

Parte I - Cultura e Consumo Alimentar

**Lactancia Materna, Red de Apoyo y la Penalización de
la Pobreza:
Reflexiones Etnográficas sobre una Opresión de
Género y Clase**

Ana Gretel Echazú Böschemeier
Lucrecia Raquel Greco

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

ECHAZÚ BÖSCHEMEIR, A. G., and GRECO, L. R. Lactancia Materna, Red de Apoyo y la Penalización de la Pobreza: Reflexiones Etnográficas sobre una Opresión de Género y Clase. In: CARVALHO, M. C. V. S., KRAEMER, F. B., FERREIRA, F. R., and PRADO, S. D., eds. *Comensalidades em trânsito* [online]. Salvador: EDUFBA, 2020, pp. 130-152. Sabor metrópole series, vol. 11. ISBN: 978-65-5630-177-8. <http://doi.org/10.7476/9786556301778.0007>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

LACTANCIA MATERNA, RED DE APOYO Y LA PENALIZACIÓN DE LA POBREZA

REFLEXIONES ETNOGRÁFICAS SOBRE UNA OPRESIÓN DE GÉNERO Y CLASE¹

ANA GRETEL ECHAZÚ BÖSCHEMEIER

LUCRECIA RAQUEL GRECO

INTRODUCCIÓN: PRÁCTICAS DE MATERNAJE EN PLURAL

El presente capítulo parte de la revisión crítica de materiales etnográficos producidos durante una investigación antropológica en una maternidad de la ciudad de Salta, Argentina, durante todo el año 2006. (ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, 2007) La misma tuvo como foco las prácticas destinadas a la promoción de la lactancia materna para mujeres-madres gestantes y puérperas de clase trabajadora llevadas adelante en un hospital público de la ciudad. En los materiales trabajados es posible observar cómo

1 El presente trabajo está basado en investigación etnográfica de esta autora, realizada en el marco del trabajo final de Licenciatura en Antropología, Universidad Nacional de Salta, Argentina. Parcialmente financiado por el Programa Nacional de Becas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación, Argentina.

el discurso de la lactancia materna se impone como obligación corpórea y natural para las mujeres pobres y usuarias del sistema público de salud, que son moralmente penalizadas por el personal de salud si no llevan adelante una práctica de lactancia en los tiempos y maneras recomendados por los organismos internacionales como OMS y UNICEF. Como resultados observamos que, paradójicamente, tales discursos penalizadores subrayan la importancia de los vínculos sociales tejidos alrededor de las mujeres-madres en la construcción de una lactancia “exitosa”.

Escribimos este texto a partir de dos subjetividades militantes, que han reflexionado académicamente sobre cuerpos, género, salud, derechos humanos y maternajes en contextos rurales, indígenas, ayahuasqueros, quilombolas y periféricos en diferentes experiencias de trabajo de campo entre Argentina, Brasil y Perú en los últimos veinte años. (BÖSCHEMEIER, 2007; ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, 2010; ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER; MARTON, 2010; GRECO; OJEDA, 2019) Las dos nos comprendemos como mujeres habitantes de la frontera (ANZALDÚA, 1987) nos situamos étnico-racialmente como blancas mestizas, somos madres biológicas de cinco crías en total y hemos amamantado de forma prolongada a nuestres² hijos – dos de los cuales son mellizos. A partir de prácticas de maternaje vividas en la frontera como lugar de habla (RIBEIRO, 2017), un lugar que ha sido incesantemente objetivado por la medicina, la moral, los medios de comunicación y las políticas públicas, es que tejemos esta reflexión. Admitimos nuestra fascinación por las potencialidades de la lactancia materna, sin embargo nos preocupa la instrumentalización de esta práctica al servicio de pautas biopolíticas, higienizadoras y disciplinadoras de los cuerpos femeninos, pobres, no-blancos, con deficiencias y migrantes y de todos aquellos cuerpos vulnerados y subalternizados por los múltiples ejes de opresión que estructuran nuestra sociedad.

La maternidad ha sido un tema conflictivo en el marco de los feminismos hegemónicos blancos y occidentales, desde los cuales se la ha considerado una de las máximas formas de opresión sobre las mujeres, que las relegaría exclusivamente al ámbito doméstico, normalizando su vida y subjetividades.

2 Partimos de discusiones globales sobre el lenguaje como forma de saber-poder para posicionarnos a favor del lenguaje inclusivo. En nuestra estrategia de escritura, el mismo se efectiviza a partir de la extensión al plural del género neutro de la lengua española y, de esta manera, obliterando el masculino genérico y universalizante que prevalece en la norma, tanto culta como popular, de nuestra lengua. (QUINTERO, 2019)

Sin embargo, feministas africanas, diaspóricas, negras e indígenas (MUÑOZ, 2019) han llamado la atención sobre la importancia de repensar las prácticas de maternaje en el contexto de los diversos posicionamientos de raza, clase, edad y nacionalidad situados a partir de otros centros distintos del la familia burguesa y que habilitan la problematización de los múltiples modos de matinar y cuidar que se encuentran en los márgenes y fuera de la maternidad burguesa.³ Siguiendo esta línea crítica, nuestras reflexiones no se formulan en los términos de una Maternidad en cuanto institución, modelo e ideal burgués, sino a partir de prácticas de maternaje, entendidas como experiencias vividas en contexto de cuidado materno, donde se cuestionan los ideales prescriptivos de la familia nuclear, heteronormativa y reproductiva en dirección a otras posibles formas de existencia. (RICH, 1986) Así, un estudio sobre maternajes es también una indagación respecto a las múltiples formas de cuidado que trascienden la díada madre-hije(s) institucionalizada por la mirada médica en la Europa Occidental de los albores del siglo XIX (BADINTER, 1981) y que tendemos a reproducir en las políticas públicas de salud accionadas desde los estados del Sur global. (BIDEGAIN; CALDERÓN, 2018; MUÑOZ, 2019)

A continuación, presentaremos los puntos principales del abordaje teórico referenciado, constituido en dos subsecciones: a) cuerpos lactantes y biopolíticas; b) la díada madre-hije y la comensalidad compulsiva. Estas aproximaciones atravesaron el trabajo de campo etnográfico, siendo tensionadas permanentemente durante el proceso de construcción del campo. Ellas serán accionadas, más adelante, en el análisis de las narrativas particulares que emergieron de las etnografías realizadas.

CUERPOS LACTANTES Y BIOPOLÍTICAS

*Las verdaderas madres admiten con alegría
inefable el dar de mamar a sus hijitos.
(Otero, 1922)*

3 Aun reconociendo la importancia de la cuestión racial, visible sobre todo a partir de la problematización en espejo de los casos de Brasil y Estados Unidos (CRENSHAW, 1989; MACHADO, 2010), y cuya importancia como variable estructurante de opresiones es imposible negar, hemos ponderado colocarla al margen en la revisión de este caso por no poseer suficiente material etnográfico ni un estado de la cuestión claro sobre indagaciones al nivel local en el NOA, para realizar las inferencias necesarias, levantando la pauta de la necesidad de su inclusión en el marco de futuros estudios.

Apoyamos esta reflexión en las problematizaciones sobre la experiencia corporal femenina en el contexto de prácticas biopolíticas hospitalarias. La filósofa feminista Linda Martin Alcoff (1999) propone compatibilizar la centralidad epistemológica de la experiencia corporal con la crítica de su contenido ideológico, considerando el cuerpo desde el lugar de la experiencia y la percepción y no solamente desde los lugares del lenguaje y la textualidad. Podemos decir que el ámbito de la lactancia materna, al involucrar experiencias sobre un momento fisiológico particular, “chorrea” sentidos que inundan la experiencia de corporalidades diversas. Esta diversidad fenomenológica se despliega en un mundo desigual y plagado de violencias, siendo dentro de este marco que se construyen los fenómenos fluidos de la percepción y atención, así como los propios procesos fisiológicos.

Judith Butler (1999), en sus búsquedas por una epistemología de los cuerpos abyectos dentro de políticas de lo habitable, reflexiona sobre dos dimensiones en torno a la precariedad de la vida: la que es intrínseca a la vida en sí misma y a nuestra existencia como seres interdependientes y, frente a determinadas circunstancias, más o menos dependientes (situadas en la infancia, enfermedad, deficiencia, vejez, etc.); y aquella otra dimensión, estructurante, de las vidas colocadas en situación de precariedad debido a factores socioeconómicos, políticos o culturales. Ambas dimensiones están relacionadas pero no podrían reducirse la una a la otra. En lo que hace a la *precariedad de la vida*, la diada madre-hije en la primera infancia se inscribe en una condición intrínsecamente frágil en tanto que precisa de protección, apoyo, tiempos y espacios propicios para existir. En lo que respecta a la *condición de precariedad* en la que esta relación puede situarse, observamos que las mujeres-madres y sus hijos localizados en los más altos grados de vulnerabilidad social poseen redes de apoyo que tienden a ser más lábiles, sobre todo en lo que respecta a apoyos estructurantes en términos de acceso a derechos o recursos.

En lo que hace a la dimensión propiamente corporal en el contexto de esta precariedad de la vida, entendemos que los cuerpos de madre-hije(s) “importan” y nutren nuestra reflexión, tanto como agentes activos de la gestión y experiencia carnal del vínculo de lactancia, así como en cuanto sujetos de las normas que se imponen sobre ellos. Los cuerpos no son sustratos biológicos pasivos donde se imprimen normas sociales, sino partes constitutivas del ser en el mundo. (CSORDAS, 2011) En este sentido,

consideramos los cuerpos en su especificidad concreta, pensando la biología como una materialidad abierta, conformada por un conjunto de tendencias y potencialidades infinitas. (GROSZ, 1994; GRECO; OJEDA, 2019) En el marco de contextos como los que estudiamos, los límites de lo biológico son forjados con la finalidad de legitimar discursos con peso de verdad por causa de su presunta “naturalidad”. (FOUCAULT, 2008) En contextos colonizados del Sur global como lo es el noroeste argentino, las fuerzas del Estado actúan de forma particular: la biopolítica opera en espacios muy delimitados en territorios cuya función principal es, prioritariamente, represiva y violenta – esto es, necropolítica. (MBEMBE, 2006) Con el movimiento pendular de los regímenes de Bienestar social, la mirada sobre madres y sus hijos biológicos ha fomentado un “hacer vivir” centrado en los cuerpos infantiles y maternos, colocando a las políticas de salud orientadas a la diada madre-hije como potentes dispositivos biopolíticos proyectados hacia la población.

Las prácticas de lactancia materna estimuladas en el Nuevo Hospital El Milagro colocan en el centro del debate la biopolítica y la comensalidad como dos formas normativas de tratamiento de los cuerpos que se encuentran solapadas: la lactancia regula los cuerpos de las mujeres en cuanto reproductoras, cuidadoras y seres nutricios. (BIDEGAIN; CALDERÓN, 2018) La paradoja del discurso sobre el carácter instintivo de la lactancia materna en los ámbitos que estudiamos es que esta deba ser enseñada, transmitida y pedagogizada. Asimismo, en la naturalización se ejerce la responsabilización exclusiva de la madre biológica, entendiendo la naturaleza como una regla fija que, de forma poco inocente, sexifica y generifica la materia viva. (BUTLER, 1999)

LA DÍADA MADRE-HIJE Y LA COMENSALIDAD COMPULSIVA

La biopolítica que reduce a las mujeres al papel de reproductoras y seres nutricios precisa, para poder existir en el espacio-tiempo, de prácticas eminentemente violentas. Para la antropóloga francesa Françoise Héritier (1996), puede comprenderse como violencia aquel abanico de conductas que ostentan una restricción de naturaleza física o psíquica susceptible de llevar al terror, al desplazamiento, a la infelicidad, al sufrimiento o a la muerte de un ser animado. Hablar de violencia es forzar, directa o

indirectamente, una voluntad, una libertad real o supuesta. Las conductas que, con frecuencia, quedan ocultas y no identificamos como tales pueden inscribirse dentro de lo que Pierre Bourdieu (2000) definió como violencia simbólica. En la etnografía sobre prácticas de lactancia materna en ambiente hospitalario, identificamos que la violencia simbólica atraviesa, de forma constitutiva, las pedagogías volcadas al estímulo de esta práctica colocada como “lo ideal y natural”.

En el presente estudio ponderamos la importancia de una apropiación crítica de la idea de comensalidad, enfatizando los significados sociales del acto de comer en relación con la dimensión del poder. Amamantar puede ser comprendido como un acto de comensalidad, donde se produce una relación entre humanos mediada por un alimento: la leche. (VAN ESTERIK, 2002) En el tiempo y espacio, la práctica ha estado ligada a otras sujetas sociales que no eran exclusivamente las madres biológicas de los niños, hayan sido éstas amas de leche, o comadres vinculadas por “lazos de leche”. (ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, 2014) Así, en un marco liberal, cuanto más se enfatiza la vinculación de una madre biológica a su(s) hijo(s), más desdibujada aparece la comensalidad de la lactancia, que de un acto social pasa a asumirse como “natural”. En adición, el pecho femenino aparece como un aspecto tabú de la lactancia en lugares públicos en inúmeros lugares, colaborando así la lactancia en lugares específicos para tales fines con la invisibilización de la lactancia como acto social. De esta manera, hemos decidido definir a las políticas de lactancia materna impulsadas por agentes que ignoran los deseos y necesidades maternos y las redes de comensalidad posibles para los actos de maternar como actos que conforman lógicas de “comensalidad compulsiva”. Las mismas reducen a las mujeres a sujetas con un instinto amamantador, y las colocan como responsables automáticas de la práctica de lactancia. Así es como la lactancia se torna, ineludiblemente, lactancia materna, y así es como el mito del instinto materno se manifiesta, en la comensalidad compulsiva de la lactancia, como una forma de opresión de las subjetividades femeninas.

Nos interesa también explorar la dimensión de la comensalidad en lactancia observando cómo ésta opera en función de las posiciones sociales en perspectiva interseccional. (CRENSHAW, 1989) En Europa occidental, varios estudios focalizaron la constitución de los ideales de maternidad burguesa y la gravitación de los maternajes de clases populares en torno a

éste, sometiendo a las mujeres de clases populares a una explotación aún más intensa, donde al modelo doméstico de la madre abnegada se le suman las exigencias del trabajo, muchas veces informal, fuera de casa. (BADINTER, 1981; DONZELOT, 1990) En este diseño diferenciado de lógicas por clase, a las mujeres de estratos medios y altos ha correspondido la posibilidad de elegir entre opciones de alimento y comensalidad, esto es, entre lactancia materna y alimentación por fórmula, mientras que las mujeres de clases populares - quienes son justamente aquellas que poseen una menor posibilidad de entrega exclusiva a lo doméstico, deben salir de casa por más horas y trabajan en regímenes de mayor precariedad que no admiten la presencia de niños en los horarios de trabajo, (BIDEGAIN; CALDERÓN, 2018) entre otras condiciones estructurantes de la vida - son las principales destinatarias del mensaje estatal de promoción de la lactancia materna. Por su posición periférica, indígena andina y fronteriza, constatamos que en la provincia de Salta las líneas de clase se endurecen crecientemente a partir de la ascensión de lógicas predominantemente necropolíticas (MBEMBE, 2006) y que se orientan a la eliminación de cuerpos considerados no-humanos o abyectos a partir de la reproducción de estructuras racistas, coloniales y capitalistas. Particularmente en la ciudad de Salta, es posible identificar dos sistemas paralelos: uno, de producción de la pobreza y la marginalidad (LEGUIZAMÓN, 2010), que potencia la muerte y encarcelamiento de jóvenes pobres, especialmente no-blancos, y otro, que fortalece la vida como potencia orientada hacia el Estado en políticas de preservación de la diada madre-hije.⁴

METODOLOGÍAS Y PRESENTACIÓN DEL CASO

En este apartado, realizamos una introducción sistemática a la metodología utilizada para este estudio y presentaremos el caso, analizando de forma crítica y reflexiva algunas narrativas que emergieron del trabajo de campo que cobran especial sentido a la luz de la discusión propuesta. De esta manera, avanzaremos en el análisis de: a) las redes de apoyo; b)

4 En otro lugar (EHAZÚ-BÖSCHEMEIER, 2007), ha sido estudiado a partir de fuentes históricas locales cómo fue que el cuerpo de las mujeres pobres se constituyó como objeto de normalización por parte del sistema público de salud en el norte argentino, induciendo prioritariamente al disciplinamiento de grupos populares.

las normas institucionales como dispositivos biopolíticos y, finalmente; c) la lactancia materna en perspectiva interseccional. Esta parte del trabajo se constituye a partir del tensionamiento entre nuestro abordaje teórico, la metodología utilizada y la discusión de los resultados que emergieron del campo.

El presente texto se basa en una investigación etnográfica orientada por cuestionamientos propios de la antropología de la salud (LANGDON; WIJK, 2010), con foco en los abordajes dentro de los servicios de salud (FLEISCHER; FERREIRA, 2014) realizada en el marco de la tesis de una de las autoras dentro de la carrera de Licenciatura en Antropología - Universidad Nacional de Salta, Argentina. El trabajo de campo fue realizado por dentro y fuera del Nuevo Hospital El Milagro, una institución hospitalaria durante todo el año 2006. Este hospital es referencia en términos de cantidad y calidad de atenciones⁵ en el área de partos institucionales en el sistema público de salud de la provincia. En entrevistas realizadas en plazas, parques y cafés cercanos al hospital o a los barrios donde las entrevistadas habitaban, fue posible acompañar aspectos propios de la cotidianidad de las mujeres. En total, se realizaron doce instancias de observación participante en reuniones grupales y fueron quince las personas entrevistadas, siendo de ellas siete mujeres-madres (contando promotoras de lactancia, madres voluntarias que ya habían pasado por experiencias de parto en ese hospital) y seis profesionales de la salud, respectivamente. En el caso de los profesionales de la salud, las entrevistas fueron realizadas, en su totalidad, dentro de la institución hospitalaria.

La elección de las mujeres-madres para esta investigación se realizó a base de redes de contactos y participación individual en espacios de promoción de la lactancia materna en Centros de Salud (Ciudad del Milagro y Vaqueros) y en el Nuevo Hospital El Milagro. La participación de una de las autoras de este texto como madre en un Grupo de Apoyo a la Lactancia del Nuevo Hospital El Milagro, fue el puntapié para impulsar esta investigación desde un lugar inicial de participante observante. (GOMES; MENEZES, 2008) A partir de estos encuentros, fueron contactadas las mujeres-madres

5 Fuente encontrado en año 2004 (2005), en Memoria Anual del Nuevo Hospital El Milagro en Salta, Argentina.

que conversaron, dentro o fuera del hospital, respondiendo las preguntas de una guía previamente establecida.

Las entrevistas fueron realizadas según parámetros éticos vigentes de la investigación con seres humanos (OLIVEIRA, 2004) expresando de forma oral los objetivos de la investigación y bajo consentimiento de todos los entrevistados, tanto profesionales como usuarios del sistema de salud, respecto a los mismos. Los nombres de las personas entrevistadas fueron preservados. El estudio fue realizado con autorización del Departamento de Antropología de la Universidad Nacional de Salta bajo la dirección de la Lic. Norma Naharro y del Comité Gestor del Nuevo Hospital El Milagro bajo la supervisión de la médica María Zemczuk.

EL CONTEXTO ETNOGRÁFICO

En la ciudad de Salta en el año 2005, 21.454 mujeres de la periferia urbana dieron a luz en el Nuevo Hospital del Milagro. De los egresos totales, el 79,2 % provenía de la ciudad de Salta (Memoria NHEM, 2006), siendo en gran parte de clases populares de la región Norte y Sur de la ciudad.

Este hospital presentaba un modelo de gestión de servicios privada subsidiado por el Estado, estructurándose a partir de una lógica corporativa interna y de una lógica de servicio público hacia el exterior. Al momento, la institución contaba con 475 empleados de los cuales, entre otras categorías, 107 eran profesionales de la medicina y 206 enfermeras. (ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, 2007)

En lo que hace a las dinámicas familiares de las mujeres usuarias, éstas formaban familias con, por lo general, más de dos hijos. Jefas de hogar en la práctica, cohabitaban con más de una generación en casa: era común la configuración de hijos, madres y abuelas, un esquema matrilineal de hecho, que aparecía como eminentemente patriarcal por derecho. Así, las familias aparecían en las estadísticas como siendo estructuradas alrededor de hombres - respondiendo a figuras masculinas que aparecían como “jefes de hogar” que, sin embargo, se encontraban ausentes. Trabajadores migrantes, pertenecientes al mercado informal, muchos de los compañeros de estas mujeres se sentían en el derecho de establecer más de un núcleo familiar en las diferentes localidades a las que sus trabajos los llevaban. Habitantes de conglomerados precarios en los márgenes, una parte importante de las

mujeres que daban a luz en el Nuevo Hospital poseía escolaridad media incompleta, no contaba con plan de salud gremial o estatal y se manifestaba desempleada con empleos informales.

A partir del sexto mes de gestación, las mujeres eran invitadas a participar de “clases pre-parto” de promoción de la Lactancia Materna una vez por semana. Las charlas tenían lugar en un salón de reuniones del hospital destinado para tal finalidad. En el caso de las mujeres que acababan de dar a luz, se organizaban clases improvisadas en los pasillos del área de neonatología del hospital, con la finalidad de aprovechar la llamada “ventana de oportunidad” del puerperio inmediato dentro de la institución. En las primeras charlas, se invitaba a compañeres o parientes, mientras que las segundas, más breves, eran destinadas solamente a las madres. Diferentes agentes participaban de las charlas: médiqes, obstetras, enfermeres, asistentes sociales y mujeres voluntarias del grupo de promoción de la lactancia materna que, adhirió a la Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño (OMS)⁶ en el año 2006.

En el hospital, el espacio donde se realizaban las charlas de promoción de la lactancia materna para mujeres parturientas, se configuraba desde una lógica asimétrica y escolarizante. En una de las paredes se encontraba colocado un pizarrón. Al fondo del pasillo se disponían las sillas donde se sentarían las mujeres. En la distancia que iba desde el pizarrón a las sillas circulaba la promotora de lactancia, apuntando al pizarrón con un láser, con una mano en la cintura, mirando al pizarrón y al público alternadamente mientras presentaba los contenidos básicos del encuentro. Desde las primeras horas pos parto las mujeres son sometidas a dispositivos institucionales pedagógicos, descuidando cualquier instancia de mayor intimidad y cuidado con ellas.

6 La Iniciativa Hospital Amigo de la Madre y el Niño fue lanzada en 1991 en forma conjunta por dos organizaciones internacionales: La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés). Esta política se lanzó ‘para animar y reconocer a los hospitales y maternidades que ofrecen un nivel óptimo de cuidado para la lactancia’ y capacita al personal de salud, reconociendo a los hospitales que cumplen con los diez requisitos que el protocolo de esta política impulsa. La participación en la evaluación es voluntaria, nace del pedido del personal de la institución, y se efectiviza mediante la consecución de una reorganización total de la misma en lo referente a la promoción de la *lactancia-materna*, involucrando diversos aspectos de la práctica hospitalaria.

Las mujeres-madres que se convocan desde los cuartos comienzan lentamente a llegar. Caminan despacio, parecen doloridas. En general están en camisión, con sus bebés nacidos hace menos de 24 horas en brazos. Algunas, que parecen no poder sentarse debido al dolor pélvico, deambulan. (Diario de Campo)

Desde la percepción de los profesionales, las mujeres que recién dieron a luz son sujetos pasivos, sometidos a procedimientos:

[Para dar las charlas]... las sientan a las mamás, las sacan de las habitaciones [...] y ahí les empiezan a hacer preguntas... [...] ‘¿porqué será que al bebé se le da la leche?’ [...] Lo que sí nos pidieron que saquemos a las madres. Porque había una que no quería ir. Había algunas que no querían. Entonces le decían que era importante, ¡que te van a enseñar! Y ya salía la mamá. (E7, residente en enfermería. Énfasis nuestro)

La descripción de estos encuentros nos provee de una idea respecto a las posiciones relativas de mujeres-madres y “especialistas” en lactancia, donde son estos últimos los detentores de conocimiento para poner en práctica un saber supuestamente “natural”.

En un hueco de silencio, la enfermera dice:

- No tienen ninguna pregunta?

Una mujer pregunta por los gases del bebé, y ella comienza a responder:

- Solamente hay que dar el pecho de la mamá. No hay que darle ningún té. Ya va a empezar la abuela con los tecitos de todos los yuyos que se les pueda ocurrir. Vienen intoxicados muchos bebés al hospital. Consulten siempre al médico si quieren darles algo. (Diario de Campo)

El contexto etnográfico evidencia una forma de expropiación de la experiencia íntima de crianza, donde el modelo de maternidad deseable para el hospital se vincula con la consulta médica como lugar de legitimación de las prácticas maternas, operándose un corte en la relación de las madres con sus propias madres, parientes y grupos de pares. Se presenta el entorno de las mujeres como un espacio desautorizado, deslegitimando las prácticas de cuidado y cura populares. Ello propicia, de forma directa o indirecta, la debilitación de las redes femeninas y de cuidado. Se promueve así el quiebre de generaciones en manos de las prerrogativas de una “maternidad científica”, donde la madre se sitúa como única responsable de la criatura.

UNA RED DE APOYO JERÁRQUICA

Las mujeres son responsabilizadas individualmente por el bienestar de los niños, en un contexto hospitalario y en un espacio aislado de su cotidianidad, donde sus propias redes vinculares son deslegitimadas. Así, la institución se coloca como red de apoyo legítima: una red de apoyo particularmente jerárquica, asimétrica y que se descontextualiza del flujo de la vida de la mujer y su(s) hijo(s). El ideal médico, que históricamente se opuso a las prácticas “culturales” de los pacientes, las fuerza a perder en este contexto su valor de verdad, inaugurando posiciones de poder estrictamente reguladas. Así, en el espacio hospitalario bajo estudio, la promoción de la lactancia materna se presenta como un proceso vertical donde pretenden implantarse determinados saberes en un cuerpo vacío – o, bien, lleno de una “cultura” equivocada, que precisa ser desaprendida - y se espera que germinen en prácticas de buena maternidad institucionalizada. Los grupos de apoyo a la lactancia materna representan, a estos fines, actores clave.⁷

A lo largo de las observaciones etnográficas en campo, fue posible registrar las múltiples formas de abuso, como la infantilización y la degradación moral, extorsiones, ridiculización pública, actos o discursos de menosprecio; así como violencias de tipo físico como forcejeos, tirones, desnudez no consentida en las reuniones grupales, en las salas de espera o dentro de los consultorios. Estas prácticas impactan en las apreciaciones de las mujeres, reforzando la legitimación del saber médico- institucional por sobre los propios.

7 En Salta existían, a la época en que fue realizada la investigación, nueve grupos de apoyo a la lactancia, cuatro de ellos en la ciudad de Salta, y cinco funcionando en instituciones hospitalarias o centros de salud del interior de la provincia. Los grupos de apoyo a la lactancia materna son organizaciones de la sociedad civil que se hallan ligadas a las instituciones sanitarias por lazos voluntarios. Generalmente están a cargo de ellas mujeres-madres enfermeras, agentes sanitarias o mujeres-madres con alguna cercanía con el personal de salud, inclusive amistosa. No dependen del gobierno, son autoconvocados, generalmente instados por algún/a profesional de las ciencias de la salud. Periódicamente pueden recibir algún tipo de ayuda económica por parte del gobierno a través de la Comisión Provincial de Lactancia Materna. En la ciudad de Salta, así como había grupos vinculados a instituciones de salud públicas, había otros funcionado en clínicas privadas o inclusive en los domicilios particulares de las promotoras en lactancia. Como estos espacios se hallan débilmente institucionalizados, sus actividades se fortalecen o decaen a merced de los altibajos personales y laborales de las activistas involucradas.

Todo el mundo venía a decirme qué era lo que tenía que hacer, mi suegra me decía una cosa, mi mamá otra [...] y cuando fui al pediatra le dije: – mire la verdad no sé qué hacer porque he escuchado tantas posiciones y nada, le hacía preguntas y él me iba desmintiendo todo viste, las cosas que son culturales, que vienen de... [suspira]. (E2, mujer madre promotora de la lactancia)

Les médiqes, cuyo saber substituiría al de las madres, abuelas y otras mujeres de los entornos más íntimos de las pacientes, buscan una cercanía afectiva a la vez que consideran a las pacientes como objetos de estudio: “Me siento identificado con el dolor y con las afecciones de la mujer, me parecen interesantes, dignas de ser estudiadas”. (E9, médico de planta)

La institución enuncia un parámetro desde el que se produce la comprensión de las desviaciones. La no realización de la lactancia-materna en las mujeres-madres es explicada por los profesionales de la salud como una forma de desviación, acontecida a partir de limitaciones materiales, conflictos familiares o carencias afectivas. En este ámbito, “ser capaz” de dar de mamar es parte de asumir el mejor rol femenino posible: el de la “buena maternidad”, que las prácticas hospitalarias buscan producir de forma biopolítica. En la clave de una lectura afectiva diádica, no amamantar se coloca como una cuestión de “falta de autoestima” o “falta de información” de las mujeres-madres. Si el embarazo fue no deseado, la lactancia materna se configura, desde el punto de vista de enfermeras y médiqes, como el mejor momento para alimentar el vínculo.

Hay mamás que... digamos que se minimizan en seguida en cuanto al amamantamiento porque creen que no pueden o no van a poder o no es tan fácil como pensaban, hay otras que no era un embarazo deseado entonces tampoco hay una búsqueda del vínculo. (E11, enfermera de planta)

El personal especializado exige un cuerpo íntegro y conectado con sensaciones y afectos en un contexto social de alienación de la corporalidad, donde los afectos primarios de la mujer madre son deslegitimados en cuanto transmisores del saber materno. Se pide a las mujeres, en un momento extremo de precariedad de la vida, que sean agentes de su cuerpo haciéndolas sujetas de normas exteriores irrefutables. Se exigen controles de horarios, orientaciones médicas, mandatos y todo tipo de esfuerzos para alcanzar el “instinto”

necesario para una buena lactancia. La institución, como una mano protectora e invisible, propicia la materialización del vínculo:

El instinto es el papel más importante, siempre y cuando no exista lo externo, que rompa ese instinto... ¡que lo rompa seguro! [...] Ahí vas rompiendo con todo lo que es la naturalidad, la naturaleza de la madre, el instinto, tratando de buscar otra cosa... el instinto de dar el pecho, el instinto de protección, el instinto de amor de madre... porque eso es así! (E12, médica de planta. Énfasis nuestro)

La enfermera, se presenta a sí misma y a la institución como agente de ese vínculo de amor. Las prácticas y discursos institucionales se desencarnan de la acción humana y aparecen como normas incuestionables, a-históricas, inherentemente válidas y, finalmente, “ideales y naturales”. En las prácticas observadas, el personal médico y de enfermería busca producir gestos de afecto que inauguren el vínculo. “Una vez que lo envuelven, que lo limpian recién te dicen mamá aquí está tu bebé, ese es tu bebe te dicen, dale un besito que se yo... [risas] con mi nena me paso así, ‘dale un besito!’” (E3, mujer madre. Énfasis nuestro)

La adhesión a las reglas vigentes y a su reproducción representa una forma, aún cuando precaria, de poder como potencia positiva, remedio, inclusión, vida. Las mujeres se tornan una fábrica de individuos: del cuerpo liberal, individual, surge(n) otro(s) cuerpo(s) igualmente individual(es), y dependiente(s) casi exclusivamente de la madre, cuya subjetividad abierta es invisibilizada por la mirada médica.

NORMAS INSTITUCIONALES COMO DISPOSITIVOS BIOPOLÍTICOS

Las normas hospitalarias relativas a la lactancia materna se refuerzan y se basan en materiales escritos, que encontramos en el hospital por doquier. La norma hecha espacio será el primer paso para la norma hecha carne.

Una enfermera me invita a entrar a la zona de trabajo, donde hay colgada una carpeta. ‘Es la política de promoción de la lactancia materna del hospital, está en todos lados’. Me invita a leerla. La carpeta está sujeta a un cable, que impide llevársela [...] Más adelante, una médica de la institución me regalará una copia. (Diario de campo)

La adhesión a normativas de la OMS y UNICEF guía las prácticas de lactancia materna en el interior de la institución. En relación a la adhesión a Hospital Amigo de la Madre y el Niño, una médica comenta:

Todo el mundo piensa que hay un beneficio económico. Y esto es un título ho-no-rífico. Vos tenés el HONOR de integrar una red de muy pocos hospitales... pero son hospitales chicos... vos tenés una madre al mes! Trabajar con ella es fácil. Los hospitales de más de cinco mil partos son contaditos con los dedos de la mano. Es el honor de decir ya logré este objetivo de ayudar a la nación y tratar de que los niños se enfermen y mueran menos. (E12, médica de planta)

En este marco, las prácticas micropolíticas de control de la lactancia contribuyen a un bien mayor, que es una política institucional avalada internacionalmente. En este sentido, todo el personal del hospital es estimulado a “vestir la camiseta” de la iniciativa.

Yo quisiera que cuando vos bajes por acá y al vigilador por ejemplo, le preguntes [...] preguntes [...] ‘¿Cómo controla la lactancia materna?’ [...] ‘y ves una persona de limpieza, y le preguntás, ellos te van a decir’. Y vos decís ‘¿Sabe cuánto tiempo tengo que darle la leche a mi bebé?’, ellos te van a decir. (E12, médica de planta. Énfasis nuestro)

Así, la institución cumple su función eugénica (STEPHAN, 1991) produciendo un modelo de maternaje desde el cual las mujeres se construirían. Este modelo produce jerarquías de saber-poder no sólo entre especialistas y madres, sino también *entre* madres. La “promotora de lactancia” se encontraría más cercana al “modelo”.

Me llama ella [una enfermera] y me dice si yo estaba interesada en participar en el grupo de lactancia materna y me pregunta si yo le había dado lactancia exclusiva, le digo que SÍ, entonces era la candidata perfecta porque imaginate, terrible bebé [por su aspecto sano y robusto] encima con la historia de neonatología [nació prematura], todo eso... estaba ideal el modelo! (E4, mujer-madre voluntaria de grupo de apoyo. Énfasis nuestro)

La figura de las personas que voluntariamente participan de los grupos de apoyo nos interesa especialmente. ¿Qué lleva a alguien a adscribir gratuitamente en este tipo de actividades? ¿Qué procesos de don y contradón,

alejados del contrato laboral-económico, juegan en estas actividades que también implican, ciertamente, trabajo? ¿Qué nociones sobre lo bueno y lo malo, lo deseable o lo indeseable, operan entre las personas que difunden esta práctica? El hecho de participar en algo voluntariamente no implica que no haya distribución de dones, de cuotas de poder, una movilización de intereses, en fin, una acumulación de otros tipos de capital que trascienden al financiero. (BOURDIEU, 2000) En este contexto, el voluntarismo, la beneficencia, la gratuidad, no son operaciones neutrales.

La totalidad de las mujeres-madres voluntarias de los grupos de apoyo entrevistadas pertenecía a las clases dominantes. Era común escuchar, entre ellas, que quienes no amamantaban lo hacen por falta de información, por influencias sociales o bien, en última instancia, por “falta de apoyo” de la red social más próxima a las mujeres lactantes.

[Aquí en Salta] Yo tampoco veo que hay buena información... [una mujer dice] ‘ay no porque mi leche no era buena, ay no porque se me cortó la leche’ yo digo por qué, si todas somos capaces de dar de mamar [...] son influenciadas por los pediatras o por la sociedad, viste? (E2, mujer-madre voluntaria de grupo de apoyo)

Las voluntarias suelen utilizar la propia experiencia como ejemplo y modelo de aproximación a la norma. Una de estas promotoras, cuya hija permaneció internada en neonatología, comenta acerca de otra mujer cuyo hijo estaba en la misma situación y con la que compartía el espacio de la espera, la extracción de la leche, las caminatas en los pasillos.

Y más ésta que... era mas lenta... te juro la tenían que obligar a que se bañe... porque tenía todos los olores que puede llegar a tener un ser humano... iy bien potenciados! Y no se podía estar al lado de ella... y yo no se como eso dejaban, permitían, me entendés, en neonatología... ella podía lavarse las manos, todo lo que quieras, para darle el pecho a su bebé, pero el olor a pata... iera impresionante! (E4, mujer madre voluntaria de grupos de apoyo. Énfasis nuestro)

En el vínculo promovido dentro de la institución, predomina la regla de priorizar al bebé, siendo exclusivamente la madre quien debe darse a esta tarea. Con ello opera el sometimiento, socialmente consentido, de la madre al deseo de otros adultos que, valiéndose de un supuesto deseo

infantil, colocarán la leche de la mujer-madre biológica en el lugar de dádiva humana incondicional.

No podía dormir porque no quería dejarla solita. entonces trataba de estar lo más que podía pero lamentablemente vos tenés que descansar porque si no, no, no sirve, ino funcionás! [...] tenía que comer obligadamente para poder producir leche, pero después de ahí no... si era por mí, no tenía ganas ¿viste?. (E4, mujer madre voluntaria de grupo de apoyo. Énfasis nuestro)

La buena maternidad se deja conducir por la obediencia a las normas institucionales: la comensalidad compulsiva se realiza principalmente entre mujeres más precarizadas, que no podrían elegir cómo ejercer su maternaje ni la comensalidad de sus hijos.

LACTANCIA MATERNA EN PERSPECTIVA INTERSECCIONAL

La lactancia atraviesa el campo que constituye a los sectores populares como problema social. (DONZELOT, 1990) Siguiendo los imperativos biopolíticos de un discurso del riesgo, se promueve la lactancia materna en las geografías de la pobreza, definidas por aquellos espacios que sufren de mayor riesgo social (NOVICK, 1993): En este sentido, la alimentación por lactancia materna aparece como un factor de disminución de riesgos.

Nuestra función es intervenir en las problemáticas sociales con las que viene el paciente. El paciente, ser humano, no solamente viene con su enfermedad sino con un cúmulo de cuestiones familiares, sociales que muchas veces afloran, o replotan, o explotan, acá. Entonces nosotros intervenimos, y de acuerdo a la problemática que se trate, y al grado de riesgo social, las actuaciones se harán de acuerdo a eso. Desde abuso sexual en menores, en adultas, violencia familiar, abandono de recién nacidos, casos de enfermedad inmunodeficiente [...] montón de situaciones donde el Estado debe apoyar al paciente carenciado. [...] hay una situación de riesgo para la contención de ese niño! [...] nosotros tenemos que ver qué tan riesgoso es el tema. (E10, entrevistada área social del hospital)

Dentro de la lógica de un sistema de salud pública configurado en torno a fuerzas de reproducción de la vida embutidas dentro de un sistema capitalista periférico, la adhesión a la lactancia materna obedece a principios liberales, clasistas y economicistas. Mujeres pobres, de forma individual y

colectiva, son invitadas a generar menos gastos en el sistema público de salud, tornándose cuerpos para el Estado.

De última ¿en que impacta la lactancia materna a nivel de sociedad? en que vos vas a tener bebés más sanos mamás más sanas; si tienes bebés más sanos estas incluyendo ya la parte económica los costos de salud porque vas a tener menos dinero gastado en estos bebés que se alimentan en forma artificial, esos bebés, [cosa] que significa no solamente más mamaderitas y más tetinas, es más gasto médico porque son bebés que se enferman más seguido. (E11, Enfermera de planta. Énfasis nuestro)

Ya han sido estudiadas las maneras en que la violencia estructural de una sociedad sexista, clasista y racista es pasible de ser aplicada con mayor fuerza mientras mayor sea la situación de vulnerabilidad social en la que las mujeres se encuentran. Ya en el caso de mujeres-madres que poseen algún tipo de deficiencia, el capacitismo incide agudizando el peso de los poderes opresivos sobre cuerpos y subjetividades femeninas. Transcribimos aquí un relato en el que una voluntaria cuenta cómo intentó que una mujer-madre con rasgos de deficiencia mental amamantara a su hija.

Me tocó una chica, veinte años, demasiado lerda de entendimiento ya... ¿cómo me dijo la enfermera? Algo de 'riesgo no se qué', o sea, la chica era tontita. Tenía un grado de... ahora no me sale la palabra. [...] Yo llego, justo la bebé estaba llorando, entonces yo la alzo y le digo 'a ver mamá, ¿vos ya le diste la teta?'. Y ella no hablaba, y si hablaba, te hablaba muy poco. ¿Le diste la teta, la pusiste en el chichi?'⁸ 'No', me responde. 'Sabés cómo se hace?'. 'No', repite. 'Bueno a ver, vení, yo te explico', le digo. La dejo a la bebé de nuevo en la cuna y agarro y le digo 'vos tenés que hacer eso' y yo agarro, y me saco el chichi [hace un gesto como de abrir su propia camisa]... ella tenía un camisoncito abotonado. 'Desprendete la camisa y sacáte', le digo. Entonces ella se abre la camisa y saca el chichi, como lo tenía puesto yo. Entonces yo me guardo todo, le digo 'ahora con el chichi así, vos lo que tenés que hacer es agarrar el bebé'. Se lo paso al bebé y le explico: 'bueno acá acá, vos lo que tenés que hacer... mirá mirá cómo busca chichi el bebé'... iporque el bebé ese estaba como loco!... Y cuando logra prenderse al chichi, el bebé quiere chupar, y ella lo quita. Lo saca de golpe así, claro, el gordo se pone a llorar. Y te juro que en ese

8 Chichi significa teta, en quechua. Es una expresión de uso popular y contemporáneo del noroeste argentino.

momento no sabía... trágame tierra, porque realmente no tenía ganas de estar ahí. Justo llega la enfermera, entonces me dice ‘[a ella] le tenés que decir las cosas por lo menos tres, cuatro veces para que te entienda...!’. Le digo ‘mirá es normal que tome el chichi’, le digo así, ‘porque el bebé tiene hambre, vos cuando tenés hambre comés, él cuando tiene hambre necesita tomar la teta... a ver ponelo de nuevo’, le digo así. Entonces ella con desconfianza, lo acerca, bueno, [el bebé] se prende del chichi. Entonces agarra, me dice ‘me duele’. Cuando yo me fijo, claro, el bebé le había agarrado la puntita del pezón, entonces claro que le dolía... voy a lavarme las manos rápido y le meto el dedo al gordo para que largue... ‘te tiene que agarrar todo esto mamá’, viste bueno, y la tenía que tocar, porque no tenía otra forma de explicarle. ‘Vos tenés que meter todo esto mamá... yo te aprieto así y te duele?’ ‘No’, me dice. ‘Bueno, así te tiene que apretar el bebé, me entendés?’ Entonces me mira, y asiente. Entonces lo pone al bebé, le mete en la boca y cuando agarró bien el bebé agarra y se pone a tomar, tomar tomar como loco. Entonces se quedó ahí, y le digo ‘bueno, para que estés más cómoda, te pongo un almohadón’. Entonces se quedó ahí. Me voy a verla a la enfermera ‘lo prendí al chichi... está tomando’, le digo... ‘ahora si no come, le vas a tenés que explicar vos, porque yo no estoy capacitada realmente para tratarla... a veces realmente me saca de quicio... [...] entonces ya me fui, porque me sentí que no daba para más. (E4, mujer madre voluntaria del grupo de apoyo)

Aquí, la madre voluntaria se encuentra en una posición más cercana al ideal que su par “deficiente” y ella se coloca como como autoridad en el tema a la vez que reconoce la propia falta de preparación para lidiar con la diferencia - una condición materna divergente de la maternidad normativa. Desde una perspectiva de interseccionalidad entre género y capacitismo, notamos que

[...] el fenómeno de la deficiencia [...] no se encierra en el cuerpo, y sí en la producción social y cultural que define determinadas variaciones corporales como inferiores, incompletas o pasibles de reparación/rehabilitación cuando se encuentran situadas en relación con la corponormatividad, esto es, con los patrones hegemónicos funcionales/corporales. (Mello, 2014, p. 25)

Los obstáculos que atraviesa una persona con deficiencia se multiplican si ella es mujer, se acentúan si es madre y se intensifican aún más si ella es usuaria del sistema de salud público.

CONSIDERACIONES FINALES: POR EL DERECHO DE LAS MUJERES-MADRES A DECIDIR

No siempre la posibilidad de dar está acorde con una posición superior en la jerarquía social. Cuando la posibilidad de dar se transforma en una obligación, y esta obligación no tiene un contradon visible: ¿hay violencia incrustada en el don?. (YAN, 2005, p. 1, traducción nuestra)

El epígrafe de Yunxiang Yang (2005) nos invita a pensar en las prácticas de comensalidad en su relación con modelos que incluyan una reflexión sobre la desigualdad a la que los intercambios de alimentos entre seres sociales están sujetos. ¿Cuál es el lugar de la integridad y la dignidad humana cuando el derecho a amamantar de una mujer-madre deviene en obligación? Como sostiene Cristina Martín (2019), los avances feministas han construido un fuerte consenso en torno a la libertad de las mujeres para decidir sobre sus propios cuerpos en el ámbito de las prácticas sexuales, los cuidados anticonceptivos y aún el aborto, pero esta voluntad política no se ha extendido al ámbito de la lactancia materna, que aparece como una isla de acuerdos burgueses donde imperan ideas normativas de la buena maternidad.

Destacamos aquí que, desde una perspectiva jurídico-política más universalizante, la lactancia puede comprenderse como un derecho de las mujeres y de los niños, con beneficios afectivos y relacionados con la salud que impactan en ambas. Sin embargo, al aplicar nociones de equidad al discurso universalista de los derechos de ambas, observamos que es necesario repensar las prácticas encarnadas relativas a conceptos como diáda, red de apoyo y naturalidad del acto lactante.

Cuestionar el lugar central de la diáda madre-hijo en las prácticas de maternaje involucra considerar que la expansión de los derechos de las mujeres-madres no implica, necesariamente, un retroceso de los derechos de los niños. Formas no nucleares, no reproductivistas, no familistas de cuidado deben ser percibidas y, como verdaderas estructuras de red, estimuladas para realizar su mejor performance. La problematización sobre la socialización, la democratización y la descolonización de los cuidados indica que es preciso incorporar en los diagnósticos y estudios sectoriales

el análisis de las disparidades entre hombres y mujeres, por un lado, y entre las propias mujeres, por el otro, tanto en el transcurso de su trayectoria laboral (BIDEGAIN; CALDERÓN, 2018), como de su trayectoria familiar, social y reproductiva.

El derecho a la lactancia ha sido conquistado como tal a partir de las reivindicaciones de los movimientos sanitaristas a nivel mundial. Ahora bien, lo que se colocó como deseable por especialistas – hombres y mujeres – de los sistemas públicos de salud no es necesariamente lo que las mujeres han deseado y han podido, desde la diversidad de sus experiencias encarnadas, históricas y particulares. Como hemos podido ver a lo largo del texto, en la decisión de amamantar entran en juego diversos factores: condición de clase, cuerpo-normatividad, las redes de apoyo, entre tantos otros condicionantes que definen el margen de maniobra posible alrededor de la elección de amamantar e, inclusive, de no hacerlo.

En este sentido, deberían garantizarse un mayor número alternativas de alimentación y comensalidad posibles, explorando lazos de leche, bancos de leche horizontales y solidarios, así como otras formas de comensalidad infantil que no requieran de la leche humana – sustancia femenina. Por otra parte, sugerimos acciones que fortalezcan la autonomía de las mujeres, sus deseos y sus elecciones basadas en las posibilidades reales de las mismas dentro y fuera del contexto hospitalario, contemplando lógicas de cuidados más amplias que la lactancia y que prioricen, de forma irreductible, el protagonismo femenino en todos los momentos del ciclo reproductivo.

En este texto, hemos dirigido la fuerza de nuestra mirada etnográfica hacia las opresiones institucionales y biopolíticas, dejando las resistencias, que sabemos existentes y muchas veces silenciosas, en los bordes de lo que ha sido posible presentar aquí. Deseando que se haga carne la contribución de nuestra reflexión para formas más democráticas de comensalidad y cuidado, destacamos finalmente que poder debatir, ponderar y finalmente elegir nuestros maternajes y formas de comensalidad lactante debe ser un derecho extendido a todas las madres, fortaleciendo espacios de diálogo horizontal como redes de apoyo femeninas que, trascendiendo la díada disciplinadora madre-hije, extienda la fuerza viva de los cuidados como una red activada, desde abajo y hacia los lados, a partir todos los puntos del tejido social.

REFERÊNCIAS

- ALCOFF, L. M. Merleau-Ponty y la teoría feminista sobre la experiencia. *Revista Mora*, Buenos Aires, n. 5, p. 122-138, 1999.
- ANZALDÚA, G. *Borderlands/La Frontera: the new mestiza*. San Francisco: Aunt Lute Books, 1987.
- BADINTER, E. *¿Existe el amor maternal?*. Barcelona: Paidós, 1981.
- BIDEGAIN, N.; CALDERÓN, C. *Los cuidados en América Latina y el Caribe*: documento digital. Santiago: Naciones Unidas, 2018.
- BOURDIEU, P. *La dominación masculina*. 2. ed. Barcelona: Anagrama, 2000.
- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (org.). *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. p. 151-172.
- CRENSHAW, K. *Demarginalizing the Intersection of Race and Sex*. Chicago: University of Chicago Legal Forum, 1989. p. 139-167.
- CSORDAS, T. Modos somáticos de atención. In: CITRO, S. (coord.). *Cuerpos plurales: antropología de y desde los cuerpos*. Buenos Aires: Biblos, 2011. p. 83-104.
- DONZELOT, J. *La policía de las familias*. Madrid: Pretextos, 1990.
- ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, A. G. E. *Lactancia-materna y políticas de salud: un estudio de caso en el Nuevo Hospital El Milagro*. 2007. Tesis (Licenciatura en Antropología) -Universidad Nacional de Salta, Salta, 2007.
- ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, A. G. Lactancia-Materna y 'Políticas de Salud: un estudio de caso en el nuevo hospital el milagro. In: ÀLVAREZ-LEGUIZAMÓN, S. (org.). *Poder y salteñidad: saberes, política y representaciones sociales*. Salta: CEPIHA, 2014. p. 183-196.
- ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, A. G. E.; MARTON, B. La violencia simbólica de las representaciones en salud: el caso da diada madre-hijo y la lactancia materna. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, Rio de Janeiro, v. 5, p. 119-143, 2010.
- ECHAZÚ-BÖSCHEMEIER, A. G. Elos de leite, elos de sangue: notas etnográficas na comunidade quilombola de Boa Vista dos Negros 2008-2010. Natal: EdUFRN, 2014.
- FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. *Etnografias em serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- FOUCAULT, M. *Nascimento da biopolítica (1978-1979)*. São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- GOMES, E. C.; MENEZES, R. A. *Etnografias possíveis: "estar" ou "ser" de dentro*. *Ponto Urbe*, São Paulo, n. 3, 2008. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/1748>. Acesso em: 20 jun. 2020.

GRECO, L. R.; OJEDA, P. D. Arte gestante–maternidades insurrectas: una narrativa del cuerpo gestante desde el Butoh y los cuidados. *Revista Sociopoética*, Campina Grande, v. 1, n. 21, p. 87-199, 2019.

GROSZ, E. *Volatile bodies*. Sydney: NSW, 1994.

HÉRITIER, F. Reflexiones para alimentar la reflexión. In: HÉRITIER, F. *Séminaire de la Violence*. Paris: Odile Jacob, 1996. p. 13-53.

LANGDON, E.; WIIK, F. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 174-181, 2010.

LEGUIZAMÓN, S. A. *Poder y salteñidad: saberes, políticas y representaciones sociales*. Salta: CEPIHA, 2010.

MACHADO, L. Z. Deslocamentos de práticas e saberes feministas; interrogações brasileiras sobre estudos norteamericanos. FAZENDO GÊNERO 9: DIÁSPORAS, DIVERSIDADES, DESLOCAMENTOS, 9., 2010, Santa Catarina. *Anais [...]*. Santa Catarina: Fazendo Gênero 9, 2010. p. 1-10.

MARTÍN, C. La guerra de la lactancia: ideas para un debate en el feminismo. *El Salto*, [s. l.], 25 set. 2019. Disponível em: <https://www.elsaltodiario.com/opinion/guerra-lactancia-ideas-debate-feminismo>. Acesso em: 27 jul. 2020.

MBEMBE, A. Nécropolitique. *Raisons politiques*, Paris, v. 1, n. 21, p. 29-60, 2006.

MELLO, A. G. *Gênero, deficiência, cuidado e capacitismo: uma análise antropológica de experiências, narrativas e observações sobre violências contra mulheres com deficiência*. 2014. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Programa de Pós Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

MUÑOZ, K. O. *Miradas en torno al problema colonial: pensamiento anticolonial y feminismos decoloniales en los Sures globales*. Madrid: Akal, 2019.

NOVICK, S. *Mujer, estado y políticas sociales*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, 1993.

OLIVEIRA, L. R. C. Pesquisa em versus pesquisas com seres humanos. In: VICTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E. et al. (org.). *Antropologia e ética: o debate atual no Brasil*. Niterói: ABA, 2004. p. 33-44.

OTERO, F. *Higiene del niño*. Paris: Cabaut y Cía Editores, 1922.

QUINTERO, P. Yo, tú, elle, nosotres, vosotres, eles: el lenguaje inclusivo: ¿tiene algo que ofrecer?. *Psyciencia*, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://www.psyciencia.com/lenguaje-inclusivo-investigaciones/>. Acesso em: 17 jan. 2020.

RIBEIRO, D. *O que é lugar de fala?*. Belo Horizonte: Letramento, 2017.

RICH, A. *Of Mother Born: motherhood as experience and institution*. London: Virago, 1986.

STEPHAN, N. L. *The Hour of Eugenics*. New York: Cornell University Press, 1991.

VAN ESTERIK, P. *Breastfeeding: a feminist issue*. [S. l.: s. n.], 2002. Disponível em: <http://www.promom.org>. Acesso em: 27 jan. 2020.

YAN, Y. The gift and gift economy. In: CARRIER, J. (org.). *A Handbook of Economic Anthropology*. Massachusetts: Edward Elgar Publishing, 2005. p. 246-262.