sus hijos desarrollan mayor inteligencia como adultos, independientemente de una gran cantidad de factores que pueden contribuir a ello [...] El amamantamiento se vincula con una menor retención de peso posparto...” (Cunningham y otros, 2011: 651).

Las cualidades alimenticias de la leche constituyen el elemento central de la argumentación que sostiene la promoción de la lactancia. Los denominados beneficios omiten considerar, tanto los deseos de la mujer como los requerimientos que el amamantamiento impone a la vida cotidiana. En uno de estos manuales se citan “... los *10 pasos para un amamantamiento exitoso* de la Organización Mundial de la Salud...” (Cunningham y otros, 2011: 651). Estos pasos se basan en acciones como *contar con directrices escritas, entrenar al personal, informar, ayudar, mostrar a las madres [cómo amamantar], practicar y alentar la libre demanda, y no suministrar otros alimentos a los recién nacidos*. Las nociones centrales que fundamentan la intervención biomédica en cuanto a la promoción de la lactancia se centran en la idea de educar o instruir.

Podríamos sugerir que en cierta medida se presupone que el ejercicio efectivo de la lactancia estará dado una vez que las mujeres y el personal sanitario conozcan los “beneficios vinculados con la salud” (Cunningham y otros, 2011: 651). Planteado en estos términos pareciera que se supone que para amamantar sólo es necesario ser instruida o educada en estos saberes específicos que no sólo se refieren a los beneficios para la mujer y su hijo sobre la lactancia materna sino también sobre una serie de habilidades técnicas que deben ser

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

Emily Martin (2006) ha propuesto un análisis crítico de algunos supuestos culturales que subyacen a las visiones científicas de los cuerpos. Al detenerse en las maneras de interpretar y explicar el trabajo de parto, se detiene en la centralidad que ocupa el útero en la descripción de ese proceso:

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

De manera similar, las explicaciones del proceso de generación de la leche lo describen como mecánico, lo que en cierta medida podría reforzar estas percepciones. A la vez, Martin (2006) señala que la interrelación entre el cerebro, las hormonas y los ovarios siguen un modelo explicativo jerárquico lineal que ubica al cerebro en la cúspide de la pirámide. Interpretaciones similares se proponen también para explicar el amamantamiento,

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

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

Aun cuando se manifiesta que el llanto de un bebé o las emociones de la mujer tienen efectos sobre la lactancia, el fenómeno de expulsión de la leche es definido y explicado en tanto “reflejo”. A pesar de dar cuenta de tales aspectos contextuales, la lactancia se presenta como un proceso fisiológico explicado a partir de un modelo puramente biologicista.

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

La lactancia se conceptualiza como una actividad mecánica, puramente biológica, beneficiosa en cuanto a la calidad alimenticia. Sin embargo, las referencias a las emociones de la mujer y el llanto del bebé, y sobre todo la insistencia puesta en la educación y la instrucción, sugieren más bien que estamos ante un fenómeno que es llevado a cabo por y para sujetos, que son quienes le dan sentido y construyen significados - alguno de los cuales relevamos aquí-.

VI. Puerperio Normal y Puerperio Patológico: sobre las pautas de atención

En las fuentes que analizamos se presenta una distinción entre puerperio normal y puerperio patológico. Sin embargo, antes que clasificaciones de qué es normal y qué es patoló-

gico, lo más significativo en estas conceptualizaciones es que un puerperio normal puede devenir patológico si no son puestas en acción ciertas estrategias:

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

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

“El conocimiento de la detección de patologías diagnosticadas durante el embarazo tiene para el período puerperal suma importancia ya que permite su vigilancia y control eficaz” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 1997: 16).

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

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

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

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

“Es muy importante educar acerca de los cuidados del recién nacido, dando apoyo profesional especialmente en el inicio y mantenimiento de la lactancia exclusiva...” (Uranga y otros, 2010: 40).

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

1997: 6).

La atención de la mujer luego del parto se centra en la observación y control de un proceso “natural” que, sin embargo, requiere de acciones encaminadas a educar, instruir a la mujer tanto para su propio cuidado como para el de su hijo. A la vez que se apela a la naturaleza, los médicos se erigen como educadores capaces de instruir a las mujeres en su rol de madres (Nari, 2004). Entonces la atención durante la internación posterior al parto, necesita de acciones orientadas a la educación, a la instrucción que la mujer se llevará, junto con el niño, a su hogar.

VII. Más allá del útero

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

La lactancia también se describe como un proceso fisiológico independiente, escindido de la decisión o voluntad femenina. Esto incluso cuando se señala que el llanto del bebé o los sentimientos de la mujer tienen efectos sobre la expulsión de la leche, fenómeno catalogado como reflejo. La lactancia se presenta entonces como escindida de la vida cotidiana, las emociones y la experiencia de las mujeres, que sólo se incorporan a modo de “estímulos” externos.

A pesar de este énfasis en definir y explicar estos fenómenos en términos puramente biológicos, también se plantea como tema recurrente el *volver* a las “tareas habituales” o “vida normal” (hecho cuya universalidad es probada por tabulaciones de “información cultural”, Cunningham y otros, 2011) marcando que esos cambios orgánicos son también cambios en la vida cotidiana de las personas.

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

La necesidad de pautar cómo y cuándo se “vuelve” a un cuerpo y a una vida “como la de antes” del nacimiento es recurrente en las conceptualizaciones analizadas. La construcción del puerperio como fenómeno puramente biológico se encuentra atravesada por todas estas cuestiones que se manifiestan una y otra vez en la bibliografía aquí referida.

VII. Reflexiones finales

Por el momento nos hemos detenido únicamente en el análisis de documentos que proponen pautas para la atención y que gozan de cierta legitimidad académica. No quisiéramos dejar de mencionar que los procesos de atención constituyen un fenómeno que supera ampliamente el análisis propuesto en este artículo.

El abordaje biomédico, implica una reorganización de la realidad que tiene como resultado la creación de un objeto que posibilita operar conceptual (y materialmente) sobre el mismo en los términos propios de la disciplina (Good, 2003). En este caso particular, hemos analizado cómo opera la noción de involución en la conceptualización del puerperio:

otorgando preeminencia a ciertos procesos por sobre otros, organizando la percepción y delineando pautas operativas para la atención.

La lactancia ocupa un lugar predominante en la bibliografía que analizamos. Incluso, la lactancia prolongada extiende los límites temporales del puerperio a partir de la conceptualización de puerperio tardío (Hasta los 364 días después del parto). Esta noción, si bien es mencionada, no se desarrolla en las fuentes consultadas, que sigue fuertemente marcada por esta asociación conceptual entre el puerperio y la involución uterina. Probablemente esto guarde relación con la renovada promoción de la lactancia en los últimos años. Aunque podría ser una futura línea de indagación, excede los objetivos de este artículo. Lo que nos interesa resaltar es que la lactancia está ligada con pautas de instrucción, de educación a la mujer; lo que tensiona su supuesta naturaleza.

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

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

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

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

Agradecimientos

A la Dra. Guadalupe García, la Prof. Victoria Salsa Cortizo y la Dra. Mariana Sacchi por sus lecturas y comentarios.

Bibliografía

CAMARGO, Kenneth
2005 “A Biomedicina”, en *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*: 7, 1: 45-68. Disponible en:

- <http://www.scielo.br/pdf/physis/v15s0/v15s0a09.pdf>
- CUNNINGHAM, F. Gary; LEVENO, Kenneth; BLOOM, Steven; HAUTH, John; ROUSE, Dwight; SPONG, Catherine
2011 *Williams Obstetricia*, 23Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- FLEISCHER, Soraya
2008 “Sangue, Leite e Quarentena: Notas etnográficas sobre o puerpério na cidade de Melgaço, Pará”, en *Campos, Revista de Antropologia Social*. Disponible en: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/campos/article/view/11169/7772>
- GOOD, Byron
2003 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.
- GRIMBERG, Noemí; SANCHEZ, Isabel
2010 “Un maestro de la obstetricia argentina: Roberto Antonio Votta”, Ponencia presentada en el VII Congreso Nacional de Historia de la Medicina. Escuela de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Disponible en: http://www.fmv-uba.org.ar/histomedicina/VolIII_N1_2011/articulo_2.pdf
- LUNA, Naara
2007 *Provetas e Clones: uma antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- MARTIN, Emily
2006 *Na mulher no corpo: uma análise cultural da reproducao*. Río de Janeiro: Garamond.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA
1997 *Atención del puerperio y prevención de las secuelas invalidantes del posparto*. Tomo V de la propuesta normativa perinatal. <http://www.msal.gov.ar/promin/archivos/pdf/PUERP-RIO.pdf>.
- NARI, Marcela
2004 *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires, 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.
- URANGA, Alfredo; URMAN, Jorge; LOMUTO, Cecilia; MARTÍNEZ, Inés; WEISBURD, María J.; GARCÍA, Oscar; GALIMBERTI, Diana; QUEIRUGA, Marta
2010 *Guía Parto Normal*. Ministerio de Salud de la Nación. <http://www.sogiba.org.ar/profesionales/guias-consensos/GUIAPartoNormalMCFMsal2010.pdf>
- VOTTA, Roberto; PARADA, Osvaldo
2003 *Compendio de obstetricia*. Buenos Aires: La prensa médica