

Sexualidad, Salud y Sociedad

REVISTA LATINOAMERICANA

ISSN 1984-6487 / n.5 - 2010 - pp.119-143 / www.sexualidadsaludysociedad.org

La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre – hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna

Bibiana Marton

Licenciada en Educación - Universidad Nacional de Salta
Salta, Argentina

> bibima@arnet.com.ar

Gretel Echazú

Mestranda en Antropología Social - Universidad Federal de Rio Grande do Norte
Salta, Argentina

> gretigre@gmail.com

Resumen: En este artículo ilustramos, por medio de análisis del discurso, la violencia simbólica e institucional presente en la relación entre los/as médicos/as y la díada madre-hijo en el caso de la consulta y en referencia al tema lactancia materna, tanto en el sistema público como el privado de atención de la salud en la ciudad argentina de Salta. Con este fin, analizamos las entrevistas realizadas a tres profesionales de la medicina, dos de ellos pediatras, y un ginecólogo. Nuestra mirada parte de un análisis de género y de micropolítica de la medicina, centrado en la instancia de la consulta médica y a partir de ella ensaya interpretaciones más generales en relación con lo que caracteriza a los dispositivos de intervención sobre el cuerpo de la mujer y el niño en un contexto de creciente hegemonía del modelo biomédico y medicalización de los procesos reproductivos.

Palabras clave: lactancia materna; medicalización; díada madre-hijo; violencia simbólica; género.

A violência simbólica na consulta médica: A naturalização da díade mãe-filho e a promoção compulsiva da lactação materna

Resumo: O presente artigo tem como objetivo ilustrar, por meio de análise do discurso, a violência simbólica e institucional presente na relação entre os/as médicos/as e a díade mãe-filho no caso da consulta e em referência ao tema lactação materna, tanto no sistema público como no privado de atenção à saúde, na cidade argentina de Salta. Com este fim, analisamos as entrevistas realizadas com três profissionais de medicina, dois deles pediatras e um ginecologista. Nosso olhar parte de uma análise de gênero e de micropolítica da medicina, pois se centra na instância da consulta médica e, a partir dela, ensaia interpretações mais gerais em relação ao que caracteriza os dispositivos de intervenção sobre o corpo da mulher e da criança em um contexto de crescente hegemonia do modelo biomédico e da medicalização dos processos reprodutivos.

Palavras-chave: lactação materna; medicalização; díade mãe-filho; violência simbólica; gênero

Symbolic violence in medical consultation: naturalizing the mother-child dyad and promoting compulsive breastfeeding

Abstract: This article illustrates the symbolic and institutional violence present in the relationship between medical doctors and the mother-child dyad, particularly in medical consultation settings, with special consideration to breastfeeding, both in public and private health care systems in Salta, Argentina. We interviewed three doctors, two of them pediatricians, and one gynecologist. Our approach is based on gender analysis and the micro-politics of medicine. While focusing on the medical consultation setting, we make a more general interpretation of intervention devices applied to women's and children's bodies in the context of bio-medical hegemony and the medicalization of reproductive processes.

Keywords: breastfeeding; medicalization; mother-child dyad; symbolic violence; gender.

Problematización inicial

El presente artículo surge de nuestras inquietudes como profesionales de las ciencias sociales, activistas del feminismo y madres, procurando discutir formas alternativas de crianza y alimentación de los niños. Durante encuentros informales que realizábamos todas las semanas a lo largo de un año junto a un grupo de mujeres-madres,¹ en los que las asistentes compartíamos experiencias e intercambiábamos informaciones, descubrimos una sensación de incomodidad general al respecto de la falta de comunicación entre médicos/as y mujeres-madres en las consultas referidas al tratamiento del cuerpo femenino e infantil. Una de las cuestiones que más nos incomodaban era que, aun coincidiendo en la importancia de la práctica de la lactancia materna, observábamos de manera recurrente que la forma en que los/as profesionales de la medicina transmitían ese mensaje era, generalmente, violenta. Era un mensaje impuesto en forma unilateral, y no dejaba lugar para la enunciación de deseos y posibilidades alternativas por parte de la(s) mujer(es)-madre(s). Hallábamos asimismo relevante conocer las necesidades de mujeres-madres pertenecientes a otros sectores de la sociedad, la relación que éstas establecían con los médicos/as y los itinerarios que efectivamente realizaban frente a los procesos de cuidado y cura de sus hijos/as. Con el propósito de comprender la complejidad del paisaje sobre el cual realizábamos nuestras elecciones de crianza y cuidado, decidimos problematizar el entramado de los discursos que circulan sobre la lactancia materna, su especificidad en términos de género y clase, y su distribución diferencial en los sistemas público y privado de atención de la salud de la ciudad de Salta, focalizando en la perspectiva de estas cuestiones construida *desde* la óptica de los/as médicos/as.

Notas teórico – metodológicas

Embarazo, parto, puerperio y crianza son procesos en los cuales son actores centrales los cuerpos femenino e infantil, cuyas relaciones son definidas social, política y simbólicamente (Ortega Canto, 2006). Uno de los marcos privilegiados de sentido que definen, en la actualidad, dichas relaciones entre los cuerpos femenino

1 Grupo CRIANZA, M “B”, Casa 5, Barrio Grand Bourg, Ciudad de Salta, Argentina.

e infantil es la medicina, especialmente en su modalidad biomédica (Menéndez, 1988; Bonet, 2004). Entendemos como biomedicina cierto tipo de medicina clínica basada en los principios de las ciencias naturales (biología, biofísica, bioquímica, entre otras). Una definición más amplia la caracteriza como el sistema médico desarrollado en Occidente que asume la distinción cuerpo/mente de acuerdo con el modelo cartesiano y su comprensión de las enfermedades en tanto entidades definidas, producidas por causas únicas. Otras características que definen a la biomedicina como modelo y paradigma son su individualismo, biologicismo, ahistoricidad, asocialidad, mercantilismo y eficiencia pragmática (Menéndez, 1988).

Para este artículo, elegimos entrevistar a dos pediatras (una mujer y un hombre) y un ginecólogo (hombre) que también asiste partos, haciendo hincapié en la importancia de concebir como una continuidad los procesos reproductivos de las mujeres.² El hecho de situarnos, en los tres casos, en el espacio de la consulta y, a partir de allí, interpretar una realidad social –que sin dudas la excede– estuvo guiado por una pauta que propone Grimberg: enfocar una *micropolítica de la medicina*, observando la reproducción de relaciones políticas (de desigualdad de género, de clase, étnica, etaria, de pertenencia profesional) y su contestación en contextos etnográficos limitados (1995:46). Optamos por los/as profesionales de la medicina, puesto que los/as consideramos, a la vez que sujetos de poder, actores intermedios entre la población y un meta-espacio discursivo de comprensión hegemónica de la salud (Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, expertos/as internacionales varios, gestores de políticas del Estado Nacional) que resignifican lo hegemónico en el marco de lo local y complejizan la circulación del poder con herramientas propias de relaciones de sujeción previas y más extensas (Leys Stephan, 1991:33). Además, los y las profesionales de la medicina fueron privilegiados en ese trabajo, de acuerdo con las premisas teórico-metodológicas de una etnografía focalizada en la investigación en temas relativos a la salud (De Souza Minayo, 2003).

El espacio de las instituciones que se dedican a las intervenciones en salud fue privilegiado por diversas investigaciones etnográficas (Butt, 1998; Oxman, 1998; Ramos *et al.*, 2001; Bonet, 2004); y en ellas es posible observar variadas estrategias de acceso a la información y a los sentidos de las y los sujetos sociales que circulan en ese espacio altamente normalizado y jerarquizado. En forma complementaria, las voces de las mujeres respecto de sus procesos reproductivos en relación con los saberes médicos fueron analizadas en otros trabajos (Luna, 2007; Fleischer, 2006;

2 Tipificaremos los/as profesionales entrevistados/as de la siguiente manera: E1: médica, mujer, pediatra, sistema privado. E2: médico, hombre, pediatra, sistema público. E3: médico, hombre, sistemas público y privado de atención a la salud.

Echazú, 2007).

Siendo los y las médicos/as el foco de nuestra pesquisa, hemos analizado los discursos que ellos/as contribuyen a construir a partir de sus opiniones sobre su propia práctica, emitidas en entrevistas en profundidad. Las premisas teóricas del análisis del discurso provienen de los aportes de Chartier (1996) y Oxman (1998). De acuerdo con estos autores, cada texto debe ser comprendido como un compuesto de palabras en relación, cuya referencialidad lo excede. El texto es, pues, una dimensión del discurso: así, los textos son contemplados como procesos más que como productos. En el trabajo combinado entre investigación etnográfica y análisis del discurso, el primer paso consiste en extraer los textos de las situaciones comunicacionales (por medio de la grabación y transcripción de una entrevista, por ejemplo) y luego en insertarlos nuevamente allí, ya problematizados, combinados con los detalles no verbales de la situación de enunciación (Oxman, 1998) y con otros datos contextuales (De Souza Minayo, 2003).

Expondremos aquí los resultados de la mencionada investigación, refiriéndonos en primer lugar al contexto histórico que dio sentido a las interpretaciones vigentes sobre la pericia de determinados profesionales en la legitimación de un tipo de infancia considerado “normal”. Luego, interpretaremos fragmentos textuales de las entrevistas realizadas en consultorios en relación a los temas que nos ocupan: la violencia simbólica e institucional en la consulta médica, la naturalización de la diada madre-hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna.

Sentidos históricos

La lactancia humana no ha sido siempre “materna”: no han sido invariablemente las madres quienes amamantaron a sus hijos biológicos. ¿Qué devenir volvió automática y de sentido común la conexión entre “lactancia” y “maternidad”? La reflexión sobre ello, las posibilidades de situar el problema históricamente, avalan una aproximación social, cultural y política. Podemos dividir al estudio del amamantamiento en el análisis del producto y el análisis del proceso (Van Esterik, 1992). Desde nuestra perspectiva, tomaremos al producto (la leche humana) como una constante; y al proceso (el amamantamiento) como una instancia sujeta a gran variabilidad témporo-espacial, con segmentaciones étnicas y de clase.

En la historia, la práctica de delegar a otra persona la tarea del amamantamiento cobró contornos masivos en la Europa absolutista (Yalom, 1997). En ese período, numerosas mujeres –primero de extracción aristocrática, luego de origen burgués y popular– recurrieron a nodrizas (ellas sí, de origen popular) con el fin de delegar la responsabilidad del amamantamiento y cuidado infantil. Fue con la

Revolución Francesa y la progresiva valorización de los individuos como cuerpos del Estado (Foucault, 1996) que comenzaron a tomarse un conjunto de medidas de regulación de la vida que modificaron de raíz las prácticas vigentes hasta entonces. Una serie de políticas, primero formuladas irregularmente y luego con más sistematicidad, se orientaron a la reorganización familiar, al fortalecimiento del papel de la mujer dentro de la unidad doméstica, a una nueva construcción social de los cuerpos del niño y la mujer, y a la instauración del modelo de familia nuclear como base de la ideología del Estado-nación moderno. Gran parte de estas medidas estaban encaminadas a establecer “un poder tutelar sobre los pobres” (Donzelot, 1991:21).

En el marco de la promoción de la “normalidad” en el ámbito de la familia, encontramos el nacimiento de un concepto y la revitalización casi definitiva de una práctica: la noción de *díada madre – hijo*, precursora y sustento de la unidad familiar moderna, y la lactancia materna, que se instituyó como símbolo de la conservación de las personas en los valores republicanos de libertad, igualdad y fraternidad (Yalom, 1997:144). Entre los siglos XIX y XX, a través de procesos crecientes de monitoreo y regulación de la fisiología infantil, la investigación médica comenzó el proceso de construcción de la infancia como categoría médica diferenciada, con sus desórdenes, patrones de crecimiento y problemas específicos (Butt, 1998:205). La atención del/la niño/a, que había permanecido hasta entonces en los márgenes del escrutinio médico, fue conquistando de manera progresiva y creciente el espacio del pensamiento y la práctica médico-políticas.

En ese proceso de visibilización, las madres fueron empujadas junto con los niños al proscenio privilegiado de la mirada del saber-poder. La lactancia materna ha sido objeto de intervención médica privilegiada desde que la leche materna –expresión de una relación funcional de la díada madre-hijo– comenzó a ser conceptualizada más como una medicina que como un alimento. Esto tiene que ver con el proceso de medicalización de la reproducción y la alimentación humana, una tendencia hegemónica que se ha venido dando desde el siglo XIX, pero que ha cobrado un ímpetu específico luego de la Segunda Guerra Mundial (Scheper-Hughes & Sargent, 1998; Escobar, 1996). Por su parte, la ideología del amor maternal (Badinter, 1990) acentúa la responsabilidad de la madre al interior del hogar, situación que ha impregnado los discursos médicos sobre mujeres y niños desde el siglo XVIII hasta su apogeo en el siglo XX, con las formulaciones del psicoanálisis.

Una mirada histórica ayuda a situarnos en el presente. Es en el marco más general de esta formación que comprenderemos nuestra propia interpretación del nodrizaje, la lactancia materna y los rasgos más profundos y “naturales” de la vida familiar actual. Nociones particulares de sexualidad, familia, división entre

lo público y lo privado, y asignación de papeles genéricos han tenido su génesis en este complejo proceso de reorganización de la vida cotidiana de las personas y de sus usos corporales en Europa. La naturalización de la díada madre-hijo, de la lactancia materna y del amor maternal, se corresponde con un nuevo orden social configurado a partir de una estratégica asunción de lo que se entiende como *condiciones biológicas innatas* del ser femenino, cuya economía moral resultó estrictamente compatible con la organización de los Estados-nación modernos (Donzelot, 1991). En estos procesos, fueron centrales la constitución de la medicina como profesión y de los/as médicos/as como un cuerpo con una identidad específica (Armus, 2005).

Ahora bien, si nos referimos al momento presente, ¿qué encontramos de esa mirada histórica? ¿Operan aquellos dispositivos de intervención sobre la maternidad y crianza, aunque sea reorganizados y mutados? Y si así fuera: ¿de qué manera encuentran su espacio en el actual modelo biomédico y las formas de atención a la salud que éste impone, tanto en el sistema público como en el privado? ¿Cómo es la percepción de los/as propios/as médicos/as acerca de su agencia en los procesos de cuidado y cura, de su práctica profesional, de su relación con las mujeres-madres con las cuales tienen contacto diario en el espacio íntimo de la consulta?

Violencia institucional y simbólica

Todo acto de violencia presupone una relación social. Hablar de violencia implica referir a los usos políticos del sufrimiento humano, del cuerpo como sustrato privilegiado, y a las luchas de poder entre concepciones y prácticas de vida y de muerte. Hablar de violencia es hablar de forzar, directa o indirectamente, una voluntad, una libertad real o supuesta. Si entendemos la violencia de esta manera, se puede coincidir en que esta capacidad va más allá de la agresividad física o verbal: engloba un abanico de conductas que frecuente quedan ocultas y que no identificamos como violentas, aunque su agresividad, su capacidad para herir sea tanto o más poderosa que un puñetazo (Héritier, 1996). La violencia existe en el marco de relaciones que la superan y la contienen, por lo cual es necesario compartir un marco de símbolos y jerarquías comunes para efectivizar este tipo de intercambio y sostenerlo en el tiempo. La violencia no pertenece a dominios cerrados, a los ámbitos de género, etnia o posición social, sino que traspasa y permea todos estos niveles y se enclava en las prácticas y usos discursivos más cotidianos.

La violencia puede clasificarse –según su grado de materialidad– en violencia física o simbólica. En este artículo, interesado en las representaciones y concepciones dominantes de la relación natural entre madre e hijo, no haremos foco en la violencia

simbólica, y sí en la violencia física. Según Bourdieu, la violencia simbólica es esa

...violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento ejercida en nombre de un principio simbólico conocido y admitido tanto por el dominador como por el dominado (2000:12).

Este principio simbólico jerarquizante se funda en las estructuras binarias que operan sobre el mundo social, organizadas alrededor de la dicotomía androcéntrica hombre-arriba y mujer-abajo. Por otro lado, adherimos a la postura teórica según la cual la violencia no es sinónimo de marginalidad; así, consideramos que bajo la apariencia de un “normal desarrollo de las cosas” (Bourdieu, 2000:12), y en formas institucionales muy reconocidas y afinadas, se esconden múltiples situaciones de violencia. Las violencias pueden constituir procesos muy sutiles que circulan por el mundo social, en dinámicas particulares de poder, y no escapan al espacio estatal. Por el contrario, creemos que la violencia simbólica es inherente a la constitución del Estado, y es activada en rituales y rutinas institucionales cotidianos, construyendo cuerpos (Foucault, 1997) y subjetividades (Foster, 1991).

En nuestro recorte, definimos violencia institucional como “aquella intervención forzada, realizada por parte de personal especializado, ligada a rituales y rutinas profesionales, que se efectúa contra la voluntad de los sujetos” (Echazú, 2007:15). En el caso de profesionales de la medicina, este tipo de acción conlleva, en la intervención del cuerpo social o de sus áreas consideradas puntualmente enfermas, la afirmación hegemónica de determinados valores o estándares por sobre otros (Leys Stepan, 1991). Llamaremos *intervenciones compulsivas* a aquellas intervenciones que los/as profesionales de la salud realizan rutinariamente, sobre esas áreas que se consideran enfermas. En el contexto de la medicina biomédica, los cuerpos femenino e infantil son áreas que se ven como potencialmente vulnerables a debilidades y enfermedades y, por lo tanto, son objetos frecuentes de prácticas de tipo compulsivo.

La consulta médica: micropolíticas de la violencia

La *micropolítica de la medicina* refiere a la reproducción y refuerzo de las relaciones políticas macro en el nivel micro de las relaciones médico-paciente (Grimberg, 1995). En las entrevistas que se presentarán a continuación, podrán observarse situaciones de violencia institucional ejercida por parte de profesionales en salud, basados en el principio de indisolubilidad de la díada madre-hijo y la

promoción compulsiva de la lactancia materna.

El contexto –urbano– en el que han sido realizadas las entrevistas es el de Salta, una ciudad del noroeste argentino que cuenta con alrededor de un millón de habitantes. La mayor parte de su población vive bajo la línea de pobreza y presenta bajos niveles de escolaridad, en relación con otras ciudades argentinas (Álvarez, 2003). El acceso a los sistemas público y privado de atención a la salud está fuertemente condicionado en términos de clase, entendida ésta como la posesión no sólo de capital económico sino también social, simbólico y cultural (Bourdieu, 1997). En este contexto salteño las personas mejor posicionadas en términos de clase se atienden rutinariamente en el sistema privado de salud; en tanto las personas en posiciones menos favorables tienden a ser asistidas en el sistema público. La clase media procura, asimismo, el sistema privado de salud, pero también recurre a algunos espacios del sistema público recientemente reciclados y modernizados, como el Nuevo Hospital El Milagro, de orientación neonatal, y el Nuevo Hospital de Niños, de orientación pediátrica.

De los tres profesionales elegidos, uno de ellos trabajaba exclusivamente en el sector público (E2), el otro exclusivamente en el sector privado (E1) y el último dividía el ejercicio de su práctica en los dos espacios (E3). Tales trayectorias de inserción laboral condicionaron, como veremos más adelante, los discursos y percepciones de estos actores respecto del tema en cuestión. Se trabajó con entrevistas estructuradas, realizadas en el espacio en el cual los/as médicos/as también atienden las consultas de sus pacientes. Así, hubo tres espacios de entrevista: dos consultorios de clínicas privadas del centro de la ciudad de Salta (casos de una médica, E1 y un médico, E3) y por otra parte un consultorio médico en el antiguo Hospital de Niños, ubicado también en el centro de la ciudad de Salta (E2). La guía de entrevista fue formulada sobre la base de tres ejes: la construcción social del espacio de la consulta; la percepción de la madre, el/la niño/a y su círculo próximo por parte de los/as médicos/as; y finalmente, la auto-percepción de la práctica médica y los/as profesionales de la salud. En seguida, definiremos los aspectos más interesantes de las entrevistas, a partir de una formulación que intenta caracterizar el sistema de género y clase considerando cómo estos/as profesionales moldean sus prácticas, cuál es su impacto en el tratamiento de las mujeres-madres como pacientes o usuarias y cuáles son los canales por los que circulan las prácticas violentas de promoción compulsiva de la lactancia materna.

¿Médico o médica? Desigualdades de género al interior de la práctica profesional

En este apartado analizaremos la intersección entre género y profesión médica, definiendo las características del sistema de género desde el que estos profesionales encaran su labor diaria. La médica comenta:

Y sí, sigue habiendo por ahí bastante machismo, ¿no? Aunque no sean ramas quirúrgicas... Pero depende de cada persona, de cada mujer, cómo lleva la situación... yo creo que es... el reflejo de lo que pasa en la sociedad, lo que pasa en la parte médica (E1).

Esta médica reconoce la situación cultural ligada al machismo aun dentro del ejercicio de la profesión, pero también observa la existencia de estrategias con que cada persona puede hacer frente a esta situación que, sin embargo, no es vista como violenta: se vivencia como poseedora de características tanto positivas como negativas. Así es como, respecto de una pregunta sobre si existe atención diferencial hacia las pacientes mujeres por el hecho del/la profesional pertenecer a uno u otro géneros, la médica responde:

En eso yo creo que no hay diferencia, eso es con quién la madre se sienta más cómoda, quién la contenga más... Porque las madres puérperas necesitan mucha contención... entonces es con quién ellas se sientan más contenidas... puede ser un hombre, o una mujer... a veces las mujeres no contemos nada... (E1).

En el discurso de la entrevistada, las desigualdades de género parecen diluirse en la noción de “contrato”, en la libre elección, albedrío y gusto personal. Una visión despolitizada y naturalizante. La práctica médica, sin embargo, está fuertemente revestida de esquemas binarios de género. El médico gineco-obstetra, hombre, ante la misma pregunta responde:

Creo que cuando buscan un poco más de intimidad, y un poco más de... de intimidad y tal vez delicadeza, prefieren la asistencia de una ginecóloga mujer, es una impresión personal... cuando buscan seguridad, y destreza, o valor, o no sé como graficarlo, prefieren que sea un varón (E3).

Estos esquemas binarios están sometidos a una fuerte estructuración jerárquica en el mundo del quehacer profesional: llamamos a esto *violencia de género al interior de la profesión médica*. Tal esquema proporciona una imagen de las prácticas sociales en las que la mujer, aun profesional, continuaría ligada a lo doméstico, a lo privado, y a rasgos como sensibilidad y delicadeza, mientras que el

hombre estaría caracterizado como hábil, seguro, valiente: cualidades que se hacen necesarias para transitar el espacio de lo público.

Violencia hacia afuera: la relación médicos /as y madres

Comentaremos aquí la intersección entre género y clase, relativa al proceso de la consulta entre médicos/as y mujeres-madres. Según Pollak (1989), el silencio es parte de la construcción hegemónica de relatos ensordecedores. En las entrevistas hemos encontrado que la posición hegemónica del/la médico/a frente a la mujer como paciente se silencia recurrentemente:

-¿Y te pasó en algún momento de tener algún tipo de conflicto... de este tipo... con los pacientes... de autoridad? (Bibiana).

-No, no de autoridad. Pero sí por ahí que vengan pacientes y cuestionen un manejo determinado... este, sí. Y bueno, están en todo el derecho de cuestionar. (...) Yo creo que uno no es... no es Dios (E1).

Puede observarse en el discurso de esta médica que se niega el reconocimiento de autoridad en el ejercicio de la profesión: no se reconocen conflictos de autoridad. Sin embargo, otros elementos nos permiten considerar que este ejercicio no es negado porque no exista, sino más bien porque para que exista debe permanecer, de alguna forma, invisibilizado. Continúa la médica: “hacer un diagnóstico acertado y que el paciente salga bien, se termine curando, es lo que mejor le puede pasar a un médico” (E1). Nótese el ejercicio de despolitización y desprovisión de poder del cuerpo que se cura por parte de la médica: como una materia que no alcanza por sí misma sus propios resultados, el cuerpo que se cura le debe al diagnóstico médico su razón de ser.

Una característica de efectividad de la violencia simbólica es su aparente naturalidad, que esconde el conflicto tras una apariencia de inocencia inexpresiva. Sin embargo, hay ejes de inflexión en la narrativa, que permiten revelar aspectos significativos sobre aquello no dicho. La afirmación respecto de que “como médico, uno no es Dios”, emitida por la entrevistada (E1), aparece como un punto especialmente interesante. Asumimos que allí juegan los aspectos valorativos y rituales del encuentro médico/a con el/la paciente en general, que se imbrica íntimamente con una relación de poder donde la variable de clase (dentro de la cual el ejercicio de la función profesional es determinante) sitúa a los actores sociales en el espacio de la consulta. En este sentido, consideramos el espacio de la consulta médica como propiciador de un ritual performático y dramático donde se reactualizan sentidos hegemónicos vinculados a la medicina como forma legítima de tratar la vida y la

muerte en nuestras sociedades (Bonet, 2004).

En la instancia de la consulta médica –como en otras instancias sociales– la violencia no emerge en forma unilateral, sino que circula por marcos comunes de sentido. En cierta forma, la madre y el niño que se reúnen con el/la médico/a en el espacio de la consulta tienen la posibilidad de situarse –en determinado nivel y hasta cierto punto– en una relación de igualdad ante un todo mayor, debido al hecho de compartir ciertas nociones básicas sobre la vida, la muerte y la forma de tratar los cuerpos. Pero por otro lado, la puesta en escena del ritual terapéutico es también la performance del acto de legitimación de un saber excluyente, y una instancia de control normativo sobre los cuerpos de un agente por sobre otros. Aquí, las mujeres son construidas por el discurso de médicos/as como agentes pasivos y receptivos, personas que han sido “educadas” y deben ser “contenidas” por los profesionales de la medicina a la manera de la ya desplazada ciencia de la puericultura (Nari, 2004).

Cuerpos con tiempos diferentes: relaciones de tutela y contrato

Los/as tres profesionales afirman tener una rutina intensa: días de prolongado trabajo, entre guardias, consultas, trabajo administrativo y emergencias. La carga horaria resulta considerable: entre 8 y 12 horas por día. Afirma la médica: “es desgastante” (E1). Otro médico, gineco-obstetra, intenta reflexionar sobre las posibles causas:

Pienso que el tema del... tiempo del mundo moderno, es el que ha limitado el tiempo de la consulta. Razonablemente debería ser más extenso, pero (...) el mundo moderno, en los que los tiempos se han acortado porque, a decir verdad, el tiempo es lo más difícil de conseguir hoy, en este mundo acelerado (E3).

Continúa la médica: “a veces el tiempo no lo permite (...) lo ideal sería poder tener el tiempo suficiente (...) los médicos no tenemos esa... por ahí tenemos la posibilidad de hacerlo pero no tenemos el tiempo” (E1). Los tiempos observados son reconocidos por los/as profesionales de la medicina como menores a los que son necesarios para realizar con éxito el acto de la consulta médica. Además, la jornada de trabajo del/la médico/a se advierte como extenuante. Sin embargo, ante estas dos situaciones, enunciadas como generadoras de insatisfacción por los/as tres entrevistados/as, no hay enunciación de una respuesta politizada en términos de una mejora de las condiciones laborales. Así, los/as profesionales de la medicina se constituyen como cuerpo con una identidad definida, pero esta identidad no se

fija en la noción de una lucha colectiva gremial. En lo que respecta a la elección laboral entre los sistemas público y privado, observamos algunos detalles interesantes. Si bien los/as médicos/as (como es el caso de nuestro entrevistado número tres, gineco-obstetra) pueden circular entre el sistema público y el privado, lo hacen modificando su bagaje de *expertise* al trasladarse de uno hacia otro. En otro caso, la médica pediatra trabajaba exclusivamente en el sistema privado porque se cansó “del sistema público, de las huelgas, de los paros” (E1). Y en el último caso, el médico pediatra (E2) trabajaba exclusivamente en el sistema público, porque consideraba insostenible económicamente montar un consultorio privado: “hay que luchar por subsistir”. Y esa lucha tendría resultados más firmes en términos de crecimiento económico personal si se desenvuelve la tarea médica en el marco del sistema público.

De esta forma, en ambos sistemas, el ejercicio de la profesión médica se muestra como altamente individualizado y permeado por esquemas de poder que no son discutidos al interior del colectivo de profesionales de la medicina. Ellos/as tienden a adaptarse a las lógicas previas que orientan las prácticas del resto de los/as profesionales de la medicina. Una de estas lógicas refiere a la diferencia entre trabajar en los sistemas público o privado de atención de la salud, y dicha diferencia se expresa en diversos aspectos, uno de los cuales es la variable *tiempo de consulta*.

Los tiempos de atención en el marco de la consulta médica son diferentes, en el sistema público y en el sistema privado. Los/as médicos/as entrevistados manifestaron que el tiempo medio de atención en el sistema privado iba entre media hora y cuarenta y cinco minutos. En el sistema público, en cambio, ese tiempo se reduce significativamente, y la consulta puede durar entre diez y veinte minutos. En el sistema público, “no es una atención personalizada” (E3). Continúa el médico gineco-obstetra:

La parte privada, me parece que (...) hay más tiempo para las consultas (...) las consultas por ahí son consultas que duran poco tiempo porque en la época en que yo estaba, anotaban muchísimos chicos para las consultas y uno tenía que ver todos esos pacientes en un determinado tiempo y no había tiempo de ahondar por ahí en la problemática de las familias (E1).

Así, mientras en el sistema privado “hay más tiempo para las consultas” (E1), se afirma que la del sistema público “no es una atención personalizada” (E3). Para referirse a la carencia de tiempo –que dos de los/as tres profesionales viven como una presión– recurren a dos tipos de explicaciones: “el mundo moderno”, dice el médico (E3); “la burocracia”, dice la médica (E1). El otro médico, un pediatra que trabaja exclusivamente en el sector público, agrega:

Nosotros estamos atendiendo según las normas dispuestas por el ministerio... tenemos que atender cuatro [pacientes] por hora (...) Pero a veces yo atiendo más, se atiende más, porque a veces son **patologías triviales**, ¡que vienen por una tos! entonces ¡no lo voy a desnudar al chico, ni le voy a revisar los pies, ni nada por el estilo! Sé que... voy direct... **soy objetivo, directamente voy a la patología que tienen**, nada más... ¿eh? Si no lo reviso y digo tal, bueno, **¡no demoro ni diez minutos!** (E2. Las negritas nos pertenecen).

Lo que proponemos aquí es que esa diferencia en los tiempos de atención tiene que ver con la presencia de dos lógicas radicalmente diferentes que orientan la práctica médica en cada uno de estos sistemas: la de la tutela y la del contrato. El contrato se orienta a la obtención de lucros a partir de la elección de los servicios; la tutela se orienta a cubrir la demanda de sujetos sociales considerados como una masa pobre, indiferenciada, inevitablemente creciente en el marco del progresivo achicamiento del Estado nacional (Álvarez, 2003).

Tutela y contrato se definen, así, a partir de la variable de clase, definida en este trabajo en términos de una tipología de relaciones sociales históricamente constituidas (Donzelot, 1991). Según Donzelot, en las formas modernas de intervención sobre lo social, el flujo de poderes que desde el Estado se imparte se divide en dos cauces: tutela para las familias y personas pobres, y contrato para las familias y personas burguesas. Así, durante los procesos históricos de normalización de la sociedad (procesos educativos, judiciales y sanitarios) estas últimas mantuvieron cierto grado de autonomía en su actuación, mientras que las primeras perdieron, una y otra vez, el derecho a decidir sobre sus propias prácticas de salud y cuidado, quedando a merced de todo tipo de “intervenciones correctivas y salvíficas” (1991:25). A partir de la implementación sostenida de políticas neoliberales en Argentina, se ha asistido a “una reorganización y revitalización de las tutelas tradicionales” (Torrado, 2003:649). que para las familias pertenecientes a los sectores populares ha significado una disminución de los recursos que permiten acudir a relaciones contractuales (como la medicina privada) y una vulnerabilización de la identidad en manos de los agentes de un Estado tutelar, cuya mirada disciplinadora se efectiviza en la intervención sobre problemas focalizados, que actúan como válvulas de escape del conflicto social en diversas instancias (Álvarez, 2003). Así, la diferencia en los tiempos de la consulta individual entre los sistemas público y privado no se deberían sólo a una cuestión de tiempos marcados por las distintas instituciones. Los/as entrevistados/as, como profesionales de la salud, tienden a asumir que en el sistema público y privado se enfrentan dos tipos de pacientes muy diferentes entre sí:

[en] la parte privada los padres son más **curiosos**, o tratan de, digamos, de no irse con dudas de la consulta (...) los padres a veces son muy curiosos y bueno, se preguntan con respecto a las indicaciones que uno les da, o por ahí se van a internet y se fijan si tienen efectos adversos los medicamentos, y después vienen y preguntan; en cambio en la parte pública prácticamente no hay preguntas por parte de los padres, o son muy escasas (...) por ahí por **timidez** de la gente que asiste a la parte pública (...) no hacían demasiadas preguntas sobre las enfermedades, no sé si **por no entender** o porque por ahí no... **no tenían la curiosidad de saber** (...) no sé si por la **figura del médico**, me parece que ellos en general son así, de poco preguntar, gente... como la gente de los pueblos, ¿no? Que por ahí son mas callados, de no preguntar... por ahí tienen angustias internas que no... no las saben expresar (E1. Las negritas nos pertenecen).

Percibimos la existencia de *estrías de clase* por las que circula la comunicación en el acto de la consulta médica, estrías que aminoran o ensanchan las distancias en la comunicación entre el/la médico/a y la madre, de acuerdo con la realización de la la consulta en uno u otro sistema. Las mujeres-madres que procuran atención en el sistema privado tendrían más posibilidad de tiempo y escucha por parte de los/as profesionales de la medicina: ellas tienen la chance de elegir de acuerdo con las prerrogativas del contrato. De modo diferente, las mujeres que son atendidas en el sistema público tienen menos posibilidades de tiempo, escucha y contención: como objeto histórico de relaciones de tutela en un país como Argentina (Nari, 2004), se tornan agentes pasibles de ser pedagogizados, al mismo tiempo que vulnerabilizados.

La noción de "manejo" del/la paciente

El modelo biomédico dota a los sujetos, al cuerpo humano y a los procesos de salud/enfermedad/atención, de determinadas características, como biologicismo, hiper-especialización, positivismo, tecnicismo (Menéndez, 1988). Estos rasgos se presentan en las diferentes instancias de medicalización de los procesos reproductivos, reforzando la situación de dependencia de las mujeres y su posición subordinada a la mirada del/la especialista. Ante la pregunta acerca de cuáles serían los cambios percibidos entre formas de curación anteriores y las actuales, el médico pediatra perteneciente al sector público respondió:

Pienso directamente que con la tecnología... hay aparatología, digamos, donde se pueden dictar, digamos, estudios que son caros... eh bueno! Bue, pero se llega, digamos, a un diagnóstico, cosa que antes no se podía llegar. Entonces ¡esa es la ventaja que favorece totalmente al paciente! (E2).

Puede advertirse allí una alta valoración de lo tecnológico, que significa, según la mirada médica, ventajas innegables para los/las pacientes. Los aparatos tecnológicos son vistos como herramientas que tienden a aproximarse, de forma cada vez más acabada, a la cura. Sin embargo, el fetiche de la tecnología esconde y legitima, detrás de una aparente relación entre las cosas, una relación específica entre las personas. Bajo esta perspectiva, según la cual la enfermedad existe *con anterioridad* a la mirada del médico y es independiente de ella, las enfermedades y los procesos corporales se tornan entidades universales accesibles a partir del uso de determinados saberes. En este contexto, la persona se torna un/una “paciente”, un cuerpo pasivo y disponible, tal como se nos revela en el uso nativo de la noción de “manejo” de la médica pediatra:

Podés manejar una enfermedad... lo tenés que manejar al paciente completo (...) y vos tenés que ser objetivo en el manejo... en el manejo médico del paciente. Pero también tenés que involucrarte con la familia, para poder manejarlo bien” (E1).

Desde la óptica que proponemos aquí, la violencia generada desde el Estado y los especialistas –que llamamos violencia institucional– permea la práctica médica de diversas maneras. Sin embargo, cuando pedimos a nuestros entrevistados sus opiniones y percepción acerca de la violencia en la consulta médica, la posibilidad de existencia de algún tipo de conflicto se focalizó exclusivamente en los/las “pacientes”:

Lo que pasa es que hay... hay pacientes que van... con ínfulas de que el médico es el médico y entonces no le puede dar vuelta ni tampoco sugerirle... ¿le va a dar esto? Dice el paciente: ¡a mi hijo no! **¡El médico soy yo, yo le viá dar TAL!** (...) ¿Eh? Entonces... ¿pero no le podría dar de este medicamento? ¡No, señor! El médico soy yo, y ya está. Entonces yo **me hago valer como profesional** (E2).

Eso se ve sobre todo en el hospital [público] porque ha habido casos en los hospitales en que incluso los médicos le han pe... eh... **¡los pacientes le han pegado a los médicos!** Así que esteee... eso para mí ha cambiado, antes jamás iba a ocurrir algo así (E1. Las negritas nos pertenecen).

Vemos que la posibilidad de una modificación en el orden normativo según el cual los/las profesionales de la medicina disponen y los sujetos sociales aceptan esas disposiciones, se enfrenta con una cierta dosis de preocupación. Ante una situación de conflicto explícito entre la práctica médica y los pacientes o su grupo familiar, no suele cuestionarse el procedimiento médico, ni la actuación profesional. Por el contrario, a la vez que el profesional se desresponsabiliza, procede a

resaltar el lugar de responsabilidad del/la Otro/a como agente potencial o actualmente conflictivo.

Responsabilización de la mujer en cuanto al cuidado del niño/a

Quisiéramos destacar algunos fragmentos de nuestras entrevistas que hacen alusión a tres conceptos fuertemente relacionados a partir de las concepciones de los médicos entrevistados: la lactancia materna, la díada madre-hijo y el “instinto/amor materno”. Los/las profesionales entrevistados/as comentaron que era común que al espacio de la consulta pediátrica acudieran los dos padres en las primeras consultas. Luego lo hacía solamente la madre:

Normalmente viene la madre. Cuando son muy chiquitos, es habitual que vengan la madre y el padre, cuando están dentro del mes de vida, suelen venir la mamá y el papá, pero **generalmente después viene la madre**, salvo excepciones en que viene la madre y el padre (E1).

La madre, sí, en algunos casos van padre y madre, padre y madre. Pero la mayoría directamente bueno, **los hombres son los que trabajan**, entonces las que se dan tiempo digamos son las mujeres, las que concurren con sus hijos. Así es. (E2) (Las negritas nos pertenecen).

No profundizaremos aquí la desvalorización del trabajo femenino, ni la pervivencia de esa noción a pesar del ingreso de las mujeres en el mercado de trabajo –sobre todo informal– en la última década en Argentina (Álvarez, 2003). Nos situaremos en la cuestión de que son las mujeres-madres las que concurren con los/las hijos/as al espacio de la consulta médica. De esta forma, en el consultorio, la díada madre-hijo se torna una unidad enteramente disponible para la mirada médica. En esta instancia íntima, el/la profesional de la medicina, sobre todo si se define a sí mismo como hombre, tiende a comportarse como una especie de padre superior, consejero de la madre, y hasta cómplice de otros, como el padre:

Yo... a veces, a veces trato directamente de hablar con la madre. **Hago que salga el padre**: che, ¿que pasa gorda, porqué esta eso así? (E2. Las negritas nos pertenecen).

El hecho de que, en la situación relatada, se proponga que el padre espere afuera tiene una interesante lectura en el marco de la necesidad de disponibilizar a la díada madre-hijo para el ejercicio del poder médico en el espacio del consultorio. Las “gordas”, por un lado y las “criaturas”, por otro, deben poder sostenerse como unidad y someterse al escrutinio del/laa médico/a, sin intervenciones ajenas.

Justamente **hay que empezar por la madre**, porque el chico a lo mejor está llorando, pero es la madre la que se desespera. Entonces hay que hablar, **contenerla** a la madre, fundamentalmente. Porque la madre está más enferma que la criatura. A lo mejor directamente la criaturita tiene que sé yo, un cólico. Entonces la madre n... no sabe. Qué es lo que le pasa, por qué está llorando... entonces, hay que contenerla a la madre, después de que lo revisás, decirle: miráa, gorda, esteee... no tiene nada la criatura, ¿eh? Quizás ha comido algo... ¿eh? Esa diarrea probablemente hay que... ¿eh? Eso es algo que le has dado vos, gorda. Vos solamente decís la verdad... **vos solamente tenés la verdad para decir** (E2. Las negritas nos pertenecen).

Por otro lado, en el discurso del médico observamos que la mujer-madre no solamente debe decir la verdad: ella solamente tiene “la verdad para decir”. Brillante metáfora que recuerda los procedimientos de tortura de los disidentes a los que refiere Burgat (1999) en la ex Yugoslavia,³ en los cuales el cuerpo del preso era percibido como una rica fuente de informaciones que el torturador debía tornar verbalizables. Salvando las evidentes distancias, observamos que el ejercicio de la violencia considera cuerpos para su intervención –y no personas ni sujetos–; y estos cuerpos deben *saber decir* con la *colaboración* del sujeto intervenido.

Las mujeres han sido objeto de una creciente patologización a partir de la medicalización de las relaciones sociales (Donzelot, 1991). Cuando el/la niño/a se enferma, tiende a responsabilizarse a la madre: es la madre quien se halla más enferma. De esta forma, cualquier error en el proceder materno puede tener consecuencias nefastas para la salud de los/las niños/as.⁴ Por su parte, en el discurso de la médica pediatra también observamos cómo la naturalización de la díada madre-hijo aparece en la explicación médica de las posibles causas de las enfermedades y malestares infantiles:

Hay muchas manifestaciones de enfermedades que están relacionadas con problemas psicológicos, con problemas de la mente. Entonces si uno no piensa que puede ser así, entonces puede haber problemas importantes, en los diagnósticos, también en los tratamientos... ¿mmh? Por ahí en los chicos chiquitos, es más fácil que pueda ir uno a lo... a lo que le pasa físicamente, a pesar de que pueden haber **alteraciones en la relación madre-hijo, y eso se manifiesta físicamente en los chicos** (E1. Las negritas nos pertenecen).

3 El contexto de investigación del trabajo de Florence Burgat son los usos políticos de la violencia en las llamadas “guerras étnicas” de la ex Yugoslavia.

4 La naturalización de la díada madre-hijo y la responsabilización de la madre por el bienestar del/la niño/a no se enuncia solamente en el campo biomédico: es el núcleo duro de la oferta psicoanalítica para el estudio de los trastornos de la personalidad, en boga durante todo el siglo XX (Donzelot, 1991).

La misma médica comenta en otro momento: “claro, es que uno... por ahí ya vienen tratados con antiespasmódicos, con anti-vomitivos, y **por ahí es un problema en la relación madre-hijo**” (E1, Las negritas nos pertenecen). El tratamiento de la madre y el hijo en forma conjunta se interpreta como una respuesta adecuada ante un “hecho de la naturaleza” que debe ser respetado. Las situaciones en las cuales no se respeta ese imperativo llevan a las mujeres a circular por los espacios simbólicos de desnaturalización femenina y maternal. Afirmo el médico pediatra: “cuando una mamá siente preocupación por sus chicos, aunque sea en invierno, descalza, se puede ir a cualquier lado. ¿Mh? Pero hay gente que... **es vaga**” (E2. La negrita nos pertenece).

El calificativo de *vagos* traza sus conexiones con el sector popular de la sociedad, y es así como nos reencontramos con más *sobrecargas de alteridad* en la intersección entre maternidad como condición genérica y clase social. Sin embargo, también hemos observado que la normativa de la simbiosis madre-hijo trasciende la dimensión de clase: en el marco de una pregunta acerca de los conflictos que se le presentaban en el consultorio, la médica pediatra relató: “también me ha pasado de padres que mandan a los hijos con las empleadas” (E3). Así, observamos que aun en las clases medias-altas, se ratifica la prescripción diádica: siguen siendo las madres –no los padres, pero tampoco las empleadas– las responsables de asistir a la consulta médica. Es a la mujer-madre a quien debe ir dirigido el discurso pedagógico de la crianza del niño. Esta enseñanza tiene raíces históricas definidas: la puericultura, como campo de saber creado en el siglo XIX, encontró en la madre la aliada para ingresar determinados comportamientos al interior de las familias (Donzelot, 1991); y este dispositivo se encuentra vigente en la actualidad, aunque reorganizado y mutado a lo largo de todo el siglo XX (Vosne Martins, 2008).

Una actitud que recuerda el tratamiento inferiorizado de las madres es la colocación de calificativos generales y hasta motes peyorativos a las mujeres-madres, como “mamá”, “mamita”, “gorda” y otros, presentes en los discursos de los/las médicos/as. La misma actitud se revela en el uso recurrente de un concepto referido al tipo de tratamiento que el/la profesional de la medicina debe tener respecto a la mujer-madre: el de la “contención”:

Yo entiendo que como toda madre, hay una preocupación... grande. Entonces...estee... **hay que tratar de contenerla**, nada más. Como todo, **así como un animalito**, por su cachorro, se desespera, que no le toquen, que ni lo miren, ¡que nadie! A lo mejor uno se acerca con intenciones de acariciarle, de tocarle el cachorro y el perrito empieza, ¿eh? A gruñir, a ponerle mala cara. La madre también es así, celosa por sus hijos, los cuida a sus hijos (E2. Las negritas nos pertenecen).

El mismo médico comenta: “es lo fundamental eso... **contenerla** a la madre...

y salen más chochos. Se va tranquila” (E2. La negrita nos pertenece). “Contener” a la madre puede interpretarse aquí de manera literal: encerrarla en un cerco, no permitir que su conducta fluya, inmovilizarla, sujetarla, domarla en su animalidad, en su naturaleza instintiva. Salvando nuevamente las distancias, tomamos otro comentario de Burgat sobre la violencia política en contexto de guerra: “animalizar es tornar disponible” (1999:1). Proponemos esto como metáfora generadora de una comprensión crítica del tratamiento de médicos/as a los cuerpos de las mujeres en el transcurso de sus procesos reproductivos.

La promoción compulsiva de la lactancia materna

Cuerpos con tiempos diferentes, sujetos con tratamientos diferentes, mirada médica que ve las enfermedades como previas a los sujetos, práctica médica que tiende al “manejo” del-a otro-a como “paciente”: ¿de qué manera influye todo esto en la promoción de la lactancia materna en el espacio del consultorio? El médico gineco-obstetra (E3) enuncia lo que llamaríamos cierto discurso *políticamente correcto* sobre la lactancia materna, es decir, fuertemente informado respecto de las normativas internacionales en lactancia materna promovidas por organismos como la Organización Mundial de la Salud o UNICEF (Echazú, 2007). Y observa críticamente cómo, desde hace algunas décadas se introdujo, por medio de canales forzosos, la práctica de la alimentación con biberón:

Actualmente hay más conciencia de la lactancia que antes. Entonces, en relación a antes... la madre... bueno, ¡los médicos! Le dábamos la mamadera enseguida y bueno, la madre se adaptaba a eso... (E3).

De acuerdo con la opinión del profesional, las mujeres “se adaptaron” a los consejos médicos, y aún hoy continúan la práctica –para él inadecuada– de la alimentación con biberón y leche modificada. Afirmo el médico con cierta ironía, al referirse al primer regalo de los familiares al recién nacido:

El complemento ideal de regalo... ¡es la mamaderita! [sonríe] Así que pienso que lo principal es erradicar, así como uno erradica una plaga, de una casa, ¡es erradicar la mamadera! La mamadera es el principal enemigo de la lactancia materna (E3).

Ciertamente, a principios del siglo XX, tanto en Europa y Estados Unidos como en América Latina, la lactancia artificial fue apoyada por médicos/as y efectivizada como parte de la asistencia benéfica estatal a los segmentos populares (Ramos et al., 2001). Aunque en la práctica de muchas mujeres-madres de todos

los segmentos sociales de la ciudad de Salta la alimentación con biberón siga siendo frecuente, no encontramos opiniones médicas explícitas a favor de la lactancia artificial. Y esto tiene que ver con la hegemonización del discurso referido a la lactancia materna en las últimas décadas (Justice, 2000; Aguirre, 2003), como estrategia de alimentación del lactante investida de una forma de violencia que, por hegemónica, aparece silenciada. Con el fin de ilustrar estas prácticas discursivas, transcribimos el siguiente extracto de entrevista, que pertenece a la realizada al médico pediatra que trabaja en el Hospital de Niños de la ciudad, en el sistema público de atención:

En mi caso, yo les... les **exijo** a las mamás el pecho. El pecho desde el momento que nace hasta los seis meses, sí o sí. Aunque la OMS establece que el pecho **hay que darle** hasta los dos años, ¿mh? Pero, hasta los dos... hasta los seis meses, la lactancia, sí o sí. Entonces dice, no, ¡yo trabajo doctor! Bueno **hacé una cosa**, sacate con una pezonera... pecho... la leche, ponela un frasco, limpio, lavallo, guardá en la heladera, cosa que cuando llegue el momento del chiquito, digamos, tenga que tomar la leche, hacé un baño maría, y, este... se le da en la mamadera. ¡Pero está tomando **tu leche!** Entonces yo le indico, las propiedades de la leche, que por más que venga en una latita de oro, la leche en polvo, no va a ser nunca como la de la madre, ¿mh? (...) [las madres] entienden, entienden. Es que yo soy también en ese sentido estricto, que **hay que retarlas** a veces, ¿mh? A veces se enojan, pero después salen como grandes amigos, gracias doctor, que esto... y gorda, ¡tengo que hablarte de esa manera! No me hacés caso, entonces... parece que estarías matándote de risa cada vez que yo te exijo que me traigás los análisis, que me traigás a control al chiquito. ¡Pero si está sano! Me dice la mamá. ¡Pero si no es necesario que esté sana la criatura! ¡La criatura tiene que venir igual! ¡Sano tiene que venir igual! ¡Pero si no está enfermo, mi hijo! No, pero **yo le hago entender** que aún así, sano, tiene que venir por... control médico (E2. Las negritas nos pertenecen).

En este fragmento, particularmente expresivo, puede notarse el tono imperativo usado para enunciar las nuevas normativas internacionales referidas a la salud materno-infantil en el espacio de la consulta médica. La lactancia materna se promueve muchas veces por estrategias que usan no sólo la persuasión, sino también la imposición, la exhortación y la amenaza. Estas estrategias no tienen en cuenta el deseo ni las posibilidades de las mujeres a las que se dirigen. Además, observamos que ese tratamiento de la mujer en el espacio de la consulta tiene más probabilidades de acontecer en el sector público de atención a la salud, donde no habría mecanismos de control de los abusos por parte del personal médico. Según la opinión de ese mismo médico (E2), en el sector privado, por el contrario, se exige otro comportamiento de parte de los/las profesionales de la salud: “en la parte

privada hay que ser carismático, hay que tratar de comprarlo al paciente para que no se vaya”. La relación entre médicos/as y pacientes se muestra como una relación tensa, revestida de una aparente naturalidad, que ante la insubordinación –concebida, por parte del personal médico, como violencia– genera reacciones inesperadas. Así, las personas que la médica pediatra entrevistada (E1) calificaba como “tímidas” y “poco curiosas”, son las mismas que pueden reaccionar con violencia, agrediendo a los médicos.

Queda, sin embargo, una brecha que no llegamos a aprehender en este trabajo: ¿cómo se traduce el concepto de la madre que “escucha”, que “hace caso”, que “se va chocha” “se va tranquila”, y que además “cumple las indicaciones”, a la realidad cotidiana de las mujeres-madres? Y si ello no ocurre, ¿cómo es que ellas mismas interpretan los caminos divergentes por los que transitaron? Se presenta entonces como inexcusable un nuevo ensayo de interlocución, focalizado en las voces de ellas, las mujeres-madres que se ven frente a la decisión de amamantar o no: ellas son agentes privilegiadas de ese proceso, eminentemente relacional, de cuidar y de criar niños/as.

A manera de cierre

En este artículo hemos señalado la valoración subjetiva que los médicos tienen de su profesión, de su práctica y de sus pacientes, especialmente mujeres-madres. Advertimos un accionar profundamente normativizado, en el que hasta lo subjetivo, para tener algún valor, debe estar apoyado por un halo de cientificidad. Podemos observar que existe, detrás de una cobertura de aparente neutralidad en la práctica médica, una gran discrecionalidad en lo que hace a la práctica cotidiana de la profesión. Notamos que el concepto de diada madre-hijo tiene gran vigencia, particularmente en las especializaciones de la medicina a las que nos hemos referido –pediatría y gineco-obstetricia– desde el momento en que son madre e hijo los sujetos privilegiados de atención de estas áreas. Observamos que sobre la madre biológica gravita el peso de las contingencias de los procesos reproductivos propios y relativos a su hijo biológico/a. En los discursos de los y las profesionales entrevistados/as, el imperativo de la lactancia materna ha variado desde una exigencia hasta un firme consejo, teniendo siempre como trasfondo discursivo las recomendaciones de los expertos internacionales (OMS/OPS).

La actitud paternalista del médico/a hacia la mujer que asiste a la consulta médica se muestra más marcada en el sistema público, donde a la condición vulnerable de mujer-madre se le suma el estatuto de la pobreza, espacio históricamente intervenido por políticas de asistencia y tutela. En el sector privado, notamos que

las relaciones contractuales actúan como colchón que impide la intervención explícitamente violenta sobre los cuerpos, lo que no significa que la violencia del acto médico, fundada en la asimetría de la relación, deje de mantenerse en todos los casos observados. Asimismo, vimos que el halo de científicidad estratégicamente puesto en juego en la performance-acto ritual de la consulta médica se apoya en la división androcéntrica del mundo, donde el manejo por parte de un profesional médico masculino involucra, a los ojos profesionales, “pericia” mientras que el femenino conlleva “intimidación”, lo que se adscribe a las históricas divisiones paralelas entre femenino/masculino, privado/público, cultura/naturaleza. En el caso de la lactancia materna, el énfasis recae en lo “natural”, lo “que no cuesta nada”, y por lo tanto, no tiene valor y es incompatible con el trabajo: se reafirma así la situación inferiorizada de la mujer en la organización del mundo, fundada en asimetrías de género y complejizada por desigualdades de clase.

Hemos observado en la práctica cotidiana de la medicina la existencia de violencias reproducidas en la consulta médica en las áreas gineco-obstétrica y pediátrica, tanto en el sistema público como privado de atención a la salud en la ciudad de Salta, Argentina. A partir de este análisis, podemos afirmar que, dada la configuración de sentidos de género y clase por la que circulan tanto profesionales de la medicina cuanto mujeres-madres en calidad de pacientes, es muy posible que durante las instancias críticas de los procesos reproductivos femeninos (embarazo, parto, lactancia) el cuerpo femenino sufra un grado significativo de violencia de género, a veces duplicada por violencias de clase. Estas formas de violencia no sólo pueden ser físicas, sino también –y lo son principalmente– institucionales o simbólicas. Estas violencias se convierten en medio para la imposición de determinadas percepciones sobre el mundo, sentidos hegemónicos que se inscriben en la memoria de los cuerpos de las mujeres-madres y sus hijos/as; y que dialogan, en el campo de las políticas del cuerpo, con las voces de la reinterpretación y la resistencia femeninas. La enunciación de estas otras memorias, las memorias de las mujeres intervenidas, hará posible un contrapunto crítico con lo realizado aquí. Ese diálogo entre diferentes voces se torna una labor imprescindible para una antropología que interprete los cuerpos e identidades femeninas a partir de esquemas críticos de género y clase, y contribuya a generar nuevas posibilidades para su auto-transformación.

Referencias bibliográficas

- AGUIRRE, Patricia. 2003. "The Culture of Milk in Argentina" [on line]. *Anthropology of Food* vol. 2 n2. Available at: <http://www.edition.cens.cnrs.fr/revue/aofood/2003/v/n2/011404ar.html> [Accessed on 03.09.07].
- ÁLVAREZ, Sonia. 2003. *Políticas Asistenciales, pobreza y representaciones sociales*. Tesis de Doctorado, Universidad de Sevilla, España. 631 p.
- ARMUS, Diego (ed.). 2005. *Avatares de la medicalización en América Latina 1870 - 1970*. Buenos Aires: Lugar Editorial. 304 p.
- BADINTER, Elisabeth. 1990. *¿Existe el amor maternal?* Barcelona: Paidós. 247 p.
- BONET, Octavio. 2004. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 136 p.
- BOURDIEU, Pierre. 1997. *Razones prácticas (Sobre la teoría de la acción)*. Barcelona: Anagrama. 240 p.
- _____. 2000. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama. 2da. Ed. 159 p.
- BURGAT, Florence. 1999. "La Logique de la légitimation de la violence : animalité vs. Humanité". In: HÉRITIER, F. (ed.) *De la Violence, vol. II*, Paris: Odile Jacob. 328 p.
- BUTT, Leslie. 1998. *The social and political life of infants among the baliem valley Dani, Irian Jaya* [on line]. Phd disertation, Mc Gill University, Montreal. Foreign language theses written about Papua, New Guinea. Available at: <http://www.papuaweb.org>. [accessed on 10-04-07]
- CHARTIER, Roger. 1996. *Escribir las prácticas. Foucault, De Certeau, Marin*. Buenos Aires: Manantial. 1 ed, 127 p.
- DE SOUZA MINAYO, Ma. Cecília. 2003. *Investigación social. Teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar. 64 p.
- DONZELOT, Jacques. 1991. *La policía de las familias*. Valencia: Pre – Textos. 241 p.
- ECHAZÚ, Gretel. 2007. Lactancia - materna y políticas de salud: el caso del Nuevo Hospital del Milagro. Tesis de Grado, Universidad Nacional de Salta, Salta, Argentina. 187 p.
- ESCOBAR, Arturo. 1996. *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del Desarrollo*. Bogotá: Norma. 435 p.
- FLEISCHER, Soraya. 2006. *Parteiras, buchudas e aperreios. Uma etnografia do atendimento obstétrico não oficial na cidade de Melgaço, Pará*. Tesis de doctorado, Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS).
- FOSTER, Robert. 1991. "Making National Cultures in the Global Ecumene". *Annual Review of Anthropology*. N° 20. p 235-60.

- FOUCAULT, Michel. 1996. *Genealogía del Racismo*. La Plata, Arg.: Altamira. 220 p.
- _____. 1997. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes.
- GRIMBERG, Mabel. 1995. "Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en antropología y salud". In: ALVAREZ, M. y BARREDA, V. (comps.) *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*. pp.31-50. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano.
- HÉRITIER, Françoise (ed.). 1996. *De la Violence, vol. II*. Paris: Odile Jacob. 328 p.
- JUSTICE, Jean. 2000. "The politics of child survival". In: WHITEFORD, L. & Mander-son, L.: *Global health policy, local realities. The fallacy of the playing level field*. pp. 23-38. Colorado: Lynne Rienner Publishers.
- LEYS STEPAN, Nancy. 1991. *The Hour of Eugenics, Race, Gender an Nation in Lati-noamerica*. New York: Cornell University Press. 1 ed. 210 p.
- LUNA, Naara. 2007. *Provetas e clones: uma antropologia das novas tecnologias repro-ductivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Coleção Antropologia e Saúde. 300 p.
- MENÉNDEZ, Eduardo. 1988. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza.
- NARI, Marcela. 2004. *Políticas de maternidad y maternalismo político*. Buenos Aires: Biblos. 319 p.
- ORTEGA CANTO, Judith. 2006. "Géneros y generaciones: conducta reproductiva de los Mayas de Yucatán, México". *Revista Salud Colectiva*, Enero-Abril, Año 1, N° 2. p 75-89.
- OXMAN, Claudia. 1998. *La entrevista de investigación en ciencias sociales*. Buenos Aires: EUDEBA. 1 ed. 122 p.
- POLLAK, Michel.1989. "Memória, esquecimento, silêncio". *Revista Estudos Históricos*, Vol 2, N° 3, pp. 3-15.
- RAMOS, S., GOGNA, M., PETRACCI, M., ROMERO, M. & SZULIK, D. (eds). 2001. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto: ¿una transición ideológica?* Buenos Aires: CEDES. 138p.
- SCHEPER-HUGHES, Nancy & SARGENT, Caroline (eds.): *Small Wars. The cultural politics of childhood*. Berkeley: University of California Press. 429 p.
- TORRADO, Susana. 2003. *Historia de la Familia en la Argentina Moderna 1870 - 2000*. La Plata: De La Flor. 1 ed. 701 p.
- VAN ESTERIK, Penny. 1992. "Breastfeeding: A Feminist Issue" [on line]. Group Pro-motion of Mother's Milk, Inc. Available at: <http://www.promom.org>. [Accessed on: 23-06-07]
- YALOM, Marilyn. 1997. *Historia del Pecho*. Barcelona: Tusquets. 1 ed. 428 p.