

## SALUD MATERNA EN ARGENTINA: UN ANÁLISIS DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS DESDE LOS APORTES DE LA ETNOGRAFÍA INSTITUCIONAL.

MATERNAL HEALTH SERVICES IN ARGENTINA: AN ANALYSIS INFORMED BY INSTITUTIONAL ETHNOGRAPHY.

Sabrina S. Yañez<sup>1</sup>

### ABSTRACT

*This article seeks to contribute to the debate around women's comprehensive health, more specifically their sexual and reproductive health. An analysis of definitions as maternal health produced by healthcare institutions through their policies and practices was conducted. Using the conceptual and methodological tools of institutional ethnography proposed by Dorothy Smith, the analysis aims in demonstrating that public health institutions offer "maternal health" services which are organized around priorities and rationalities external to women's experiences related pregnancy, labor and postpartum. Deep disjunctions are revealed between the institutional organization of time, space and hierarchies, from one side, and women's needs for comprehensive care.*

**KEY WORDS:** maternal health, institutional ethnography, women's embodied experiences.

### RESUMEN

*Este trabajo apunta a promover la reflexión sobre la salud integral de las mujeres, y más específicamente su salud sexual y reproductiva, a través de un análisis que toma en cuenta lo que las instituciones sanitarias definen como salud materna en sus políticas y sus prácticas. A través de las herramientas de la etnografía institucional propuesta por Dorothy Smith, se procura demostrar que las instituciones sanitarias públicas ofrecen servicios organizados en torno a lógicas y prioridades externas a las experiencias de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas. Se revelan profundas disyunciones entre la manera en que están organizados los tiempos, espacios y jerarquías institucionales, por un lado, y las necesidades de atención integral de las mujeres, que quedan excluidas de los servicios.*

**PALABRAS CLAVE:** salud materna, etnografía institucional, experiencias corporizadas de mujeres.

*El problema con el dolor de la mujer no es el dolor que siente, sino que el dolor es incoherente, caótico, arbitrario ¿Cómo puede ser esto posible? Bien, sólo puede ser posible en un mundo de trozos de papel, donde las personas están hechas para desaparecer en el texto, donde no las podemos encontrar, donde su dolor deja de ser un dolor real para nosotras y, en consecuencia, no lo podemos compartir. Pero sí podríamos enfrentarlo llamando a nuestras respuestas para con el dolor, si viéramos que existe un individuo real, una persona verdadera, un ser vivo que se comunica a través del texto en lugar de estar oculto por él. [...] Su contenido no aparecería como anacrónico y falto de sentido si viéramos que el dolor es verdadero y no un problema cognoscitivo. La cuestión no radica en hacer significativo el dolor: Es el arcano, viejo y persistente problema del dolor: duele. El pensar que no existe no hará que cese.<sup>1</sup>*

Recibido: Diciembre; 2016

Aprobado: Mayo; 2017

<sup>1</sup>Doctora en Antropología. Becaria Postdoctoral en el Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) - CCT CONICET Mendoza - Argentina.

Correspondencia: syanez@mendoza-conicet.gob.ar

### INTRODUCCIÓN

Este trabajo apunta a realizar un análisis de las políticas de salud materna en Argentina, a través de una mirada de la organización de los servicios, programas y prácticas cotidianas de las instituciones sanitarias del sistema público. Las consideraciones presentadas en este trabajo forman parte de una indagación de mayor profundidad.<sup>1</sup> A través de las herramientas de la etnografía institucional, se analizará el modo en que los servicios que ofrecen las instituciones sanitarias se encuentran organizados en torno a prioridades externas

<sup>1</sup> Por una parte, los datos provienen de la investigación tendiente a la escritura de mi tesis doctoral, defendida en 2016 en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires, en el marco del Doctorado en Antropología. El proyecto colectivo en el que se enmarca se denomina "Políticas de protección social y salud y trabajo de cuidados. Las relaciones entre la intervención estatal y las experiencias de las mujeres desde una perspectiva crítica de género, en Mendoza a partir de 2009" dirigido por la Dra. Claudia Anzorena y la Dra. Patricia Schwarz.

-extralocales y dominantes- a las experiencias y necesidades de las mujeres embarazadas, parturientas y puérperas.

La etnografía institucional (EI), propuesta por la socióloga canadiense Dorothy Smith, es un acercamiento metodológico que tiene dos objetivos principales: por un lado, apunta a producir mapeos de las tramas del poder en los complejos institucionales que dan forma a las experiencias de las personas para que éstas puedan tener un mayor margen de maniobra y decisión; por otro lado, procura construir conocimientos y métodos para descubrir las instituciones y las relaciones de poder de la sociedad occidental contemporánea, explorando los procesos que tienen un poder "generalizador" sobre los escenarios locales/particulares.<sup>2</sup> La EI sostiene que no existe "una conexión directa y 'natural' entre lo que 'se dice institucionalmente', lo que se 'experimenta en la cotidianidad', y lo escrito en los documentos que 'constituyen los expedientes'"<sup>3</sup> al interior de los escenarios institucionales. Es por ello que la EI comienza con las experiencias de los sujetos activos que toman decisiones en la cotidianidad, puesto que tienden a desaparecer de los discursos institucionales.<sup>3</sup> La meta analítica de la etnografía institucional es hacer visible las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual.

En general, el trabajo de campo en la etnografía institucional incluye dos etapas: una primera, que implica un acercamiento a las experiencias de los/as informantes de punto de vista, un grupo de personas constituido como tal debido a sus relaciones específicas con alguna institución; y una posterior que retoma las preguntas generadas en el análisis de la primera y las investiga a través de entrevistas con funcionarios institucionales, observación de procesos de trabajo institucional o indagación de textos institucionales claves. Cabe aclarar que estas etapas no son lineales, sino que se puede ir y venir de una a otra varias veces o enfocarse en alguna de las dos.<sup>4</sup> En el caso de mi investigación, el análisis realizado está sustentado en un trabajo de campo que incluyó entrevistas con mujeres que han transitado sus embarazos, partos-abortos y puerperios en los servicios de salud pública de la provincia de Mendoza, Argentina, entre 2001 y 2013, entrevistas con profesionales de la salud que se desempeñan en dichos servicios y observaciones al interior de hospitales y centros de salud.

La institucionalización es el proceso por el cual las experiencias singulares -con todas sus contradicciones, diferencias, desigualdades y especificidades- se traducen en versiones asimilables y estandarizables para el funcionamiento de una institución. Aquí, el concepto de institución hace referencia a "un complejo de relaciones que forman parte del aparato de dominación, organizado en torno a una función distintiva -la educación, los servicios de salud, la ley, entre otras".<sup>5</sup> Según Dorothy Smith, estos procesos de institucionalización son centrales en la manera en que el poder está organizado en las sociedades capitalistas actuales. Al estudiar el sistema de salud como institución, éste se presenta como un "nexo coordinado de procesos de trabajo y de acción que se producen en sitios tan diversos como hospitales, hogares, consultorios médicos, centros de salud, escuelas primarias, lugares de trabajo, farmacias, empresas farmacéuticas, agencias de publicidad, ministerios y direcciones de gobierno, medios masivos y centros de formación en medicina y enfermería".<sup>6</sup> Varias de las etnografías institucionales más recientes se abocan a analizar los discursos y las prácticas institucionales de los servicios de salud, haciendo énfasis en el trabajo invisibilizado que llevan a cabo los/as usuarios/as -por ejemplo, aquellos viviendo con VIH, cuyas vidas se ven atravesadas por la interacción con los servicios de salud- y el personal de salud de menor rango -por ejemplo, el trabajo de contención emocional por parte de las enfermeras.<sup>7,8</sup> Estos trabajos sirven como inspiración para analizar las experiencias de las mujeres que transitan sus embarazos, partos y puerperios al interior de los servicios de salud pública en Mendoza.

### **La Organización institucional de los servicios de "salud materna".**

Las políticas de "salud materna", que aparecen subsumidas en la denominación "salud materno-infantil", han sido un reflejo de las tendencias generales de salud pública, al ser consideradas un área prioritaria que revela el estado de un sistema de salud. A fines de la década de 1980 se instaló a nivel mundial la preocupación por los elevados índices de morbilidad y mortalidad materna en los países del tercer mundo. El llamado de atención provino principalmente de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgo, adoptada en

†En otro trabajo de mi autoría se puede acceder a una descripción más detallada de los orígenes y la propuesta de la etnografía institucional.<sup>16</sup>

‡ En un artículo anterior, realicé un recorrido histórico sobre los procesos de institucionalización de las capacidades reproductivas y los saberes femeniles desde la transición al capitalismo hasta la construcción de los estados naciones.<sup>17</sup>

Nairobi en 1987, durante una consulta internacional de las agencias de las Naciones Unidas, los gobiernos, los donantes y varias Organizaciones No Gubernamentales (ONG); y del lanzamiento del Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres, el 28 de mayo de 1988, por parte de las participantes del V Encuentro Internacional Mujer y Salud, realizado en San José de Costa Rica.<sup>9</sup>

Desde entonces se han suscrito compromisos, se han creado observatorios y se han generado numerosos programas, a nivel internacional, regional, nacional y local, tendientes a reducir los índices de mortalidad materna.

Desde los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, se considera que la mortalidad materna es un evento trazador de las limitaciones de los servicios públicos de salud en cuanto a acceso y calidad, y es también considerado un problema para el desarrollo social ya que repercute en las condiciones sociales y económicas de las familias y las comunidades.<sup>9</sup>

Argentina se ha hecho eco de estas preocupaciones y ha asumido compromisos ante organismos internacionales en cuanto a la reducción de la mortalidad materna.\*\* Sin embargo, el descenso sostenido de la razón de mortalidad materna registrado entre 1980 y 1994 se detuvo desde entonces, e incluso experimentó incrementos en los tramos 1994-1996, 2000-2002, en 2006 y 2009.<sup>9,10</sup> Este estancamiento ha motivado numerosas iniciativas apuntadas a la reducción de la mortalidad materna -que generalmente aparece fusionada

---

La discusión sobre la denominación de "mortalidad materna" para abarcar muchas muertes producidas por abortos voluntarios ha sido dada por feministas, quienes han sostenido que llamar "muerte materna" a la defunción de una mujer que en realidad estaba tratando de evadir la maternidad, poniendo en riesgo su propia vida, es una contradicción que sirve a los intereses de una sociedad patriarcal que intenta negar a las mujeres su derecho a tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, en condiciones legales y seguras. Ya en 1996, en el libro "Aborto Hospitalizado, una cuestión de derechos reproductivos, un problema de salud pública", Susana Checa y Martha Rosenberg discutían la expresión mortalidad materna y proponían usar 'muerte de mujeres gestantes'.<sup>19</sup> Aunque el término no fue adoptado masivamente, actualmente es utilizado por muchos trabajos sobre el tema. Las políticas públicas analizadas en este artículo, sin embargo, mantienen la denominación "mortalidad materna", y por lo tanto es el término que usaremos para analizarlas.

\*\*Principalmente la Conferencia de Cairo de Población y Desarrollo (1994) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio suscritos en el 2000, cuando la Argentina se comprometió a reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015 y en 10% la desigualdad entre provincias.<sup>17</sup>

a la reducción de la mortalidad infantil. Ante la crisis de 2001, la emergencia sanitaria incluyó entre sus poblaciones más vulnerables a las mujeres en edad fértil y los/las niños/as, por lo cual el decreto que efectuó la primera prórroga de la emergencia sanitaria (en diciembre de 2002) creó un Seguro Materno-Infantil para otorgar cobertura médico-asistencial a las mujeres embarazadas, las mujeres en edad fértil (en lo referido a la salud sexual y reproductiva exclusivamente) y a los/as niños/as de hasta cinco años de edad. De esa preocupación surgirían posteriormente el Plan Nacer y otras iniciativas, como la inclusión de metas de disminución de la mortalidad materna en el Plan Federal de Salud 2004-2007.<sup>11</sup>

A pesar de la constante creación de programas y políticas apuntados a brindar servicios de salud materno-infantil, de continuar el ritmo de descenso observado hasta el presente, según las últimas estadísticas disponibles, la razón de mortalidad materna (RMM) para el año 2012 será de 42,6 por 100.000 nacidos vivos, es decir 3,3 veces superior a la meta y equivalente a una reducción de 18% en lugar del 75%.<sup>10</sup>

El análisis presentado en este artículo intenta dilucidar algunas de las razones por las cuales las mujeres siguen muriendo por causas relacionadas con el embarazo, el parto/aborto y el puerperio. Pero, principalmente, intenta dar cuenta de la problemática más amplia del acceso y la calidad de los servicios obstétricos existentes en el ámbito de la salud pública. El foco está puesto en la organización de los tiempos, los espacios y las jerarquías institucionales como núcleos problemáticos que generan servicios que adolecen de fragmentariedad y falta de integralidad. Los efectos de estas falencias se evidencian en la incapacidad de dar respuestas a las necesidades singulares y complejas de las mujeres que acuden a estos servicios.

### **Tiempos, espacios, jerarquías y textos en los servicios de salud materna**

Siguiendo los pasos propuestos por la etnografía institucional, me propuse rastrear las influencias "extralocales" en el manejo del tiempo en los servicios de salud materna, es decir, la organización en torno a lógicas y prioridades externas al escenario local y particular en el cual se insertan los centros sanitarios. El tiempo institucional, regulado por los textos, es cronológico, lineal, estandarizado, administrado bajo la lógica del ahorro y la eficiencia. Se realizan cálculos que establecen cuánto debe durar una consulta de embarazo, se utilizan herramientas estandarizadas como el partograma para decidir cuánto debe durar cada etapa

del trabajo de parto, se pone un tope de 42 días al puerperio, que solamente atiende a los cambios físicos pero no incorpora la dimensión socio-emocional. Esto incide enormemente en la calidad de la atención, produciendo un quiebre en la posibilidad de que cada mujer tome decisiones autónomas en base a su propia percepción corporizada de los tiempos de la gestación, el parto, el puerperio, y reciba el tipo de acompañamiento que necesita según su situación singular.

Los espacios institucionales también se hallan atravesados y organizados por prioridades que poco tienen que ver con las experiencias de las mujeres. Existe una fragmentación de servicios tanto a nivel territorial como al interior de cada efector. La estrategia de regionalización del cuidado perinatal aplicada actualmente en Argentina, que concentra los recursos en los centros de mayor complejidad, se apoya en cálculos de riesgo y traslada a las mujeres el trabajo de movilizarse hasta el nivel de atención que le corresponde según su carga de riesgo. Al interior de las instituciones, cada etapa del proceso reproductivo -y no reproductivo- transcurre en espacios diferenciados y jerarquizados. Todo lo que tenga que ver con garantizar la supervivencia del "producto de la gestación" -neonatología, banco de leche humana, internación por embarazo de alto riesgo- transcurre en espacios más controlados, cuidados, dignos de recursos e inversiones. Mientras tanto, la salud de las mujeres, especialmente en el puerperio, no encuentra anclaje institucional, ni en los textos, ni en los tiempos, ni en los espacios.

La producción y el sostenimiento de jerarquías entre los/as agentes de la salud también influyen en la institucionalización de los procesos reproductivos. Quienes ocupan los lugares más altos en la jerarquía - administradores/as y médicos/as - portan miradas más enraizadas en los discursos institucionales, mientras que quienes ocupan lugares marginales al interior de la institución son muchas veces quienes logran una mayor distancia crítica y pueden registrar los efectos nocivos de las regulaciones institucionales sobre las experiencias - las propias y las de las mujeres que atienden. Sin embargo, sus visiones pocas veces llegan a plasmarse en la formulación de políticas y programas.

En los últimos años, un complejo dispositivo textual ha pasado a regular los cursos de acción al interior de las instituciones sanitarias. †† Textos elaborados por expertos internacionales en base a estadísticas -y apuntando a obtener más estadísticas- operan en la vida cotidiana de las instituciones. Por decirlo a la manera de Dorothy Smith, los textos como registro de la realidad

institucional producen determinados cursos de acción e inhabilitan otros, regulan los procesos a través de los cuales se toman decisiones, se establecen prioridades y se disponen los recursos.

A través de la interpretación de algunos textos institucionales utilizados rutinariamente por el sistema de salud †† como tecnologías de administración, se pueden observar procesos de supervisión, reporte, contabilización y registro de aspectos particulares del trabajo y las vidas de las personas. No sólo regulan las acciones posibles para los/las profesionales de la salud sino que moldean las vidas de las mujeres a través de procesos de abstracción, fragmentación y estandarización que hacen posible "ingresarlas" en formatos administrables tales como los formularios que reemplazan a las tradicionales historias clínicas elaboradas "artesanalmente" por los/as profesionales de la salud. Estos nuevos textos estandarizados son fundamentales para la puesta en práctica de las políticas sociales que apuntan a las restricciones fiscales, la racionalización de recursos materiales y humanos, y como insumo para las políticas demográficas.

Al analizar los textos utilizados para "procesar" los cuerpos de las mujeres embarazadas, parturientas y púerperas emergen nexos entre asuntos aparentemente tan lejanos como las prioridades establecidas por los organismos internacionales de regulación y financiamiento, las políticas demográficas, la supervisión administrativa de las prácticas cotidianas de los/las agentes de las instituciones sanitarias, las categorías a través de las cuales se clasifica a las personas y la organización de la formación e investigación médicas.

---

†† En la etnografía institucional, los textos son entendidos como una asociación de palabras o imágenes con cierta forma material definida que tiene un carácter relativamente fijo y replicable, "porque es ese aspecto de los textos -que pueden ser almacenados, transferidos, copiados, producidos en masa y distribuidos ampliamente, permitiendo ser activados por los usuarios en diferentes momentos y lugares- lo que les permite cumplir un papel de estandarización y mediación".<sup>6</sup> Este poder de los textos, habilitado por las tecnologías de impresión, dio lugar históricamente a una organización de relaciones sociales independiente de lo local, del tiempo, el lugar y las personas.<sup>2</sup> La constancia del texto es esencial para el funcionamiento de las organizaciones y las instituciones, ya que permite estandarizar prácticas y significados a través del tiempo y de las ubicaciones territoriales. Ejemplos de textos utilizados en etnografías institucionales incluyen leyes, formularios, folletos, fotografías, estatutos, protocolos, planillas, encuestas, etc (no sólo impresos sino computarizados).

‡‡ Los textos analizados fueron la Historia Clínica Perinatal/Carné perinatal, el Partograma y la Encuesta del Programa Provincial de Determinación del Alto Riesgo Reproductivo e Infantil.

### **Los efectos de la fragmentación y jerarquización: lo que queda fuera de la atención.**

En el análisis de las visiones institucionales en contraposición a los relatos experienciales, existe una tensión constante entre las experiencias de las mujeres entendidas como un continuum -en el que se funden las condiciones materiales, afectivas, los procesos reproductivos, la sexualidad- y el efecto fragmentador que la institucionalización ha producido a través de la medicalización y de los dispositivos de control demográfico. La fragmentación se da en numerosos niveles: territorial, institucional, espacial, temporal, de las disciplinas médicas, según el riesgo percibido, entre el cuerpo y el contexto, de las partes del cuerpo, de los momentos del proceso reproductivo, entre sexualidad y reproducción. Luego de la fragmentación se produce una jerarquización de algunas partes o etapas por sobre otras. Para las mujeres, estas rupturas y jerarquías atentan contra la posibilidad de recibir cuidados adecuados durante los procesos relacionados con las capacidades reproductivas, incluyendo el aborto. Mientras las antiguas comadronas-sanadoras conocían, y muchas veces compartían, las condiciones de vida, familiares, culturales de las mujeres a quienes acompañaban y podían brindar una atención continua y acorde a sus necesidades, al interior de las instituciones actuales incluso los/as agentes más receptivos/as y empáticos/as están sujetos/as al seguimiento de procedimientos textuales, forzados/as a cumplir con limitaciones temporales y espaciales que los/as obligan a "procesar" a sus pacientes a través de operaciones fragmentan las experiencias, los cuerpos, las vidas. §§

La desatención del puerperio en los servicios de salud materna es una de las consecuencias de la fragmentación que emergió con mayor fuerza a partir de mi investigación doctoral. Hay una ausencia de servicios específicos para el puerperio en las políticas de "salud materna" recientes, aun cuando las estadísticas demuestran que la mortalidad materna durante el puerperio ha ocupado al menos un 19% en la estructura de causas en los últimos años.<sup>10,11</sup> El Plan Nacer/Programa Sumar, la principal política de salud materno-infantil de los últimos años solamente incluyó en su nomenclador las consultas de puerperio inmediato, pero no previó trazadoras para evaluar estas prestaciones ni incorporó prestaciones específicas para seguimiento de puerperio

"normal" y ni siquiera de "alto riesgo", como las existentes para embarazos y recién nacidos de alto riesgo. El trabajo de campo en Mendoza reveló la casi inexistencia de espacios y tiempos institucionales para la atención del puerperio y la condición degradada de los servicios existentes -falta de equipamiento, condiciones de internación sumamente precarias- incluyendo el tiempo dedicado a la formación médica para asistir a las mujeres durante este periodo. Los textos analizados también reflejaron esta falta de consideración del puerperio como momento digno de atención, al no permitir un registro de lo que sucede durante este periodo ni brindar herramientas para detectar y dar seguimiento a las complicaciones puerperales.

La salud mental y la salud sexual son otras dos áreas de la experiencia que debido a la fragmentación quedan por fuera de las políticas de "salud materna". Al no ser consideradas como causas de morbi-mortalidad materna, estos aspectos que forman parte de una concepción integral de la salud no aparecen como componentes del Plan Nacer/Programa Sumar ni existen servicios específicos que brinden atención y/o contención a las mujeres gestantes, en trabajo de parto o púerperas. Ni siquiera existen investigaciones en profundidad relacionadas con el impacto de los procesos reproductivos y de su atención sobre la salud sexual y la salud mental de las mujeres. Al no prestarse a cálculos de costo-efectividad, este tipo de interrogantes parece no tener cabida entre las prioridades de las políticas de "salud materna". Los textos analizados tampoco permiten registrar las condiciones de salud mental ni sexual de las mujeres embarazadas, parturientas y púerperas. La preocupación por la salud mental solo aparece en relación al riesgo de negligencia para con el embarazo o el/la recién nacido/a.

### **CONSIDERACIONES FINALES**

Las herramientas de la etnografía institucional permiten desnudar la no neutralidad de las políticas de salud. Lejos de la immaculada misión benefactora de las instituciones sanitarias, las prácticas cotidianas, situadas, mediadas textualmente, dan cuenta de la injerencia de prioridades extralocales en la organización de los tiempos, los espacios y las jerarquías entre agentes. La salud concebida como gasto más que como derecho, la preocupación por el mejoramiento de indicadores cuantitativos por sobre la evaluación de las necesidades reales de las usuarias, la fragmentación de la experiencia y la asignación diferencial de recursos para distintas etapas del proceso reproductivo... todos estos hallazgos dan cuenta de una profunda disyunción entre las visiones institucionales y las experiencias de

<sup>§§</sup>En una ponencia reciente, analizo en mayor profundidad el uso del verbo "procesar" para describir el trabajo que se realiza al interior de los servicios sanitarios para mujeres embarazadas, parturientas y púerperas.<sup>18</sup>

mujeres concretas en cuanto a lo que implica la "salud materna". Esta disyunción tiene consecuencias profundas para los cuerpos y las vidas de estas mujeres. Las definiciones de salud que apunten a garantizar el acceso, la integralidad y la continuidad en la atención

de los procesos (no) reproductivos y sexuales deben partir de una valoración comprometida de las experiencias de las mujeres y crítica de las lógicas extralocales cuyos fines son siempre ajenos, y muchas veces contrarios, a ellas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- 1) Smith D. El uso del lenguaje del opresor. In Smith D. El mundo silenciado de las mujeres. Santiago de Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación; 1986.
- 2) Smith D. Institutional Ethnography. A Sociology for People Toronto: Altamira Press; 2005.
- 3) Parada H, et al. Prácticas Institucionales en el Sistema de Protección de Niños, Niñas y Adolescentes: Etnografía Institucional. Santo Domingo: UNICEF; 2011.
- 4) McCoy L. Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience. In Smith D, editor. Institutional Ethnography as Practice. Lanham,: Rowman and Littlefield Publishers; 2006. p. 109-125.
- 5) Smith D. The Everyday World As Problematic. A Feminist Sociology Boston: Northeastern University Press; 1987.
- 6) De Vault M, Mc Coy L. Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations. In Carroll W, editor. Critical Strategies for Social Research. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc.; 2004. p. 191-219.
- 7) Mykhalovskiy E, McCoy L. Troubling ruling discourses of health: using institutional ethnography in community-based research. Critical Public Health. 2002; 12(1).
- 8) Rankin J, Campbell M. Institutional Ethnography (IE), Nursing Work and Hospital Reform: IE's Cautionary Analysis. Forum: Qualitative Social Research. 2009 Mayo; 10(2): p. 1-21.
- 9) Ramos S, otros. Para que cada muerte materna importe. CEDES, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación; 2004.
- 10) Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSS y R). La situación de la mortalidad materna en la Argentina y el Objetivo de Desarrollo del Milenio 5. Hoja Informativa Número 8. CEDES, CREP; 2013.
- 11) Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSS y R). La situación de la mortalidad materna en la Argentina. Hoja Informativa Número 1. Buenos Aires: CEDES, CREP & IIE/ANM; 2010.
- 12) Lazarus E. What do women want? Issues of choice, control and class in pregnancy and childbirth. Medical Anthropology Quarterly. 1994; 8(1): p. 25-46.
- 13) Mackinnon K. nLiving With the "Threat" of Preterm Labor: Women's Work of "Keeping the Baby In. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing. 2006; 97.
- 14) Martin E. The Woman in the Body: A Cultural Analysis of Reproduction Boston: Beacon Press; 2001.
- 15) Nari M. NARI Marcela, Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940 Buenos Aires: Editorial Biblos; 2004.
- 16) Yañez SS. Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social. Diálogos. 2011; 2(1): p. 111-126.
- 17) Yañez SS. De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad. Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. 2013;(37): p. 1-17.
- 18) Yañez SS. El procesamiento de los "cuerpos maternos" en la salud pública. Notas desde la etnografía institucional. In UNCuyo , editor. Actas de II Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo; 2016; Mendoza.
- 19) Checa S, Rosenberg M. Aborto Hospitalizado: una cuestión de derechos reproductivos, un problema de Salud Pública Buenos Aires: El Cielo; 1996.