

Salud Mental:

**Perspectivas y desafíos para
la construcción de otros mundos posibles**

27, 28 y 29 de noviembre de 2025

Intervenciones profesionales e incorporación de normativas vigentes en Salud Sexual y Reproductiva

Mónica Solís

Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires, Argentina



Resumen

Esta ponencia se inscribe en el marco de una investigación enmarcada en la maestría de Psicología Social Comunitaria (UBA) y tiene como propósito compartir hallazgos encontrados en el trabajo de campo vinculados a las intervenciones profesionales en relación al grado de reconocimientos y valoraciones del marco normativo en Salud Sexual y Reproductiva, durante el tránsito del embarazo, el parto y el puerperio parto (TEPP) de mujeres. Para esta presentación se propone un recorrido por algunas aproximaciones conceptuales y un análisis exploratorio de relatos profesionales que dan cuenta de prácticas, sentidos y tensiones en la atención de la salud obstétrica durante el TEPP. La investigación cualitativa, especialmente en su articulación con la Psicología Social Comunitaria (PSC), se reveló como una herramienta clave para acceder a los imaginarios profesionales de los equipos de salud, entendidos como conjuntos de significados socialmente compartidos que orientan las decisiones diagnósticas, terapéuticas y los modos de ejercer la atención de la salud. Esta modalidad investigativa no partió de categorías a priori, sino que buscó interpretar el sentido que los equipos de salud otorgaron a sus prácticas (Souza Minayo, 2009); privilegió la profundidad sobre la extensión e intentó captar los sutiles matices de las experiencias vitales del personal de salud profesional. Los retratos, las historias, los relatos de la experiencia humana evocadores, reales, significativos constituyeron la esencia de la investigación cualitativa (Vasilachis de Giardino, 2017), lo cual fue particularmente relevante cuando se abordaron experiencias ligadas al TEPP, espacios donde confluyeron saberes biomédicos, marcos institucionales, valores culturales y posicionamientos de género.

A modo de guía estructural presento el objetivo general y los objetivos específicos que orientaron esta tesis:

Objetivos generales

Analizar los imaginarios profesionales del equipo de salud obstétrico del corredor Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires en relación con las decisiones diagnósticas, terapéuticas y la calidad de la atención en el TEPP de mujeres.

Objetivos específicos

1. Identificar los modelos de atención prevalentes en los imaginarios profesionales del equipo de salud obstétrico del corredor Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires en relación al EPP de mujeres.
2. Caracterizar las inequidades de género percibidas y no percibidas por el equipo de salud obstétrico del corredor Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires en la calidad de atención, parto y puerperio de mujeres.

3. Indagar reconocimiento y valoración del marco normativo en relación al EPP de mujeres en el imaginario profesional del equipo de salud obstétrico del corredor Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires.

Entre los hallazgos centrales la cuestión de la crítica a la medicalización excesiva del embarazo y parto estuvo presente en la totalidad de las narraciones. Se evidenció una creciente preocupación por la medicalización del TEPP, que con frecuencia resulta innecesaria e invasiva. Frente a esto un grupo de profesionales se sienten incómodos con el sistema de salud público, percibiendo que las intervenciones en el parto están más orientadas a cumplir protocolos institucionales que a respetar los procesos fisiológicos de las mujeres. Por ejemplo, se mencionan prácticas como la depresión del periné, que consideran innecesarias, ya que no contribuyen al bienestar de las mujeres durante el parto. Observan que estas intervenciones están motivadas por la presión institucional para apurar el proceso de parto.

Por otra parte, se identificaron situaciones en las que el desconocimiento o incumplimiento de leyes como la Ley Nacional 26.130/2006 (que garantiza el derecho a la anticoncepción quirúrgica) genera inequidades en el acceso a servicios de salud reproductiva, como la ligadura tubárica. En este sentido, se evidenció en los descubrimientos que los hospitales públicos no cumplen adecuadamente con las demandas de las mujeres que desean acceder a procedimientos como la ligadura de trompas, especialmente si estas mujeres no tienen indicaciones médicas que justifiquen una cesárea. En contrapartida, se pesquisó que en el sector privado las mujeres pueden pagar para acceder a estas intervenciones sin las restricciones que existen en el sistema público. Esta disparidad crea inequidades en el acceso a la atención entre mujeres que pueden pagar por sus servicios y aquellas que dependen del sistema público. Además, esta situación refleja una falta de implementación adecuada de las normativas que protegen los derechos reproductivos de las mujeres, lo que perjudica la equidad en la atención.

Abstract

This presentation is part of a research framed within the Master's Degree in Community Social Psychology (UBA) and aims to share findings from fieldwork related to professional interventions in connection with the degree of recognition and appreciation of the regulatory framework in Sexual and Reproductive Health, during the journey of pregnancy, childbirth, and the postpartum period (TEPP) of women. This presentation proposes a tour through some conceptual approaches and an exploratory analysis of professional narratives that reveal practices, meanings, and tensions in obstetric health care during the TEPP. Qualitative research, especially in its articulation with Community Social Psychology (CSP),

proved to be a key tool to access the professional imaginaries of health teams, understood as sets of socially shared meanings that guide diagnostic and therapeutic decisions and the ways of providing health care. This research modality did not start from a priori categories, but rather sought to interpret the meaning that health teams assigned to their practices (Souza Minayo, 2009); it prioritized depth over breadth and attempted to capture the subtle nuances of the vital experiences of professional health personnel. Portraits, stories, evocative, real, and meaningful narratives of human experience constituted the essence of qualitative research (Vasilachis de Giardino, 2017), which was particularly relevant when addressing experiences related to the TEPP, spaces where biomedical knowledge, institutional frameworks, cultural values, and gender positions converge.

As a structural guide, I present the general objective and the specific objectives that guided this thesis:

General objective

To analyze the professional imaginaries of the obstetric health team in the Southern corridor of the Buenos Aires Metropolitan Area in relation to diagnostic, therapeutic decisions and the quality of care in women's TEPP.

Specific objectives

1. To identify the prevailing care models in the professional imaginaries of the obstetric health team in the Southern corridor of the Buenos Aires Metropolitan Area regarding women's TEPP.
2. To characterize the perceived and unperceived gender inequities by the obstetric health team in the Southern corridor of the Buenos Aires Metropolitan Area in the quality of care, childbirth, and postpartum for women.
3. To investigate the recognition and appreciation of the regulatory framework regarding women's TEPP in the professional imaginary of the obstetric health team in the Southern corridor of the Buenos Aires Metropolitan Area.

Among the central findings, the issue of criticism of the excessive medicalization of pregnancy and childbirth was present in all narratives. A growing concern was evidenced regarding the medicalization of TEPP, which often turns out to be unnecessary and invasive. In response to this, a group of professionals feel uncomfortable with the public health system, perceiving that interventions during childbirth are more oriented toward complying with institutional protocols than respecting the physiological processes of women. For example, practices such as perineal pressure are mentioned, which they consider

unnecessary since they do not contribute to the well-being of women during childbirth. They observe that these interventions are motivated by institutional pressure to hasten the birthing process.

On the other hand, situations were identified in which the lack of knowledge or non-compliance with laws such as National Law 26.130/2006 (which guarantees the right to surgical contraception) generates inequities in access to reproductive health services, such as tubal ligation. In this regard, findings showed that public hospitals do not adequately meet the demands of women who wish to access procedures such as tubal ligation, especially if these women do not have medical indications justifying a cesarean section. In contrast, it was found that in the private sector, women can pay to access these interventions without the restrictions that exist in the public system. This disparity creates inequities in access to care between women who can pay for their services and those who depend on the public system. Moreover, this situation reflects an inadequate implementation of the regulations that protect women's reproductive rights, which harms equity in care.

Introducción

Este trabajo forma parte de una investigación desarrollada en el marco de la Maestría en Psicología Social Comunitaria de la Universidad de Buenos Aires, cuyo eje central es el análisis de los imaginarios profesionales y los modelos de atención en equipos de salud obstétricos durante el EPP en el Corredor Sur del Área Metropolitana de Buenos Aires. Esta autora forma parte de la Red de tesis y diplomadas/os en género, salud y subjetividad, de la cátedra Introducción a los Estudios de Género, de la Facultad de Psicología UBA dirigida por la Dra. Débora Tajer, quién también dirigió esta investigación. Y contó con la co-dirección de la Mg. Alejandra Lo Russo, directora de Encuentros Clínicos Comunidad. Aunque la investigación que da origen a este artículo fue realizada de manera independiente, los espacios de diálogo sostenidos en dicha red han enriquecido la reflexión durante su elaboración y constituyeron un marco de acompañamiento intelectual.

El conjunto de dimensiones que estructuran el estudio fue configurada en cuatro ejes, que se detallan a continuación 1) imaginarios profesionales; 2) modelos de atención obstétrica; 3) inequidades de género y; 4) marco normativo en Argentina. No obstante, este artículo se focaliza en un eje considerado central: el grado de reconocimiento y

valoración del marco normativo en salud sexual y reproductiva a partir de las percepciones, actitudes y valoraciones de los equipos de salud obstétricos del Corredor Sur del AMBA.

Argentina cuenta con un marco normativo robusto en materia de derechos sexuales y reproductivos. Entre las leyes más relevantes se encuentran la Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2002/2003); la Ley 26.485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres (2009/2010), que incorpora la tipificación de la violencia obstétrica; la Ley 26.130 de anticoncepción quirúrgica (2006/2008); y la Ley 25.929 de Parto Humanizado o Parto Respetado (2004/2015), que establece derechos específicos para las personas embarazadas, los recién nacidos y sus familias durante el EPP.

Esta investigación se desarrolla a lo largo de un proceso que se inicia en el año 2014 y culmina con su presentación en el año 2025. Habiendo sido aprobada por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires en el año 2014. El trabajo de campo se lleva a cabo entre 2016 y 2021, etapa donde se produjeron los materiales empíricos que vertebraron este estudio. En este marco, este escrito propone abordar el EPP desde una perspectiva de clínica ampliada entendiendo que no se trata únicamente de procesos fisiológicos inscriptos en el cuerpo de las mujeres. Se trata de experiencias que producen transformaciones en la vida psíquica, relacional y social, y que se configuran como una cartografía compleja de dimensiones institucionales, subjetivas, simbólicas y corporales, entramadas con capas culturales, económicas, políticas y de dominación (De la Sovera, 2019), que exceden el discurso hegemónico de la biomedicina y la lógica de la producción de procedimientos

Desde esta perspectiva, este trabajo se propone aproximarse a estas vivencias desde un espacio donde cuerpo, palabra e historia se entrelazan, evitando una mirada externa o descontextualizada. Se trata de un análisis situado en el Corredor Sur del AMBA, atravesada por desigualdades de género, condiciones socioeconómicas, modelos de atención de la salud obstétricos y políticas públicas.

La clínica ampliada, tal como se la concibe en este estudio, se inscribe en la intersección entre la Psicología Social Comunitaria, la salud colectiva, la perspectiva de género y los derechos humanos, y reconoce el peso de lo social y de los dispositivos de poder en el cuerpo, la vida emocional, psíquica y subjetiva de las embarazadas.

Dimensiones implicadas en el reconocimiento formal de los derechos durante el EPP

La Ley 25.929 consagra el derecho de las mujeres a recibir información clara, a participar en las decisiones y a ser tratadas con respeto y dignidad, reconociendo el embarazo y el parto como procesos fisiológicos, emocionales y sociales, y no como enfermedades. Sin embargo, el trabajo de campo permitió observar la persistencia de una brecha significativa entre el reconocimiento formal de estos derechos y su ejercicio efectivo en la práctica asistencial. Dicha brecha no se funda únicamente por la falta de recursos o infraestructura, sino por dimensiones culturales, simbólicas y subjetivas profundamente arraigadas en los modos de accionar de las/os profesionales, en las formas de clasificar a las mujeres y en las concepciones que organizan la atención obstétrica.

En las entrevistas realizadas, la mayoría de los equipos obstétricos reconoce las leyes vigentes y manifiesta acuerdo con los principios que estas promueven. Las/os profesionales las mencionan de manera espontánea y utilizan expresiones que, en apariencia, se alinean con un enfoque de derechos. Así, las/os profesionales lo afirmaban:

“Ella es la dueña de su cuerpo y de su embarazo” (Médica generalista)

“Obvio, de acuerdo, cien por cien, es su cuerpo” (Licenciada en obstetricia).

No obstante, cuando se indaga cómo este reconocimiento se traduce en la práctica cotidiana, emergen contradicciones. En varios relatos aparece la idea de que no es posible habilitar plenamente la toma de decisiones por parte de las mujeres. Así, lo expresaban las/os profesionales:

“No puedo darle a elegir todo a la paciente, porque entonces dejo de hacer lo que hago... tiene que haber toda una educación previa para que la gente elija” (Médico obstetra)

“Las decisiones las tiene que tomar el médico, porque la paciente puede parecerle muy lindo en algunas cosas, pero quizás no son las importantes” (Licenciada en obstetricia).

Estas afirmaciones delimitan un umbral entre lo que se considera negociable y aquello que permanece bajo la autoridad incuestionable del saber médico.

En relación con los derechos de las embarazadas, la Ley 25.929 establece, entre otros aspectos, la consideración de sus deseos y necesidades, como la posibilidad de estar acompañadas por una persona de su confianza, quien cumple un rol activo como sostén emocional, psicológico, corporal y afectivo. Y en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2022) señala que la experiencia de la atención recibida es tan relevante como la prestación de los cuidados clínicos. Sin embargo, las prácticas no clínicas durante el EPP como la atención emocional, la comunicación efectiva y el trato respetuoso, no siempre son consideradas prioritarias por ciertos sectores profesionales, aun cuando su implementación no implica altos costos.

Algunos relatos dan cuenta de estas limitaciones en el acceso al acompañamiento. Así, lo describían en una narrativa:

“Elige a una persona que entra a último momento. Todas las últimas horas están solas en la sala de partos sin acompañantes, justificando que el ambiente tiene que estar estéril” (Médica generalista)

Este tipo de prácticas refuerza una concepción del parto centrada en el momento final del nacimiento y desatiende el proceso previo.

En este sentido, Rosemberg (2023) advierte que suele asociarse la imagen del parto únicamente al instante en que la cabeza del bebé asoma y se habilita el ingreso del acompañante. Para la autora, esta modalidad configura un fetichismo del parto: la atención se concentra en un momento visible y espectacular, mientras se borra el proceso corporal, psíquico y temporal que ha tenido lugar durante horas o días. De este modo, se invisibiliza la experiencia subjetiva de las mujeres, su dolor, su vulnerabilidad y la potencia de sus cuerpos en el tránsito del trabajo de parto.

Los deseos y necesidades de las mujeres, entre ellos la posibilidad de elegir acompañantes y construir un entorno de confianza al ingresar a la sala de partos, constituyen un factor central de la experiencia obstétrica. Cuando estas necesidades no son reconocidas por los equipos de salud, suelen emerger sentimientos de desamparo que intensifican temores más profundos. La falta de reconocimiento, la soledad institucional y la distancia del equipo despiertan miedos y ansiedades que pueden adquirir gran intensidad.

En las últimas semanas del embarazo reaparecen crisis subjetivas ligadas a modificaciones corporales y a temores asociados al parto, al dolor, a la muerte propia o del hijo por nacer. Una licenciada en obstetricia relataba:

“Atendí una embarazada que la habían mandado de una sala porque el bebé tenía en la ecografía una malformación en el piecito y, a su vez, le habían hecho un diagnóstico de sífilis. Esa mamá se puso a llorar... tenía como un monstruo que le iba a nacer, porque ella misma usó esa palabra ‘monstruo’. Esa persona tendría que tener una consulta con un equipo, con un psicólogo, pero no hay acceso a eso” (Médica obstetra).

En este punto se vuelve necesario introducir una segunda dimensión: la necesidad de acompañamiento profesional frente al miedo al dolor, al parto o incluso a la muerte. Estos temores no emergen de manera espontánea, sino en el marco de prácticas institucionales que, muchas veces, desdibujan la voz de las mujeres (Solis, 2024). Algunas profesionales narraban:

“Todo el mundo se desespera para venir a conocer al bebé y se olvidan de la mamá... hay un montón de cuestiones que no se tienen en cuenta” (Licenciada en enfermería).

“El puerperio emocionalmente es bastante solitario, aun en mujeres que están en pareja. Me parece que eso es básico” (Licenciada en obstetricia).

El acompañamiento profesional no puede reducirse a una intervención técnica, sino que debe asumir un lugar de sostén activo que permita alojar la angustia y restituir un sentido de seguridad durante el EPP.

Sin embargo, en las narrativas profesionales se reconoce que la dimensión anímica y la salud mental suelen ser abordadas de manera superficial. De esta manera lo afirmaban:

“La parte anímica, la salud mental, es un tema que se pasa muy por encima siempre” (Licenciada en obstetricia)

“No trabajamos los estados anímicos de las mujeres” (Médico obstetra)

“No trabajamos con depresión posparto. Nosotros nos ocupamos cuando ya tienen 15 o 20 días, más que nada de la parte física” (médica obstetra)

Esta deshumanización de las experiencias reproductivas se inscribe históricamente en un modelo de biomedicina hegemónica que despoja a las mujeres de agencia sobre sus cuerpos, reduce sus vivencias a procesos clínicos relativos al funcionamiento del organismo y silencia su dimensión subjetiva. En esta lógica, el cuerpo femenino se convierte predestinada a intervención médica y en soporte de un orden simbólico que

refuerza relaciones de poder patriarcales, donde el saber biomédico se instituye como el único saber válido.

A estas preocupaciones se suma una dimensión menos explicitada pero profundamente relevante: la ansiedad que se despierta ante la inminente separación de dos cuerpos que han convivido en una relación de dependencia íntima durante el embarazo. Este pasaje implica transformaciones biológicas y psíquicas tanto para el recién nacido como para la mujer, quien deberá atravesar el retorno de su cuerpo a un estado anterior.

Estas transformaciones despiertan ansiedades profundas vinculadas a la pérdida de un estado previo y al pasaje hacia una nueva condición. En este movimiento se reactivan huellas inconscientes del propio nacimiento, aquello que diversos autores conceptualizan como trauma de nacimiento, que puede actualizarse cuando el yo se ve exigido a atravesar un límite vital (Videla, 2008). Frente a esta irrupción de lo traumático, el psiquismo despliega mecanismos defensivos que no siempre resultan suficientes para contener la intensidad de la vivencia.

Los aportes de Patricia Alkolombre (2011) permiten profundizar esta comprensión al señalar que el embarazo implica una regresión temporal inevitable hacia identificaciones primarias. La mujer embarazada establece una doble identificación: con su propia madre y consigo misma como feto, lo que puede reactivar ambivalencias tempranas y complejizar los procesos de diferenciación. Cuando estas identificaciones no han sido suficientemente elaboradas, pueden emerger sentimientos negativos hacia sí misma o hacia el hijo por nacer.

Las prácticas profesionales recogen, muchas veces sin nombrarlo, los efectos de estas ansiedades arcaicas. Así, expresaba una profesional:

“He visto suicidios en la maternidad, y después vi muchas mujeres con depresiones que hicieron crisis, se les retiró el bebé porque no podían hacerse cargo. Eso muchas veces no lo terminamos de ver porque la internación es muy breve” (Licenciada en enfermería)

De este modo, la clínica de la vida diaria que los equipos de salud observan en las maternidades confirma que estas vivencias no son excepcionales, sino parte constitutiva de la dimensión subjetiva y psíquica del parir, que, cuando no es reconocida ni acompañada, puede derivar en formas extremas de sufrimiento.

El embarazo sensible a las condiciones de vida

En continuidad con el entramado en el que las vivencias subjetivas y psíquicas del embarazo se articulan con las prácticas profesionales, emerge un nivel de análisis que complejiza aún más la comprensión del proceso de EPP: el modo en que los factores ambientales y emocionales inciden de manera directa en la configuración biológica del futuro recién nacido o recién nacida. En las narrativas profesionales aparece de forma reiterada la idea de que el estrés materno, la desnutrición y la calidad del ambiente afectivo no solo afectan el bienestar de la embarazada, sino que pueden activar o silenciar determinados genes, influyendo en el desarrollo neurológico, metabólico y emocional de la criatura por nacer (Solis, 2025).

Este señalamiento introduce una perspectiva que permite trascender explicaciones estrictamente clínicas o psicológicas, subrayando que el embarazo constituye un período de extrema sensibilidad a las condiciones de vida. Desde este enfoque, el tránsito del embarazo no puede pensarse de manera aislada del contexto social, económico y afectivo en el que transcurre (Solis, 2025). En esta línea, los desarrollos de Ceberio y Berardino (2023) resultan particularmente pertinentes al sostener que la epigenética funciona como un puente entre el ambiente intrauterino y el futuro del recién nacido o recién nacida, mostrando cómo factores sociales, emocionales y de salud modulan la expresión génica sin modificar la secuencia del ADN.

Las propias voces de los equipos de salud recuperan esta articulación entre biología y ambiente. Una licenciada en enfermería señalaba:

“La mujer no vive aislada... Hoy en día sabemos además por la epigenética que tiene un gran impacto el ambiente en el que vive, la situación socioeconómica, sus angustias, sus tristezas, su alegría tienen impacto sobre el desarrollo del feto”.

En esta afirmación se evidencia una concepción del embarazo como proceso situado, atravesado por condiciones materiales y emocionales que dejan huella en el cuerpo que se está gestando.

De manera convergente, una médica pediatra narra:

“La desnutrición es una carencia enorme que influye hasta tres generaciones. O sea, qué comió mi abuela o qué dejó de comer le influyó a mi mamá y me influye a mí cuando estoy en el vientre”.

Este relato introduce una temporalidad ampliada del daño y del cuidado, en la que las condiciones de vida se inscriben no solo en un cuerpo individual, sino en una cadena intergeneracional.

Otra licenciada en enfermería reforzaba esta mirada al señalar:

“Y sabemos que hay genes que van a expresar después del nacimiento o no, de acuerdo a cómo es recepcionado ese bebé en el ambiente, que se puede expresar enfermedad o no en el futuro. No es solamente un útero, una cajita...”.

Esta expresión permite desnaturalizar la visión del útero como simple receptáculo biológico, para reconocerlo como un espacio activo de interacción con el medio, en el que se articulan dimensiones biológicas, emocionales y sociales.

Las narrativas profesionales analizadas coinciden, así, en subrayar que el ambiente intrauterino no es un espacio neutro ni aislado, sino un espacio relacional a las condiciones de vida de la embarazada. Desde una perspectiva de género y de salud colectiva, estos aportes permiten visibilizar cómo los procesos biológicos se encuentran profundamente entrelazados con dinámicas interseccionales, es decir, de desigualdad social, de clase y de género, entre otras varias, que moldean los cuerpos de las mujeres e impactan de manera diferencial en las trayectorias sexuales y reproductivas de ellas.

Comprender este entramado resulta clave para promover prácticas de atención de la salud que no reduzcan el embarazo estrictamente al funcionamiento del organismo, sino que reconozcan el impacto integral de las condiciones materiales, emocionales y vinculares en el proceso de embarazo. En este sentido, las voces profesionales recuperadas permiten pensar la atención del EPP desde una perspectiva más amplia, que habilite intervenciones respetuosas, humanizadas y conscientes de que las condiciones de vida no solo acompañan, sino que modelan activamente la experiencia del EPP y sus efectos a corto y largo plazo.

Percepción de autocuidado de las mujeres y los saberes de la medicina

Con respecto al conocimiento compartido por parte de los saberes profesionales y prácticas de autocuidados de las mujeres, diversos estudiosos de esta temática, como Belintxon y López Dicastillo (2014), señalan que en el encuentro entre los equipos de salud obstétricos y las mujeres en el ámbito hospitalario interactúan distintas culturas, saberes y realidades. En este sentido, el hospital constituye un espacio con posibilidad de ofrecer cuidados adecuados y estimular estilos de vida saludables (Solis, 2025). Sin embargo, el análisis de las narrativas profesionales relevadas pone en evidencia una tensión persistente al interior de los equipos de salud: cuando las mujeres llegan con

prácticas de autocuidado heredadas de sus contextos culturales, los saberes biomédicos tienden a imponerse como criterio dominante de validación.

Esta jerarquización de los saberes se expresa tanto de manera explícita como en gestos y comentarios aparentemente menores. Una licenciada en obstetricia relataba:

“siempre hay alguna enfermera que dice ‘ay, qué olor que tiene, váyase a bañar’”

y describía luego el desconcierto que se produce cuando las mujeres intentan explicar sus propias prácticas:

“esas mujeres aborígenes comentaron: ‘ustedes no saben, es que nosotros, antes de ir al parto, a nosotros nos ahúman con hierbas, con sustancias naturales, se hace una pequeña fogata con humo, y las mujeres tienen que pararse abiertas de piernas para que el humo entre desde sus genitales hacia arriba. Como algo sanador’”.

En ese mismo relato, la profesional señalaba:

“si la mandás a bañar, es que le estás sacando toda su cultura de un zarpazo”.

Otras voces profesionales dan cuenta de intentos por desactivar esas creencias desde una posición correctiva. Una médica obstetra afirmaba:

“le falta ese plus de sacar esas cosas del imaginario. Eso no lo tiene. Y yo particularmente trato de desmitificarlo, nada, cuando me cuentan sus ideas”.

“algunas mujeres asiáticas cuando llegan a la lactancia ves que les dan unos tés y decís ‘dale la teta’” (Médica obstetra)

En estos posicionamientos, a veces sutiles y otras explícitos, el universo simbólico de las mujeres es rápidamente leído como incorrecto, mágico o poco confiable, quedando deslegitimado frente al saber biomédico.

Esta desvalorización, que muchas veces se ejerce de forma naturalizada, tiene efectos directos en la posibilidad de las mujeres de expresar su experiencia. Como señalaba una licenciada en obstetricia:

“las mujeres no hablan, no preguntan todo lo que está ávido de querer investigar y se entregan en una actitud pasiva, como si lo vivido por ellas fuera lo normal dentro del sistema de salud”.

Las mujeres llegan a las instituciones con deseos, expectativas, temores y modos propios de comprender lo que les ocurre; sin embargo, esas dimensiones rara vez son escuchadas o consideradas en las decisiones clínicas, porque no se habilitan espacios para preguntar qué necesitan o cómo imaginan su proceso.

De este modo, lo que algunas/os profesionales describen es una experiencia de extrañamiento vivida por las mujeres en el ámbito hospitalario: sienten que sus creencias, valores y saberes no encuentran lugar, y que la atención no contempla su singularidad. Este desencuentro entre lo que las mujeres traen y lo que el modelo de atención habilita se inscribe como una forma de insatisfacción que atraviesa la trama emocional del EPP.

Desde la perspectiva de género y de la salud colectiva (Tajer, 2021), estas prácticas pueden ser comprendidas como expresiones de violencia simbólica e institucional, en tanto se despliegan dentro de un orden que desestima la voz y la experiencia de las mujeres, especialmente de aquellas que ocupan posiciones sociales subalternizadas. Tal como señala Castrillo (2019), cuando el saber médico opera sin una reflexión crítica sobre sus implicancias sociales y de género, corre el riesgo de invisibilizar sus propios dispositivos de dominación y de reproducir un modelo de atención que impone normas universales, sin atender a las diferencias culturales, sociales y subjetivas de las mujeres que transitan el EPP.

Cuando se invoca el riesgo, se produce una suspensión de los derechos.

Otro eje que emergió con particular fuerza en el trabajo de campo fue el del riesgo obstétrico, entendido no solo como una categoría clínica, sino como un operador simbólico que legitima intervenciones. En las entrevistas, el riesgo fetal aparece investido de un carácter normativo, en tanto funciona como argumento privilegiado para justificar prácticas realizadas sin consentimiento o con escasa participación de las embarazadas. En este sentido, el riesgo no se limita a describir una condición médica, sino que ordena la escena asistencial, delimita jerarquías y clausura la posibilidad de deliberación compartida.

En los relatos de profesionales de la medicina, esta lógica se expresa con claridad:

“Donde corre riesgo la vida del bebé, la señora no puede hacerse cargo de si quiere o no un fórceps” (Médico obstetra)

“Si es una decisión que lesiona un sufrimiento fetal, tendría una acción más directa”
(Medica obstetra)

Estas expresiones muestran cómo la apelación al riesgo fetal opera como fundamento incuestionable de la intervención, desplazando la voluntad de la mujer y reduciendo su lugar a la aceptación pasiva de una decisión ya tomada.

Desde una posición diferente dentro del equipo de salud, una licenciada en enfermería aportaba una lectura que visibiliza el efecto subjetivo de este discurso:

“A vos te dicen corre riesgo la vida de tu bebé, ¿qué vas a decir? Bueno, sí, por favor doctor, lo que usted diga. Y cuando yo tengo la lista de los quirófanos que están, él tiene una cesárea atrás de otra programadas para desocuparse a tal hora”.

Esta narrativa permite advertir cómo el argumento del riesgo, además de producir miedo, puede articularse con lógicas organizativas e institucionales que exceden la urgencia clínica.

El miedo al riesgo se configura, así como un principio organizador de las prácticas, contribuyendo a naturalizar intervenciones que, en otros contextos, podrían haberse evitado. En esta línea, Vivas (2022) señala que el miedo puede adquirir un carácter patológico e incapacitante, configurando lo que se conoce como tocofobia o parturifobia. Esta forma extrema de temor no solo lleva a postergar la decisión de embarazarse, sino que, una vez producido el embarazo, puede orientar la elección hacia cesáreas, especialmente cesáreas programadas, vividas como dispositivos de mayor control y seguridad.

Las propias narrativas profesionales dan cuenta de este clima de temor generalizado. De esta manera lo expresaban:

“El parto se puede complicar y la paciente se muere en cualquier período del trabajo de parto o del puerperio. Cualquier médico que no es obstetra tiene terror a la atención de las embarazadas porque se puede complicar, por eso tanto miedo a los partos”(Médica obstetra).

“Porque la madre, por un tema de esnobismo o lo que sea, quiere tener a su hijo como sea, se dan muchos casos donde el bebé se ha complicado por no tener una atención inmediata y ha quedado con daño cerebral cuando podría haber sido un bebé sano”
(Médica Neonatóloga)

Estas afirmaciones refuerzan la centralidad del riesgo como horizonte interpretativo dominante.

En las narrativas analizadas se identificó que el incremento de las cesáreas responde a múltiples factores que exceden ampliamente los criterios clínicos y se inscriben en lógicas culturales, institucionales y profesionales propias del modelo de la biomedicina hegemónica. Entre las causas señaladas se destacan el temor de algunas mujeres al parto vaginal, la comodidad asociada a la posibilidad de programar el nacimiento y la creciente naturalización de la cesárea, que deja de ser un recurso excepcional para convertirse, en la percepción de muchas mujeres, en una opción más para parir.

Lo que emerge de los relatos es una doble dirección del proceso de medicalización. Por un lado, la anticipación institucional del riesgo transforma el parto en un evento clínico, legitimando intervenciones preventivas aun en ausencia de indicaciones estrictas. Por otro lado, ese modelo se internaliza en las propias mujeres, quienes, en un contexto donde la cesárea se presenta como segura, disponible y controlable, la adoptan como una elección legítima. Así, lo relataban:

“Mire doctor, no puedo, hágame una cesárea porque no puedo tener un parto normal” (Médico obstetra)

“Las personas gestantes vienen con ideas preestablecidas: ‘si mi mamá tuvo una cesárea, yo voy a tener una cesárea’ (médica obstetra)

“Vos si le das a elegir acá, la mitad de las pacientes quieren cesárea. ¿Por qué? Porque no entienden lo que les está pasando. Viene la familia y te dice ‘la estás haciendo sufrir’. El parto es así, un trabajo de parto te lleva 12 o 15 horas, pero vos no podés facilitarle eso haciendo una cesárea, estás yendo en contra de la salud” (licenciada en obstetricia)

Este último fragmento muestra la tensión entre el saber profesional, el sufrimiento percibido y la presión del entorno familiar.

Integrar estas narrativas con la clínica permite comprender que el temor al parto y la preferencia por intervenciones como la cesárea no pueden leerse únicamente como decisiones individuales ni como simples efectos de información insuficiente. Desde una perspectiva clínica que concibe el embarazo y el parto como procesos atravesados por la historia subjetiva y por las condiciones simbólicas de inscripción del cuerpo, el miedo, la evitación y la elección de intervenciones adquieren una complejidad mayor.

Siguiendo los aportes de Alejandra Lo Russo y Graciela Reid, (2025) es posible pensar que los procesos vinculados al EPP pueden comprenderse dentro de la lógica de situaciones que reactivan zonas de vulnerabilidad psíquica. Lo disruptivo, entendido como aquello que irrumpe, desborda y desorganiza, permite suponer que las transformaciones corporales, lo desconocido y la exposición reiterada a discursos médicos centrados en el riesgo operan como factores que activan ansiedades primitivas y tensionan la capacidad de elaboración subjetiva.

Desde esta perspectiva, la anticipación del riesgo y la sobremedicalización institucional funcionan como operadores simbólicos que producen significaciones, organizan sentidos y modelan la vivencia emocional del embarazo y del parto. Aquello que el sistema de salud define como “seguro” o “peligroso” no solo orienta prácticas, sino que estructura la experiencia misma de las mujeres, condicionando sus decisiones y sus posibilidades de apropiación subjetiva del proceso reproductivo.

Al articular estos aportes, se vuelve claro que la creciente elección de cesáreas no puede comprenderse sin considerar esta dinámica clínica: el sistema instituye el parto vaginal como riesgoso; la mujer internaliza esa representación en un cuerpo ya vulnerable; el miedo se refuerza y la intervención aparece como alivio, promesa de control o vía de evitación de una escena vivida, consciente o inconscientemente, como amenazante. En este sentido, la decisión por una cesárea puede leerse como una respuesta subjetiva frente a un modelo que ofrece escasa contención y exceso de técnica, mostrando que la medicalización no solo organiza prácticas, sino también emociones, significaciones y modos de habitar el cuerpo en el proceso de EPP.

Resistencias profesionales al derecho a decidir

En las narrativas profesionales emerge con claridad una persistente transgresión a la Ley Nacional 26.130, que desde el año 2006 garantiza el derecho de toda persona mayor de 18 años a acceder a prácticas de anticoncepción quirúrgica, como la ligadura tubaria, sin requerir autorización de terceros. A pesar de su vigencia normativa, el trabajo de campo evidencia que dicho derecho continúa siendo obstaculizado, particularmente en el ámbito de los hospitales públicos.

Las entrevistadas señalan que, cuando una mujer expresa el deseo de acceder a una ligadura tubaria en el contexto de una cesárea, esa demanda suele quedar sin respuesta. Así lo expresan con claridad al señalar que:

“la persona que te está pidiendo ‘haceme una cesárea porque me quiero ligar’, eso es también un gran tema, porque no se llega a cubrir la demanda de deseos de ligaduras tubarias; vas a un privado y ponés la plata y te hacen lo que quieras” (Licenciada en obstetricia).

“en los hospitales públicos las cesáreas se realizan según criterios médicos, las parturientas no tienen elección. En el caso de desear una cesárea, no es posible cubrir esta demanda para acceder a la esterilización tubárica. Vas a un privado y ponés la plata y te hacen lo que quieras. Y vas a un hospital y no es así” (Licenciada en enfermería)

Estos relatos ponen de manifiesto una brecha significativa entre el reconocimiento formal del derecho y su ejercicio efectivo. Tal como señala Castrillo (2019), existen profesionales que, por convicciones personales, posicionamientos ideológicos o lecturas restrictivas de la normativa, niegan o dilatan el acceso a la anticoncepción quirúrgica en el sistema público, mientras que el mismo procedimiento se realiza sin objeciones en el ámbito privado. Este doble estándar no solo interpela la ética profesional, sino que reproduce una lógica de desigualdad estructural, en la que el acceso a los derechos sexuales y reproductivos y/o derechos de la salud (López S. 2015) queda condicionado por la capacidad económica y el tipo de institución en la que se atiende la mujer.

Desde esta perspectiva, la negación o postergación de la ligadura tubaria en hospitales públicos constituye una forma de transgresión institucionalizada que se inscribe dentro de las violencias obstétricas más solapadas. No se trata de hechos aislados, sino de prácticas reiteradas que expresan resistencias persistentes a reconocer la autonomía reproductiva de las mujeres. Como advierten Spinelli (2010) y Vivas (2022), estas resistencias impactan con mayor fuerza sobre las mujeres de sectores populares, cuyas decisiones sobre su propio cuerpo continúan siendo puestas en duda, negociadas o directamente desautorizadas dentro del sistema de salud.

En este sentido, la implementación desigual de la Ley 26.130 no solo vulnera derechos consagrados, sino que reafirma relaciones de poder asimétricas entre profesionales e usuarias, donde el derecho a decidir se transforma, en la práctica, en un privilegio disponible solo para algunas.

Clínica ampliada y disputas de saber

En las narrativas profesionales se observa que las licenciadas en obstetricia, tanto en el sistema público como en el privado, trabajan de manera articulada con las y los médicos obstetras; sin embargo, es el saber médico el que detenta la primacía en la toma de decisiones dentro de la sala de partos. Este ordenamiento jerárquico coincide con lo señalado por Lois (2018), quien describe cómo la distancia calculada, la exclusión y la asimetría en el intercambio de información sostienen el ejercicio de la autoridad y el dominio de la situación por parte de la biomedicina. Así lo expresaba una profesional:

“Ni hablemos de deprimir el periné...la mujer sufre, sufre porque puja, puja, puja (...) me decía ‘vos la ayudas deprimiéndole el periné’, deprimirle así la vagina mientras está pasando una cabeza o intentando salir una cabeza por ahí. Yo no veo cómo la estoy ayudando así a una mujer, pero bueno, para mi ayudarla es no tocarla, dejarla, que el proceso sea fisiológico y que ella empuje y que ese bebé nazca cuando quiera” (Licenciada en obstetricia).

Una médica pediatra describía la división de tareas señalando que las licenciadas en obstetricia suelen estar más conectadas con las pacientes, a cargo de los embarazos de bajo riesgo, las charlas, el monitoreo y los partos de evolución favorable, mientras que profesionales de la medicina intervienen principalmente ante situaciones complejas, diagnósticos o cesáreas, asociadas a la toma de decisiones consideradas más importantes. En atención a lo antedicho, una Licenciada en obstetricia afirmaba:

“En mi hospital son muy hegemónicos y violentan bastante a las personas que llegan a parir, porque, aunque el protocolo dice que no hay que poner una vía de entrada, se la ponen a todas. Estamos todo el tiempo peleando para que se cumpla”.

En estos relatos se infiere que, si bien las obstétricas realizan el seguimiento prenatal y los partos normales, su práctica en la sala de partos se encuentra supervisada por el saber de la medicina, lo que limita la posibilidad de realizar intervenciones de mayor complejidad. Así, los saberes que pueden adquirir y ejercer las Licenciadas/os en obstetricia aparecen cuidadosamente delimitados por la biomedicina hegemónica.

Esta ruta donde se despliega la salud obstétrica reproduce lo que Lois (2018) describe como una posición vigilante y expectante asignada a las parteras, quienes permanecen junto a la parturienta durante largas horas, liberando al médico de esa presencia constante, pero sin desplazar su rol de coordinador. En palabras de una médica:

“las licenciadas en obstetricia hacen todo lo que es control y parto normal, pero no pueden realizar intervenciones, mientras que los médicos están para el procedimiento y para definir si una intervención será quirúrgica o no”

Al explorar otras diferencias en la división de tareas, las narrativas dan cuenta de la biomedicina hegemónica de atención del parto, cuya fuerza radica en su constitución como único saber experto legítimo (Blázquez Rodríguez, 2009). Algunas/os profesionales señalan que este modelo podría ser menos intervencionista y contemplar más los deseos de las mujeres, aunque reconocen que el propio sistema de salud lo refuerza. Otras médicas describen escenarios donde incluso se prescinde de la figura de la obstétrica cuando la mujer solicita una cesárea, mientras que en los partos normales el eje del cuidado recae principalmente en la licenciada en obstetricia. Así, lo expresaban:

“hay médicos que trabajan sin parteras, porque “está la paciente” que desea una cesárea y operan directo” (Médica obstetra)

“dónde está la obstétrica pero siempre con la supervisión de algún médico que está por detrás, hay una presión sobre la obstétrica que por ahí quiere hacer... Y las experiencias más placenteras donde verdaderamente yo vi un acompañamiento de mujer a mujer, fue donde la obstétrica se pudo manejar digamos de acuerdo a lo que esa mujer que estaba pariendo necesitaba” (Licenciado en enfermería)

En las narrativas del personal de enfermería se reconoce la vigencia del predominio biomédico en las instituciones, aunque también se distinguen diferencias entre aquellas que conciben el parto como una patología y otras más permeables a una lógica de cuidado centrada en la capacidad de las mujeres para parir. Un enfermero señalaba que las experiencias más satisfactorias se producen cuando la obstétrica puede acompañar el proceso de acuerdo con las necesidades de la mujer, y el médico interviene solo ante una complicación, evitando patologizar situaciones fisiológicas. En la misma línea, otra enfermera enfatizaba que en los partos espontáneos no es indispensable la presencia médica constante, siempre que exista un acompañamiento sostenido y una relación de confianza que habilite la comunicación.

Desde el cuidado de enfermería, las narrativas destacan la importancia de crear un clima de seguridad y armonía, reconociendo que durante el parto confluyen influencias culturales, familiares e institucionales que impactan en la evolución del proceso. Se señala la relevancia del acompañamiento, tanto de personas significativas como del equipo de salud, y se reconoce que situaciones como la pandemia interrumpieron

prácticas que favorecían la presencia familiar. Asimismo, se cuestiona que el acompañamiento prenatal quede reducido al control biológico, dejando relegadas las dimensiones emocionales y sociales de las mujeres. De este modo lo narraban:

“la pandemia nos vino a complicar un montón, en el hospital tenemos un curso de preparación para la maternidad(...).en estos dos años de atención en la salita recién el otro día tuve una paciente que me preguntó qué herramientas le podía dar ¿no?, como buscando un curso”(Médica obstetra)

“si no tenés COVID, no te atendemos. sucedían un montón de otras situaciones que ameritaban atención porque se profundizaron, como el tema de la violencia de género. Todo lo que es control de embarazo se siguió.” (médica generalista)

En este punto, las narrativas profesionales reconocen que las mujeres no viven el embarazo de manera aislada, sino atravesadas por condiciones socioeconómicas, emocionales y ambientales que inciden en el desarrollo del feto. En términos generales, aparece una valoración del acompañamiento, la escucha y la aclaración de dudas como ejes del cuidado, junto con la necesidad de fortalecer el protagonismo de las mujeres y su capacidad de decisión. Algunas médicas señalan la importancia de explicar los procedimientos en un lenguaje accesible, reconociendo que muchas mujeres desconocen las razones de intervenciones previas, como una cesárea. Otras destacan que la obstétrica suele contar con mayor paciencia y disposición para el acompañamiento sostenido. Así, lo señalaban:

“durante el embarazo, me parece que lo importante es acompañar, despejar dudas, explicar, y tratar de explicar en un lenguaje sencillo lo que pasa y cuando surge algo, explicarlo de la forma que se entienda. “¿porque te hicieron la cesárea?” (Médica obstetra)

““la obstétrica está preparada para tener más paciencia, ya viene con una cuestión que tiene más paciencia que por ahí los médicos. (médica obstetra)

No obstante, en las definiciones sobre los roles profesionales emerge con claridad una puja de poder que atraviesa las prácticas de cuidado. La biomedicina hegemónica tiende a subordinar o excluir otros saberes, configurando jerarquías basadas en el título médico. Desde la enfermería se señala que esta lógica se reproduce desde la formación, sosteniendo la idea de que el médico es el “dueño” del hospital o del sistema, mientras que algunas médicas reconocen que el título posiciona diferencialmente a quienes integran el equipo, aun cuando no siempre se fundamenta en la experiencia concreta. En contraste, también aparece el reconocimiento de que

existen licenciadas en obstetricia con mayor experiencia que médicas recientemente formadas.

“si eso no se modifica desde la formación, los médicos van a seguir creyéndose, que son los dueños del hospital “(Licenciada en enfermería)

“hay licenciadas en obstetricia que tienen muchísima más experiencia que una médica que se acaba de recibir de ginecología” (médica obstetra)

El campo de la obstetricia se presenta, así como un espacio atravesado por disputas políticas y simbólicas, donde los discursos y prácticas compiten por legitimarse como saber experto. Tal como plantea Bourdieu (1986), el campo médico-científico no es homogéneo, sino que se encuentra atravesado por relaciones de poder que forman parte de su constitución. En este marco, las narrativas dan cuenta de una valoración social desproporcionada del rol médico, visibilizada en los medios de comunicación, en detrimento de otros profesionales que sostienen el cuidado cotidiano, como la enfermería. Una Licenciada en enfermería decía:

“Vos pones un programa, un noticiero, y le están agradeciendo a los médicos, después, y resulta que el médico entra dos veces al día y si puede no entra a verlo, el que esta exponiéndose es el enfermero”

Estas tensiones impactan en los modos de atención a las mujeres y pueden funcionar como un efecto boomerang, incrementando el riesgo de maltrato durante el embarazo, el parto o el puerperio. Las relaciones de poder, atravesadas por el género y los saberes profesionales, entran en conflicto en la disputa por el control del proceso asistencial. Desde esta perspectiva, algunas narrativas advierten que la falta de reconocimiento profesional incide en los modos de comunicación y en el vínculo con las mujeres, quienes se encuentran en una situación de especial vulnerabilidad. La violencia hacia las mujeres aparece, así como un problema social que también se reproduce en las instituciones de salud. Así, lo narraban:

" tiene un impacto sobre el que tiene que atender al otro, hay una cuestión, vos no me reconoces, nadie me reconoce", "nadie entiende lo que soy, nadie sabe lo que estudié, nadie, no le importo a la gente, no le importo al otro, y en definitiva tampoco a vos que te estoy por atender". (Lic. en enfermería)

“La violencia hacia las mujeres es un problema digamos de nuestra sociedad y se repite tanto en el domicilio, en la calle, pero también en la institución” (Licenciado en enfermería)

Las narrativas profesionales permiten comprender que la atención del EPP no puede reducirse a la gestión técnica de un proceso fisiológico. La ampliación de la clínica implica desplazar el eje desde la patología hacia el sujeto, incorporar las dimensiones subjetivas, vinculares, institucionales y comunitarias, y reconocer que la salud se construye colectivamente, atravesada por relaciones de poder, saberes y prácticas (De la Sovera, 2019; Lo Russo, Reid, 2025). Este marco resulta especialmente pertinente para analizar las tensiones observadas entre jerarquías profesionales, modelos de atención de la biomedicina hegemónicas y prácticas de cuidado, tal como emergen en los relatos del campo de atención de la salud obstétrica.

Conclusiones finales

El análisis desarrollado a lo largo de este trabajo permite afirmar que el TEPP continúan siendo abordados, en gran parte de las prácticas institucionales, desde un modelo biomédico que privilegia la dimensión fisiológica y técnica del proceso reproductivo, aun cuando las narrativas profesionales recabadas dan cuenta de su carácter profundamente subjetivo, relacional, social y político. Esta tensión atraviesa de manera persistente los distintos niveles del sistema de salud y se expresa tanto en los discursos como en las prácticas cotidianas de los equipos de salud obstétricos.

Uno de los principales hallazgos de la investigación radica en la identificación de una brecha sostenida entre el reconocimiento formal del marco normativo en salud sexual y reproductiva y su efectiva implementación en la atención del EPP. Si bien las/os profesionales refieren conocer y, en términos generales, adherir a las leyes vigentes, como la Ley de Parto Respetado o la Ley de Anticoncepción Quirúrgica, el trabajo de campo evidencia resistencias, reinterpretaciones restrictivas y prácticas que, de manera inadvertida o explícita, continúan limitando la autonomía de las mujeres. Estas transgresiones no se presentan como hechos aislados, sino como expresiones de lógicas institucionales arraigadas que reproducen desigualdades de género y jerarquías profesionales.

En este sentido, el análisis de los discursos permitió visibilizar cómo categorías clínicas como el riesgo obstétrico operan no solo como herramientas técnicas, sino como verdaderos operadores simbólicos que legitiman intervenciones, silencian la palabra de las mujeres y reorganizan la escena del parto bajo lógicas de control y anticipación. El miedo al riesgo (fetal o materno) emerge como un principio organizador de las prácticas, favoreciendo procesos de medicalización y la naturalización de intervenciones como la cesárea, que dejan de ser excepcionales para convertirse en

opciones habituales, socialmente legitimadas y subjetivamente internalizadas por las mujeres.

Otro aporte relevante del trabajo reside en la visibilización de las tensiones intraequipo y de las voces contrahegemónicas que emergen dentro del propio campo obstétrico. Estas voces, muchas veces provenientes de licenciadas en obstetricia y profesionales de enfermería, permiten dar cuenta de prácticas de cuidado más centradas en la escucha, el acompañamiento y el reconocimiento de las mujeres como protagonistas del proceso. En la investigación, estas narrativas se constituyen en un dispositivo analítico clave que posibilitó identificar situaciones de maltrato, destrato y violencia obstétrica que tienden a naturalizarse en la dinámica institucional.

Desde este entramado, la clínica ampliada se consolida como un marco teórico/práctico especialmente fecundo para pensar el EPP. No se trata únicamente de ampliar variables de análisis, sino de desplazar el eje desde la patología hacia el sujeto, incorporando las condiciones históricas, simbólicas, institucionales y comunitarias en las que el cuerpo de las mujeres se inscribe. La investigación muestra que toda intervención obstétrica produce consecuencias subjetivas y que desconocer esta dimensión contribuye a profundizar el sufrimiento psíquico y la deshumanización de la experiencia reproductiva.

También, este trabajo aporta evidencia empírica y conceptual para sostener que transformar la atención del EPP no depende exclusivamente de la existencia de marcos normativos o de cambios técnicos en los procedimientos, si bien esto es importante, se necesita una revisión crítica de los imaginarios profesionales, de las relaciones de poder que estructuran el campo obstétrico y de los modos en que se concibe el cuerpo y la palabra de las mujeres. Pensar el TEPP desde una clínica ampliada implica, en última instancia, asumir una posición ética y política que habilite prácticas de cuidado más justas, sensibles y respetuosas de los derechos y las experiencias de quienes gestan. Porque, finalmente, lo que está en juego no es solo cómo nacen los hijos/os, sino también cómo nacen o renacen las mujeres en el TEPP.

Bibliografía

- Alkolombre, P (2011) Travesías del cuerpo femenino. Un recorrido psicoanalítico en torno a temas de ginecología y obstetricia. Letra Viva
- Belintxon, M. & López-Dicastillo, O. (2014). Los retos de la promoción de la salud en una sociedad multicultural: Revisión narrativa de la literatura. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 37(3), 401–409.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000300009>
- Blázquez Rodríguez, M. (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: El caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili].
- Bourdieu, P. (1986) “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo”. En *Materiales de Sociología Crítica*. Ed. La Piqueta. Madrid, 1986.
- Castrillo, B. (2019). *Hacer partos y parir: Hacia una sociología de la atención médica de embarazos y partos. Experiencias de mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud de La Plata* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de La Plata]. *Memoria Académica UNLP*.
<http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=tesis&d=Jte1793>
- De la Sovera, S (2019) Clínica ampliada, quebrando aislamientos.
<https://www.topia.com.ar/articulos/clinica-ampliada-quebrando-aislamientos>
- Lo Russo A. y Reid, G (2025) Políticas de Eros. Sexualidades y Géneros en la escena analítica. Letra Viva. Buenos Aires.
- Lois, I. P. (2018). *Medicina y maternidad: Parir y nacer en la Buenos Aires de inicios del siglo XX* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de San Martín].
https://ri.unsam.edu.ar/bitstream/123456789/770/1/TDOC_IDAES_2018_LIP.pdf
- López, S. (2015). ¿De qué derechos hablamos cuando hablamos del derecho a la salud? Aportes desde la medicina social/salud colectiva. En XI Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
<https://www.aacademica.org/000-061/23>

- Menéndez, E. (2003). Modelo de atención de los padecimientos. De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185–207. https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014
- OMS (2022) Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. (ISBN: 978 92 75 32681 7) Recuperado de https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045989?utm_source=chatgpt.com
- Rosemberg, P. (2023). Una mujer que puede tener un parto respetado es absolutamente poderosa. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba. <https://ffyh.unc.edu.ar/alfilo/una-mujer-que-puede-tener-un-parto-respetado-es-absolutamente-poderosa/>
- Solis, M (2025) Percepciones y valoraciones profesionales sobre el entrelazamiento/vínculo entre los procesos biológicos del embarazo, parto y puerperio (EPP) y las dinámicas de desigualdad de clase y género. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. Prevención y promoción de la salud. <http://jimemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2025>
- Solis, M (2024) Las máscaras del puerperio y la salud mental de las mujeres. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina. *Psicología de la salud y Epidemiología*. <http://jimemorias.psi.uba.ar/index.aspx?anio=2024>
- Souza Minayo, M. (2009). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Ciudad autónoma de Buenos Aires: Lugar editorial.
- Spinelli, H. (2010a). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva*, 6(3), 275–293. <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2010.v6n3/275-293>
- Tajer, D. (2021). Género, salud mental y derechos humanos. En Herrera, M., Fernández, S. E., & De La Torre, N. (Dir.). *Tratado de géneros, derechos y justicia: Políticas públicas y multidisciplinaria* (pp. 585–599) Buenos Aires: Editorial Rubinzal.
- Videla, M. (2008). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Koyatun Editorial.

Vivas, E. (2022). *Mamá desobediente. Una mirada feminista a la maternidad*. Buenos Aires: Editorial Godot.