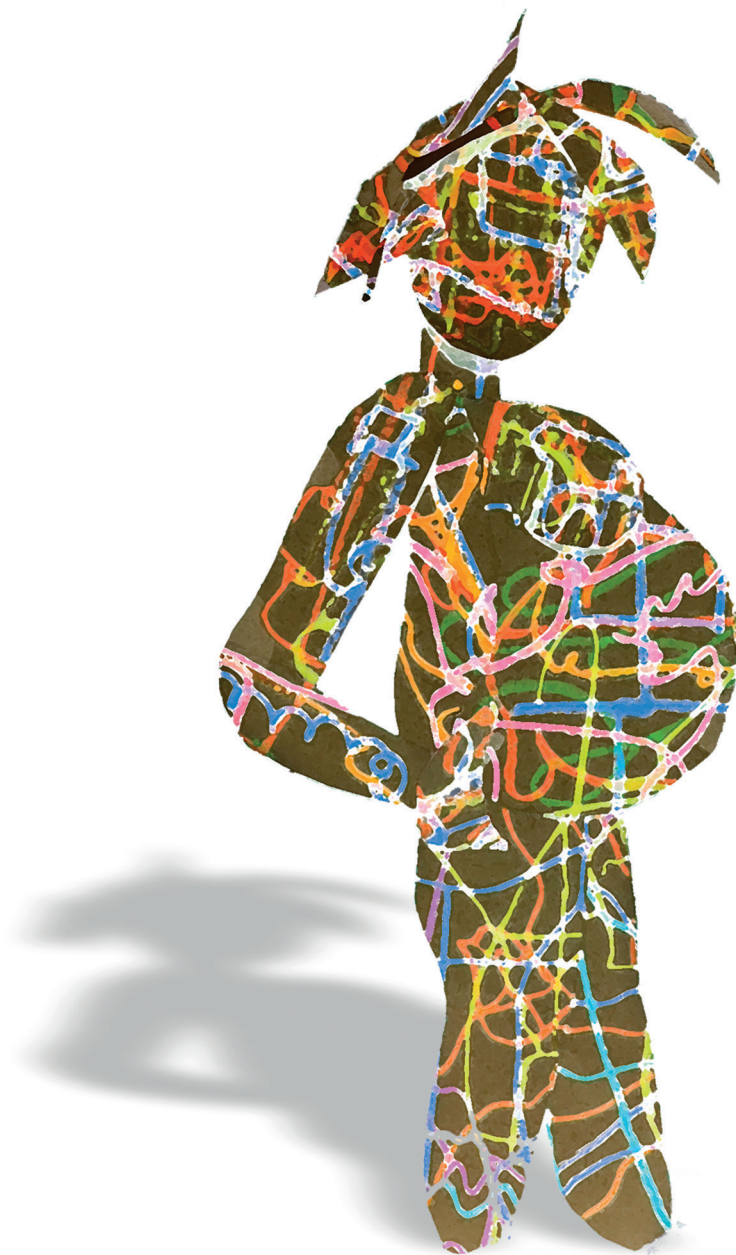


# MICROPOLÍTICA DE LAS PRÁCTICAS DE PRODUCCIÓN DE CUIDADO EN TORNO A LA MATERNIDAD

Marta Benet Blasco



Tesi Doctoral



TESIS DOCTORAL

---

# MICROPOLÍTICA DE LAS PRÁCTICAS DE PRODUCCIÓN DE CUIDADO EN TORNO A LA MATERNIDAD

**Marta Benet Blasco**

**Directora de tesis: Dra. Margarida Pla**

Tutora: Dra. Sandra Ezquerro

Programa de doctorado: Cuidados Integrales y Servicios de Salud

Vic, julio de 2017

 UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL DE CATALUNYA  
**Escola de Doctorat**

Autoría: Marta Benet

Ilustración: Ariadna Sanz

Diseño de la cubierta: ClipGRAFIC

“Els dolors han estat més forts que mai,  
com si els tingués al cervell,  
com si per dintre hi hagués una explosió,  
com si em rebentés tota jo.  
Però no solament per baix, el cap t’esclatarà,  
els ulls saltaran per una banda,  
el cervell per l’altra...  
I arrapada als barrots cridava,  
no puc, no puc, qui recollirà tot això?  
I quan era a punt de volar per l’aire,  
la llevadora ha dit, ja està,  
i era tant gran la joia que sentia  
que m’hauria aixecat i m’hauria posat a ballar.”

Montserrat Roig (*L’hora violeta*, 1994)

Al Ramon, l’Oriol i l’Ona



## *Agradecimientos*

En aquests agraïments se'm fa difícil –quasi impossible– esmentar totes les persones que m'han acompanyat al llarg de tot el procés de tesi, en diferents moments i en circumstàncies molt diverses. De totes elles, n'he après alguna cosa.

Moltes gràcies a totes les dones que han compartit amb mi les seves experiències i vivències de maternitat, i a les persones que les han acompanyades durant l'embaràs, part i postpart. També vull donar el meu agraïment als i les professionals que van acceptar que fos la seva ombra durant uns dies, i que em van fer partícip de la seva quotidianitat compartint les seves experiències i reflexions amb mi.

Amb la Marga Pla, directora d'aquesta tesi, hem fet un camí de més de tres anys entre diàlegs quotidians, emocions i afeccions, connexions que m'han permès avançar i derives que m'han portat a territoris no anticipats. Moltes gràcies, Marga, la teva capacitat per generar obertures, reflexions i problematitzacions ha contribuït en gran mesura a mantenir-me en moviment en l'esdevenir cartogràfic.

Obtenir una beca predoctoral de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya m'ha permès dedicar-me tres anys a la investigació que ha donat lloc a aquesta tesi. Una activitat d'investigació vinculada al grup de recerca en Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives, coordinat per la Sandra Ezquerria. Gràcies, Sandra, per estar disponible quan he aparegut amb dubtes i preguntes, i sobretot, per animar-me a acceptar la beca.

L'estada al Brasil va ser un viatge de viatges que em va donar l'oportunitat de compartir amb persones de la *Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado* algunes de les seves activitats quotidianes. Agraïxo especialment a l'Emerson, la Mina i la Kathleen la seva acollida i el seu afecte durant l'estada i també al llarg de tot aquest trajecte de la tesi.

També vull donar les gràcies a l'Augusta Nicoli per la seva rebuda quan vaig estar a Bolonya (Itàlia); a la Soo Downe, per facilitar-me l'estada a Preston (UK); i al Jukka Hakola i Heikki Ervast, per acollir-me a Rovaniemi (Finlàndia). Conjuntament amb l'estada al Brasil, tots aquests viatges han estat una oportunitat per a mirar-me la tesi des d'una altra perspectiva.

Amb el Ramon Escuriet hem compartit diferents col·laboracions, ja sigui en forma d'articles, de presentacions en un congrés o discutint sobre algun tema durant un dinar; totes elles han aportat coses interessants al procés de tesi. Ramon, t'agraeixo totes les vegades que has fet possible connexions que han facilitat el desenvolupament de la investigació.

Ariadna, la teva manera d'afrontar els reptes i el teu afecte m'han omplert de força en moltes ocasions. El dia que vas arribar a casa amb tres cartolines i la proposta per a la portada d'aquesta tesi vas posar a prova la confiança que tinc en la teva enorme creativitat. Construir el cos d'una dona embarassada a partir de tres mapes que havies traçat inspirant-te en el meu recorregut vital d'aquests últims anys és una idea molt cartogràfica!

Laia, és una bonica casualitat que la nostra amistat, iniciada quan les dues estàvem embarassades, hagi estat tant important en aquesta tesi: t'agraeixo la disponibilitat, proximitat i calidesa, així com també les llargues i reiterades converses al volant d'aquesta tesi.

Anna i Raül, heu estat un petit oasis de tranquil·litat quan, en els moments de més voràgine, ens heu acollit i nodrit a la meva família i a mi.

Marc, gràcies per ensenyar-me a escoltar més enllà de les paraules. Ballar m'ha omplert d'una energia i vitalitat que en moltes ocasions ha fet avançar aquesta tesi. Amb la gent de Barris en Dansa –Álvaro, Cristina, Aida, Alba, Ariadna, Aroa, Carme, Elena, Gala, Irene, Isabel, Javi, Josep, Jordi, Laia, Loli, Loles, Marc, Mila, Míriam, Núria, Rosa, i un llarg etcètera– hem traçat mil rutes cap a nosaltres mateixes i cap a les altres persones, ja sigui ballant, escoltant o fins i tot volant.

Mil gràcies, Ramon, per estar al meu costat amb la teva estimació i el teu suport. Em fa feliç que tu, l'Oriol i l'Ona, us hàgiu fet vostra aquesta tesi, en els moments bonics i alegres que hem viscut, i també en els més difícils i feixucs. Gràcies a tots tres per ser-hi, fer-ho tant fàcil, i compartir aquest projecte amb mi. Moltes gràcies, Anna i Jaume, la vostra capacitat per estimar i teixir xarxes de suport és enorme i aquesta tesi n'és una expressió. Ramon, Oriol, Ona, Anna, Jaume, Núria, Hamza i Júlia, ha estat un regal tenir-vos al meu costat.



## ***Publicaciones***

Benet, M., Merhy, E. E., y Pla, M. (2016). Introducción. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16(3), 229–243. doi:10.5565/rev/athenea.1685

Impacto (2016): SCImago Journal & Country Rank (SJR) factor impacto: 0.125 – Q4 Social Sciences (miscellaneous).

Biescas, H., Benet, M., Pueyo, M. J., Rubio, A., Pla, M., Pérez-Botella, M., y Escuriet, R. (2017). A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 13, 41–50. doi:10.1016/j.srhc.2017.05.006

Impacto (2016): SCImago Journal & Country Rank (SJR) factor impacto: 0.617 - Q1 Nursing (Maternity and Midwifery)

Benet, M., Cruz, K.T., Santoro, V., Merhy, E.E., Pla, M. (2017) Participation in Health through the construction of encounters: a micropolitical approach. *Educational Action Research*. doi: 10.1080/09650792.2017.1374194

Impacto (2016): SCImago Journal & Country Rank (SJR) factor impacto: 0.417 - Q2 Social Sciences (Education)

Benet, M., Escuriet, R., Alcaraz-Quevedo, M., Ezquerro, S., Pla, M. Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva (2008-2017). *Gaceta Sanitaria*. (en revision)

Impacto (2016): SCImago Journal & Country Rank (SJR) factor impacto: 0.434 - Q3 Medicine (Public Health, Environmental and Occupational Health)



## Tabla de contenidos

<i>Agradecimientos</i> .....	V
<i>Publicaciones</i> .....	VII
<i>Listado abreviaturas</i> .....	XI
<i>Índice de anexos</i> .....	XIII
<i>Introducción</i> .....	XV
<b>1. CONSTRUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>19</b>
1.1. Aproximación a la micropolítica.....	21
1.2. Marco político: estrategias en salud reproductiva.....	25
1.3. La cartografía como práctica de investigación para explorar y acompañar el proceso de transformación .....	31
1.4. Cuatro artículos, cuatro conversaciones .....	36
<b>2. DEVENIR CARTÓGRAFA</b> .....	<b>43</b>
<b>3. A CRITICAL REVIEW OF THE BIRTH PLAN USE IN CATALONIA</b> .....	<b>61</b>
<b>4. PARTICIPATION IN HEALTH THROUGH THE CONSTRUCTION OF ENCOUNTERS: A MICROPOLITICAL APPROACH</b> .....	<b>73</b>
<b>5. ALCANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN EN CATALUÑA DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD REPRODUCTIVA (2008-2017)</b> .....	<b>93</b>
<b>6. DISCUSIÓN</b> .....	<b>117</b>
6.1. Producción de cuidado desde una perspectiva micropolítica.....	119
6.2. Reflexiones metodológicas en torno a la cartografía .....	124
6.3. Aportaciones de la perspectiva micropolítica en la construcción de políticas públicas y en el campo de la salud pública .....	133
<b>7. CONCLUSIONES</b> .....	<b>137</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>141</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>163</b>



## ***Listado abreviaturas***

ACLL: Associació Catalana de Llevadores

ASSIR: atenció a la salut sexual i reproductiva

CARN: The Collaborative Action Research Network

CCAA: comunidades autónomas

DS: Departament de Salut

EAPN: Estrategia de Atención al Parto Normal

ENSSR: Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva

FAME: Federación de Asociaciones de Matronas de España

MSC: Ministerio de Sanidad y Consumo

MSPS: Ministerio de Sanidad y Política Social

MSPSI: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad

OSM: Observatorio de Salud de las Mujeres

OMS: Organización Mundial de la Salud

PES: Planificación Estratégica Situacional

SEGO: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia

SISCAT: Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Cataluña

SoPCI: grupo de investigación en Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas



## *Índice de anexos*

ANEXO 1. LA PRODUCCIÓN DE CUIDADO .....	165
ANEXO 2. ESTRATEGIAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA (2007-2011): EAPN Y ENSSR .....	174
ANEXO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS .....	181
ANEXO 4. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	184





## ***Introducción***

Esta tesis por compendio de artículos se centra en el estudio de las prácticas de producción de cuidado en el proceso de maternidad desde una perspectiva micropolítica. Concretamente, la investigación se enmarca en el proceso de transformación de las prácticas en torno a la maternidad impulsado por la publicación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (EAPN) en 2007 y la *Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva* (ENSSR) en 2011. Un proceso de transformación que investigamos acompañando a dos de sus protagonistas: las mujeres y los y las profesionales que trabajan en los servicios de atención al embarazo, parto y posparto.

Ambas estrategias se formulan en un contexto en el que la atención a la maternidad estaba muy medicalizada como consecuencia de los cambios producidos en los servicios de maternidad durante la segunda mitad del siglo XX. En respuesta a esta medicalización, a finales de los ochenta empiezan a aparecer voces críticas que, desde asociaciones de mujeres, ciertos colectivos profesionales y organismos internacionales instan a humanizar y desmedicalizar el proceso de atención a la salud reproductiva. Así, tanto la EAPN (Ministerio de Sanidad y Consumo [MSC], 2007) como la ENSSR (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [MSPSI], 2011) representan una apuesta para cambiar el modelo de atención y transformar algunas de las prácticas y conceptualizaciones en torno a la maternidad.

Explorar el cambio de paradigma desde una perspectiva micropolítica implica poner el foco en cómo estos cambios se expresan y se manifiestan en la vida cotidiana partiendo de la acción de todas las personas implicadas (mujeres, personas de su red, profesionales, gestores y gestoras, etc.). La noción de cotidianidad, entendida como espacio donde se hace visible la multiplicidad de formas en que la vida se expresa y los matices que cada persona imprime en sus acciones, es central en la elaboración de esta tesis. Permite adentrarnos en la manera cómo las personas articulamos y combinamos, en nuestros quehaceres y actividades, diferentes lógicas, lenguajes, sensaciones, teorías más o menos formales, maneras de funcionar que repetimos una y otra vez, o alternativas imaginativas que inventamos para ir más allá de las opciones disponibles. Una cotidianidad que se configura como un espacio de prácticas en el que, a veces, reproducimos un mundo que sentimos que nos viene dado, y, en otras ocasiones, nos ubicamos como protagonistas para crear nuestros propios recorridos.

En este sentido, la transformación impulsada por las estrategias es especialmente interesante desde un punto de vista micropolítico, porque permite explorar cómo un cambio en la política<sup>1</sup> reproductiva (EAPN y ENSSR) modifica las relaciones y coloca en diálogo a los diferentes actores y actrices sociales, lo que da lugar a una multiplicidad de formas de incorporar la política en las prácticas cotidianas. Además, considero que este proceso de transformación es un buen escenario para visibilizar que toda acción de las personas es política y que tanto profesionales como usuarias crean conocimientos y estrategias de gobierno que ponen en juego en sus acciones y relaciones.

Esta tesis se enmarca en la línea de investigación Micropolítica de las prácticas y el cuidado en salud, del grupo de investigación en Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas (SoPCI).<sup>2</sup> Es un trabajo realizado en diálogo con el colectivo brasileño *Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado*<sup>3</sup> –coordinada por Emerson Merhy y Marcelo Poirot Land– y sus proyectos, entre los cuales destaca la investigación “Avaliação compartilhada do cuidado em saúde”<sup>4</sup> que analiza diferentes políticas sanitarias brasileñas y transcurre simultáneamente a mi proceso de tesis, lo que provoca una cierta confluencia que genera un espacio compartido con autores y autoras de la línea.

Es por ello por lo que entiendo los cuatro artículos que configuran este compendio como cuatro conversaciones que pretenden mostrar diferentes aspectos de la investigación doctoral y de mi posicionamiento. En el primer artículo, *Devenir cartógrafa*, se explican las primeras experiencias de trabajo de campo en el contexto de los servicios de maternidad y se reflexiona sobre el proceso de construcción como investigadora cartógrafa. En el segundo, *A critical review of the birth plan use in Catalonia*, se analizan los planes de parto implementados en diferentes hospitales catalanes, como una herramienta que pone en circulación la propia política. En el tercero, *Participation in health through the construction of encounters: a micropolitical approach*, se presenta una propuesta que conceptualiza la participación desde una perspectiva micropolítica en el contexto de los encuentros cotidianos en los servicios de salud. Y, en el último artículo,

---

<sup>1</sup> En el contexto de esta tesis, utilizo el término *política* para referirme a cualquiera de sus expresiones: normas, reglamentos, decretos, estrategias nacionales, etc. Además, asumo que tanto la EAPN como la ENSSN forman parte de una misma política que tiene como finalidad el cambio de modelo de atención a la maternidad.

<sup>2</sup> Grupo de investigación en Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI) de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. Para más información:

<http://urecerca.uvic.cat/CawDOS?id=c7d89aaad0386cdd&idioma=ca&tipo=grupo>

<sup>3</sup> Empleo el nombre original, aunque más recientemente el grupo de investigación utiliza el nombre *Grupo de pesquisa Observatório de Políticas e Cuidado em Saúde*. Para más información ver: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.es>

<sup>4</sup> El proyecto se describe en dos publicaciones recientes que se encuentran en la bibliografía: Merhy, Baduy, Seixas, Almeida y Júnior, 2016; y en Feuerwerker, Bertussi y Merhy, 2016.

*Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva (2008-2017)*, se exponen algunos de los resultados de la investigación en relación con el proceso de transformación impulsado por las estrategias EAPN y ENSSR.

He estructurado la tesis en los siguientes capítulos. Un capítulo inicial destinado a explicar cómo se construyó la investigación para contextualizar los cuatro artículos que configuran este compendio. Los siguientes capítulos (2-5) son el núcleo de la tesis y corresponden a cada uno de los artículos, cuyos títulos y temas se exponen en el párrafo anterior. En el capítulo 6 se presenta una discusión de las principales aportaciones estructurada en tres ejes: 1. Producción de cuidado desde una perspectiva micropolítica, 2. Reflexiones metodológicas en torno a la cartografía y 3. Aportaciones y retos de la micropolítica en el campo de la salud pública y las políticas públicas. A continuación, en el capítulo 7 presento las conclusiones finales y algunas líneas de futuro para continuar explorando desde la investigación micropolítica. Finalmente, en los anexos se incluyen algunas ampliaciones de marcos teóricos, conceptos, apuntes metodológicos y temas éticos. A lo largo del texto se van señalando –como si fueran hiperenlaces– aquellas ampliaciones o especificaciones que se pueden encontrar en los anexos.



# 1. CONSTRUCCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN





En aras de contextualizar las cuatro publicaciones de esta tesis, estructuro este primer capítulo en cuatro apartados. En primer lugar, sitúo la investigación micropolítica en salud y la producción de cuidado como conceptos centrales de esta investigación. A continuación, se describen las estrategias nacionales en salud reproductiva (EAPN y ENSSR) como marcos normativos en los cuales se enmarca el proceso de transformación de las prácticas en torno a la maternidad. En el tercer apartado se presenta la cartografía como práctica de investigación que ha permitido acercarse al proceso de cambio y explorar cómo el cuidado acontece y se manifiesta en la vida cotidiana. Finalmente, explico las condiciones de producción y las principales aportaciones de los cuatro artículos de la tesis. Estos se describen en términos de cuatro conversaciones que han permitido visibilizar algunas dimensiones del cambio impulsado por la implementación de las estrategias y discutir cuestiones como la producción de cuidado o la participación desde un posicionamiento micropolítico.

## **1.1. Aproximación a la micropolítica**

A continuación, se presentan algunos elementos de la perspectiva micropolítica que son relevantes para esta tesis y que están presentes en la escritura de los artículos, como son la conceptualización del trabajo en salud, la articulación entre el plano macro y micropolítico, algunos referentes y núcleos temáticos de la investigación micropolítica en salud y la producción de cuidado.

### ***1.1.1. La investigación micropolítica en salud***

La investigación micropolítica en salud se orienta a la comprensión de la naturaleza del trabajo en salud y de las tecnologías implicadas en su producción; así como al reconocimiento del mundo del trabajo como escuela (Franco y Merhy, 2013; Merhy, 1997; Merhy, 2006; Merhy, Feuerwerker y Ceccim, 2006). Merhy (2006) describe el trabajo en salud como un conjunto de prácticas y saberes que busca producir bienes o productos que no son necesariamente materiales, sino que pueden ser simbólicos, por ejemplo: la satisfacción de una necesidad o el derecho del usuario o usuaria, la obtención de un mayor grado de autonomía o la disminución del sufrimiento en una situación de final de vida. De manera que esta acción productiva busca intervenir sobre alguna cuestión que fue definida como “problema de salud” o “necesidad de salud”. Un elemento característico del trabajo en salud es que la persona usuaria es al mismo tiempo objeto de la acción del profesional y agente que interviene en la producción porque en el encuentro

pone sus intenciones, expectativas, conocimientos y representaciones sobre el mundo y la salud. Así, tanto el profesional como el usuario llegan al encuentro con necesidades ya elaboradas a la vez que en la interacción se pueden instituir otras nuevas.

Desde una perspectiva micropolítica, asumimos que toda acción de las personas en el mundo es política, y que toda política es, a su vez, macro y micropolítica (Deleuze y Guattari, 1988/2015, p. 218). La investigación micropolítica busca visibilizar cómo las personas construyen sus acciones cotidianas en el entrecruzamiento entre el plano macropolítico y micropolítico. Rolnik (2006) señala que la distinción entre estos dos planos no es una cuestión de escala (grande y pequeño), sino que son dos sistemas de referencia de diferente naturaleza y lógica. El plano macropolítico corresponde al mapa de los territorios visibles; es decir, al mundo social vigente y formado por las representaciones individuales y colectivas. Es, por lo tanto, el plano de reproducción de lo instituido, del orden establecido y de los enunciados dominantes que operan en forma de oposiciones binarias. Mientras que el plano micropolítico está en constante producción, y se define como el territorio de lo creativo y lo instituyente. Es el plano de los sistemas de referencia múltiples y cambiantes que dan lugar a los procesos de producción de realidad (Rolnik, 2006, pp. 59-60).

En función de cómo se transita entre ambos planos, tanto profesionales como usuarios y usuarias, en sus interacciones cotidianas, pueden reproducir las prácticas instituidas o bien producir un quiebro y construir prácticas de acuerdo con su forma singular de ubicarse y dar sentido al mundo. En concordancia, cualquier proceso de trabajo o implementación de una política puede entenderse no solo como una serie de acciones que aplican aquello que está prescrito en el protocolo, el procedimiento o la regulación, sino que cada una de las personas implicadas tiene un espacio de gobernabilidad a partir del cual infunde una direccionalidad concreta a sus acciones y, en consecuencia, construye su propia manera de actuar. Así, dependiendo de cómo articulemos en cada una de nuestras acciones el plano macro y micropolítico, las personas pueden actuar como sujetos poseedores de saberes y acciones protagonizando nuevos procesos o bien ser reproductores de situaciones ya dadas (Merhy, 2006).

En esta tesis, la investigación micropolítica pone el foco en cómo las personas (profesionales, usuarias, gestoras, etc.) construyen sus interacciones y acciones cotidianas, y se producen a sí mismas y a otras personas en los espacios de relación; con la intención de dar visibilidad al juego de fuerzas que están en disputa en esta producción



(Franco y Merhy, 2011, 2013). Así, en el momento del encuentro, tanto profesionales como usuarias ponen en juego sus representaciones acerca de la salud, la atención en salud o su “problema o situación de salud”; al mismo tiempo que la interacción puede dar lugar a resignificaciones de la situación, nuevas miradas y posicionamientos o a movimientos de diferenciación según las producciones del deseo.<sup>5</sup>

La investigación micropolítica en salud se desarrolla, sobre todo, a partir de los trabajos de la *Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde* de Brasil constituida en 2005 en el marco del programa de doctorado de Clínica Médica de la Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Es un colectivo de investigación formado por personal docente, investigador, gestor y trabajador del ámbito de la salud y la salud colectiva, así como usuarias y usuarios de los servicios. Esta línea incorpora las aportaciones y las problemáticas planteadas por diferentes autores de la filosofía de la diferencia como Foucault, Deleuze o Guattari y del perspectivismo amerindio de Viveiros de Castro. También integran algunas de las contribuciones teórico-metodológicas de la salud colectiva brasileña, el análisis institucional desde la perspectiva esquizoanalítica, así como la historia social de la cultura y de producción de memoria, entre muchas otras (Feuerwerker, Bertussi y Merhy, 2016; Merhy, Baduy, Seixas, Almeida y Júnior, 2016).

Algunos de los ejes o núcleos temáticos de investigación micropolítica en salud son la producción de cuidado y los aspectos tecnológicos relacionados, la educación permanente en salud en la formación de profesionales y el desarrollo profesional, la producción de subjetividad en el trabajo en salud y el desarrollo de cajas de herramientas para gestores y profesionales. Entre todos ellos, la producción de cuidado tiene especial relevancia en mi investigación.

---

<sup>5</sup> La noción de deseo movilizada desde la perspectiva micropolítica hace referencia al deseo como energía productiva que impulsa los procesos de construcción social. Es decir, el deseo como energía propulsora de la acción cotidiana de los sujetos, los cuales producen el espacio social donde están inmersos. (Franco y Merhy, 2011)

### ***1.1.2. Producción de cuidado***

Desde la perspectiva micropolítica, el cuidado se entiende como una producción subjetiva que se da en función de cómo las personas dan sentido al mundo y a las formas de intervenir en él, es decir, basándose en los territorios existenciales<sup>6</sup> de las personas (Franco y Merhy, 2011, 2013). Por lo tanto, el cuidado no es definido como un procedimiento o una actividad, sino como un modo de hacer singular que se construye en el momento del encuentro y se da a partir del “trabajo vivo en acto” (Franco y Merhy, 2011, 2013). Merhy (1997) define el trabajo vivo en acto como un acontecimiento que está abierto tanto a la captura por la lógica de la repetición como a la emergencia de procesos instituyentes. De esta manera, el trabajo vivo en acto puede engendrar procesos creativos que den lugar a múltiples maneras de cuidar, lo que posibilita los procesos de acogida del usuario o la usuaria y su mundo, así como la búsqueda de alternativas imaginativas que respeten y defiendan la multiplicidad de opciones (anexo 1).

La producción de cuidado que puede darse en el encuentro entre profesional y usuaria se describe como acontecimiento micropolítico porque está en constante producción por parte de sus protagonistas al basarse en los procesos de mutua afectación. La noción de afectación desarrollada por Spinoza y actualizada por Deleuze (1984/2001) hace referencia al efecto de las afecciones o los flujos de intensidades que se dan en el encuentro entre las personas y que se materializan en nuestro cuerpo en forma de sensaciones (Rolnik, 2006). Intensidades que pueden causar alegría o tristeza, y que aumentan o disminuyen respectivamente la potencia de las personas para actuar (Spinoza, citado por Deleuze, 1984/2001).

Ubicarse en el encuentro para afectar y ser afectado requiere situarse en la interacción y permitir que la presencia de la otra persona te interpele, asimismo, requiere considerar al otro como un campo de fuerza que nos moviliza y nos transforma en las sucesivas relaciones en las que nos involucramos. Convertir a la otra persona en una presencia viva, tal como explica Rolnik (2006), significa no convertir al otro simplemente en un objeto en el que proyectamos nuestras imágenes preestablecidas. Así, la producción

---

<sup>6</sup> Rolnik hace referencia a la noción de territorio existencial como aquellos referentes éticos y políticos que conforman sentidos e identidades en las personas. Esta autora describe “los procesos de formación y deconstrucción de territorios, entendiéndolos como “territorios existenciales”; es decir, aquello que cada uno tiene dentro y que define su forma de significar e interactuar con el mundo. Ese actuar ante la vida es singular, o sea, de cada uno, y por eso mismo es múltiple, pues tenemos siempre tantos mundos como aquellos que lo habitan”. (Rolnik, citado por Franco y Merhy, 2011)

de cuidado implica dejarse movilizar por la afectación, porque nos abre la posibilidad de hacer otras lecturas de la situación y del entorno, inventar nuevas referencias y crear nuevas formas de relación y de existencia. Este carácter instituyente y singular del cuidado nos hace pensar en este como una forma de resistencia a los modos de pensamiento hegemónicos y de apertura o disidencia a lo establecido (Franco y Merhy, 2009, 2011).

Asimismo, Merhy (2006) describe el cuidado como un territorio común para todas las personas implicadas, y no como un saber estructurado circunscrito a un campo profesional concreto. Es en este sentido, un espacio en disputa atravesado por diferentes lógicas en el cual se confrontan diferentes ideas o proyectos individuales o colectivos. Sin embargo, la disputa no presupone necesariamente un conflicto, sino que puede propiciar innovaciones en los procesos de trabajo siempre y cuando exista una posición de respeto por la vida del otro (Carvalho, Feuerwerker, y Merhy, 2007).

## **1.2. Marco político: estrategias en salud reproductiva**

Entre 2007 y 2011 se producen en España una serie de cambios normativos en materia de salud sexual y reproductiva que se materializan con la publicación e implementación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (EAPN) y la *Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva* (ENSSR), esta última muy influida por la EAPN y orientada a completar aquellos aspectos del continuum asistencial no incluidos en la primera estrategia.

La elaboración de las estrategias es fruto de un intenso debate que implicó a diferentes agentes sociales: organizaciones de mujeres, profesionales de salud, instituciones sanitarias, administraciones estatales y autonómicas, y sociedades científicas de todo el Estado español. Se construyó como un proceso participativo que se lideró desde el Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), que contaba, en aquel momento, con una trayectoria previa de trabajo con las asociaciones de mujeres.

Tanto la EAPN como la ENSSR se desarrollan dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud, previsto en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad y Política Social [MSPS], 2009), con el objetivo de “impulsar una atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades” y “apoyar al personal sanitario en el fomento de la excelencia clínica y en la adopción de buenas prácticas basadas en el mejor conocimiento científico

disponible” (MSPS, 2009). Dentro del Plan de Calidad, las estrategias se ven como un mecanismo para “garantizar la legitimidad y sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud, tanto en la población usuaria como profesional” (MSC, 2007; MSPSI, 2011).

### ***1.2.1. Transformación del modelo de atención a la maternidad***

La EAPN y ENSSR tienen como objetivo transformar el modelo de atención en salud sexual y reproductiva, al incorporar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), la Conferencia Internacional de Fortaleza sobre la Humanización del Parto (2000) y las directivas europeas en materia de derechos sexuales y reproductivos, que los reconocen como una necesidad básica de salud y un derecho humano (Biglia y Olivella-Quintana, 2014). Este proceso de cambio tiene lugar en un contexto en el que la atención a la maternidad estaba muy medicalizada (Riessman, 1983; Parry, 2008; Conrad, 2007; Brubaker y Dillaway, 2009), razón por la cual, desde organismos internacionales, organizaciones de mujeres y algunos colectivos profesionales, se instó a adoptar medidas para desmedicalizar y humanizar el proceso (Backes, Koerich y Erdmann, 2007; Lindsay, 2006; Page, 2001).

Referente a la voluntad de transformación, los documentos de las estrategias –de forma muy explícita en la EAPN– señalan que estas no deben ser entendidas como una propuesta normativa, sino como un punto de partida para plantear nuevos desafíos en un contexto de maternidades y paternidades heterogéneas, y en un momento de reconfiguración de los roles tradicionales.

Los principales ejes de cambio propuestos en las estrategias son la desmedicalización de los procesos fisiológicos y de la construcción social de la maternidad, la introducción y la revalorización de los elementos de calidez en la atención (intimidad, respeto, autonomía, etc.), la adopción de un enfoque integral y biopsicosocial a lo largo de todo el proceso reproductivo, y la participación de las mujeres y su entorno en la toma de decisiones (MSC, 2007; MSPSI, 2011; Pla y Cabria, 2011). En el cuarto artículo (*Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva*) y el anexo 2b se explican cada uno de estos ejes de cambio, y en el anexo 2a se describen los objetivos y las líneas estratégicas establecidas tanto para la EAPN como para la ENSSR.

Además de estos ejes de cambio, otro aspecto importante en la formulación de ambas estrategias es la revisión de la evidencia disponible y la actualización de las

recomendaciones de buenas prácticas. Basándose en esta revisión se eliminan algunas prácticas consideradas innecesarias (*i. e.* enema, rasurado) o incluso perjudiciales (*i. e.* maniobra de Kristeller) o se insta a incorporar algunas que habían sido eliminadas y/o restringidas (*i. e.* ingesta de líquidos, movimiento durante la dilatación, etc.). El énfasis en las prácticas clínicas basadas en la evidencia puede entenderse también como un elemento estratégico, ya que el cambio de paradigma propuesto representa una transformación tan importante de las prácticas que construirlas y justificarlas a partir de la evidencia disponible era una forma de dar legitimidad al proceso de transformación que se estaba impulsando. En este sentido, el cientifismo atraviesa todo el proceso como fuerza legitimadora, pues los pasos hacia la humanización<sup>7</sup> generaban dudas y resistencias en algunos sectores.

### ***1.2.2. Elementos genealógicos del diseño e implementación de la EAPN y la ENSSR***

Para explicar y señalar algunos de los vectores de fuerza presentes en el diseño y la implementación de las estrategias, a continuación, se presentan algunos elementos genealógicos<sup>8</sup> (anexo 3a) que emergieron durante la investigación, y que permiten ilustrar diferentes posicionamientos que forman parte del contexto de producción de las estrategias. Una parte de estos elementos fueron relatados en las entrevistas exploratorias realizadas al inicio de la investigación y en las entrevistas con los y las profesionales, tal como se explica en el cuarto artículo; y otros proceden de publicaciones y documentos escritos antes, durante y después de la construcción de las estrategias.

Como ya se ha dicho, el proceso de elaboración de las estrategias es el resultado de un intenso debate en torno a la atención a la maternidad en el que se implican diferentes agentes sociales: ciudadanos y ciudadanas (Arnau et al., 2012; Biurrún-Garrido y Goberna-Tricas, 2013), asociaciones de mujeres (Villarme, Olza y Recio, 2015), colectivos profesionales (Federación de Asociaciones de Matronas de España [FAME], 2006, 2007; Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia [SEGO], 2003, 2008), instituciones sanitarias, medios de comunicación (Montero, 2006; Sánchez-Mellado,

---

<sup>7</sup> La expresión *humanización* o *humanizar* se utiliza muy poco en los documentos de la EAPN y la ENSSR, aunque citan documentos y marcos de referencia internacionales referentes a la humanización del parto y el proceso reproductivo. Alternativamente, se sustituye, en gran medida, por la noción de calidez en la atención, que incluye aspectos tales como la intimidad, el respeto, la autonomía, etc. Todas estas cuestiones que, en gran parte de la literatura y en los documentos de organismos internacionales, son agrupadas bajo el término paraguas *humanización*.

<sup>8</sup> La genealogía aplicada al campo de las políticas de salud ha sido utilizada por diferentes autores del ámbito de la investigación micropolítica (Land, 2016), basándose en los trabajos de Nietzsche y Foucault (Foucault, 1979). Ver anexo 3a.

2007) y el ámbito académico. En este debate se pone de manifiesto una diversidad de intereses y visiones sobre el proceso de maternidad, el tipo de atención necesaria y/o deseable o la propia conceptualización sobre qué implica “cambiar o transformar la política reproductiva”.

Diferentes autores y autoras reconocen el papel de la ciudadanía que, con sus reivindicaciones, quejas y protestas, pone el foco sobre la creciente medicalización del proceso (Arnau et al., 2012). Por ejemplo, el Informe del Defensor del Pueblo de 2006 recoge la demanda de ciudadanos y ciudadanas con respecto a la “utilización de procedimientos naturales y sin aplicación de medios técnicos, de no ser ello necesario, en los momentos de dilatación y parto, en línea con las recomendaciones de la OMS” (Defensor del Pueblo, 2006, p.431)

La participación de las mujeres, a través de las asociaciones, en la elaboración de las estrategias (EAPN y ENSSR) fue una oportunidad para dar visibilidad y legitimar algunas de las reivindicaciones en torno a sus derechos sexuales y reproductivos. Villarme et al. (2015) analizan el papel de la asociación El Parto es Nuestro en los debates obstétricos en España y su contribución en la reforma del sistema de atención a la maternidad, y señalan tres líneas de acción: a) hacer visible la situación del parto y el nacimiento en España, b) abrir el espacio de debate en torno a las cuestiones obstétricas, y c) contribuir a la implementación de cambios legales, sociales y políticos.

En la redacción de las estrategias participaron diferentes asociaciones, algunas de ellas más centradas en la defensa de los derechos de las mujeres, otras en los derechos de las y los recién nacidos y algunas orientadas a la promoción y defensa de la lactancia materna (se pueden ver todas las asociaciones en los documentos de las estrategias, MSC, 2007; MSPSI, 2011). Tal como explica la representante de una asociación entrevistada, un elemento común entre las diferentes asociaciones era que todas defendían un cambio de modelo a pesar de tener visiones diferentes sobre el proceso de maternidad (EP4\_Aso).<sup>9</sup> Tanto la representante entrevistada como las autoras Villarme et al. (2015), en su análisis sobre el papel de las asociaciones, sitúan a las mujeres como motor de cambio y como agentes que querían romper con muchas de las prácticas instituidas en los servicios. Señalan que las mujeres aportaban sus experiencias como usuarias, pero

---

<sup>9</sup> En la codificación de las entrevistas se utilizan las siguientes abreviaturas: EP: entrevista a profesional; Aso: representante de una asociación; RIn: representante institucional; Obs: obstetra; Com: comadrona; EU: entrevista usuaria; CEN7: centro que atendió a la usuaria.

también hablaban desde el conocimiento de lo que estaba ocurriendo en otros países del entorno europeo.

Los y las profesionales participaron en la elaboración de las estrategias a través de las sociedades profesionales (MSC, 2008; MSPSI, 2011). Varias de las personas entrevistadas (EP4\_Aso; EP11\_RIn; EP5\_Com; EP2\_Obs) relatan resistencias por parte del colectivo de obstetras, aunque identifican también a algunas jefas y a algunos jefes de servicio que, en el momento de construcción de las estrategias, ya habían incorporado (o estaban en proceso de incorporar) la atención al parto “natural”<sup>10</sup> y algunas estrategias de promoción de la lactancia materna a los servicios. Otra cuestión destacable que refleja cómo parte del colectivo de obstetras asume algunas de las propuestas de cambio de las estrategias son las diferencias entre el *Protocolo de asistencia al parto normal* de la SEGO, publicado en 2003, y las *Recomendaciones sobre la asistencia al parto*, que la SEGO publica en 2008. Así, en el documento de 2008 se reconoce que “en los últimos tiempos se está produciendo en nuestro país un cambio conceptual, tanto en la asistencia obstétrica en general como en la asistencia al proceso del parto en particular” y se declara que “la SEGO está haciendo un esfuerzo por intentar humanizar el parto con el fin de canalizar y dar respuesta, por un lado, a la demanda social actualmente existente y, por el otro, asegurar la salud materno-fetal”. Asimismo, en este documento se incluyen recomendaciones alineadas con los planteamientos de la EAPN (evitar el enema y rasurado, la movilidad de la mujer durante el proceso de parto, la ingesta de líquidos, etc.). Aunque, tal como explican algunas personas entrevistadas (EP4\_Aso; EP11\_RIn), el cambio de posicionamiento de la SEGO no se manifiesta de igual manera en las prácticas cotidianas del colectivo de obstetras.

Tal como explican algunas matronas había diferentes posicionamientos respecto a su rol, que generaron divergencias y conflictos intereses (EP10\_Com; EP3\_Com; EP6\_Com; EP7\_Com). La elaboración de las estrategias está atravesada por un fuerte debate en torno a la construcción profesional de la matrona en España, alimentado por todos los cambios y reordenamientos en relación con la formación y la regulación de las actividades profesionales que se van sucediendo durante la segunda mitad del siglo XX (Serrano, 2002). En 1986 se interrumpe la formación de matronas en España durante

---

<sup>10</sup> En el momento de la elaboración de las estrategias, el uso del término *natural* para referirse a un parto sin anestesia era bastante común. Actualmente se sigue utilizando, por ejemplo, en referencia a las *salas de parto natural*, aunque en la literatura y los documentos de organismos nacionales e internacionales se emplea la denominación *parto normal* o *parto fisiológico*.

cinco años y se reanuda en el curso 1992-1993, tras un recurso del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea que insta al Gobierno español a ajustarse a las directrices europeas relativas al acceso a las actividades de matrona y al ejercicio de estas (Serrano, 2002). La formación se restableció bajo la modalidad de enfermera especializada en ginecología y obstetricia, una cuestión discutida desde sectores que defienden que la de matrona debería ser una profesión independiente (Ballester Marcos y Perales, 2004). Así, para algunas de las matronas entrevistadas (EP3\_Com; EP6\_Com; EP7\_Com), las estrategias representan una oportunidad para reivindicar su papel en el proceso de atención a la maternidad, ganar autonomía y alcanzar la entidad profesional que las matronas tienen en otros países europeos (Reino Unido, Holanda y Alemania). Aunque también reconocen que la autonomía profesional y su papel en la toma de decisiones profesionales no se problematiza por una parte del colectivo de matronas que acepta un rol más subordinado.

Para los representantes institucionales y de asociaciones entrevistadas (EP4\_Aso; EP11\_RIn; EP12\_RIn), la construcción de las estrategias fue un diálogo multinivel en el que diferentes actores y actrices sociales se sentaron en la misma mesa del Ministerio de Salud a negociar y se constituyeron grupos de trabajo mixtos para la elaboración de los documentos (Villarme et al., 2015). En este sentido, la elaboración e implementación de las estrategias está atravesada por negociaciones y disputas por un territorio de prácticas y su gobernabilidad, que se da tanto entre colectivos profesionales (obstetras y matronas, pero también pediatras y personal de enfermería) como con las propias mujeres y su entorno.

Tal como ya se ha mencionado, en la elaboración de las estrategias también participaron representantes institucionales de los departamentos de salud de las diferentes comunidades autónomas (CCAA). Si se tiene en cuenta que en España la mayoría de competencias sanitarias están descentralizadas a las CCAA y que las propuestas de cambio recogidas en las estrategias eran de adhesión voluntaria, en el momento de la implementación, cada comunidad autónoma hizo su propia priorización y desarrolló sus planes y programas para impulsar los cambios propuestos (Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2008; Conselleria de Sanitat, 2009; Dirección General de Salud Pública Cantabria, 2007; Servicio Extremeño de Salud, 2013; Xunta de Galicia, 2008). En Cataluña, las acciones de implementación de las estrategias se canalizan a través del Programa de Atención al Parto Normal (Departament de Salut [DS], 2006, 2008) (ver anexo 2c).



Respecto a la financiación para la implementación de las estrategias en cada comunidad autónoma, según relatan los representantes institucionales (EP11\_RIn; EP12\_RIn), inicialmente hubo líneas de financiación finalistas que se destinaron a la formación de profesionales, la confección y la implementación de protocolos ajustados a las recomendaciones, la puesta en marcha de iniciativas o programas, entre otros (Ballesteros-Meseguer, 2015). Desde el Ministerio de Salud se financiaban estas actividades estableciendo un convenio –o en forma de subvención– con aquellas CCAA que presentasen propuestas (Conselleria de Sanitat, 2009; Vila-Candel et al., 2015). Esta cuestión pudo amplificar las diferencias en relación a la implicación de cada comunidad autónoma en la transformación del modelo, ya que la financiación venía vinculada a las iniciativas presentadas desde los departamentos de salud autonómicos.

Además, la implementación de la estrategia tuvo lugar en un contexto sanitario en el que el mecanismo de pago a los proveedores de servicios sanitarios, en este caso los hospitales que asisten partos, estaba vinculado al número de partos atendidos. Una cuestión que pudo generar cierta competencia entre hospitales –tal como explican algunos profesionales (EP1\_Obs; EP13\_Obs)– para mantener (o aumentar) la financiación vinculada a este acto asistencial, especialmente en un contexto general de disminución de la natalidad (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2017). Teniendo en cuenta que las recomendaciones de las estrategias son de adhesión voluntaria, cada entidad proveedora de servicios estableció su propia priorización, en algunos casos adoptando aquellos cambios que les permitieran situarse mejor en el mercado. Sobre esta cuestión, tanto profesionales como mujeres (EP13\_Obs; EP10\_Com; EU4\_CEN7) relatan algunos ejemplos en los que se han publicitado elementos de humanización por parte de los centros que aún no estaban incorporados a las prácticas habituales de la institución.

### **1.3. La cartografía como práctica de investigación para explorar y acompañar el proceso de transformación**

Para el estudio del proceso de transformación en torno a la maternidad adopté la cartografía como práctica de investigación que permitía acompañar el proceso de cambio impulsado por la *Estrategia de Atención al Parto Normal* y la *Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva*, y me centré en la producción de cuidado (anexo 1). Con esta intención, se exploró cómo el cambio de paradigma propuesto por las estrategias

había sido incorporado a las prácticas cotidianas de las diferentes personas implicadas poniendo el foco en las prácticas instituyentes.

En la investigación se partió del supuesto de que las estrategias habían actuado como dispositivo<sup>11</sup> de cambio a nivel micropolítico, al incidir tanto en las normas de funcionamiento (explícitas e implícitas) de las instituciones como en los contextos de interacción de usuarias y profesionales. Y que, por lo tanto, el cambio normativo había reconfigurado las relaciones, las expectativas y los esquemas de interpretación de las personas implicadas (Pla y Codern, 2006). Se asume también que todas las personas formulan, implementan y modifican políticas de sus acciones cotidianas, y, además, disputan activamente esta posibilidad.

Con el propósito de seguir los cambios que se iban implementando y manifestando, se definieron dos vectores a través de los cuáles se fue desarrollando la investigación.<sup>12</sup>

1. Acompañar y mapear el proceso de transformación de las prácticas profesionales en la cotidianidad de los servicios de atención a la maternidad, poniendo el foco en cómo la producción de cuidado acontece y abre la posibilidad de construir nuevos territorios de prácticas que incluyan la dimensión cuidadora en los procesos de trabajo en salud.
2. Acompañar y mapear los cambios en los recorridos y experiencias de las mujeres –y de las personas que las acompañan– a lo largo del proceso de embarazo, parto y posparto, desde la comprensión de que la red de cuidado se extiende más allá de la red formal de servicios de atención a la maternidad.

### ***1.3.1. Aproximación cartográfica***

La cartografía como perspectiva de investigación tiene sus orígenes en los trabajos de Deleuze y Guattari (1988/2016) y posteriormente ha sido desarrollada por diferentes autores y autoras, y grupos de investigación. En la investigación micropolítica en salud se ha incorporado como una práctica de investigación que permite aproximarse a la

---

<sup>11</sup> Deleuze, en el libro *Michael Foucault, filósofo* (1990), explora el concepto de dispositivo de Foucault. Describe la noción de dispositivo como “máquina para hacer ver y para hacer hablar”. Define la visibilidad que generan los dispositivos como: “la visibilidad no se refiere a una luz en general que iluminara los objetos preexistentes; está hecha de líneas de luz que forman figuras variables e inseparables de este o aquel dispositivo. Cada dispositivo tiene su régimen de luz, la manera en que esta cae, se esfuma, se difunde, al distribuir lo visible y lo invisible, al hacer nacer o desaparecer el objeto que no existe sin ella”.

<sup>12</sup> Estos dos vectores se inspiran en los vectores descritos en el proyecto “Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde” de Brasil. Para saber más se puede consultar en <http://saudemicropolitica.blogspot.com.es/2014/05/observatorio-de-cuidados-em-saude-e.html>.

producción de cuidado (Franco y Merhy, 2009, 2011; Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012; Feuerwerker, 2014; Benet, Merhy y Pla, 2016) y en el campo de estudio de los procesos de producción de subjetividad también ha sido desarrollada por diferentes autores y autoras (Kastrup, 2007, 2015; Maraschin, Rocha y Kastrup, 2015; Passos, Kastrup y Escóssia, 2009).

Deleuze y Guattari (1988/2016) desterritorializan la noción de cartografía al afirmar que los paisajes psicosociales también son cartografiables. Estos autores utilizan la idea de mapa para describir las identidades, las subjetividades, las líneas y los planos que conforman el paisaje social. En esta línea, para Merhy et al. (2012), la noción de cartografía permite problematizar, en el campo de la salud, la idea de territorio como algo rígido y geográfico; y subraya que los y las usuarias de los servicios de salud se vinculan al territorio de un modo singular: por un lado, toman como referencia el espacio geográfico socialmente construido y, por el otro lado, ellos mismos son un territorio, subjetivo y cultural.

Para construir esta cartografía incorporé algunas de las cuestiones que plantea Rolnik (2006) al señalar que la cartografía acompaña, y se hace simultáneamente, al derrumbamiento de ciertos mundos y a la formación de otros (p. 23). En este sentido, la cartografía se considera una práctica de investigación e intervención que permite revelar la dinámica de producción subjetiva de realidad y poner de manifiesto los sentidos, la multiplicidad y la complejidad de la acción humana (Merhy et al., 2012).

Asimismo, Rolnik (2006) explica cómo la cartografía se dibuja en la dinámica entre dos tipos de mirada: la retina y la vibrante. Esta autora describe la mirada retina como una percepción sobre el mundo en que la atribución de sentido se hace a partir de las representaciones vigentes en nuestro contexto histórico. Y la mirada vibrante como aquella que aprehende la alteridad como un campo de fuerzas e intensidades que nos afectan y se hacen presentes en nuestro cuerpo en forma de sensaciones.

Recogiendo todas estas cuestiones, me orienté a mapear las transformaciones de las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y posparto. La investigación cartográfica se fue construyendo a partir de diferentes recorridos por tres contextos de prácticas: dos hospitales públicos y los partos en casa (en el anexo 3b se describen estos contextos). Tal como se menciona en el cuarto artículo, los tres contextos son territorios comprometidos con el cambio de paradigma y que han implementado los cambios de

forma activa. Una cuestión que no queda descrita en los artículos, y que es importante destacar, es que cada uno de estos territorios permitió observar la transformación a través de diferentes analizadores:<sup>13</sup> la alteridad en el primer hospital, debido a la diversidad de procedencias de su población de referencia; la articulación entre la tecnología y la producción de cuidado en el segundo hospital, al tratarse de un centro con un nivel de atención a la complejidad alto (DS, 2008); y la desinstitucionalización en los partos en casa, ya que tanto la atención al embarazo como al parto se da fuera de la red formal de servicios sanitarios.

En este punto es importante recordar que, tal como se explica en el primer artículo, fueron las personas que se mueven cotidianamente por estos tres territorios de prácticas las que orientaron los recorridos, guiaron la construcción de encuentros y facilitaron la presencia e implicación de la investigadora en la vida cotidiana. Para ello, me centré básicamente en dos estrategias cartográficas: “habitar el territorio de prácticas” y las “usuarias guía”.

### ***1.3.2. Estrategias cartográficas: “habitar un territorio” y “usuarias guía”***

En nuestra cartografía, **“habitar un territorio”** implicó estar presente y sumergirse en la cotidianidad de diferentes servicios de Obstetricia y Pediatría durante meses. Estar presente en los territorios de prácticas permitía acercarse y observar *in situ* los cambios en las interacciones y en las prácticas, así como situarse en el campo de fuerzas y experimentar el proceso de cambio. De esta forma, la cartografía nos permitía explorar el movimiento estando también en movimiento.

En los recorridos por los servicios, incorporé algunas herramientas de la tradición etnográfica, especialmente aquellas relacionadas con los métodos y las técnicas móviles (Büscher, Urry y Withger, 2010; Pellicer, Vivas-Elias y Rojas, 2013) y la etnografía multilocal (Marcus, 2001). Desde estas aproximaciones –los métodos y las técnicas móviles–, se pretende captar la transformación en su proceso e indagar sobre el movimiento a través del movimiento de las técnicas y/o el o la investigadora. Para ello, se acompaña a las personas, se camina con ellas, siguiendo los procesos de atención,

---

<sup>13</sup> La noción de analizador procede del análisis institucional y, posteriormente, se ha incorporado en algunas investigaciones cartográficas (Franco y Merhy, 2009). Se utiliza en el sentido de que “un analizador hace hablar a una institución, decir cosas que no son conversadas, aun estando allí, casi ocultas, pero que están sucediendo”. (Lourau, 1995, citado por Franco y Merhy, 2009)

De esta manera, el análisis de cualquier situación a través del filtro de un analizador nos permite, por un lado, descubrir una multiplicidad de formas de actuar y, por el otro, reconstruir una situación desde otra óptica.

descubriendo conflictos, entre otros muchos trayectos (Büscher et al., 2010; Pellicer et al., 2013). Además, tal como se explica en el artículo *Devenir cartógrafa*, también me nutrí de algunos conceptos y prácticas de la etnometodología y las sociologías de la situación (Díaz, 2000; Pla y Codern, 2006), en concreto, para poder ubicarme en el plano instituido y situarme en el mapa de las representaciones vigentes en un determinado territorio de prácticas.

Pero para situarme en una dimensión cartográfica fue necesario descubrir y experimentar con la mirada vibrante sensible a las afecciones e incorporar la construcción de encuentros como eje que orienta la investigación. De manera que en el artículo *Devenir cartógrafa* se explora y discute sobre la mirada vibrante; y en *Participation in Health* se profundiza en la construcción de encuentros, entendidos como espacios de relación en los que es posible afectar y ser afectado.

Las **usuarias guía** –prefiero llamarlas mujeres guía– se incorporaron a la investigación con la intención de acompañarlas durante sus trayectos de maternidad y explorar cómo sus experiencias y recorridos (no solo físicos, sino también existenciales) revelaban los cambios acaecidos en el proceso de implementación de las estrategias. Acercarme a sus experiencias abría la posibilidad de seguir su nomadismo<sup>14</sup> y visibilizar las redes vivas de cuidado que las mujeres (y su entorno) producen, dentro y fuera de la red formal de los servicios de salud (Gomes y Merhy, 2014). La investigación con usuarias guía parte de la asunción de que ellas también son investigadoras desde el momento en que se ubican en la red de servicios y se mueven a través y fuera de esta en busca de los encuentros productores de cuidado (anexo 3c).

Las prácticas de investigación basadas en las usuarias guía parten de los trabajos de Silva (2007) sobre la historia social de la cultura y el nomadismo de los y las artistas circenses. En esta tesis recojo las aportaciones de diferentes investigaciones del ámbito de la micropolítica en salud que han utilizado esta aproximación en el campo de la salud mental, la atención domiciliar o la salud reproductiva (Feuerwerker y Merhy, 2008; Gomes y Merhy, 2014; Merhy et al., 2012; Merhy et al., 2014, Silva, Santos y Merhy, 2016).

---

<sup>14</sup> Deleuze y Guattari (1988/2015) discuten sobre la noción de nomadismo en el capítulo “Tratado de Nomadología: la máquina de guerra” en el libro *Mil mesetas*. Basándose en lo planteado por estos autores, nuestro movimiento es nómada cuando creamos líneas de fuga y nos desterritorializamos escapando de la normatividad para inventar nuevos mundos. Por lo tanto, el nomadismo está fuertemente vinculado a la idea de creación de resistencias. (Deleuze y Guattari, 1988/2015)

Los encuentros y las conversaciones con las usuarias guía generó, por un lado, conocimiento acerca de cómo las mujeres ven a los y las profesionales y los servicios, y por el otro lado, permitió explorar otros espacios de cuidado que las mujeres construyen fuera de los servicios formales a lo largo del proceso de maternidad. En particular, fue especialmente interesante descubrir con ellas las diferentes expresiones de la biomedicalización de la vida<sup>15</sup> (Clarke, Mamo, Fishman, Shim y Fosket, 2003; Iriart y Merhy, 2017) que se dan en las prácticas en torno a la maternidad, y sobre todo las diferentes resistencias que van construyendo en su movimiento nómada. En este punto cabe señalar que, si bien los artículos incorporan elementos de la investigación con las mujeres guía, hay toda una parte de la investigación con ellas que aún está en proceso de escritura para su publicación.

#### **1.4. Cuatro artículos, cuatro conversaciones**

Los cuatro artículos que conforman este compendio constituyen cuatro conversaciones ubicadas en diferentes momentos del trayecto de tesis, en los cuales muestro alguna dimensión de la investigación y construyo un dialogo desde un posicionamiento micropolítico. A continuación, presento un breve recorrido por el proceso de elaboración de los cuatro textos que configuran esta tesis.

##### ***1.4.1. Devenir cartógrafa***

Este artículo nace de las primeras experiencias de trabajo de campo y conjuga dos inquietudes que surgieron en aquel momento; por una parte, la preocupación por construirme como investigadora cartógrafa, con todas las dudas acerca de qué significaba “ser” cartógrafa, y, por otra parte, la necesidad de elaborar una cierta caja de herramientas conceptual para investigar desde una perspectiva micropolítica. Respecto a esta última cuestión, todo el trabajo de discusión y escritura del artículo me lleva a establecer un marco conceptual<sup>16</sup> sobre la producción de cuidado a partir de los trabajos de Merhy (1997, 2006) y de otros autores y autoras del campo de la investigación micropolítica (Feuerwerker, 2014; Franco y Merhy, 2009, 2011, 2013; Merhy et al., 2012; Seixas, Merhy, Baduy y Junior, 2016).

---

<sup>15</sup> Clarke et al. (2003) desarrollan la noción de biomedicalización de la vida para referirse a los procesos que llevan a interiorizar la salud como un mandato moral en base al cual las personas deben ejercer un autocontrol y una vigilancia estricta sobre cualquier riesgo que pueda amenazar sus vidas.

<sup>16</sup> Siempre desde la concepción de que la teoría es una herramienta más del proceso de investigación, que se pone en juego con el resto de herramientas, sean conceptos, afecciones, emociones, técnicas de generación de datos, etc.

Este manuscrito se publica en la revista *Athenea Digital*, cuya línea editorial está vinculada a la psicología social y alineada con las perspectivas críticas. Consideramos que era un espacio adecuado para discutir y compartir reflexiones en torno a la construcción como investigadora a partir de las experiencias de campo, porque existe un punto de partida compartido que es el reconocimiento del papel de la reflexividad en las prácticas de producción de conocimiento. Una reflexividad que autores como Garay, Íñiguez y Martínez (2001) definen en términos de proceso que contribuye a cuestionar y problematizar continuamente nuestras prácticas investigadoras, y que permite movilizar nuestra capacidad de agencia y crear nuevas prácticas (Íñiguez, 2005).

En el artículo se reflexiona sobre algunas problematizaciones que formaron parte del descubrimiento de una mirada y un devenir cartográfico. Así, la elaboración de este texto fue una oportunidad para discutir cómo construir una investigación en la que las afecciones fueran la brújula<sup>17</sup> (Cruz, 2016) que la orientan y le dan sentido. Además, la escritura de este artículo representa también una primera aproximación a la producción de narrativas cartográficas; es decir, una búsqueda y una experimentación para encontrar formas de expresar lo vivido a través de las afecciones. Aunque es en el tercer artículo (*Participation in Health*) donde profundizo en esta cuestión.

Por otra parte, en *Devenir cartógrafa* presento algunos ejes de debate metodológicos en torno a la cartografía: la discusión acerca de si debe ser considerada o no un método, la construcción de la caja de herramientas cartográfica y los significados de *investigar con* desde esta aproximación. Fueron –y siguen siendo– varias las preguntas que me interpelaron a lo largo de la investigación: ¿es la cartografía un método?, ¿en qué sentido se puede considerar un método?, ¿por qué es un antimétodo?, ¿qué y cómo se constituye la caja de herramientas de una cartógrafa?, ¿cómo moverse y estar presente en los diferentes espacios investigados?, ¿qué relaciones construimos con las personas “participantes”? Es necesario señalar que todas estas preguntas no se formulaban en un plano teórico o abstracto, sino que son interrogantes e incomodidades que enfrentaba y experimentaba en el día a día del trabajo de campo.

De hecho, todas estas preguntas se formulan en un momento en que la adopción de la aproximación cartográfica implicó todo un proceso de desterritorialización, es decir, un

---

<sup>17</sup> Utilizo la noción de brújula acorde con el desarrollo conceptual que la autora Cruz (2016) hace acerca de la “brújula visceral” en su libro *Agires militantes, produção de territórios e modos de governar. Conversações sobre o governo de si y dos outros*.

movimiento para ir más allá de las prácticas investigadoras “aprendidas” y explorar otras formas de moverme y de mirar el mundo. Para hacer este recorrido, a veces fue necesario entender de dónde venía (reflexionar sobre las bases epistemológicas y metodológicas de las prácticas aprendidas) para poder entender hacia dónde me estaba moviendo, siempre desde la comprensión de que no había un destino final definido y concreto.

#### ***1.4.2. A critical review of the birth plan use in Catalonia***

Este artículo es el resultado de una colaboración con personas que trabajan en el ámbito del diseño y la evaluación de políticas sanitarias (*policy makers*), y por lo tanto, es también un diálogo con estas personas, con sus lógicas de acción y sus formas de concebir el proceso de implementación de una política.

En este marco de colaboración, en 2015 se inicia una evaluación cualitativa sobre la utilización de los planes de parto y nacimiento en los hospitales públicos adheridos al Programa de Atención al Parto Normal<sup>18, 19</sup> (DS, 2006) (ver las líneas de acción para la implementación de las estrategias en Cataluña en el anexo 2c). Se diseña un estudio en dos fases: la primera consiste en un análisis documental de los planes de parto y nacimiento utilizados por los hospitales del SISCAT (Sistema Sanitario Integral de Utilización Pública de Catalunya) y la segunda fase está orientada a explorar esta herramienta con las mujeres y los y las profesionales. El artículo que forma parte de esta tesis presenta los resultados de la primera fase, en la cual se analizan los contenidos de los planes de parto, la forma en que estos se presentan y la coherencia entre contenido, estructura y función que se les atribuye.

El artículo se publica en la revista *Sexual & Reproductive Healthcare*, vinculada a la Swedish Association of Midwives. Esta publicación cubre un amplio abanico de cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, entre ellas la atención al proceso de maternidad. Se consideró una revista adecuada para discutir, a escala internacional, el modelo de planes de parto adoptado en Cataluña tras la implementación de las estrategias.

---

<sup>18</sup> En Cataluña, las acciones para promover los cambios propuestos en las estrategias (EAPN y ENSSR) se canalizaron a través de este programa, el cual se había iniciado antes de la publicación de las estrategias pero que sirvió de marco para la implementación de los cambios propuestos en ambas estrategias.

<sup>19</sup> La Federación de Asociaciones de Matronas de España define el parto normal como “un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.



En el proceso de esta tesis, la evaluación de los planes de parto fue una oportunidad para revisar los marcos políticos (EAPN, ENSSR, Programa de Atención al Parto Normal, Guías de práctica clínica, etc.) y analizarlos a través de una herramienta que la propia política había puesto en circulación.<sup>20</sup> Una herramienta que tanto las estrategias (EAPN y ENSSR) como el programa de acción establecido en Cataluña definen como un elemento básico para potenciar la participación de las mujeres (y las personas que las acompañan) en la planificación del parto y en la toma de decisiones.

La escritura del manuscrito me condujo a un proceso reflexivo en paralelo en torno a la planificación, toma de decisiones y construcción compartida de planes o proyectos terapéuticos en escenarios complejos. También surgieron reflexiones acerca de los procesos de transformación, su fragilidad y la importancia de generar espacios de apertura para mantener el carácter instituyente en los procesos de cambio. Todas estas cuestiones se retoman y discuten en el proceso de elaboración del tercer y cuarto artículo.

#### ***1.4.3. Participation in Health through the construction of encounters: a micropolitical approach***

En el tercer artículo se aborda la participación desde una perspectiva micropolítica planteando la construcción de encuentros productores de cuidado como una forma de participación en salud. Para ello, establezco un diálogo con autores y autoras que han trabajado la participación en la vida cotidiana (Ledwith y Springett, 2010; Levasseur, Richard, Gauvin y Raymond, 2010; Laperrière, 2006; Laperrière y Zúñiga, 2007; Montero, 2002, 2004; Raymond et al., 2013), y con aquellas perspectivas participativas orientadas a construir procesos de investigación e intervención *con* las personas implicadas (Cook, 2009, 2012; Harris, Croot, Thompson y Springett, 2015; Holland, Renold, Ross y Hillman, 2010; Jordan y Kapoor, 2016; Kemmis, 2009, 2010; Springett, Atkey, Kongats, Zulla y Wilkins, 2016).

La discusión sobre la participación toma especial relevancia en el contexto de esta tesis por diferentes motivos. En primer lugar, porque la participación de las mujeres –y de las personas que las acompañan en el proceso de maternidad– constituye uno de los principales ejes de cambio impulsados por las estrategias (MSC, 2007; MSPSI, 2011; Pla y Cabria, 2011). Un eje de cambio que se aborda tangencialmente en el segundo artículo

<sup>20</sup> Si bien los planes de parto y de nacimiento ya se utilizaban antes de la publicación de las estrategias, tanto EAPN como la ENSSR impulsan y extienden su uso como herramienta para potenciar la participación de las mujeres.

(*Birth plan use*), pero que analizo con mayor profundidad en este artículo poniendo el foco en los espacios y relaciones informales. En segundo lugar, porque el debate sobre participación en salud es relevante y se extiende más allá de las estrategias en salud reproductiva, ya que esta ha sido asumida como un eje importante en la construcción de políticas, programas o actividades. Y, por último, al situar la participación en la interacción entre profesional y usuaria se pretende desbordar “lo participativo” más allá del ámbito comunitario, aun reconociendo que, en el contexto español, ha sido y sigue siendo un espacio importante de acción y experimentación que ha generado múltiples prácticas, discusiones y problemáticas en torno a las prácticas participativas (anexo 2d).

En contraste con los enfoques en salud que han privilegiado un abordaje centrado en la construcción de espacios y herramientas formales para la participación, el artículo plantea aprovechar las oportunidades de participación que ya existen en los espacios informales y en las interacciones cotidianas. Al mismo tiempo que coloca nuevos elementos para pensar en cómo articular e integrar de forma constitutiva y continua la participación en los servicios de salud. Entre ellos, defendemos la experimentación durante la construcción de encuentros y la reflexión sobre lo que en ellos acontece como una oportunidad de aprendizaje. Una propuesta basada en los planteamientos de la educación permanente (Cruz, Merhy, Santos y Gomes, 2015; Merhy et al., 2006) y en los enfoques de desarrollo profesional<sup>21</sup> basados en la experiencia y la práctica reflexiva (Gale, Turner y McKenzie, 2013; Lévesque et al., 2015).

En el artículo también se presentan dos narrativas cartográficas que ilustran cómo los procesos de implementación de una política son múltiples y heterogéneos, y se producen siguiendo diferentes líneas de fuerza que los impulsan en diferentes direcciones. En consonancia, las narrativas muestran dos expresiones bien distintas del proceso de transformación impulsado por las estrategias en salud reproductiva: la primera narrativa ilustra cómo una política puede ser un dispositivo para la expresión de la potencia de la otra persona y la segunda es un ejemplo de cómo los cambios pueden ser implementados de forma normativa desde una racionalidad técnica.

---

<sup>21</sup> La noción de educación permanente es un campo de prácticas e investigaciones importante para la perspectiva micropolítica. La educación permanente hace referencia tanto a la formación de profesionales como al desarrollo profesional. La noción de desarrollo profesional proviene del ámbito anglosajón y, actualmente, es un término polisémico utilizado desde diferentes perspectivas y posicionamientos.

La revista donde se publica este artículo es *Educational Action Research*, que está vinculada a la CARN (The Collaborative Action Research Network) y tiene una línea editorial que incorpora una diversidad de perspectivas participativas más allá de la investigación-acción (IA). Asimismo, si bien una parte importante de los trabajos publicados proceden del ámbito educativo, la revista se define como interdisciplinar y entre sus publicaciones encontramos contribuciones desde el campo de la salud. Otro aspecto interesante de la revista son las publicaciones de autores y autoras del ámbito educativo que emplean, en sus trabajos e investigaciones, conceptos y desarrollos teóricos deleuzianos, tales como la noción de rizoma, ensamblaje o devenir (Amorin y Ryan, 2005; Grellier, 2013; Mazzei y McCoy, 2010; Mazzei, 2013).

#### ***1.4.4. Alcance de la implementación en Cataluña de las estrategias de salud reproductiva (2008-2017)***

El cuarto y último artículo de este compendio tiene como objetivo mostrar algunas de las dimensiones del proceso de transformación del modelo de atención a la maternidad. Concretamente se orienta a visibilizar los cambios que se están instituyendo, los campos problemáticos y las resistencias, que pone en relación con las propuestas de las estrategias: desmedicalización de procesos fisiológicos, calidez en la atención con un enfoque integral y biopsicosocial, y participación de las mujeres y las personas que las acompañan.

Tal como se explica en el artículo, el proceso de transformación se visibiliza en las narrativas de las personas en la medida en que estas relatan cambios en sus prácticas, en las normas explícitas e implícitas en la institución, en sus relaciones o en las demandas y deseos de las mujeres, entre otras cuestiones. También se hace visible en los relatos de la investigadora (recogidos en los diarios de campo) acerca de las prácticas cotidianas observadas y vividas en los diferentes recorridos por los servicios.

Así, pues, este artículo presenta un relato más molar que pretende generar un campo de visibilidades que contribuya a la sostenibilidad del proceso de cambio y a generar aperturas para construir nuevas líneas de acción, desde la comprensión de que cualquier proceso de transformación se caracteriza por su fragilidad y las dificultades para mantenerlo y sostenerlo.

Tratándose de una política en salud reproductiva diseñada a nivel estatal e implementada en las diferentes comunidades autónomas, consideramos pertinente

compartir y discutir parte de los resultados de la investigación en *Gaceta Sanitaria*, una revista referente en el ámbito de las políticas de salud y la salud pública española. Asimismo, en el artículo se muestran algunos de los elementos que conforman la evaluación de una política sanitaria desde una perspectiva micropolítica. Una propuesta alineada con aquellas apuestas de evaluación que defienden la legitimidad de otros procesos de producción de conocimiento más allá de la evaluación de indicadores de proceso y de resultados.

Por último, en la discusión del artículo se abordan algunos campos problemáticos que fueron tomando forma durante la investigación: la articulación entre tecnología y los elementos de calidez-humanización en los procesos que requieren de intervención médica; la gestión del riesgo y su manejo en la toma de decisiones; la participación e implicación de la persona que acompaña a la mujer; o las expresiones de los ejes de desigualdad en el plano micropolítico.

## **2. DEVENIR CARTÓGRAFA**





## DEVENIR CARTÓGRAFA

## BECOMING CARTOGRAPHER

Marta Benet\*; Emerson Elias Merhy\*\*; Margarida Pla\*\*\*

\* Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya; \*\* Universidade Federal do Rio de Janeiro; \*\*\* Universitat de Barcelona; m.pla@ub.edu

## Historia editorial

Recibido: 31-07-2015  
Aceptado: 17-06-2016

## Palabras clave

Producción de cuidado  
Cartografía  
Micropolítica  
Servicios de Salud

## Resumen

La producción subjetiva del cuidado constituye un elemento esencial de los procesos de trabajo en salud y un territorio común para todas las personas implicadas. A lo largo del proceso de embarazo, parto y posparto, el cuidado es producido en el cotidiano de forma singular dando lugar a la creación de territorios de prácticas. Se presentan las reflexiones y discusiones producidas a lo largo de la investigación de tipo cartográfico llevada a cabo en un Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital comarcal. Se exploran de forma situada diferentes dimensiones de una investigación cartográfica: la entrada en el contexto, la construcción del rol, las normas del contexto y sus límites, la construcción de procesos intercesores y los tránsitos entre la mirada retina y vibrátil. La producción de cuidado como un terreno donde la mirada micropolítica busca revelar e incidir en los procesos de singularización para generar aperturas al sistema de subjetividad dominante.

## Abstract

The subjective production of care constitutes an essential element of any health work process and it emerges as a common territory for everyone involved. During pregnancy, birth and in the postnatal period, care is produced daily by health professionals according to their singularity, and it enables them to open up territories of health practices. The article focuses on the reflections and discussions that emerge during a cartographic research, which took place in an Obstetric and Gynecologic Service of a regional hospital. We present a situated discussion of different dimensions of this cartographic research: entering into the context, the construction of the role of researcher, context rules and limits, the construction of intersectional spaces and the articulation between “vibrant eye” and “retina eye”. The production of care is seen as a territory of health practices in which micropolitical field seeks to reveal and create singularities to open fissures in the dominant subjectivity.

## Keywords

Production of Care  
Cartography  
Micropolitics  
Health Services

Benet, Marta; Merhy, Emerson Elias & Pla, Margarida (2016). Devenir cartógrafa. *Athena Digital*, 16(3), página inicio-página fin. <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenea.1685>

## Introducción

El objetivo del artículo es presentar algunos recorridos que forman parte de una investigación cartográfica sobre la producción de cuidado en torno a la maternidad. En un sentido más amplio nos interesa revelar el impacto de los cambios normativos en materia de salud reproductiva que han tenido lugar en España durante el período 2007-2011<sup>1</sup>, desde una comprensión de la ley como construcción micropolítica producida a partir de las prácticas cotidianas de diferentes actores sociales. Este giro normativo se

<sup>1</sup> Nos referimos a la elaboración y publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Salud y Consumo, 2007) y a la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

## Devenir cartógrafa

---

puede entender a partir de dos analizadores: por un lado el Sistema Nacional de Salud se enfrentó al reto de conseguir una mayor legitimidad y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud desarrollando metodologías participativas con la implicación de diferentes actores; a la vez que los colectivos de mujeres, a través del Observatorio de Salud de las Mujeres (OSM), realizaron un intenso proceso de debate y trabajo conjunto para promover un cambio de modelo que reconociese a las mujeres como sujetos de derechos y con capacidad de autogobierno sobre su proceso de maternidad.

Esta investigación forma parte del trabajo conjunto entre la línea de investigación en *Micropolítica de las prácticas y el cuidado en la salud y el bienestar* y el *Grupo de Pesquisa Observatório de Políticas e Cuidado*<sup>2</sup>. Nuestro punto de partida ha sido la evaluación propuesta por la misma Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (Pla y Cabria, 2011). Esta estrategia tenía como objetivo promover un modelo integral de atención desde un enfoque biopsicosocial, la desmedicalización de los procesos naturales y la participación y empoderamiento de las mujeres en el sistema de atención a la salud sexual y reproductiva. Así pues, hemos iniciado una investigación cartográfica para ver cómo estos cambios habían actuado como dispositivo para la construcción de nuevos territorios de prácticas que incluyesen la dimensión cuidadora como elemento constitutivo de los actos en salud. Nos interesa ver cómo el modelo de atención propuesto ha capilarizado en el día a día de los servicios y cómo las mujeres construyen su red de cuidado, dentro y fuera de las redes formales de cuidado.

Entendemos la dimensión cuidadora como una producción subjetiva que se da a partir del trabajo vivo en acto y en los encuentros entre las personas que participan de su producción. El trabajo vivo en acto es aquel que se da en el momento de la interacción y que no puede prefabricarse ni estereotiparse porque se rige por lo que ocurre y circula entre las personas implicadas. De esta manera, la dimensión cuidadora se define como un espacio relacional donde pueden generarse procesos de acogida, vínculo y responsabilización (Merhy, 2006). Es una dimensión no capturada por el saber disciplinar y se erige como un territorio común, tanto de los y las profesionales, como de las mujeres (y su entorno significativo) que acuden a los servicios. En este sentido, la producción de cuidado crearía puntos de fuga a lo normativo e inventaría espacios que esquivasen los mecanismos de biopoder (Foucault, 1976/2005). Un cuidado entendido, sobretodo, como una producción de existencia en la otra persona, desde un posicionamiento político comprometido que contempla el derecho a la diferencia y que reconoce la capacidad de autogobierno de las personas.

---

<sup>2</sup> Línea de investigación en *Micropolítica de las prácticas y el cuidado en la salud y el bienestar del Grup de Recerca en Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives* (Grup Emergent 2014 SGR 1455) de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya. *Grupo de Pesquisa Observatório de Políticas e Cuidado* de Brasil.



---

Marta Benet; Emerson Elias Merhy; Margarida Pla

---

Nos propusimos mapear las transformaciones de los paisajes psicosociales en relación a las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y postparto utilizando una aproximación de tipo cartográfico. La cartografía, como perspectiva de investigación, tiene sus orígenes en los trabajos de Gilles Deleuze y Félix Guattari (1980/2015) aunque posteriormente ha sido debatida e incorporada como práctica investigadora por diferentes autores y grupos, entre los cuales se incluye nuestro colectivo (Merhy, Feuerwerker y Silva, 2012). Incorporamos la cartografía como práctica de investigación con la intención de ver cómo los modos de producción de cuidado acontecen y se manifiestan en los servicios de salud y en los encuentros entre profesionales y usuarias, escuchando los ruidos e incomodidades y buscando generar nuevas visibilidades (Franco y Merhy, 2009). Una aproximación, no tan centrada en buscar una interpretación o comprensión del mundo, sino en producir mundo, recogiendo algunas de las cuestiones que plantea Suely Rolnik (2006/2014) al señalar que la cartografía acompaña, y se hace simultáneamente, al derrumbamiento de ciertos mundos y a la formación de otros. Entendemos la cartografía como proceso de producción de conocimiento colectivo a partir de la experiencia vivida, donde se reconoce a todas las personas como productoras intensivas de conocimiento. Esto requiere una cierta disolución del punto de vista de la investigadora, marcado por sus intereses, expectativas y saberes anteriores para ubicarse en situación de registrar la novedad (Passos, Kastrup y Escóssia, 2009/2015). Para asegurar la riqueza de producción semiótica, el/la cartógrafo/a genera rupturas que tensionan la asimetría y se ubica en una posición de no-saber respecto a la vida del otro/a. Implica introducirse en el mundo de las prácticas con una concentración sin focalizar, que permita lo que Deleuze denomina *una atención al acecho*, al mismo tiempo que fluctuante, concentrada y abierta (citado por Ferigato y Carvalho, 2011). Es una producción de conocimiento que prosigue al acontecimiento, porque parte de la necesidad de dar habla y expresión a la experiencia corporal derivada de las afecciones vividas en los encuentros con otras personas.

Tal y como expusimos anteriormente, pensamos que las prácticas profesionales en torno a la maternidad estaban transformándose y que la cartografía nos daría la sensibilidad necesaria para revelar este proceso. Nos orientamos a construir una mirada atenta y no capturada por la representación estática y molar; abierta a la multiplicidad y comprometida con el derecho a la diferencia; y sobretodo, sensible a la producción de subjetividades.

Con este objetivo decidimos entrar en un espacio de prácticas para sumergirnos y participar de su diversidad productiva, construyendo nuestra cartografía en este territorio. ¿Cómo empezar? Pensamos en la metáfora de dibujar, simultáneamente a las transformaciones del paisaje, un devenir procesual y molecular, que Deleuze y Guatta-

## Devenir cartógrafa

---

ri (1980/2015) describen como un proceso de desterritorialización y construcción de recorridos que no se definen ni por puntos que unen ni por los puntos que los componen, sino por el movimiento.

El texto que se presenta pretende compartir algunas de las reflexiones que surgieron a partir de la incorporación de una investigadora-cartógrafa en la vida cotidiana de un Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital comarcal, pero en ningún caso debería leerse como una receta al uso de cómo hacer cartografía. Explica un proceso indisoluble en el que la creación de una cartografía y la comprensión de quién la realiza son indivisibles y no pueden separarse sin detenerse el proceso. Una manera de entender esta investigación, tal y como explicaba Paul Feyerabend (1976/2007): como un recorrido que no está dirigido por un tal programa, porque el propio proceso es el que contiene las condiciones de realización de todos los programas posibles.

Nuestra cartografía ha sido un proceso dialógico en múltiples planos que se ha construido a partir de los encuentros con las personas y los territorios de prácticas que habitan en su cotidianidad. El proceso de escritura implicó varias vueltas reflexivas sobre los materiales producidos (narrativas de las observaciones y las transcripciones de las entrevistas y de las discusiones en el grupo de investigación), con una mirada atenta a descubrir cómo lo vivido y sentido en estos encuentros disparaba nuevas preguntas y reflexiones. Hemos ido dialogando a partir de una caja de herramientas que se fue transformando a lo largo de todo el proceso. Ha sido un trabajo colectivo, una conversación situada en diferentes planos y momentos entre las usuarias, profesionales e investigadores/as, en la cual también se han incorporado las experiencias cartográficas de otros investigadores, para conciliar la singularidad de la experiencia vivida con la producción colectiva de nuevos saberes y prácticas. De alguna manera, esta narrativa pretende ser un dispositivo para reflexionar conjuntamente sobre el devenir cartográfico y su articulación en el campo de la investigación en salud.

## Caja de herramientas de la cartógrafa

---

A pesar de que la cartografía no da una categoría fuerte al método, uno de los ejes de debate actual en torno a esta perspectiva es el cuestionamiento sobre si puede, o no, ser considerada un método. Para algunos autores, la cartografía es un método y un anti-método porque no tiene pretensión de verdad, configurándose como un método *ad hoc* (Franco y Merhy, 2011). En nuestra investigación planteamos un proceso de generación de conocimiento y prácticas donde no es posible dissociar aquello que se mira con el cómo se mira y qué se produce. No puede considerarse un método en el sentido positivista, entendido como algo lineal, preestablecido y estructurado. Tampoco, tal y

como se plantea desde algunas tradiciones cualitativas, encajaría en una definición de método como cristalización de prácticas investigadoras llevadas a cabo en el pasado y a partir de las cuales se generan unos aprendizajes para investigaciones futuras. La cartografía implica una mirada atenta a los flujos de intensidades y a las afecciones, que permita revelar la producción de subjetividades y la construcción de territorios existenciales (Guattari y Rolnik, 2005/2006). Una mirada atenta al movimiento y en movimiento, y por este motivo, puede ser considerado como un método que no queda fijado ni reificado, antes o después, sino que queda entre puntos y sólo crece en los intersticios porque su principal característica es el movimiento. Aunque el objetivo del texto no es problematizar la diferencia entre las prácticas cartográficas y otras prácticas de investigación no positivistas que podrían compartir algunas de las cuestiones aquí referidas, sí reconocemos que es un eje de debate importante para ser recuperado en otras producciones o espacios de discusión.

Utilizamos el término caja de herramientas para designar al conjunto de teorías y conceptos, epistemologías, metodologías, técnicas y procedimientos, vivencias, emociones y afecciones que acompañaron nuestro devenir cartográfico. Un recorrido que implicaba una transformación, un movimiento de desterritorialización de algunas prácticas investigadoras para crear otras formas de expresión y construir nuevos territorios desde donde investigar. Un proceso de mudanza con incomodidades, derivas e incertidumbres que generaron también cambios en el lenguaje y dispararon nuevas narrativas. Esta transformación también comportó cambios en la forma de entender la caja de herramientas, que fue quedando desprovista de su carácter más instrumental para ir siendo incorporada de forma antropofágica (Rolnik, 2006/2014). Una caja compuesta de diferentes texturas, que recoge elementos de diferentes tradiciones epistemológicas y metodológicas, pero sin quedarse en ninguna de ellas, porque transita entre ellas para ponerlas en movimiento en un determinado momento. Se construye y reconstruye con aquello que tenemos al alcance, con lo que la situación permite producir a partir del diálogo con el contexto y las personas o con aquello que en un momento determinado somos capaces de poner en experimentación y crear.

La incorporación en el campo de prácticas para realizar observaciones se hizo inicialmente desde una aproximación que recogía algunos elementos de la tradición etnometodológica y socioconstructivista (Pla y Sánchez-Candamio, 2002). Esto permitió la entrada y socialización en el Servicio de Obstetricia y Ginecología de un hospital comarcal. No asumimos una mirada culturalista porque no nos hubiese permitido dar cuenta del carácter compuesto, elaborado y fabricado de la producción de subjetividad al quedarnos capturados en el plano de las representaciones y perder gran parte de su riqueza de producción semiótica (Guattari y Rolnik, 2005/2006).

## Devenir cartógrafa

---

Las observaciones situadas y los relatos de estas observaciones ayudaron a ir construyendo una mirada cartográfica. Trabajamos estas narrativas subrayándolas en amarillo, buscando como arqueólogas indicios de esta mirada, y descubrimos cómo los relatos iban cambiando: al principio sólo podían resaltarse algunas frases, pero, a medida que avanzaba la investigación, los textos se iban coloreando de amarillo. El color se iba difuminando y esparciendo por todo el texto hasta construir relatos que ya podían ser considerados cartográficos. Estas narrativas se construyeron en caliente y en frío: en caliente cuando las afecciones eran vividas, y en frío cuando éstas se “traducían” a la escritura. Unas afecciones entendidas como flujos de intensidades que se hacen presentes en nuestro cuerpo en forma de sensaciones (Rolnik, 2006/2014). Intensidades que se dan en el encuentro con las otras personas y que pueden aumentar o disminuir la potencia para la acción (Espinoza, citado por Deleuze, 2001). En este sentido, el propio cuerpo también formó parte de esta caja de herramientas, como materia vibrante que afecta y se deja afectar.

La vida en el servicio permitió la construcción de espacios de relación con las personas que trabajaban en él, de manera que decidimos compartir con las personas implicadas algunas de las percepciones, intuiciones, sensaciones e interpretaciones que surgían durante las observaciones. Entonces, incorporamos las entrevistas situadas como espacios de construcción de narrativas compartidas, utilizando fragmentos de los relatos e invitando a las personas a hablar desde sus propios territorios. Fueron entrevistas realizadas cuando ya había un vínculo que nos permitía generar las condiciones para que las personas se dieran permiso para hablar de sus afecciones y de sus construcciones de sentido. Encuentros donde operaba el trabajo vivo en acto, es decir, una construcción de espacios de relación donde lo que iba ocurrir no estaba preestablecido y esto permitía generar aperturas a lo instituido.

Fue un proceso intenso de insistir en descubrir y producir otra mirada, preguntándonos recurrentemente si determinadas formas de estar, de moverse y de mirar, eran o no cartográficas. En este sentido, la reflexividad individual y colectiva fue un eje que atravesó todo el proceso entrelazando todos los otros componentes de la caja de herramientas, al mismo tiempo que los iba transformando. Una reflexividad que incorporó el diálogo con la teoría (formal y no formal), los conceptos, las reflexiones alrededor de diferentes autores y de los propios miembros del grupo como una herramienta más.

## Mandala del devenir cartógrafa

Tomamos la mandala como una representación gráfica donde se superponen diferentes planos que se conectan entre sí por múltiples puntos. Para construir este devenir cartográfico recorrimos los planos de nuestra mandala, construyendo líneas de fuerza que nos permitiesen traspasar puertas y adentrarnos en diferentes espacios. La construcción de una dimensión investigadora presente en el cotidiano del servicio, aprender a moverse entre las normas, construir espacios relacionales intercesores y transitar entre la mirada retina y la mirada vibrante; fueron algunos de los planos que exploramos.

### Ser una extraña para poder dejar de serlo, pero no del todo

Llegar como una extraña, como alguien que les pedía ser su sombra y observar como trabajaban; significaba entrar en sus espacios de trabajo, en sus relaciones entre compañeros/as y con las personas que atendían en su día a día. Observar el cotidiano de un Servicio de Obstetricia y Ginecología, implicaba también poder ver los diferentes “servicios” que se producían simultáneamente. Por un lado, el servicio como espacio de lo instituido con su conjunto de normas explícitas e implícitas, lo que Emerson E. Merhy (2014) denomina espacio aparato. Pero, por otro lado, también otros muchos espacios informales que no son visibles pero que se pueden construir dentro de la vida formal de una organización. Todas las personas que de alguna manera formaban parte del servicio eran productoras de los múltiples “servicios” posibles, y por tanto, todas ellas podían trazar líneas de fuerza y actuar en diferentes espacios.

Durante todo el proceso fuimos problematizando la manera en que un/a cartógrafo/a construye su forma de estar en el mundo. Combinamos la experimentación con la reflexión colectiva posterior, identificando aquellas situaciones en que operaba lo instituido. Inicialmente, apareció cierta preocupación por la invisibilidad del cartógrafo/a, como si ser invisible al entrar en un nuevo escenario permitiese una cierta manera de “formar parte de” pero también de ser “externa a”. Descubrimos que no era la invisibilidad aquello que permitía “estar como si estuviera, pero no estar del todo”, sino el “estar presente” en los espacios, en las acciones, en las conversaciones y en las relaciones. Participar en las actividades cotidianas del servicio, pero también en las conversaciones que surgían, compartiendo historias sobre las vidas y los territorios por los que transitamos, permitía construir un cierto “formando parte de”. Este acercamiento generaba nuevos cuestionamientos: ¿Qué implicaciones tiene “el formar parte” sobre la mirada observadora? Es decir, por un lado, era importante la gestión de cómo situarse y de qué manera se construían los encuentros, pero por otro lado, esto no debía confundirse con la distancia o la ausencia. Todo este proceso de experimentación dibujaba

## Devenir cartógrafa

---

un movimiento hacia dentro y hacia fuera, como una especie de danza o vaivén para acercarse y alejarse cíclicamente.

Fuimos construyendo una dimensión investigadora que crease nuevos territorios y que permitiera generar rupturas, para no naturalizar y reificar aquello que se observaba, para preguntar, para alejarse de un colectivo profesional y acercarse a otro. Pero también para tomar consciencia de las fuerzas que operan en cualquier espacio social, y así, generar y vencer resistencias, buscando la manera de estar presente en los diferentes espacios y situaciones. Buscamos no estar adscritos a ningún colectivo profesional presente en el servicio, para descentrarnos de sus dinámicas de fuerzas, intereses y corporativismos. En varias ocasiones clasificaron a la cartógrafa como comadrona, antropóloga o médica interna residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hubo cierta insistencia por parte de las personas del servicio en encontrar una etiqueta “identificativa”, así que decidimos que “no ser una antropóloga, pero como si lo fuera” funcionaba en este contexto porque era una categoría que no estaba presente. Nuestra cartografía buscaba la producción subjetiva del cuidado en salud, desde la noción de que todas las personas pueden actuar de un modo singular en esta producción (Franco y Merhy, 2011). Para ello, era necesario que las personas construyeran a la cartógrafa como alguien que no estaba allí para juzgarlos sino para comprender. Una representación de ella capturada por la lógica identitaria no habría facilitado esta construcción.

### Moverse entre las normas y construir espacios intercesores

Las reflexiones sobre el contexto y sus límites fueron uno de los planos de la mandala que exploramos, y esto nos abrió otra puerta que nos permitió adentrarnos en la producción de encuentros y en la construcción de espacios relacionales intercesores.

Durante toda la estancia en el servicio fuimos realizando diversas lecturas de los contextos de interacción y de sus límites, produciendo un conocimiento y un saber hacer en relación a las normas explícitas e implícitas, no sólo en términos de normas institucionales sino también en relación a las expectativas mutuas. Comprender las normas como expectativas sobre el contexto implicaba captar los mundos de los participantes a partir de sus vivencias y a partir de los esquemas de interpretación que utilizaban para que su entorno fuese reconocible e inteligible (Pla y Codern, 2006). Este conocimiento permitió ir desarrollando estrategias para poder moverse en este contexto, e incluso prepararlo y actuar en él. Para ello, fue también necesario reflexionar sobre cómo estas normas nos configuran, impregnan nuestras acciones y la relación que establecemos con ellas. Observar y decidir cómo y dónde era más pertinente sentarse en una sesión clínica o qué lugar permitiría estar sin invadir los espacios en una sala de partos, fueron algunas de las situaciones que requirieron de este saber moverse y si-

tuarse en el contexto. Al principio, las estrategias fueron de aproximación y de participación en pequeñas actividades como abrochar una bata, pasar el yodo, correr una cortina o llevar un desayuno. Esta cuestión generó ciertas condiciones para ser aceptada como “parte de” y facilitaron la acomodación en la cotidianidad del servicio. Eran actividades de tipo procedimental que fueron posibles cuando ya se tenía cierto conocimiento sobre este contexto, pero que, a su vez, permitían adentrarse aún más en la vida cotidiana, transitar mejor entre las normas y descubrir nuevos territorios.

Este acercamiento inicial recogía algunos de los elementos de la tradición etnográfica y etnometodológica de las sociologías situadas (Díaz, 2000), pero en nuestro devenir cartográfico incorporamos la construcción de espacios intercesores. Nos referimos a espacios producidos en las relaciones entre sujetos, en el momento de su interacción, y en los cuales las personas pueden instituir nuevas formas de acción a partir de sus afecciones (Franco y Merhy, 2013). Fuimos experimentando y trabajando a partir de las sensaciones y reflexiones que estos encuentros iban suscitando y que a menudo venían unidas a una preocupación sobre “saltase la línea”. En los relatos de las observaciones y en las discusiones de grupo se repetían algunas frases como un mantra: “¿Me estaré saltando la línea?”, “En esta situación me salté la línea” o “¿Dónde está la línea?”. Aparecían haciendo referencia a situaciones en que la investigadora-cartógrafa compartía sus afecciones, intercambiaba impresiones y emociones sobre alguna situación o se implicaba con una mujer en la sala de partos. De alguna manera, esta preocupación estaba manifestando un cuestionamiento sobre las propias prácticas como investigadora. Una problematización que provocaba un cierto derrumbamiento de los supuestos vigentes sobre qué significaba investigar y producir conocimiento, pero que, a su vez, permitía la construcción de nuevos territorios de prácticas.

Fue necesario trabajar e insistir en la construcción de un recorrido propio donde la desorientación y la incomodidad fuesen generadoras de nuevas formas de expresión. Poco a poco, fuimos ubicando la construcción de espacios intercesores en el centro de la investigación, desde la comprensión de que sólo construyendo estos espacios con las otras personas seríamos capaces de ver los que ellas producían. Era necesario situarse en un plano de producción de subjetividad para poder aprehender los mundos que las personas producían, para dialogar con ello, más que interpretar al otro/a desde nuestras lógicas o referencias. Desde una mirada normativa o juzgadora, las personas no nos mostrarían sus producciones subjetivas singulares y nos quedaríamos en un plano de lucha de representaciones.

A partir de la construcción de encuentros, el cuidado entró a formar parte de nuestro devenir cartográfico, no como objeto de estudio, sino como forma de moverse en el campo de prácticas. ¿Cómo mapear la producción de cuidado sin implicarse en

## Devenir cartógrafa

---

esta producción al mismo tiempo? En los encuentros cotidianos se fueron tejiendo vínculos y conexiones que permitían indagar, sin cuestionar, los sentidos que las personas daban a sus prácticas y acompañarlas en sus recorridos por los diferentes territorios desde donde construían sus acciones. En este sentido, se estaba produciendo cuidado en los encuentros con los y las participantes, en un proceso que era multidireccional.

Construimos la cartografía con las personas que trabajan en el servicio porque ellas saben y conocen los territorios de prácticas que exploramos. Esto implicaba dejarse guiar con sus sugerencias, recomendaciones, señales o indicaciones. Dejarse sorprender por situaciones inesperadas o seguirles cuando abren las puertas a nuevos escenarios. Siempre con la mirada atenta para no ser capturados. Construir las como sujetos de acción que participan en la investigación dándonos acceso a nuevos territorios no anticipados.

El “vestir de azul” fue un dispositivo que permitió analizar y visibilizar como la investigadora se iba moviendo entre las normas y construyendo espacios intercesores. En algunas zonas del servicio (salas de dilatación y partos, quirófano y alguna zona de urgencias) el acceso sólo era posible si se iba vestida con el uniforme azul. Hubo un tránsito desde el desconocimiento del significado de “vestir de azul” y sus implicaciones hacia la gestión de la norma, y esto sólo fue posible con la participación de las personas que conocían el servicio. Tras unos días en el contexto, vestirse de azul abrió la posibilidad de observar y vivir situaciones que inicialmente estaban vetadas o no visibles. Inicialmente hubo una transmisión de las normas explícitas e implícitas: espacios donde era obligado vestirse de azul y espacios donde no estaba permitido. Posteriormente, los profesionales fueron mostrando en qué momentos esta norma podía flexibilizarse y finalmente, una vez ya construidos vínculos, indicaron cuando ésta podía transgredirse bajo su responsabilidad.

## Tránsitos entre la mirada retina y la mirada vibrante

Durante la construcción de la cartografía transitamos entre la mirada retina y la mirada vibrante, dibujando el trazo de la cartografía en la dinámica entre ambas, y construyendo, de esta manera, la dimensión micropolítica de la investigación. Rolnik (2006/2014) describe la mirada retina como una percepción sobre el mundo en que la atribución de sentido se hace a partir de las representaciones vigentes en nuestro contexto histórico. Y la mirada vibrante como aquella que aprehende la alteridad en su condición de campo fuerzas e intensidades que nos afectan y se hacen presentes en nuestro cuerpo en forma de sensaciones.



La mirada retina facilitó una aproximación al contexto social y al sistema de normas presentes en el cotidiano del servicio. Situarse en el mapa de representaciones vivientes y moverse en ellas permitió aprehender cuestiones como la construcción de los roles profesionales, las relaciones de poder y cómo operaban en una determinada situación, los contextos de interacción y sus límites, o la articulación de la alteridad en las relaciones con las mujeres (y su entorno significativo). En las narrativas producidas a partir de las observaciones y entrevistas, la mirada retina era codificada en forma de descripciones de los escenarios y de las actividades cotidianas, interpretaciones e intuiciones sobre las relaciones entre ellas, transcripciones de algunas expresiones que utilizaban y explicaciones de algunos de los elementos extraverbales y metalingüísticos que las acompañaban. Todas estas cuestiones producidas a partir de la mirada retina fueron importantes para empezar a construir vínculos al inicio de la investigación, a la vez que necesarias para poder hacer tránsitos hacia una mirada vibrante. No siempre fue así, pero fue un recorrido habitual al principio de nuestra cartografía.

La mirada vibrante, sensible a las afecciones, fue emergiendo poco a poco fruto de la experimentación y la reflexividad individual y grupal. Construimos esta mirada en caliente durante los encuentros con las personas y en frío en las discusiones de grupo. Trabajamos con las diferentes narrativas producidas (relatos orales, diario de campo de las observaciones, transcripciones de las entrevistas y grabaciones de las sesiones de discusión) buscando expresiones de esta mirada. Al principio se insinuaba y aparecía en situaciones de gran afectación emocional o de incomodidad. Nos referimos a escenas vividas en una consulta de diagnóstico prenatal, muchas veces tristes, generadoras de angustia, miedo y sufrimiento. Así como acontecimientos que interpelaban al núcleo de valores de la investigadora, generando incomodidades. Fuimos problematizando la mirada que se estaba produciendo en estas situaciones, viendo qué ocurría con los juicios de valores, los miedos, las preocupaciones, las transferencias y las contra-transferencias experimentadas. Buscamos formas de hablar de las “emociones que inundan el cuerpo” o de “las incomodidades que atraviesan el cuerpo”, preguntándonos insistentemente ¿Será esto la cartografía? ¿Cómo producir conocimiento a partir de lo vivido en el cuerpo? Se visibilizó un cambio en las narrativas cuando las afecciones producidas en situaciones de alegría, inquietud, perplejidad o incomodidad empezaron a generar nuevas preguntas que permitían dialogar con las personas desde otros planos y explorar otros territorios. Experimentar en el cuerpo las sensaciones producidas por las afecciones se convirtió en un dispositivo para buscar la novedad en el/la otro/a, adentrarse en su mundo e intentar comprender desde donde estaba construyendo sus acciones. Esta aproximación al otro/a no era un proceso lineal, sino que se iba construyendo en múltiples tránsitos e implicaba un proceso de transvaloración de los propios valores, es decir, de “poner en suspensión” nuestros valores y no juzgar. Para

## Devenir cartógrafa

---

poder conectar con las personas y explorar los diferentes territorios desde donde producían cuidado, fue necesario provocar fisuras y rupturas. En ocasiones fue movilizador situar al o la profesional en el “rol” de usuario/a o compartir fragmentos de la historia de usuaria de la propia investigadora. Otras veces, preguntar “lo obvio” daba acceso y permitía escuchar sus interpretaciones y sus versiones, siempre con una mirada atenta a las transferencias y contratransferencias que hacían con otras situaciones vividas. Pero sobretodo, en el momento en que ya hubo un vínculo establecido, fue útil compartir reflexiones sobre las afecciones experimentadas en una determinada situación y preguntarles cómo lo habían vivido ellos o ellas. Estar presente también fue importante, porque compartir tiempo, escenarios y situaciones facilitaba el establecimiento de vínculos y la construcción de otros espacios de relación.

Reconocer e investigar desde una mirada vibrante fue un proceso que implicó ir reconociendo esta capacidad vibrátil del cuerpo que moviliza nuestra creatividad en la medida que nos coloca en crisis y nos empuja a crear otras formas de expresión para las sensaciones intransmisibles por medio de las representaciones disponibles (Rolnik, 2006/2014).

Transitar entre ambas miradas significaba moverse por la mandala de forma fluida y dinámica, entrando y saliendo por puertas que conectaban múltiples planos. Transitar para hacer diferentes lecturas del mundo, estableciendo conexiones y redes que se iban ensamblando y desensamblando. En nuestra cartografía las escenas se conectaban para formar parte de un proceso de transformación, donde se podía ver el movimiento que formaba parte de todas las historias (casos, en el lenguaje médico), que iban siendo construidas y reconstruidas encuentro tras encuentro. Observar los procesos de transformación generados a partir de la elaboración y singularización que las personas hacían de su situación, pero también fruto de una mirada sensible que buscaba las transformaciones de los paisajes psicosociales, sin fijarlos ni capturarlos. Una mirada vibrante que evitaba ser capturada por la representación de lo que estaba bien o mal, ni tampoco fijar a las personas o las escenas en estas categorías. Para poder ver entre costuras, y reconocer la producción de cuidado incluso cuando no era habitual en una determinada persona o cuando aparecía sutilmente entre un proceder técnico-racional.

## Conclusiones

---

Explicamos nuestro recorrido, para compartirlo y para debatirlo, pero no para cristalizarlo como una guía para la construcción de cartografías. Escribir este relato fue un elemento más de nuestra cartografía y un dispositivo para seguir avanzando en la producción de conocimiento desde las investigaciones relacionadas con la micropolítica.

Quedaron muchas cuestiones para problematizar y explorar, escogimos aquellas que en este momento fueron importantes en la construcción de una mirada cartográfica y que fueron problematizadas con las personas de nuestro colectivo. Fue una elección situada, fruto de aquellas situaciones vividas y compartidas en el trabajo de campo y en las discusiones del grupo de investigación, y que fueron disparadoras de algunas de las reflexiones aquí presentadas.

Es un texto producido a partir de una multiplicidad de conversaciones, construido en cada uno de los encuentros con las personas que nos acompañaron a lo largo de todo este recorrido. Aunque es también fruto de la singularidad de las experiencias y los agenciamientos que fueron atravesando todo el proceso.

## Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado en Salud, Bienestar y Calidad de Vida de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya y con el soporte de una ayuda predoctoral de la Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya.

## Referencias

- Deleuze, Gilles (2001). *Spinoza: filosofía práctica*. Barcelona: Tusquets.
- Deleuze, Gilles & Guattari, Félix (1980/2015). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia* (11ª ed.). Valencia: Pre-Textos.
- Díaz, Félix (Ed.) (2000). *Sociologías de la situación*. Madrid: La Piqueta.
- Ferigato, Sabrina H. & Carvalho, Sérgio R. (2011). Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 663–676. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832011005000037>
- Feyerabend, Paul (1975/2007). *Tratado contra el método: esquema de una teoría anarquista del conocimiento* (5ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Foucault, Michel (1976/2005). *La voluntad de saber* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Franco, Túlio B. & Merhy, Emerson E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva. Buenos Aires*, 5(2), 181–194. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2009.259>
- Franco, Túlio B. & Merhy, Emerson E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva. Buenos Aires*, 7(1), 9–20. <http://dx.doi.org/10.1590/S1851-82652011000100002>
- Franco, Túlio B. & Merhy, Emerson E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos*. São Pablo: Hucitec.

Devenir cartógrafa

---

- Guattari, Félix & Rolnik, Suely (2005/2006). *Micropolítica: cartografías del deseo* (2ª ed.). Madrid: Traficantes de Sueños.
- Merhy, Emerson E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, Emerson E. (2014). A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. En Solange L'Abatte, Lucia Cardoso Mourão & Luciane Maria Pezzato (Eds.), *Análise Institucional e Saúde Coletiva* (pp. 579-596). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, Emerson E.; Feuerwerker, Laura C.M. & Silva, Erminia (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 8(1), 25-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1851-82652012000100003>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Autor.
- Passos, Eduardo; Kastrup, Virgínia & Escóssia, Liliana (2009/2015). *Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (4ª ed.). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Pla, Margarida & Codern, Núria (2006). Contribuições e reelaborações com base em uma avaliação alternativa de um programa de saúde na Catalunha (Espanha). En Maria L.M. Bosi & Francisco J. Mercado (Eds.). *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Enfoques emergentes* (pp. 347-366). Petrópolis: Vozes.
- Pla, Margarida & Cabria, Ángeles (2011). *La planificación de la evaluación de las líneas estratégicas de atención en el embarazo, neonatal y en el puerperio de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe final*. Barcelona: Càtedra de Recerca Qualitativa - Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pla, Margarida & Sánchez-Candamio, Margarita (2002). La elaboración y formalización de registros de la observación participante en la investigación psicosociológica cualitativa. En Francisco J. Mercado, Denise Gastaldo & Carlos Calderón Llantén (Eds.), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología Iberoamericana* (pp. 107-130). México: Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Rolnik, Suely (2006/2014). *Cartografía sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Sulina UFRGS.

---

Marta Benet; Emerson Elias Merhy; Margarida Pla

---



Este texto está protegido por una licencia [Creative Commons 4.0](#).

Usted es libre para Compartir —copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato— y Adaptar el documento —remezclar, transformar y crear a partir del material— para cualquier propósito, incluso comercialmente, siempre que cumpla la condición de:

**Atribución:** Usted debe reconocer el crédito de una obra de manera adecuada, proporcionar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios . Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que tiene el apoyo del licenciante o lo recibe por el uso que hace.

[Resumen de licencia](#) - [Texto completo de la licencia](#)



### **3. A CRITICAL REVIEW OF THE BIRTH PLAN USE IN CATALONIA**







Biescas, H., Benet, M., Pueyo, M. J., Rubio, A., Pla, M., Pérez-Botella, M., y Escuriet, R. (2017). A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 13, 41–50. doi:10.1016/j.srhc.2017.05.006

**4. PARTICIPATION IN HEALTH THROUGH THE  
CONSTRUCTION OF ENCOUNTERS: A  
MICROPOLITICAL APPROACH**





Benet, M., Cruz, K.T., Santoro, V., Merhy, E.E., Pla, M. (2017) Participation in Health through the construction of encounters: a micropolitical approach. *Educational Action Research*. doi: 10.1080/09650792.2017.1374194

**5. ALCANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN EN  
CATALUÑA DE LAS ESTRATEGIAS DE SALUD  
REPRODUCTIVA (2008-2017)**





Marta Benet,<sup>a, b</sup> Ramon Escuriet,<sup>c, d</sup> Manuela Alcaraz Quevedo,<sup>e</sup> Sandra Ezquerra,<sup>a, b, f</sup> Margarida Pla<sup>g, a</sup>

*a Grupo de investigación en Sociedades, Políticas y Comunidades Inclusivas.*

*b Universidad de Vic-Universitat Central de Catalunya, España.*

*c Dirección General de Planificación en Salud, Departamento de Salud, Generalitat de Catalunya, España.*

*d Escuela Superior de Enfermería del Mar, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España.*

*e Departamento de Salud Pública de Valencia, Valencia, España.*

*f Cátedra UNESCO Mujeres, Desarrollo y Culturas, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, España.*

*g Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Universitat de Barcelona, España.*

Autora de la correspondencia:

Margarida Pla

Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil, Universitat de Barcelona, España

Campus de Bellvitge - Pavelló de Govern, Feixa Llarga, s/n, 08907 L'Hospitalet del Llobregat, España.

[m.pla@ub.edu](mailto:m.pla@ub.edu)

Número de palabras del resumen en español: 250

Número de palabras del resumen en inglés: 232

Número de palabras del texto principal: 2.994

**Contribuciones de autoría**

Todas las personas incluidas en el trabajo cumplen los criterios de autoría y no se excluye a nadie que también los cumpla. Marta Benet y Margarida Pla concibieron y diseñaron el estudio, realizaron el análisis y la interpretación de los datos generados durante el trabajo de campo, y redactaron el primer borrador del artículo. Manuela Alcaraz, Ramon Escuriet y Sandra Ezquerra aportaron su experiencia profesional y académica para la interpretación de los hallazgos y revisaron los borradores del manuscrito. Todas las personas que declaran autoría aprobaron la versión final. Marta Benet y Margarida Pla son las responsables del artículo.

**Financiación**

Este trabajo ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado en Salud, Bienestar y Calidad de Vida de la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya y con el apoyo de una ayuda predoctoral de la Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya.

**Agradecimientos**

A las mujeres y a sus acompañantes, que participaron en la investigación y compartieron sus experiencias de maternidad y paternidad con el equipo de investigación. También a todas aquellas personas de diferentes colectivos profesionales que formaron parte de este estudio y contribuyeron con sus actividades cotidianas y sus vivencias.

Este artículo contribuye al proyecto COST Action 1405 -BIRTH-

**Conflicto de intereses**

Ninguno



## Resumen

Objetivo: las estrategias de Atención al Parto Normal (2007) y de Salud Sexual y Reproductiva (2011) se diseñaron para transformar el modelo de atención a la maternidad al incorporar un enfoque integral y biopsicosocial, la participación de las mujeres y la desmedicalización. Analizamos la implementación de esta política en las actividades cotidianas de los servicios y la transformación de las prácticas de profesionales y usuarias.

Métodos: investigación cartográfica de tipo etnográfico multilocal y enmarcada en el ámbito de métodos móviles, orientados a captar los procesos de transformación. Técnicas de generación de datos: observación participante y entrevistas situadas. Análisis del discurso del corpus textual a partir de tres líneas de acción promovidas por las estrategias.

Resultados: observamos elementos de transformación en 1. Desmedicalización: aumento de la competencia y autonomía de la matrona, cambios en las episiotomías y facilitación de prácticas de vínculo; 2. Calidez en la atención: incorporación de las necesidades y expectativas de la mujer y mejoras en la confortabilidad de los espacios en los partos fisiológicos; y 3. Participación: acciones que favorecen la toma de decisiones compartida y mayor implicación de la persona acompañante.

Conclusiones: la transformación se visibiliza sobre todo en la incorporación de nuevas actitudes, nuevas sensibilidades, nuevas praxis que empiezan alrededor de las viejas estructuras; especialmente, en la atención al parto fisiológico. Los espacios más tecnificados han sido menos permeables al cambio. La gestión del riesgo en la toma de decisiones y el abordaje de la diversidad se identifican como campos en los que la transformación es menos evidente.

Palabras clave: políticas públicas de salud; salud reproductiva; parto humanizado; participación; evaluación de políticas públicas; cartografía; etnografía móvil y multilocal

**Abstract****The Extent of the Implementation of Reproductive Health Strategies in Catalonia (2008-2017)**

**Objectives:** The Strategy for Assistance at Normal Childbirth (2008) and the National Strategy for Sexual and Reproductive Health (2011) were designed to transform the maternity care model by introducing an integrated, biopsychosocial approach that includes participation and demedicalisation. We analyze how these policies have been incorporated into the everyday activities of the services and the resulting transformation of professional and user practices.

**Methods:** Cartographic research taking a multi-sited ethnographic approach and framed in mobile methods that seek to reveal the processes of transformation. Data generation techniques featuring participant observation and situated interviews. Discourse analysis of the textual corpus using three analytical axes based on the three main lines of action promoted by the strategies.

**Results:** We identified transformations in: 1. Demedicalisation: an increase in midwives' know-how and autonomy, changes in episiotomy practice and the facilitation of bonding practices; 2. Warmth of care: incorporation of women's needs and expectations and improvements in the comfortableness of birth settings, especially in assistance at physiological birth; and 3. Participation: actions that foster shared decision-making and the involvement of the persons accompanying women in labor.

**Conclusions:** Above all, the transformation is visible in the incorporation of new attitudes, sensibilities and practices that develop around the old structures, especially during physiological childbirth. The more technological areas have been less permeable to change. Risk management in decision-making and addressing diversity are identified as areas where transformation is less evident.

**Key words:** Public policies of health; Reproductive health; Humanizing delivery; Participation; Evaluation of public policies; Cartography; Multi-sited and mobile ethnography.

## Introducción

Entre 2007-2011 se produce en España una serie de cambios normativos en materia de salud sexual y reproductiva que se materializan con la publicación e implementación de la Estrategia de Atención al Parto Normal (EAPN)<sup>1</sup> y la Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR).<sup>2</sup> Ambas se desarrollan dentro del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud<sup>3,4</sup> con el objetivo de “garantizar la legitimidad y sostenibilidad social de los sistemas públicos de salud”.

La elaboración de ambas estrategias implicó a diferentes actores y actrices sociales: organizaciones de mujeres, profesionales de la salud, instituciones sanitarias estatales y autonómicas, y sociedades científicas. Este proceso participativo se lideró desde el Observatorio de Salud de las Mujeres, que contaba, en aquel momento, con una trayectoria previa de trabajo con las asociaciones de mujeres. La implicación de asociaciones de usuarias en la construcción de las estrategias representa una oportunidad para dar visibilidad y legitimidad a algunas de sus reivindicaciones en materia de derechos sexuales y reproductivos; así como una apuesta para incorporar su experiencia (*experiential expertise*)<sup>5,6</sup> a la construcción de una política sanitaria.

La EAPN y la ENSSR tienen como objetivo transformar el modelo de atención en salud sexual y reproductiva con la incorporación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>7</sup> y las directivas europeas en materia de derechos sexuales y reproductivos, que se reconocen como una necesidad básica de salud y un derecho humano.<sup>8</sup> Este proceso de cambio se produce en un contexto de atención a la maternidad muy medicalizado,<sup>9-11</sup> razón por la cual, también desde organismos internacionales, organizaciones de mujeres y colectivos profesionales, se instó a adoptar medidas para humanizar el proceso.<sup>12-14</sup>

El cambio de paradigma se basa en la desmedicalización de los procesos fisiológicos, la participación de las mujeres (y su entorno) en la toma de decisiones, y una mayor calidez en la atención con un enfoque integral y biopsicosocial<sup>15</sup> (tabla 1). A pesar de la voluntad de cambio explícita y de la existencia de líneas de financiación finalistas para su implementación, ambas estrategias proponen objetivos y recomendaciones de buenas prácticas de adhesión voluntaria, sin concreción sobre cómo deben materializarse.<sup>15</sup>

Una vez publicadas las estrategias, las comunidades autónomas son las que tienen las competencias sanitarias para desarrollar planes y programas que impulsen los cambios. En Cataluña, las acciones de implementación se canalizan a través del Programa de Atención al Parto Normal,<sup>18,19</sup> que es de adhesión voluntaria y está basado en tres líneas de acción: a) dar soporte técnico y económico a los hospitales; b) sensibilizar a los y las profesionales sanitarias; y c) promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

Esta investigación tiene como objetivo analizar el proceso de transformación de las prácticas profesionales, en el período de la implementación de las estrategias, en los contextos de cotidianidad de los servicios de atención a la maternidad. Asumimos que las estrategias pueden actuar como un dispositivo de cambio a nivel micropolítico, al incidir tanto en las normas de funcionamiento (explícitas e implícitas) de las instituciones como en los contextos de interacción de usuarias y profesionales, y reconfigurar las expectativas y los esquemas de interpretación de las personas implicadas.

## **Métodos**

### ***Diseño***

El estudio se realizó en Cataluña entre 2014-2016, momento en el que ya se había producido una serie de transformaciones de las competencias profesionales, la organización de los servicios y las demandas de las mujeres en el ámbito de la maternidad. Para visibilizar el proceso de transformación se utilizó una investigación cualitativa de inspiración cartográfica, que es una práctica investigadora inspirada en los trabajos de Deleuze y Guattari<sup>20</sup> y que ha sido incorporada a la investigación en salud por distintos autores.<sup>21-23</sup> Esta perspectiva se centra en visualizar la transformación social considerando que los encuentros entre profesionales y usuarias configuran un campo de fuerzas y de estrategias de gobierno.<sup>22, 24</sup>

En consonancia con esta perspectiva, se eligió un método de tipo etnográfico multilocal,<sup>25</sup> como un reto empírico interesado en seguir los cambios que se van implementando y se manifiestan a través de los signos, los discursos, las modalidades de pensamiento y acción que se dan en los diferentes contextos de atención a la maternidad.<sup>26</sup>

Las técnicas de generación de datos fueron la observación participante (OP) y las entrevistas situadas (ES).<sup>27</sup> La OP implicó la inmersión activa de la investigadora en los servicios de maternidad que observó y compartió las situaciones cotidianas *in situ*, y acompañó a las personas implicadas en las mismas. Las ES fueron de tres tipos: entrevistas exploratorias informativas en diferentes momentos del trabajo de campo; entrevistas conversacionales con profesionales orientadas a indagar sobre las acciones en curso y las interpretaciones que los agentes hacían de las mismas; y entrevistas en profundidad para explorar las experiencias de las mujeres a lo largo de todo el proceso de maternidad.

### ***Muestreo y participantes***

El foco del estudio ha sido visualizar la direccionalidad de los cambios, y para ello se seleccionaron dos hospitales de la red de utilización pública que implementaron las estrategias de forma activa: 1. Un hospital con un nivel de atención a la complejidad bajo (I)<sup>19</sup> que se eligió por su diversidad en cuanto a la procedencia de su población de referencia, así como por la autonomía de las matronas en la atención al embarazo y parto de bajo riesgo; 2. Un hospital con un nivel de complejidad alto (IIIA)<sup>19</sup> que se seleccionó por ser una de las primeras instituciones comprometidas con el parto fisiológico y por atender a una población con diferentes niveles de riesgo en un contexto muy tecnificado (tabla 2).

Los criterios de elegibilidad de escenas, momentos e informantes responden a la combinación de la lógica del muestreo por propósitos y la estrategia de bola de nieve. La muestra final de escenas y momentos que configuran la etnografía multilocal<sup>25</sup> se presenta en la tabla 2. En la tabla 3 se muestran los perfiles de las personas entrevistadas y se explicitan los procesos de cambio que permiten explorar. Para todas las entrevistas y observaciones se obtuvo consentimiento informado escrito.

### ***Análisis***

Los registros de la OP, las transcripciones de las entrevistas y las sesiones de devolución y discusión con los profesionales conforman el corpus textual sobre el cual se realizó un análisis del discurso<sup>28</sup> orientado a explorar las prácticas de interacción en los contextos cotidianos. Los datos se analizaron a partir de tres ejes de cambio promovidos por las estrategias: 1. Desmedicalización, 2. Calidez en la atención, 3. Participación. También se consideraron las características diferenciales de los hospitales y los enfoques de género presentes.<sup>29</sup>

Con el objetivo de identificar aquellas prácticas instituyentes presentes en los servicios se generaron dos campos de visibilidad que se entremezclan: uno referido a las acciones que las estrategias proponen con un alto nivel de concreción y están presentes o ausentes de forma unívoca en la vida cotidiana de los dos hospitales; y un segundo campo de visibilidad que revela prácticas relacionadas con los principios más abstractos (respeto, dignidad, participación) que se configuran en el ámbito de subjetividad de profesionales y usuarias.

## **Resultados**

Se presentan los resultados en forma de marcadores de cambio que muestran tanto la dirección de la transformación como la manifestación de resistencias. Estos no deberían entenderse como una batería de indicadores de proceso y de resultados propios de la evaluación de políticas, sino como datos que dependen del contexto (indexicalidad) y que, ubicados en un campo social, dan cuenta de sus diferentes expresiones.

### ***Desmedicalización***

La mayor autonomía de las matronas para atender a las mujeres en el embarazo y parto de bajo riesgo marca un cambio hacia la desmedicalización, y la transformación se visibiliza sobre todo en la incorporación de nuevas actitudes, sensibilidades y praxis que empiezan alrededor de las viejas estructuras. Observamos matronas que han incorporado un nuevo *know-how* para respetar el proceso fisiológico durante el parto, como favorecer el movimiento y diferentes posturas durante la dilatación y el parto o acompañar el trabajo de parto respetando los tiempos de las mujeres. Los cambios estructurales en las maternidades y la incorporación de recursos (bañeras, pelotas, fulares) también han contribuido a disminuir el grado de intervención al posibilitar la realización de la dilatación y el parto en la misma habitación sin pasar por quirófano o el abordaje no farmacológico del dolor.

Identificamos cambios en la relación matrona-obstetra que ponen de manifiesto una mayor autonomía de la matrona, referidos a la corresponsabilización y a la negociación sobre quién se encarga de un embarazo o parto cuando estos se ubican en el límite de lo considerado fisiológico.

Algunas prácticas ya no forman parte de las rutinas de los servicios, como son la aplicación del enema o el rasurado. Se visibilizan acciones para evitar la episiotomía (antes realizada de forma rutinaria), como son la adopción de técnicas de protección del perineo o la coordinación matrona-mujer durante los pujos. Las mujeres relataron acciones de autocuidado para evitar la episiotomía, tales como informarse y practicar el masaje perineal en el periodo prenatal.

Otros marcadores presentes son aquellos que reconocen el carácter simbólico del proceso y potencian el establecimiento de vínculos: piel con piel precoz (especialmente, en los partos normales o con poca intervención) o los cambios en el sistema de nidos para ubicar a las y los recién nacidos en la habitación.

Coexistiendo con la desmedicalización, se visualizan prácticas consideradas por algunos y algunas profesionales como estrategias de minimización de riesgos: canalización de la vía endovenosa en los partos normales (definición tabla 1), limitaciones en el uso de la bañera durante el parto o protocolos que fijan límites a la evolución fisiológica del parto y establecen cuándo debe intervenir médicamente. En ocasiones, las decisiones son negociadas con las mujeres, que ponen de manifiesto diferentes maneras de percibir el riesgo, o bien son aceptadas por delegación de responsabilidades (tabla 4).

### ***Calidez en la atención***

Observamos un respeto por las expectativas y necesidades de las mujeres cuando se da respuesta a sus demandas, pues se las pone en valor y se las incorpora al proceso de atención. Por ejemplo, cuando se pregunta y se discute el plan de parto tras el ingreso en la sala de partos. En el caso de las mujeres de origen sociocultural diferente al de la persona que las atiende, esta cuestión se explora con menor frecuencia, especialmente cuando se crean dificultades lingüísticas.

Se detectan mejoras (mayoritariamente, en el parto normal) en cuanto a la confortabilidad de los espacios y la capacidad para actuar sobre las condiciones ambientales: regular la luz, minimizar ruidos, escuchar música, etc. También se observan acciones para minimizar el número de profesionales presentes durante los partos normales.

Los aspectos de calidez, como la intimidad, el respeto o el establecimiento de relaciones de confianza se identifican en menor medida en la realización de pruebas diagnósticas, en los partos con instrumental, y, muy especialmente, en cesáreas. En estas situaciones son más frecuentes las interrupciones y las conversaciones paralelas entre profesionales en presencia de la mujer.

La detección e identificación de necesidades de la persona acompañante o el establecimiento de relaciones de confianza con ella no se identifica como una práctica frecuente.

Tampoco se reconocen elementos de respeto en las interacciones profesional-usuaria cuando se infantiliza, estigmatiza o se etiqueta a las mujeres y su entorno de forma estereotipada (“la paki”, “la primi”, “la psiquiátrica”, etc.) (tabla 5).

### ***Participación de la mujer (y su entorno)***

Se reconocen elementos de transformación en las situaciones en las que se explora y dialoga con la mujer (y acompañantes) acerca de las cuestiones que para ella son relevantes (preferencias respecto al tipo de parto u opciones y dudas sobre la lactancia). La toma de decisiones compartida se manifiesta en la negociación del plan de atención (realización o no de

procedimientos, abordaje de una anomalía fetal, tipo de parto). Aunque se advierte discontinuidad en la construcción de relaciones de confianza, dado que durante el embarazo la matrona de atención primaria es la referente para la mujer, y en el hospital se sustituye por una nueva matrona.

También se dan situaciones en las que el o la profesional respeta las decisiones de la usuaria, aunque no las comparta, y se responsabiliza del proceso de atención, como cuando la mujer decide no realizarse una prueba o desestimar una intervención médica. Sin embargo, la noción de “actuar dentro de un marco de seguridad” instituida por las estrategias establece límites a la toma de decisiones compartidas, pues restringe la decisión a los y las profesionales cuando se considera que va en detrimento de la seguridad. Identificamos diferencias de criterio entre profesionales y usuarias en relación con estos límites que podrían transformarse en un nuevo marco de acuerdos. En ocasiones, se denomina toma de decisiones compartidas al hecho de informar y pedir consentimiento para un procedimiento.

Se observa un aumento de la presencia del padre (o persona acompañante) en espacios antes restringidos a los y las profesionales (cesáreas no urgentes o partos instrumentados), aunque no se percibe que esto facilite un cambio en el rol otorgado por los y las profesionales, que se limita principalmente a considerar su papel como sustituto de la madre (piel con piel) o como acompañante afectivo (tabla 6).

## **Discusión**

Existen prácticas que muestran diferentes dimensiones del cambio, aunque esto no significa que el conjunto de mujeres o profesionales las suscriban, ni que se den de forma homogénea en todos los contextos explorados. Las cuestiones aquí planteadas serán vistas por algunas personas como cambios sustanciales en el modelo de atención, mientras que por otras serán aún insuficientes. Evidentemente, existen campos de disputa y aún queda recorrido para la transformación de las prácticas en torno a la maternidad.

En el período de implementación de las estrategias se ha valorizado e incorporado el parto fisiológico en las actividades de los servicios, y se han legitimado las demandas de las mujeres y dotado de mayor autonomía a las matronas. Aunque se observa también una dicotomía en las prácticas profesionales, en función del tipo de parto, ya que los elementos de humanización (intimidad, respeto, dignidad)<sup>12-14, 30</sup> no se preservan de la misma manera cuando el proceso deja de ser definido como un parto normal<sup>7, 16-17</sup>. Las denominadas “salas de parto natural” se constituyen como heterotopias;<sup>31</sup> es decir, como espacios diferenciados en cuanto a tiempos, rutinas y formas de actuar dentro los servicios. En consecuencia, y siguiendo a algunas



autoras,<sup>13,32</sup> los espacios con un alto nivel de intervención se caracterizan por ser los entornos menos permeables a la humanización.

Las recomendaciones de las estrategias para facilitar la desmedicalización están centradas en evitar una cascada de intervenciones,<sup>33</sup> al eliminar aquellos procedimientos que la evidencia define como innecesarios o perjudiciales. En esta línea observamos cambios en las prácticas de protección del perineo, que concuerdan con los estudios<sup>34</sup> que hacen patente una reducción del número de episiotomías.

También hay cambios en la toma de decisiones compartidas, aunque hemos identificado la gestión del riesgo como un campo problemático.<sup>35-37</sup> Para algunas autoras, la toma de decisiones plantea una paradoja: se espera que las mujeres embarazadas sean usuarias informadas con capacidad de valorar los riesgos y adoptar medidas para minimizarlos,<sup>38</sup> a la vez que se las desposee o se limita su capacidad de decisión cuando se considera que esta afecta a su bienestar o al del feto.<sup>35</sup> Sin dejar al margen las reflexiones ya planteadas por la bioética, la respuesta a esta paradoja no debería simplificarse en dirimir sobre quién debe decidir, sino que debería señalar la centralidad de la relación profesional-usuaria en la toma de decisiones en escenarios complejos. Es en la interacción donde se puede debatir y acordar una decisión, mediante una negociación que requiere de información, pero, sobre todo, de la legitimación de la experiencia de ambas partes, de relaciones más horizontales y de oportunidades para discutir sin juzgar.<sup>39</sup> La discontinuidad creada en la transición entre atención primaria y especializada dificulta esta toma de decisiones centrada en la construcción de relaciones de confianza, dado que, en el momento del parto, el diálogo tendrá que establecerse con una persona que la mujer no conoce. Asimismo, las dificultades observadas para manejar las diferencias socioculturales en la toma de decisiones compartidas podrían generar desigualdades en la implementación de las estrategias.

El acompañamiento durante el parto se ha considerado un derecho, un elemento que contribuye a disminuir las desigualdades de género<sup>40</sup> y una estrategia que mejora los resultados obstétricos.<sup>41</sup> Aunque, tal como se expone en los resultados, el tipo de participación del padre (o persona de elección) refleja la prevalencia de dos enfoques de género.<sup>29</sup> Uno es el enfoque de salud de las mujeres asociado a la representación del embarazo y el parto como una cuestión que básicamente atañe a las mujeres. En esta línea, observamos cómo la implicación del padre o acompañante es, en muchos casos, invisible, aunque se admita su presencia. Esto puede contribuir a generar inequidad al situar el foco exclusivamente en la mujer. El segundo enfoque, de desigualdades de género, está orientado a corresponsabilizar a los hombres en las actividades reproductivas, al favorecer su presencia y su papel como acompañante. Así, a pesar de la intención y las recomendaciones de las estrategias para implicar al padre o acompañante, todavía

los distintos agentes no han construido nuevas identidades que permitan vivir la maternidad y paternidad de forma compartida en el contexto actual.

A través de este estudio se ha mostrado cómo una política puede dar lugar a diferentes formas de actuar a nivel micropolítico. Aunque los elementos de transformación y las resistencias se limitan a los contextos estudiados, puede haber aspectos transferibles a otros servicios de maternidad que han implementado las estrategias. En el plano macropolítico, esto podría constituir una limitación porque no aporta un conjunto de indicadores de implementación generalizables, ni tampoco es posible establecer una relación causal entre los cambios observados y la política estudiada. Sin embargo, la importancia del estudio radica en visibilizar los cambios alineados con las estrategias y en señalar campos problemáticos, para contribuir de esta manera a la sostenibilidad del proceso y a generar aperturas para construir nuevas líneas de acción. Asimismo, esta aproximación permite mostrar cómo la implementación de una política no solo atañe a las personas en posición de responsabilidad directiva (gobierno con G), sino que todos los agentes (mujeres, familia, profesionales, etc.) también infunden direccionalidad a los cambios en sus acciones cotidianas (gobierno con g), y otorgan este carácter abierto y emergente propio de cualquier proceso de cambio.<sup>24</sup>

## **Bibliografía**

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España; 2008.
2. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España; 2011.
3. Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. L.N. 16/2003 (28 mayo 2003).
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Informe del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España; 2009.
5. Harris J, Croot L, Thompson J, et al. How stakeholder participation can contribute to systematic reviews of complex interventions. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 1]; 70:207–14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26475921>
6. Caron-Flinterman JF, Broerse JEW, Bunders JFG. The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Soc Sci Med*. 2005; 60:2575–84.
7. Organización Mundial de la Salud. Cuidados en el parto normal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996.

8. Biglia B, Olivella-Quintana M. Evolution and involution in the sexual and reproductive health services in Catalonia (Spain). *Womens Stud Int Forum* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 1]; 47:309–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wsif.2014.02.010>
9. Brubaker SJ, Dillaway HE. Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociol Compass* [Internet]. 2009 [cited 2017 Jun 25]; 3:31–48. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x>
10. Parry D. “We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience”: Exploring Canadian Women’s Use of Midwifery. *Health Care Women Int* [Internet]. 2008 [cited 2017 Apr 10]; 29:784–806. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07399330802269451>
11. Conrad P. *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007. 224 p.
12. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet*. 2001;75(Supl 1).
13. Lindsay P. Creating normality in a high-risk pregnancy. *Pract Midwife* [Internet]. 2006 [cited 2017 Apr 9]; 9:16–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16425679>
14. Backes DS, Koerich MS, Erdmann AL. Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2007 [cited 2017 Apr 10]; 15:34–41. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es\\_v15n1a06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/es_v15n1a06.pdf)
15. Pla M, Cabria A. *La planificación de la evaluación de las líneas estratégicas de atención en el embarazo, neonatal y en el puerperio de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe final*. Barcelona: Càtedra de Recerca Qualitativa, Universitat Autònoma de Barcelona; 2011.
16. Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME): *Definición de parto normal* [Internet]. [cited 2017 Mar 29]. Available from: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>
17. The Maternity Care Working Party. *Making normal birth a reality*. London: The Maternity Care Working Party; 2007.
18. Departament de Salut. *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2006.
19. Departament de Salut. *Pla Estratègic d’Ordenació de l’Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d’Utilització Pública a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya; 2008.
20. Deleuze G, Guattari F. *Mil Mesetas: Capitalismo y Esquizofrenia*. 11<sup>a</sup> ed. Valencia: Pre-Textos; 2015. 522 p.
21. Passos E, Kastrup V, Escóssia L, editores. *Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. 4<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Editora Sulina; 2015. 207 p.

22. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Silva E. Methodological contributions towards the study of health care production: lessons from a research study on barriers and access in mental health. *Salud Colect* (English Ed [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 10]; 8:25–34. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652012000100003](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000100003)
23. Benet M, Merhy EE, Pla M. Devenir cartógrafa. *Athenea Digit Rev Pensam e Investig Soc* [Internet]. 2016 [cited 2017 Apr 10]; 16:229–43. Available from: <http://atheneadigital.net/article/view/1685>
24. Merhy EE, Macruz L, Burg R. Educación Permanente en Salud: una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colect*. 2006; 2:147–60.
25. Marcus GE. Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*. 2001; 11:111–27.
26. Pellicer I, Vivas-Elias P, Rojas J. La observación participante y la deriva: dos técnicas móviles para el análisis de la ciudad contemporánea. El caso de Barcelona. *Rev Estud Urbanos Reg*. 2013; 39:119–39.
27. Denzin NK, Lincoln YS, editores. *Collecting and interpreting qualitative materials*. 4ª ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2013. 630 p.
28. Martínez-Guzmán A, Stecher A, Íñiguez-Rueda L. Aportes de la psicología discursiva a la investigación cualitativa en psicología social: análisis de su herencia etnometodológica. *Psicol USP*. 2016; 27:510–20.
29. Arias SV. *Sexos, género y salud*. 1ª ed. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009. 344 p.
30. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: A humanização entre laços e perspectivas. *Interface Commun Heal Educ*. 2009;13(Supl 1):531–42.
31. Defert D, Ewald F. *Foucault: Dits et écrits*. Paris: Gallimard; 2001.
32. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser WD. Perception of humanization of birth in a highly-specialized hospital: let's think differently. *Health Care Women Int* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 29]; 35:127–48. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84894246326&partnerID=tZOtx3y1>
33. Kitzinger S. *Episiotomy: physical and emotional aspects*. London: National Childbirth Trust; 1981. 56 p.
34. Escuriet R, Pueyo MJ, Pérez-Botella M, et al. Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: Is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2015 [cited 2017 Mar 29]; 15:95. Available from: <http://repositori.upf.edu/handle/10230/25445>
35. Lupton D. “Precious cargo”: foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Crit Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2017 Mar 29]; 22:329–40. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09581596.2012.657612>

36. Scamell M. The swan effect in midwifery talk and practice: a tension between normality and the language of risk. *Sociol Heal Illn.* 2011; 33:987–1001.
37. Rothman BK. Pregnancy, birth and risk: an introduction. *Health Risk Soc* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 20]; 16:1–6. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13698575.2013.876191>
38. Malacrida C, Boulton T. The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health (London)* [Internet]. 2014 [cited 2017 Mar 29]; 18:41–59. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23426792>
39. Benet M, Cruz KT Da, Santoro V, et al. Participation in health through the construction of encounters: a micropolitical approach. *Educ Action Res.* En prensa.
40. Maroto-Navarro G, Pastor-Moreno G, Ocaña-Riola R, et al. Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *J Clin Nurs.* 2013; 22:3071–83.
41. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, et al. Continuous support for women during childbirth. In: Hodnett ED, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2013 [cited 2017 Mar 29]. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD003766.pub5>

## Tablas

**Tabla 1. Ejes de cambio de las estrategias que configuran el marco de análisis**

<b>Desmedicalización</b>
<p>La desmedicalización se plantea en las estrategias desde una doble vertiente: por un lado, se promueve la disminución o eliminación de ciertos procedimientos e intervenciones, y se potencia el parto normal,<sup>7, 16, 17</sup> y, por otro lado, se reconoce la maternidad como un proceso fisiológico y simbólico, y no como una patología.</p> <p>El parto normal es definido como “un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo”.<sup>16</sup></p> <p>Algunos de los procedimientos no recomendados en las estrategias son: el rasurado, el enema, la maniobra de Kristeller, la ruptura artificial de membranas rutinaria, entre otras.</p> <p>En cambio, se recomienda la ingesta de líquidos en el parto normal, la movilidad, la monitorización intermitente, la realización de pruebas a la criatura recién nacida en presencia de la madre (o persona de su entorno), el contacto precoz piel con piel, entre otras cuestiones, siempre dentro de un marco de seguridad.</p>
<b>Calidez en la atención</b>
<p>La calidez en la atención se refiere a distintos conceptos, como son respeto, dignidad, intimidad, privacidad, confianza o seguridad. Aunque se incluyen cuestiones como el respeto a las necesidades, expectativas y deseos de la persona usuaria (mujer, recién nacido o recién nacida, y entorno), en gran parte, de ellas no se concreta en qué forma deben realizarse. En este eje se incluyen una parte importante de las cuestiones que en la literatura se identifica como aspectos de la humanización.</p> <p>En la ENSSR se establecen también una serie de medidas para garantizar los derechos del o la RN: el contacto físico y emocional, la proximidad y el trato individualizado, el control de las condiciones ambientales (luz, temperatura, ruido), entre otras.</p>
<b>Participación de la mujer (y su entorno)</b>
<p>La participación de la mujer se refiere a recuperar el protagonismo y control sobre el proceso, con especial énfasis en su implicación en las decisiones. La toma de decisiones se establece como un proceso que debe ser compartido y consensuado entre usuarias y profesionales, y que reconozca la autonomía de decisión de las mujeres dentro de un marco de seguridad. En relación con la participación en la toma de decisiones, el acceso a la información es un elemento destacado en las estrategias, aunque se reconoce que no es suficiente.</p> <p>En la ENSSR se hace especial énfasis en la participación del padre o la persona elegida por la mujer; y se reconoce el papel de la madre y el padre (u otra persona del entorno) como referentes permanentes de la o del recién nacido (RN).</p>

**Tabla 2. Resumen de ámbitos, contextos / escenarios y escenas de las observaciones**

Ámbitos	Descripción	Contextos / escenarios	Escenas / momentos
<b>Hospital</b>  <b>Nivel de atención a la complejidad bajo (nivel I)</b>	Zona metropolitana		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecografía de control.</li> <li>• Ecografía por sospecha de anomalías.</li> <li>• Comunicación de diagnóstico de anomalías fetales.</li> <li>• Sesión de esferoterapia preparto.</li> <li>• Proceso de inducción al parto.</li> <li>• Parto normal.</li> <li>• Parto vaginal con anestesia.</li> <li>• Parto vaginal con instrumental.</li> <li>• Seguimiento de la evolución de un parto: tactos vaginales, monitorización fetal, pH de cuero cabelludo fetal.</li> <li>• Toma de decisiones sobre la evolución de un parto.</li> <li>• Cesárea.</li> <li>• Cuidados de la matrona en el posparto inmediato en sala de partos.</li> <li>• Cuidados de enfermería en sala de hospitalización.</li> <li>• Primera visita pediátrica al o la RN en sala de hospitalización.</li> <li>• Realización de pruebas diagnósticas al o la RN.</li> <li>• Apoyo a la lactancia en sala de hospitalización y en unidad neonatal.</li> <li>• Comunicación de estado del o la RN a la madre, padre (o entorno) en unidad neonatal.</li> <li>• Sesiones clínicas de obstetricia y neonatología.</li> </ul>
	Volumen de partos anual: 1500	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consulta de diagnóstico (ecografía y amniocentesis).</li> <li>• Consulta de embarazo de bajo riesgo realizada por comadrona.</li> <li>• Consulta de embarazo de riesgo realizada por obstetra.</li> <li>• Educación prenatal.</li> <li>• Urgencias obstétricas.</li> <li>• Sala de partos.</li> <li>• Quirófanos de obstetricia.</li> <li>• Sala de hospitalización de bajo y de alto riesgo.</li> <li>• Unidad neonatal (UCI, semi-UCI, cuidados intermedios y lactario).</li> <li>• Nido en sala de hospitalización.</li> </ul>	
2 meses	Diversidad de procedencia de su población de referencia		
<b>Hospital</b>  <b>Nivel de atención a la complejidad alto (nivel IIIA)</b>	Zona metropolitana		
	Volumen de partos anual: 2700		
3,5 meses	Partos a partir de la semana 28		
	Población de referencia con diferentes niveles de riesgo durante el embarazo y el parto		

**Tabla 3. Resumen de las entrevistas situadas realizadas**

<b>Entrevistas a profesionales</b>			
<b>Rol profesional</b>	<b>Número</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ubicación</b>
Obstetra (Obs)	4 mujeres y 1 hombre	1 jefe del servicio, 1 responsable de ecografías y diagnóstico prenatal y 2 doctoras adjuntas.	Hospital I
Comadrona (Com)	8 mujeres	1 supervisora de comadronas, 1 comadrona de atención primaria, 1 comadrona de partos en casa y 5 comadronas hospitalarias.	Hospital I y IIIA Atención primaria <sup>a</sup> Otros <sup>a</sup>
Enfermera (Enf)	3 mujeres	1 enfermera de sala de hospitalización y 2 enfermeras del servicio de neonatología.	Hospital IIIA
Auxiliar (Aux)	2 mujeres	1 auxiliar de sala de hospitalización.	Hospital I y IIIA
Pediatra (Ped)	2 mujeres y 1 hombre	3 pediatras del servicio de neonatología.	Hospital IIIA
Psicóloga (Psi)	1 mujer	1 psicóloga especializada en neonatología.	Hospital IIIA
Administrativo (Adm)	1 hombre	1 administrativo de consultas externas.	Hospital I
Mediadora (Med)	1 mujer	1 mediadora para la atención a mujeres procedentes de países árabes.	Hospital IIIA
Asociación de mujeres (Aso)	1 mujer	1 asociación implicada en el diseño de las estrategias.	Otros <sup>a</sup>
<b>Entrevistas a mujeres (y entorno)</b>			
<b>Usuaría</b>	<b>Número</b>	<b>Descripción del proceso a explorar</b>	<b>Ámbito</b>
U-1	1	Acompañamiento tras aborto espontáneo.	Hospital I
U-2	1	Proceso de toma de decisión de ILE <sup>b</sup> tras diagnóstico de anomalía fetal.	Hospital I
U-3	3	Cambio del plan de parto, desde un parto sin anestesia a la utilización de la epidural.	IIIA
U-4	3	Rechazo o adaptación de pruebas diagnósticas durante el parto y posparto.	IIIA
U-5 y UG-6 (pareja)	1	Adaptación a un cambio de expectativas: de un parto sin anestesia a una cesárea.	IIIA
U-7	3	Acompañamiento del proceso de embarazo.	Hospital IIIB <sup>a</sup>
U-8	2	Producción de cuidado en el posparto.	Hospital IIA <sup>a</sup>
U-9	1	Proceso decisional tras un parto en casa estacionado que lleva a una cesárea en un hospital.	Hospital IIA <sup>a</sup>
<b>Entrevistas grupales</b>			
<b>Tipo</b>	<b>Número</b>	<b>Descripción</b>	<b>Ámbito</b>
Sesión clínica	2	Sesión de devolución y discusión de resultados con profesionales.	Hospital I y IIIA

<sup>a</sup> No se corresponde a ningún centro donde se realizaron las observaciones <sup>b</sup>ILE: interrupción legal del embarazo



**Tabla 4. Ejemplos de observaciones y discursos sobre desmedicalización****Desmedicalización**

Claro, cuando el Ministerio publicó las guías, se publicó el protocolo de la Generalitat de atención al parto normal... Bueno, antes las mujeres que pedían “yo quiero un parto normal, no sé qué”. Bueno, el profesional que creía en todo esto, no tenía dónde apoyarse. Sí que había libros, había la historia, y tal, pero, claro, los partos normales se relacionaban con los partos en casa, con la mortalidad que había, ¿sabes? Y la gente... ¡Era una cosa que la gente no quería ni oír hablar de esto! Y ahora, bueno, todo esto está cambiando... Hubo unos años en que se medicalizó de una manera exageradísima. (...) Hay una comadrona mayor que me dice: “ahora tenéis suerte, porque tenéis unos documentos que os apoyan, una política que os apoya, y muchas mujeres que os lo piden –dice–. Pero esto hace 20 o 30 años para las que pensábamos así, era muy difícil”. EP3-Com-CEN2

Hubo una época que estaba supermedicalizado, a todo el mundo se le ponía oxitocina, se le hacía la *episio*, si no parían en unas ciertas horas, pues se forzaban los partos, se hacían más instrumentados. Ahora, somos mucho más conservadores, damos más tiempo, se espera más tiempo, se espera a que el proceso sea más natural. EP9-Obs-CEN4

Y esto en 2010, con esta estrategia del parto respetado, pues fue hacer reuniones para ir primero, eso, elaborando un plan de parto, hablando con los ambulatorios también porque ya se fuera haciendo un trabajo desde asistencia primaria. Después, había anestesistas también, de intentar relajar un poco la normativa del ayuno, que las mujeres pudieran beber más líquidos. Y los ginecólogos también, que iríamos llevando más las responsabilidades de los partos de bajo riesgo, la tendríamos la matrona con el estudiante que le tocara, tanto si era residente de *gine* como residente de... (CE: comadrona) EP10-Com-CEN7

Esta gente que sale (CE: referido a las matronas en formación), cuando se saca el título, ya sabe cuál es su trabajo, sabe hacer partos, sabe que puede, no sé, coser, y sabe, sabe bien cuál es su trabajo. EP3-Com-CEN2

Hombre, se hacen menos porque los protocolos están cambiando. Claro, cuando yo me formé, hacías tactos cada hora. Y no tú, lo hacía la comadrona, el ginecólogo, el residente de primero, el residente de segundo, el residente de comadrona. Era la cola de los tactos, que le decían, ¿eh? EP6-Com-CEN6

Y una de las cosas que también aplicamos, junto con mi pareja... nos explicó (CE: el osteópata) en qué consistía el mensaje perineal y lo estuvimos practicando en casa unos meses, dos meses antes del parto. Yo creo que fue una de las cosas que contribuyó a que después no tuviera puntos ni nada. EU3-CEN7-E1

(CE: tras ponerse la epidural y descansar un poco) Fue notar cómo me abría, notar cómo se me rompía la bolsa. Le dije a la comadrona que creía que se había roto. Me dijo que sí, pero que ahora descansase. Le dije que notaba ganas de empujar. “¿Que notas los pujos?, pues puja, pero no te dejes aquí la vida que tenemos tiempo” En dos horas, la niña estaba fuera. Y me la pude coger yo, me pusieron un espejo delante. Solo estábamos con la comadrona y una ginecóloga (CE: residente) EU4-CEN7-E1

(CE tras preguntarle por la canalización de la vía endovenosa) Ahora la institución, ¿no? acepta que, si una mujer se niega, no la pongas. La institución sí que a veces está avanzando más que muchas de nosotras. Porque, claro, sí que es un tema de seguridad, la vía. Pero yo, particularmente, pienso... tú le dices que es mejor poner una vía, pero si la mujer lo rechaza... Yo perfectamente puedo tener... si hace falta la pondré, y puedo tenerlo todo a mano... (...) Yo a veces les digo “mira, no la ponemos, pero lo tenemos todo a punto, por si hiciera falta. Si no hace falta, no la ponemos” EP10-Com-CEN7

El pediatra visita en el nido (CO: su uso ha cambiado porque ahora los y las bebés están en las habitaciones con las madres). Después de la visita, la enfermera le comenta a la madre (CO: ella ha observado todo el proceso desde la puerta del nido) que más tarde irá a su habitación a realizarle la prueba del talón (CO: en algunos casos, esta prueba se realiza en la habitación mientras el o la RN está lactando) OB-CEN7-SH-125

EP: entrevista a un o una profesional; EU: entrevista a una usuaria; OB: observaciones; CEN: centro de las observaciones, centro donde trabaja el o la profesional o centro donde fue atendida la usuaria (CEN1: centro 1, etc.); SH, SP, VV: espacios de observaciones (SH: sala de hospitalización, SP: sala de partos, VV: miscelánea); E1, E2, E3: número de entrevista (solo para las mujeres a las que se realizaron varias entrevistas); Com: comadrona; Med: mediadora; Obs: obstetra.

**Tabla 5. Ejemplos de observaciones y discursos sobre calidez en la atención**

<b>Calidez en la atención</b>
<p>(E: ¿Cómo consiguió el jefe de servicio que se produjeran estos cambios?) Hablando con nosotros. O sea, explicándonos, pues a partir de ahora, nada de... A una paciente la llevará un equipo de comadrona y residente, o comadrona y comadrona residente, ¿no? Intentar evitar, pues, que mucha gente <i>tacte</i> a una paciente. Poniendo una serie de normas de trabajo, por decirlo de alguna forma, que un poco favorecían eso ¿no? Pues siempre explicar las cosas, siempre presentaros, nada de hacer fórceps selectivos porque sí, ¿no? Y no entrar tantos en el paritario, y respetar, pues eso, la intimidad de la paciente, ¿no? que al principio era un poco más... cuando yo empecé... yo sí que he notado un cambio a lo largo de mi vida profesional en este aspecto. EP2-Obs-CEN4</p> <p>La comadrona entra a la habitación de “parto natural” para ver cómo se encuentra la mujer que está dilatando dentro de la bañera: entra despacio, tranquila, se pone de cuclillas al lado de la bañera y apoya sus antebrazos en el margen de la bañera. La luz de la habitación es tenue, y la comadrona habla despacio, bajito, suave con la mujer. Aunque hay minutos en que nadie dice nada, en que la matrona se queda allí de cuclillas mientras la mujer va respirando y gestionando su dolor. OB-CEN7-SP-13</p> <p>Yo con mis inseguridades... creo que estuve dos veces en urgencias... ir y que no fuera nada y que me regañaran. Tengo como conciencia de no saturar el sistema. Que ahora pienso, que no se le ocurra a nadie decirme esto. Como estás tan vulnerable, yo me sentía vulnerable, insegura. Y al tratarme humanamente, con sensibilidad... Yo he estado en consultas médicas rutinarias en la cual es un mero trámite, te veo y te doy la receta. Se tomaron su tiempo, te sonríen. Un trato más humano. EU3-CEN7-E2</p> <p>Hay una parte de que tú estás aquí, explicas lo que te dice el médico al paciente, y viceversa. Hay otra parte, que es muy importante, que es establecer la confianza, decir que “no, puedes confiar en esta gente, porque no te harán daño, están aquí por ti, para tu salud, para tu bien, es que no harán esto... solo para... (CE: baja el tono de voz) Porque a veces vienen, y también del otro lado, no sé cómo viene... por el tema de la vestimenta, muchas cosas entran aquí de... de estereotipos. Y claro, notas que hay un... a veces desde el punto de... hay un tipo de distancia que... que el profesional tiene una frialdad, no sé, yo intento romper con todo esto. EP8-Med-CEN7</p> <p>No me hagas una prueba como si yo no estuviera. La primera eco que me hicieron con la primera hija fue de me bajo de aquí y no vengo más. Me empezaron a hacer una <i>eco</i> y había alguna cosa que no estaba bien. Entre ellas hablaban como si hubiese algo que no estaba bien “hay algo que no está bien”. Claro, ellas están mirando tu útero y tú tienes oídos, y tus oídos están allí (...) ¡El susto que llevábamos encima! Y al final lo que no estaba bien es que ellas no podían detectar dos flujos que había. EU4-CEN7-E1</p> <p>(CE: narra lo que ocurrió cuando decidió ponerse la anestesia epidural) Porque de repente, tú estás allí en tu ambiente, en un parto superconcentrado, en un proceso muy... la luz tenue, todo muy así, tú muy concentrada, y de repente, entra un equipo de cuatro personas, a saco, encienden las luces, pom, pum, pam, pum, pum, pam, “venga, léete esto” Y yo, desmayándome casi. Una hoja así (CE: señala un folio que hay encima de la mesa) por delante y por detrás. “¿me tengo que leer esto ahora?” (CE: hace gestos indicando cómo respondió su interlocutor) “Porque esto es el consentimiento” (...) Bueno, terminó el calvario, se fueron, volvieron a apagar las luces y volví a mí... EU5-CEN7-E1</p> <p>Y fuimos al quirófano. Yo luché mucho en aquel quirófano. No paraba de gritar. (E: ¿en qué sentido?) En el sentido de que me respetaran el proceso, de que, ya que era una cesárea, al menos que no estuviera todo el mundo gritando hablando de su vida. Por favor, quiero intimidad, aunque sea una cesárea quiero que sea un momento bonito. Claro, y buf, me puse como una leona: “sois unos insensibles, no tenéis derecho a hacer esto” Pedía derechos que yo sabía que tenía (CE: empieza a llorar). Pedí que me sacaran la sábana que te ponen para que no veas. Quería ver cómo salía mi hijo, quería ver cómo salía de mí. ¿Sabes? Después de esto, me desaté unas cuantas veces, pedí silencio, pedí sensibilidad. EU7-CEN12-E1</p>

EP: entrevista a un o una profesional; EU: entrevista a una usuaria; OB: observaciones; CEN: centro de las observaciones, centro donde trabaja el o la profesional o centro donde fue atendida la usuaria (CEN1: centro 1, etc.); SH, SP, VV: espacios de observaciones (SH: sala de hospitalización, SP: sala de partos, VV: miscelánea); E1, E2, E3: número de entrevista (solo para las mujeres a las que se realizaron varias entrevistas); Com: comadrona; Med: mediadora; Obs: obstetra.

**Tabla 6. Ejemplos de observaciones y discursos sobre la participación****Participación de la mujer (y su entorno)**

La que quiere continuar a pesar del mal pronóstico, esas son muy importantes, tú mantenerte al margen de lo que tú harías. Porque si no, es como que cada vez que vienen a la visita: “pero ¿seguro que quieres seguir?, ¿pero seguro?, pero ya sabes, ¿estás segura de lo mal que viene?”. Eso ya también hemos aprendido a que esa persona, si ha tomado una decisión, y la ha tomado con toda la información, ya está, es respetable, lo único que hay que hacer es acompañarla. (E: ¿qué quiere decir acompañarla?) Pues, viene, le haces la ecografía, y la haces participar de esa ecografía, o sea, ya sabe que tiene una malformación, pero es un niño que lo ve, que lo ve moverse, que ve que va creciendo, no nos focalizamos en la malformación. Entonces, una vez estamos seguros de que entienden lo que hay, damos un espacio para disfrutar de ese embarazo, aunque vaya a acabar mal. (CE: ¿es un reto?) Es un reto, esto algo que te obliga a salir de tu propio juicio. EP9-Obs-CEN4

Claro, aquí me trató como una adulta. Tú no quieres esta opción (CE: declinó realizar la prueba de O’Sullivan). Yo como profesional sanitario competente y que respeto lo que tú estás diciendo te ofrezco otras opciones para que tú te sientas apoyada en esta opción. Para mí fue muy potente. Es como creo que se deberían hacer las cosas. EU4-CEN7-E1

Igual no es tanto facilitar como disponer de información y de medios para que todo se fuera sucediendo bien. Es decir, a cada paso, ellas (CE: las matronas) me iban ofreciendo información de qué opciones disponibles EU3-CEN1-E2

Durante una sesión informativa, la matrona expone “Que seáis vosotras las que toméis las decisiones. Si la cosa se complica, la decisión pasará a los profesionales” OB-CEN4-VV-58

Bueno, por ejemplo, aquí que tenemos mucha dificultad idiomática, ¿no? ¡Y mucho!... A veces estás explicando algo a un paciente... y dices, es que igual sería mejor decirle: “mira, te tienes que hacer esto” Y punto. Porque no está entendiendo nada de lo que tú le estás diciendo y le estás transmitiendo incluso una responsabilidad que igual no es capaz de asumir, ¿no? Yo creo que hay cierto grupo de pacientes para los cuales este modelo de tan de toma de decisiones, de consensuar... etcétera, etcétera... igual no funciona bien ¿no? Igual no funciona bien. Pero la mayoría de los pacientes, creo que es lo correcto y que es la forma además de tratar a las personas y de tratarlas bien. EP2-Obs-CEN4

Y nos cargamos esto. Y dijimos: la mujer dilatará y parirá, si todo va bien, en el mismo sitio. Y este padre, podrá entrar y salir tantas veces como quiera sin tener que cambiarse de quirófano (CE: ponerse una ropa especial). Porque una vez el padre entraba dentro del paritorio y se ponía de azul, ya no podía salir. EP1-Obs-CEN4

Todo está preparado para poner la epidural a la mujer: la mesa con todo el material para la anestesista. Entonces le piden al hombre que acompaña a la mujer que salga. OB-CEN4-SP38

En sala de partos el acompañante está siempre, desde que la mujer entra hasta que se va a la habitación, tanto si tienes que hacerle un fórceps –que más agresivo que un fórceps no hay nada– como si le pones una vía, la sonda... Solo hay algunos anestesistas que, en el momento de poner la anestesia los hacen salir, algunos. Pero el resto... todo se hace con el acompañamiento (...) Antes solo entraba la mujer para la valoración (CE: en urgencias), pero ahora, como tenemos espacio, decidimos que entraba la pareja, o si las mujeres querían entrar con quién quisieran. EP3-Com-CEN2

El hecho de hacer entrar a los padres, por ejemplo, en la sala de partos y hacer gimnasia era precisamente para que fueran más conscientes de tener un hijo, estuviesen al lado de las parejas. (...) (E: ¿Cuál es el papel de los acompañantes?) Estar al lado, claro, estar al lado y ver lo que está pasando ella, cómo lo vive, darle apoyo. De hecho, la idea de que hicieran preparación, educación, era para poder dar más soporte. O sea, duele aquí, haz un masaje, si le duele allí, haz lo otro. EP5-Com-CEN4

(CO: tras la cesárea) La comadrona envuelve a la niña con una talla y una toalla, y se lo da al padre para que vaya a la habitación a hacer piel con piel. OB-CEN4-SP-107

EP: entrevista a un o una profesional; EU: entrevista a una usuaria; OB: observaciones; CEN: centro de las observaciones, centro donde trabaja el o la profesional o centro donde fue atendida la usuaria (CEN1: centro 1, etc.); SH, SP, VV: espacios de observaciones (SH: sala de hospitalización, SP: sala de partos, VV: miscelánea); E1, E2, E3: número de entrevista (solo para las mujeres a las que se realizaron varias entrevistas); Com: comadrona; Med: mediadora; Obs: obstetra.

***¿Qué se sabe sobre el tema?***

Las recomendaciones de las OMS en materia de salud sexual y reproductiva recogen como elementos clave: la participación de las mujeres (y su entorno), la desmedicalización y la calidez en la atención; e instan a producir conocimiento sobre la implementación y los efectos de las políticas en este ámbito.

***¿Qué añade el estudio realizado?***

Observamos elementos de transformación en los servicios de atención a la maternidad, así como visibilizamos la dirección de los cambios instituyentes, sus resistencias y los campos problemáticos que emergen.

Esta perspectiva de investigación permite visibilizar la apropiación de la política por parte de todos los agentes y su incorporación a las actividades cotidianas, por lo que se configura como una estrategia de formación permanente sobre los aprendizajes y las transformaciones producidas.

## 6. DISCUSIÓN





Tanto la escritura de los artículos como todo el proceso de investigación generaron una serie de debates, algunos de los cuales presento a continuación a partir de tres ejes: 1. La producción de cuidado desde la perspectiva micropolítica, 2. Reflexiones metodológicas en torno a la cartografía, 3. Aportaciones y retos de la micropolítica en el campo de la salud pública y las políticas públicas.

## **6.1. Producción de cuidado desde una perspectiva micropolítica**

El estudio de la producción de cuidado es un eje que atraviesa y articula la investigación micropolítica en salud, y ha sido también un concepto-herramienta<sup>22</sup> que ha orientado mi investigación. Como he dicho anteriormente, escogí la maternidad como un campo de reflexión y experimentación que permitió explorar cómo el cuidado es producido y, a veces, capturado por las diferentes personas que conforman un determinado territorio de prácticas.

### **6.1.1. Conceptualización del cuidado**

Tal como explico en el primer capítulo, la noción de producción de cuidado movilizada en esta tesis se nutre principalmente de las aportaciones y discusiones planteadas por diferentes autores y autoras del campo de la micropolítica (Feuerwerker, 2014; Franco y Merhy, 2009, 2011, 2013; Merhy, 1997, 2006; Merhy et al., 2012; Seixas et al., 2016) (anexo 1). Para estos autores y autoras, el cuidado ha de entenderse como un posicionamiento ético y político orientado a la producción de existencia en la otra persona, desde el reconocimiento de que “toda vida merece la pena ser vivida” y que “todas las personas son potentes y pueden expresar potencia”.

Un elemento diferencial entre la noción del cuidado planteada desde la perspectiva micropolítica y otras aproximaciones –como, por ejemplo, algunas perspectivas feministas y, en especial, la economía feminista– es que el cuidado no se describe como un procedimiento, trabajo o conjunto de actividades concretas, sino como una manera de actuar singular que se construye en el momento del encuentro.

---

<sup>22</sup> Utilizo la noción de concepto-herramienta para referirme a conceptos, teorías (formales e informales), autores y sus producciones, marcos conceptuales de diferentes metodologías, presupuestos epistemológicos, entre otros. Estoy asumiendo que la teoría es una herramienta más en el proceso de investigación. Un posicionamiento que parte de las reflexiones de Deleuze: “no adoptar el pensamiento de un filósofo o un científico como doctrina, sino tomarla como una máquina conceptual construida para resolver problemas que ellos enfrentan y que también tienen sentido para mí”. (Deleuze, citado por Feuerwerker, 2014)

Una cuestión que contrasta con la conceptualización del cuidado defendida por las perspectivas feministas, en que el cuidado y la economía del cuidado se configuran como un campo de prácticas, investigaciones y militancia que buscan el reconocimiento y la visibilización del cuidado como un trabajo. Un trabajo que varias autoras sitúan como una necesidad básica imprescindible para la sostenibilidad de la vida y que es ejercido mayoritariamente por las mujeres de forma precaria, invisible y generando desigualdades no solo de género, sino también de clase y origen (Borgeaud-Garciandía, 2009; Ezquerra, 2011; Molinier, 2006; Pérez-Orozco, 2006).

En este punto es importante especificar que, si bien algunas autoras diferencian entre una dimensión material referida a tareas concretas con resultados tangibles y una dimensión afectivo-relacional o intersubjetiva (Martín-Palomo, 2008; Pérez-Orozco, 2006), esta última dimensión se aborda tangencialmente y como aspecto derivado o concomitante a las cuestiones materiales. En cambio, la noción de cuidado como un proceso relacional es central en la perspectiva micropolítica, tal como se discute en el tercer artículo *Participation in Health*.

Sin embargo, un elemento en común entre todas estas perspectivas es la reivindicación del carácter marcadamente político del cuidado, a pesar de que el análisis del cuidado desde algunas perspectivas feministas (especialmente, la economía feminista) pone el foco principalmente en el plano macropolítico.

### **6.1.2. Implicaciones para la investigación**

Ubicarse en el mundo de las prácticas profesionales y explorar la producción de cuidado a través de su micropolítica tiene una serie de implicaciones que presento a continuación.

Tal como planteamos en el artículo *Devenir cartógrafa*, la producción de cuidado constituye un territorio común para todas las personas implicadas, sean profesionales, usuarias o personas de su entorno o de su red. Esta cuestión constituye otro elemento diferencial de la perspectiva micropolítica que nos aleja de aquellos desarrollos teóricos y prácticos en torno al cuidado territorializado en un campo disciplinar, ya sea desde las perspectivas críticas o desde el lenguaje estandarizado.

La asunción de que “todas las personas cuidan” es central en esta tesis, ya que es una idea-fuerza que orientó toda la construcción de la investigación. Representa una



apuesta por salir del registro del juicio sobre las acciones de las personas o las situaciones observadas para buscar la producción de cuidado sin determinar a priori quién o en qué situación se darán. De ahí, la importancia de insistir en producir una mirada cartográfica que acompañe y que sea capaz de ver el movimiento de las personas que protagonizan las diferentes escenas de la vida cotidiana, y asumir que todas las personas pueden generar buenos y malos encuentros, y, por lo tanto, producir cuidado en algunas ocasiones y en otras no. Para ello, es necesario escapar de ciertas molaridades rompiendo dicotomías más o menos instituidas: algunos profesionales cuidan y otros no, hay sitios donde sí se cuida y otros en los que no, o hay personas que saben cuidar y otras que no.

Otra cuestión discutida en el artículo *Participation in Health* es que la producción subjetiva del cuidado se expresa a través del trabajo vivo en acto, al señalar que el trabajador o trabajadora no solo se rige por las normas y los protocolos de una institución, sino que puede poner en juego su espacio de libertad –entendido como espacio de gobernabilidad– en una dirección u otra. De esta manera, poner el foco en la producción de cuidado nos permite explorar cómo una determinada persona utiliza su espacio de gobernabilidad ante una situación concreta.

La noción de trabajo vivo en acto revela dos supuestos importantes para la investigación micropolítica: a) los trabajadores y las trabajadoras son productores intensivos de conocimientos en el transcurso de sus actividades. En consecuencia, sus acciones no se construyen exclusivamente basándose en una racionalidad técnica. b) el o la trabajadora no se ubica en el mundo del trabajo ni como víctima ni como alguien que no puede hacer nada porque está capturado por las estructuras que lo definen o delimitan. Por lo tanto, tiene capacidad para actuar sobre aquello que le incomoda; es decir, tiene capacidad de autogobierno (Franco y Merhy, 2009; Merhy, 2006).

De hecho, la manera como los y las profesionales actúan y producen conocimiento en sus acciones cotidianas ya fue abordada por algunas perspectivas constructivistas, especialmente por autores y autoras de la línea de la práctica reflexiva, como Schön (1983) o Racine (2000) en una versión más colectiva y participativa. También por algunas perspectivas de investigación-acción (Kemmis, 2009; Leitch y Day, 2000), especialmente aquellas que exploran la articulación entre los saberes de la acción, los conocimientos teóricos estructurados y los saberes existenciales de la experiencia (Galvani, 1999) en la construcción de las prácticas profesionales.

Otro punto importante es el campo de visibilidad y decibilidad generado al mirar la vida cotidiana de un servicio de salud a través de la producción de cuidado, ya que ofrece la sensibilidad necesaria para dar cuenta de la riqueza productiva y la multiplicidad del mundo de las prácticas profesionales. Así, la capacidad inventiva y creativa del o la profesional en acción, a partir del cuidado y del trabajo vivo en acto, lo sitúa como protagonista o agente de sus acciones: decidir cómo aplicar un protocolo o modificarlo, aplicar a “su manera” un procedimiento, construir relaciones más o menos genuinas, etc. Esta posibilidad de generar aperturas a las prácticas instituidas a través del cuidado nos hace pensar en este como una forma de resistencia a los modos de pensamiento hegemónicos y homogeneizadores. Es lo que Guattari y Rolnik (2006) denominan revolución micropolítica, que nace como resistencia a esta homogeneización y se construye en los procesos de diferenciación que dan lugar a una multiplicidad de formas de existencia. Así, construir una investigación para explorar cómo el cuidado se manifiesta y acontece es también una manera de generar un campo de visibilidad en torno a las resistencias que las personas construyen en su vida cotidiana. Es en este sentido, un dispositivo para romper dicotomías instituidas: la jerarquía entre teoría y práctica, entre lo profesional y lo personal, entre “ciencia” y otros saberes.

El cuidado, como producción subjetiva que se da a partir de los territorios existenciales de las personas implicadas, permite aproximarse a la producción de subjetividad en el campo de la salud. Desde la perspectiva micropolítica, y recogiendo las discusiones de Deleuze, Guattari y Foucault, se parte de una noción de subjetividad en constante producción, pues se asume que tanto las personas como el mundo están siempre en construcción y en transformación. En su análisis de las políticas de subjetividad contemporáneas, Guattari y Rolnik (2006) critican los procesos de subjetivación dominantes que conducen a una subjetividad fabricada, seriada y modelada en el campo social y material que recibimos y consumimos. Sin embargo, defienden que existe la posibilidad de generar puntos de ruptura a través de los procesos de singularización, que se producen cuando inventamos otros mundos y construimos otros territorios de vida donde sean posibles otras relaciones con las personas y otros modos de existencia. Así, la producción de cuidado nos permite revelar cómo las personas y los colectivos producen vida para sí y para los otros, y muestra cómo, en ocasiones, protagonizamos procesos creativos e instituyentes que dan lugar a nuevas subjetividades, y cómo, en otras

ocasiones, reproducimos ciertas situaciones y nos encajamos a formas de subjetividad que nos vienen dadas.

A su vez, el estudio de la producción de cuidado desde una perspectiva micropolítica reconoce y visibiliza la corporalidad como eje relevante en la producción de conocimiento, no solo en la investigación, sino en nuestras existencias particulares. En esta línea, tanto Rolnik (2006) como otros autores y autoras (Cruz, 2016; Merhy et al., 2012) sitúan el cuerpo y su capacidad *vibrátil*<sup>23</sup> en el centro de los procesos de producción de conocimientos sobre sí y sobre el mundo. Como ya se ha mencionado, los encuentros productores de cuidado posibilitan procesos de afectación mutua que se manifiestan a través de la *vibratilidad* del cuerpo que nos coloca en crisis y nos impone la necesidad de buscar nuevas formas de expresión. En este sentido, la producción de cuidado restituye el cuerpo como campo de experimentación y de expresión que posibilita crear otras formas de ubicarnos, dar sentido al mundo y actuar.

En relación con el modelo de atención a la maternidad, la mirada a través de la producción de cuidado ha generado una serie de visibilidades sobre la planificación y la construcción de proyectos terapéuticos, y sobre el proceso de toma de decisiones. Como ya mencioné en el primer capítulo, a raíz del estudio de los planes de parto, iniciamos una serie de reflexiones (retomadas en los artículos *Participation in Health* y *Alcance de las estrategias*) en torno a la planificación y la toma de decisiones sobre el parto, que es un evento caracterizado por su carácter emergente, dinámico e imprevisible. Este escenario, en una primera instancia, dibuja una cierta paradoja que puede ser discutida a través de la noción de trabajo vivo de Merhy (1997), la noción de actualización<sup>24</sup> de Foucault que retoma a Deleuze (Garcés, 2005) y la planificación estratégica situacional de Matus (1992). Considerando que el plan se elabora con anterioridad al momento del parto, la flexibilidad o no en relación con los objetivos planteados marca un campo problemático. De hecho, corre el riesgo de convertirse en un acto básicamente prescriptivo si no se concibe su modificación en el transcurso de la acción. Al contrario, la actualización permite generar aperturas creativas que den respuesta tanto a la situación concreta (*i. e.*

<sup>23</sup> Hace referencia a la capacidad de aprehender la alteridad como un campo de fuerzas vivas que nos afectan y se hacen presentes en nuestro cuerpo en forma de sensaciones. Describe la capacidad perceptiva a las afecciones - como flujos de intensidad - de nuestro cuerpo.

<sup>24</sup> Tal como explica Garcés (2005) en relación con la noción de actualización desarrollada por Deleuze: “Lo virtual no se confunde con lo posible. Lo virtual es real, pero de un modo no actual. Mientras que lo posible se realiza, lo virtual se actualiza. El primer proceso se hace bajo un mismo concepto; el segundo, implica un movimiento de diferenciación, una diferencia de naturaleza entre el virtual y su forma actualizada. Solo en este paso hay un lugar para la creación”. De manera que cuando lo virtual se actualiza es cuando hay una creación, una diferenciación.

sufrimiento fetal) como a la singularidad de la vivencia de las personas implicadas (*i. e.* gestión del riesgo).

Por último, aunque no menos relevante, el estudio de la producción de cuidado conlleva toda una serie de desafíos metodológicos derivados de la naturaleza del “objeto de estudio”. Teniendo en cuenta que el cuidado está en constante producción, su carácter emergente y movedizo nos fuerza a buscar estrategias de investigación que eviten capturarlo en representaciones estáticas (Feuerwerker, 2014). Algunas de estas cuestiones son discutidas en el siguiente apartado.

## **6.2. Reflexiones metodológicas en torno a la cartografía**

El debate metodológico en torno a la cartografía ha generado una serie de problematizaciones en relación con las prácticas de investigación de esta tesis, tal como se describe en los artículos *Devenir cartógrafa* y *Participation in Health*. En este apartado reflexiono, principalmente, acerca de dos ejes de debate: la discusión sobre si la cartografía puede o debe ser considerada o no un método, y la conceptualización y puesta en funcionamiento de la caja de herramientas cartográfica.

### **6.2.1. Ser o no ser un método**

Para autores del campo de la investigación micropolítica, como Franco y Merhy (2011), la cartografía es un método y a su vez un antimétodo:

... la cartografía es un método, pero al mismo tiempo es un antimétodo porque no tiene pretensión de verdad, no se propone como modelo a ser seguido, y por eso mismo sustenta la idea de que hay un método para cada objeto, o sea: la cartografía es un método *ad hoc*. (Franco y Merhy, 2011, p. 15)

Otro posicionamiento es el que defienden autores como Passos et al. (2009) desde el campo de estudio de los procesos de producción de subjetividad. Argumentan que la cartografía permite afrontar el problema metodológico que plantea el estudio de los procesos y definen la aproximación cartográfica como una reversión metodológica que apuesta por la experimentación del pensamiento:

... la cartografía como método de investigación-intervención presupone una orientación del trabajo del investigador que no se hace de modo prescriptivo, por reglas ya dadas, ni con objetivos previamente establecidos. (...) El desafío es realizar una reversión del sentido tradicional del método –no para un caminar orientado a alcanzar unas metas

prefijadas (metá-hodos), sino que prima un caminar que traza, en su recorrido, sus metas. La reversión, entonces, afirma un hodos-méta. (Passos y Benavides, 2009, p. 17)

Estas dos aproximaciones a la cartografía expresan posiciones diferentes respecto a si puede ser considerada un método y en qué sentido. Sin embargo, ambas proponen una ruptura metodológica con la idea de método de la tradición positivista o postpositivista, entendido como un proceso lineal, preestablecido y estructurado. Y tampoco se alinean con la noción planteada por algunas tradiciones de investigación cualitativa en que el método se entiende como una cristalización de prácticas investigadoras pasadas que queda disponible para futuras investigaciones. Con esto me refiero al hecho de que, en algunas perspectivas cualitativas, el método se define y se construye a partir de la fijación de una serie de prácticas investigadoras que, posteriormente, pueden ser transferibles y utilizadas en otras investigaciones. Una transferibilidad que, en ocasiones, puede ser prescriptiva e incluso conducir a una utilización del método muy instrumental.

En concordancia con lo anteriormente planteado, uno de los principales argumentos que lleva a rechazar la noción de método es que cualquier fijación u objetivación de cómo proceder nos dejaría fuera de un devenir cartográfico. Sin embargo, la cartografía puede considerarse un método en el sentido de que implica un proceso de generación de conocimiento y de prácticas, en el cual no podemos dissociar aquello que se mira, de cómo se mira, de quién mira o de aquello que se produce. Aunque desde una aproximación cartográfica lo importante de este proceso de generación de conocimiento no es el “cómo” (las prácticas concretas), sino la manera como nos ubicamos (para afectar y ser afectados) y nos movemos (a través de la construcción de encuentros). De modo que cada situación nos llevará a experimentar y actualizar una manera singular de ubicarnos frente a la otra persona e implicarnos en la interacción.

A mi entender, lo sustantivo de esta discusión sobre el método y la cartografía no es poder establecer una definición sobre qué es un método o si la cartografía debería o no ser etiquetada como tal, sino defender la pertinencia de situar el debate y la discusión metodológica como un elemento más de nuestras prácticas cartográficas. Comparto la idea de que no es coherente discutir de cartografía desde una objetivación de las prácticas investigadoras que nos lleva a definir un “cómo” o una manera de proceder. Sin embargo, esto no necesariamente debe conducirnos a obviar este debate, sino que podemos concebir la discusión metodológica como un dispositivo para hacer visibles y

problematizar nuestras implicaciones e instituidos, y así, poder generar aperturas que nos mantengan en movimiento.

Como cualquier otra práctica social, la investigación cartográfica se produce en la tensión entre reproducir ciertos modos instituidos y la apertura que permite otras formas de producción de conocimiento a partir de las afecciones. De hecho, al investigar siempre existe la posibilidad de quedar capturada por los dispositivos de investigación, de instrumentalizar las técnicas, de quedarse atrapada en un proceso analítico o de objetivar y capturar un proceso en movimiento; especialmente, si se tiene en cuenta el fuerte instituido que ha ido construyendo la tradición (post)positivista. En este sentido, el debate metodológico es una oportunidad para llevar a cabo procesos autoanalíticos (individual y colectivos) que permitan revelar cuándo y cómo reproducimos prácticas instituidas en nuestras producciones aun cuando apostamos por otras formas de creación e intervención.

En la cartografía que dio lugar a este trabajo, las reflexiones planteadas no tienen un carácter abstracto, sino que parten de las preguntas y las situaciones experimentadas al moverme en diferentes territorios para cartografiarlos, al enfrentarme al análisis de los materiales generados o al buscar la manera de producir una narración sobre la investigación. Aunque debo reconocer que en la búsqueda de “cómo hacerlo” siempre había presente una cierta tensión que me orientaba a buscar un modelo de referencia, el hecho de discutir sobre “cómo iba haciendo” y de problematizar “por qué iba haciéndolo de tal modo”, fue una manera de mantenerme en movimiento en el devenir cartográfico.

Entre todas las discusiones sobre el método que conformaron este recorrido, una especialmente complicada de afrontar fue la pregunta ¿qué es lo que diferencia la cartografía de otras aproximaciones? Esta pregunta fue recurrente a lo largo de todo el recorrido de tesis, y estimuló la experimentación y la insistencia en buscar maneras de dar expresión a la dimensión cartográfica de la investigación. Aunque considero que no he resuelto completamente esta cuestión, sí que hay algunas reflexiones que fui incorporando y (re)construyendo. En este punto es especialmente ilustrativa la diferenciación que establece Merhy (2016) en la relación entre pensamiento y acontecimiento, a partir de los trabajos de Deleuze. Según explica Merhy, cuando el pensamiento se moviliza antes del acontecimiento, nos ubicamos en el campo del pensamiento representacional y en la mirada retina. En cambio, cuando el pensamiento se moviliza durante y/o después del acontecimiento, nos situamos en el campo de las afecciones y la mirada vibrante. La afectación es –como explica Rolnik (2006)– aquello que nos coloca en crisis y nos obliga

a buscar maneras de expresar lo que experimentamos a través de ellas. En consecuencia, podemos decir que la producción de conocimiento en la cartografía se da *en* la relación con las otras personas y sus modos de vida, y esto solo es posible en acto, en acontecimiento y en el encuentro. Por lo tanto, esta producción será una creación, una invención de un nuevo visible que es la actualización de lo invisible o virtual a través del acontecimiento (Lima y Merhy, 2016).

### **6.2.2. Caja de herramientas cartográfica**

La discusión sobre el método nos remite también a la conceptualización de caja de herramientas cartográfica. Tal como explicamos en el artículo *Devenir cartógrafa*, la noción de caja de herramientas adoptada en esta investigación no hace referencia a un conjunto de estrategias y dispositivos al uso, sino más bien a un conjunto heterogéneo de teorías, conceptos, epistemologías, técnicas, procedimientos, emociones, vivencias, afecciones, y un largo etcétera. Por lo tanto, la referencia a “caja de herramientas” no pretende remitir a un sentido instrumental, es decir, no se trata de sacar de la caja aquello que necesito en un momento determinado. Me refiero más bien a un manejo más antropofágico<sup>25</sup> (Rolnik, 1998) que permite una puesta en funcionamiento más abierta y creativa porque sus elementos nunca son los mismos, no se utilizan siempre de la misma forma y pueden deconstruirse y reensamblarse en cualquier momento. Así, incorporo la idea de antropofagia recogiendo la reflexión de Rolnik (2006), que sugiere que “un cartógrafo o una cartógrafa es sobre todo un antropófago o una antropófaga”. Según esta autora, la antropofagia ha de entenderse como la ausencia de identificación absoluta y estable con cualquier sistema de referencia, la apertura para incorporar nuevos universos, la libertad de hibridación, y la flexibilidad de experimentación e improvisación para crear nuevos territorios (p.19).

Esta conceptualización es diferente a de la noción *bricoleur* utilizada por algunas tradiciones cualitativas. El término *bricoleur* acuñado por Lévi-Strauss (1962) hace referencia a la explotación creativa de recursos y materiales existentes en función del contexto y la situación. En esta noción subyace la idea de que existe un conjunto de recursos que están disponibles para ser seleccionados y utilizados en un momento dado en función de las contingencias y los desafíos que la situación presenta. Posteriormente,

---

<sup>25</sup> La noción de antropofagia hace referencia al movimiento antropofágico brasileño, cuyo manifiesto fue escrito por Oswaldo de Andrade en 1928. Tal como se ve en el texto, Rolnik incorpora la antropofagia en su aproximación a la cartografía.

autores como Kincheloe (2001) han reformulado el concepto *bricoleur* y lo han definido como una manera de abordar la complejidad a partir de la interdisciplinariedad y siempre desde el anclaje al contexto. Para este autor, la incorporación de múltiples aproximaciones y métodos permite revelar nuevas perspectivas, modificar o ampliar viejos principios y reconsiderar interpretaciones (Kincheloe 2001, citado por Meunier, Lambotte y Choukah, 2013).

Desde una mirada cartográfica, la noción de caja de herramientas va más allá de la idea *bricoleur* porque incorpora la experiencia sensible y el movimiento como elementos imprescindibles para su puesta en funcionamiento. En relación con el movimiento, autores como Meunier et al. (2013) utilizan la noción de rizoma de Deleuze para abordar la heterogeneidad de las prácticas investigadoras. Según ellos, pensar en la práctica científica como rizomática permite romper la linealidad de los procesos de investigación de forma más dinámica que la construcción *bricoleur*, y así dar más cabida y reconocimiento a la heterogeneidad, a la diferencia y a lo irreductible. Consideran que la metáfora del rizoma posibilita reconciliar los elementos formales e informales que configuran una investigación, sin preeminencia entre ellos y, por lo tanto, sin jerarquizar. De manera que el investigador o la investigadora van tejiendo enlaces y conexiones, explorando diferentes vías que a veces quedan sin resolver, pero sin descartar nada, conservando o no algunos elementos, reflexionando sobre otras posibles conexiones, formulando nuevas preguntas o transformando conceptos. Esto da lugar a momentos de inestabilidad y de apertura, en que el investigador o la investigadora se desterritorializan, que se combinan también con momentos de estabilidad (aunque, temporal) en que los elementos formales producen una cristalización temporal, ya sea en forma de una propuesta de proyecto para una financiación, un artículo o una ponencia (Meunier et al., 2013).

En concordancia con lo expuesto, la puesta en funcionamiento de esta caja de herramientas cartográfica no puede ser instrumental, sino antropofágica. De esta manera se enfatiza la noción de mestizaje y colocamos en un mismo plano al investigador o investigadora y las estrategias de investigación, sin disociar quién mira del cómo. Entender la caja de herramientas de forma antropofágica no solo implica apostar por la multiplicidad de referentes, su mezcla o mestizaje sin jerarquías ni misticismo, o la libertad de improvisación (Rolnik, 1998); sino que también conlleva reconocer que la caja está encarnada en la experiencia sensible. Es decir, construimos y ponemos en juego



aquellas estrategias que permiten una producción de sentido y aumentar la potencia vital para la acción. Por lo tanto, en cualquier momento de la investigación, la puesta en funcionamiento de determinadas estrategias no solo es una elección situada tal como plantearía la tradición *bricoleur*, sino también presente (desde y con las personas que habitan en el territorio) y sentida (desde el plano sensible).

A la vista de todas las cuestiones discutidas, parecería poco pertinente hablar de transferibilidad de estrategias metodológicas cuando investigamos desde una aproximación cartográfica. Sin embargo, esto no excluye el reconocimiento de que compartir y discutir sobre metodología puede funcionar como una estrategia más en las investigaciones cartográficas. No tanto desde la pretensión de estructurar o fijar, sino para generar aperturas y desterritorializar, y aumentar así la multiplicidad y el dinamismo de esta caja de herramientas. Y desde una comprensión de que aquello que configura metodológicamente la cartografía son todas las problematizaciones que conseguimos producir en nuestros recorridos, porque permiten que nos movamos y exploremos nuevos territorios de prácticas investigadoras.

### ***6.2.3. Campos problemáticos en torno a las prácticas de investigación cartográficas***

En la línea de lo expuesto en los apartados anteriores, a continuación, planteo tres campos problemáticos que fueron apareciendo a lo largo de toda la tesis y que conformaron mi devenir cartográfico: habitar un territorio de prácticas, conversar con las usuarias guía y generar procesos analíticos cartográficos.

#### ***Habitar un territorio de prácticas***

Durante los diferentes recorridos por los territorios de prácticas, la manera como nos implicamos fue un aspecto discutido en varias ocasiones en el grupo de investigación. En este punto es importante señalar que la cuestión de la implicación no se resuelve en términos de intención o de decisión voluntaria (Merhy, 2004; Monceau, 2008). Al contrario, como investigadoras estamos implicadas desde el momento en el que nos incorporamos y estamos presentes en la vida cotidiana de un servicio, con nuestra mirada y nuestras preguntas.

La condición de investigadora implicada viene dada por el hecho de que la persona que interroga el sentido del proceso o fenómeno bajo análisis es, al mismo tiempo, la productora de dicho fenómeno o proceso. Es decir, no hay separación entre

sujeto que conoce y objeto a ser conocido (Merhy, 2004). Por lo tanto, durante la investigación, la cartógrafa se interroga a sí misma y a su manera de entender la situación.

Monceau (2008) plantea que lo relevante no es preguntarse sobre si se está o no implicado o en qué medida, sino sobre cómo estamos implicados. Interrogarse sobre las implicaciones nos lleva a responder preguntas tales como ¿qué lugar ocupamos en este espacio de prácticas?, ¿qué posición quisiera ocupar? o ¿en qué posición me ubican los y las demás?

Para moverse cartográficamente, fue importante construir formas de implicación que no se orientasen a juzgar, sino a generar visibilidades de ciertos campos de fuerzas. Se trataba pues de “transmirar” o “transvalorar” para explorar los vectores de transformación y los campos problemáticos donde este proceso de cambio se estancaba o encontraba resistencias. Pero no desde una condición de exterioridad, sino formando parte de este campo de fuerzas. Entendiendo la investigación como una forma de intervención que provoca interferencias, modifica redes de conversación, posibilita diálogos entre actores, revela campos de fuerzas que atraviesan situaciones o dibuja problemáticas que pueden ser discutidas (o no). Acompañando el movimiento y participando del movimiento, sin pretender con nuestra acción infundir direccionalidad a este movimiento, lo cual no solo es una falsa ilusión, sino que sería una forma de sobreimplicación.

La sobreimplicación es definida por algunos autores y autoras como la imposibilidad de analizar nuestras implicaciones, ya que estamos tan capturados por estas que no somos capaces de salir de nuestras verdades (Abrahão et al., 2016; Monceau, 2008). A lo largo de la investigación, hubo momentos de sobreimplicación en que fue necesario buscar estrategias para salir de esta posición. Ante esta situación, el problematizar y discutir en torno a cómo estaba mirando y entendiendo una determinada cuestión o a cómo estaba construyendo las relaciones en los diferentes encuentros permitió abrir nuevos frentes de análisis, nuevas visibilidades y crear nuevos sentidos (Abrahão et al., 2016). En este punto es importante destacar, tal como plantea Monceau (2008), que el análisis de la sobreimplicación es siempre un trabajo colectivo.

### ***Conversar con las usuarias guía***

Las experiencias cartográficas con las usuarias guía generaron una serie de discusiones acerca de qué significaba que las mujeres guía fueran investigadoras, cómo podía construir las como tales y qué suponía investigar *con* ellas. En el campo de las

metodologías participativas, algunas perspectivas han centrado el “investigar con” en aquellas cuestiones operativas que facilitan la adopción del rol de investigadora. Sin embargo, la construcción de un rol entendido como el ejercicio de unas determinadas actividades o la representación de un papel puede ser muy instrumental y no garantiza una relación simétrica per se. Por el contrario, desde una aproximación cartográfica, el énfasis se pone en invertir a la otra persona como investigadora.

En consecuencia, invertir a la usuaria guía como investigadora necesariamente irá unido al respeto e interés genuino por la otra persona y sus modos de existencia, desde el convencimiento de que podemos aprender de ella. Para ello, en ocasiones será pertinente que la investigadora se des-invista para deconstruir las asimetrías y para evitar capturar o encajar las construcciones de sentido de la otra persona en nuestros sistemas de referencia. Por lo tanto, un elemento central de este proceso de invertir a la usuaria guía como investigadora son todas aquellas acciones que pongan en valor los aprendizajes o los *insights* que creamos junto con la otra persona, así como la aceptación y el reconocimiento de la diferencia como riqueza y patrimonio que amplía nuestra capacidad (Merhy, 2009).

Tal como discuto en el artículo *Participation in Health*, el hecho de situarse en el encuentro para afectar y ser afectado posibilita procesos de aprendizaje a partir de lo que experimentamos en la interacción con la otra persona. En consecuencia, otro aspecto importante a considerar es cómo nos ubicamos en la relación y nos involucramos, sin miedo a ser tocado por las afecciones. Si invertir a la otra persona implica que la relación y su relato te toquen y te transformen dando lugar a procesos de *insight*, esto puede significar que se produce una conexión permanente entre aquello que ocurre en la interacción –por ende, en la investigación– y lo que sucede en tu vida y con tus experiencias. Esto configura un campo problemático en relación con la implicación de ambos, pues, en el encuentro, las emociones, afecciones, transferencias y contratransferencias<sup>26</sup> se entremezclan. Esta problemática se expresa a través de preguntas tales como ¿puedo compartir parte de mi propia historia con las personas entrevistadas?, ¿cómo gestiono toda la intensidad del proceso de investigación?, ¿qué estrategias me

---

<sup>26</sup> La noción de transferencia y contratransferencia está muy vinculada al psicoanálisis, y hace referencia a las reacciones de analista y analizado evocadas durante una situación analítica, aunque no se den exclusivamente en esa situación. Algunos autores como Lourau o Lapassade consideran que la separación entre transferencia y contratransferencia no tiene sentido porque analistas y analizados son de la misma naturaleza. (citado por Morceau, 2008)

permiten ser cuidadosa con la implicación de la otra persona y también con la mía, preservando aquellos espacios que no queremos compartir? Si bien algunas de estas preguntas pueden no ser relevantes para aquellas tradiciones que buscan una exterioridad o neutralidad de la investigadora, sí que son pertinentes (y a veces de difícil resolución) en la práctica cartográfica, que se define, entre otras cosas, por la implicación de la investigadora. En este punto, me remito a la discusión planteada en el apartado anterior en relación con la implicación y los procesos de investigación cartográficos, en que se señalan el problematizar colectivamente las implicaciones y sobreimplicaciones como un dispositivo que permite abordar estas preguntas.

### ***Procesos analíticos en la cartografía***

Los procesos de análisis en la investigación cartográfica ha sido un reto difícil de afrontar a lo largo de esta investigación. Una primera problemática hace referencia a la dificultad para traspasar la experiencia vivida a la narración oral y/o a la escritura, es decir, los cambios de un régimen de signos a otro. Según Rolnik (2006), las afecciones vividas pueden iniciar procesos creativos, en la medida en que aquello que nos desubica, incomoda o extraña moviliza nuestra capacidad de creación en busca de nuevas formas de expresión para las sensaciones intransmisibles por medio de las representaciones de las que disponemos. En este punto, esta capacidad de creación puede tomar múltiples formas, que, en el contexto de una investigación, podrían ser el diálogo con una misma, con las otras personas (participantes, investigadores e investigadoras, e, incluso, personas que no están directamente vinculadas con la investigación), o con el papel en blanco cuando se le da paso a la escritura. Este proceso de producción de narrativas cartográficas se puede dar “en caliente”, cuando las afecciones son vividas, o “en frío”, en procesos de elaboración y de producción de sentido que se dan a posteriori. Una de las dificultades experimentadas durante la creación de narrativas cartográficas a partir de las afecciones ha sido la tendencia a generar narrativas muy autoanalíticas y autocentradas. En este punto han sido importantes aquellas estrategias que me forzaron a poner en diálogo la narrativa generada y, por lo tanto, descentrar el foco de mí misma.

Otro aspecto problemático fue la pertinencia y la manera de generar una cierta sistematización del conocimiento producido durante la investigación. Esto toma especial importancia cuando se quiere dialogar con diferentes audiencias, por ejemplo, en un taller de devolución y discusión con profesionales o en la publicación en una revista.

Asumiendo que en una investigación cartográfica no buscamos la producción de conocimiento universal y generalizable, ¿cómo pensar y afrontar estos procesos analíticos? y ¿cómo construir un análisis que permita una cierta sistematización y a la vez no entre en contradicción con un devenir cartográfico? Si la cartografía es sobre todo una práctica de experimentación que se propone acompañar e investigar procesos que serán producidos y, al mismo tiempo, transformados por la acción de las personas; el análisis o la sistematización no debería fijar o reificar realidades ni estancar los procesos en movimiento. Ante esta situación, el proceso analítico nos lleva a movernos por un continuo que va desde la experiencia singular a la construcción de un relato más molar, donde uno de los retos es seguir dando cuenta de la multiplicidad y del movimiento que caracteriza los procesos en los que nos involucramos.

### **6.3. Aportaciones de la perspectiva micropolítica en la construcción de políticas públicas y en el campo de la salud pública**

La investigación micropolítica se orienta a visibilizar el plano micropolítico presente en todos los procesos de formulación e implementación de políticas. Un plano en el que todos los actores y las actrices (*policy-makers*, gestores, profesionales, usuarios, etc.) –en su vida cotidiana– incorporan y articulan la política de forma singular, y crean su propia manera de actuar. La cartografía, como práctica de investigación que acompaña y participa de la producción de este plano micropolítico, permite dar cuenta de la multiplicidad de maneras de apropiarse de una política y de impulsar los cambios propuestos; y así visibilizar efectos previstos y no previstos, en la dirección propuesta o incluso las resistencias que se han generado.

La idea de que toda política es resultado de las acciones de todos los actores y las actrices implicadas recoge lo defendido por Matus (1992) de que todas las personas gobiernan, aunque con recursos de poder y gobernabilidad diferentes. Este autor establece una distinción entre las personas que “gobiernan con G”, porque están en posición de alta dirección o gestión, y las personas que “gobiernan con g”, a través de la direccionalidad que infunden a sus acciones cotidianas. Asimismo, este autor señala que ambas nociones “G” y “g” son posiciones relativas dentro de una organización, ya que una persona en una determinada situación puede estar en posición “G” y, en otra, en “g”.

En concordancia con lo expuesto en los párrafos anteriores, podemos decir que la aproximación micropolítica aporta algunos elementos interesantes para el diseño, la

implementación y la evaluación de políticas. Si bien toda política se estructura en un programa de acción que busca modificar o introducir determinadas prácticas en diferentes actores y actrices sociales basándose en unos resultados esperados, desde un punto de vista micropolítico, identificamos toda una cadena de agentes sociales que, con sus acciones, implementan y modifican esta política. Por lo tanto, estos “resultados esperados” pueden alcanzarse, modificarse o transformarse y generar innovaciones durante todo el proceso de puesta en práctica de la política (Merhy, 2013). En consecuencia, existe todo un campo de “resultados” o “producciones” derivadas de la apropiación de la política por parte de los diferentes actores y actrices sociales que va más allá de los indicadores de proceso y resultados. Así, la evaluación de una política desde una perspectiva micropolítica busca ubicar el proceso de construcción e implementación de una política en el campo social y dar cuenta de sus diferentes expresiones.

Además, desde un posicionamiento micropolítico se asume que cualquier cambio normativo –en este caso, la publicación de las estrategias– puede actuar como dispositivo<sup>27</sup> en el sentido de que moviliza a una diversidad de actores y actrices para que produzcan diferentes acciones, y que las acciones de cada una de las personas implicadas tienen repercusiones en las otras. Así, en este proceso se agencian nuevos actores y actrices, se modifican las relaciones entre ellos y se reconfiguran territorios de acción (Merhy, 2013). Lo que nos lleva a ver los procesos de cambio propuestos por las políticas como múltiples, heterogéneos, multidimensionales y que operan en diferentes direcciones y velocidades. Y, en consecuencia, como procesos frágiles cuya sostenibilidad implica retos importantes.

La noción de dispositivo plantea un debate interesante en el campo de las políticas públicas, especialmente para aquellas que se construyen con una clara voluntad de transformar lo establecido. Aquí, deberíamos plantearnos cuál es la diferencia entre diseñar una política para que sea implementada o formular la política para que sea un dispositivo de transformación. En este punto son especialmente interesantes aquellas acciones que, durante el diseño y la implementación, no solo dan visibilidad a este plano micropolítico en constante producción, sino que evitan capturar las innovaciones (creación de nuevos sistemas de referencia, estrategias de sostenibilidad, etc.) sobre las

---

<sup>27</sup> Foucault (1994) define dispositivo como un conjunto heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. Los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos.

cuales se impulsa y sustenta el cambio. A mi entender, esta difícil articulación entre instituir cambios y mantener la suficiente apertura necesaria para no normativizar el cambio ni capturar las transformaciones que van aconteciendo es un reto importante en el campo de las políticas públicas que buscan promover procesos de transformación. Una difícil articulación que requiere de estrategias y dispositivos para trabajar el cambio no desde la acción prescriptiva, sino desde los diferentes vectores de fuerza que la política está movilizando.

Por otro lado, en el campo de la salud pública, una de las aportaciones de este trabajo es la discusión y conceptualización de la noción de participación desde una perspectiva micropolítica. Tal como se explica en el artículo *Participation in Health*, la participación ha sido asumida como un eje importante en la construcción de políticas y programas. En consecuencia, es un aspecto central en los programas de promoción de la salud (Carta de Ottawa, 1986), las estrategias de empoderamiento (Wallerstein, 2006), las intervenciones comunitarias (Laperrière, 2006) o el mapeo de activos en salud (Kretzmann y Mcknight, 1993; Morgan y Ziglio, 2007; Cofiño et al., 2016); aunque también cuestiones como la toma de decisiones compartidas o los programas de paciente experto se han formulado en términos de participación. En concordancia con toda esta amalgama de prácticas de diferente índole, se han desarrollado múltiples formulaciones sobre cómo hacer efectiva la participación.

Sin embargo, la noción de participación que se propone desde una perspectiva micropolítica no está basada en una descripción operativa sobre la manera de hacerla efectiva, sino en cómo nos ubicamos frente al otro y en cómo el encuentro abre la posibilidad de construir acciones más allá de las prácticas instituidas. En la construcción de políticas y programas de salud, esta forma de entender la participación representa un giro en la manera como tradicionalmente se ha formulado. En vez de poner el foco en la construcción formal de espacios y herramientas destinadas a facilitar la participación de las personas, el énfasis se centra en aprovechar las oportunidades que ya existen en las interacciones cotidianas. El debate se centra, más allá de lo planteado en el artículo, no tanto en buscar estrategias para legitimar y dar visibilidad a los diferentes puntos de vista, sino en cómo construir espacios de relación en los que cada persona pueda manifestarse en toda su potencia. Desde un punto de vista micropolítico, la construcción de encuentros productores de cuidado representa una apuesta ética y política que busca movilizar los espacios de gobernabilidad de cada actor o actriz implicada, y por lo tanto, que posibilite

la emergencia de resistencias y de múltiples formas de existencia. Una propuesta que se contrapone a aquellas formas de participación diseñadas como estrategias de gobernabilidad que pretenden la domesticación, el control y el mantenimiento de lo instituido (Cornwall y Jewkes, 1995; Guta, Flicker y Roche, 2013; Kemmis 2010).

De acuerdo con lo anteriormente planteado, considero que la participación desde una perspectiva micropolítica se alinea con la noción de humanización planteada por Ceccim y Merhy (2009). Estos autores defienden una humanización basada en la construcción de prácticas de salud que permitan la expresión de la potencia, la capacidad creativa y la singularidad de las personas situando la producción de cuidado como núcleo de cualquier proceso de cambio orientado a la humanización.



## 7. CONCLUSIONES





A continuación se presentan las principales conclusiones de los artículos y de los ejes de discusión presentados en el capítulo anterior.

Construir una investigación poniendo el foco en cómo las diferentes personas producen cuidado nos ha aportado sensibilidad para ver la multiplicidad de formas de apropiarse del proceso de transformación del modelo de atención a la maternidad. Asimismo, ha generado un campo de visibilidad en torno a los espacios de gobernabilidad que tanto profesionales como mujeres (y personas que las acompañan) ponen en juego en sus relaciones y acciones cotidianas.

La discusión metodológica ha sido un eje relevante en la construcción de esta investigación. A través de la reflexividad individual y colectiva se han abordado cuestiones como la relación entre la noción de método y las prácticas de investigación cartográficas, la caja de herramientas cartográfica, la participación de mujeres y profesionales en la investigación, la implicación y la sobreimplicación de la investigadora, los procesos analíticos cartográficos, entre otras. La problematización metodológica se ha asumido como un dispositivo que permite mantenerse en movimiento durante la investigación cartográfica, y se ha orientado a generar aperturas en vez de a fijar o cristalizar nuestras prácticas en recetas sobre cómo proceder.

La discusión en torno a la construcción de encuentros productores de cuidado como forma de participación ha permitido analizarla en su dimensión micropolítica. Una aproximación que pone el énfasis en cómo construimos y nos ubicamos en las relaciones con los demás para que sea posible afectar y ser afectada. Una noción de participación basada en la emergencia de procesos de diferenciación y la construcción de resistencias.

En este recorrido de tesis quedaron conexiones, campos problemáticos, reflexiones e inquietudes para seguir explorando desde una perspectiva micropolítica. Algunas de estas cuestiones son la producción de cuidado en entornos muy tecnificados, las expresiones de la biomedicalización y las resistencias que las mujeres construyen en sus recorridos de maternidad, el impacto de las materialidades en la producción de cuidado y en el proceso de atención, las conexiones y diferenciaciones entre el *dialogical approach* y la perspectiva micropolítica o el desarrollo de estrategias de educación permanente en salud que permitan construir proyectos compartidos con los y las profesionales que trabajan en los servicios de salud.



## REFERENCIAS





- Abrahão, A.J., Gomes, M.P.C., Chagas, M.S., Costa, M.A., Santos, N.L.P., Freire, M.A.M.,... Carvalho, S.M. (2016). O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo. En L. C. M. Feuerwerker, D. C. Bertussi, y E.E. Merhy (Eds.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 2* (pp. 210-224). Rio de Janeiro: Hexis.
- Amorim, A., y Ryan, C. (2005). Deleuze, action research and rhizomatic growth. *Educational Action Research, 13*(4), 581–594. doi:10.1080/09650790500200346
- Arnau, J., Martínez, M.E., Nicolás, M.D., Bas, E., Morales, R., y Álvarez, L. (2012). Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *Revista de Antropología Iberoamericana, 7*(2), 225–247.
- Asociación Médica Mundial. (1964/2013). *Declaración de Helsinki*. Helsinki: Asociación Médica Mundial
- Backes, D.S., Koerich, M.S., y Erdmann, A.L. (2007). Humanizando el cuidado a través de la valorización del ser humano: resignificación de los valores y principios por los profesionales de salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 15*(1), 34–41.
- Bailey, J.M., Crane, P., y Nugent, C.E. (2008). Childbirth education and birth plans. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 35*(3), 497–509. doi:10.1016/j.ogc.2008.04.005
- Ballesteros-Meseguer, C. (2015). Adecuación entre la práctica clínica obstétrica en el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia) y las recomendaciones de la Estrategia de Atención al Parto Normal. *Matronas Profesión, 16*(4), 110–116.
- Barreteau, O., Bots, P.W.G., y Daniell, K.A. (2010). A framework for clarifying “Participation” in participatory research to prevent its rejection for the wrong reasons. *Ecology and Society, 15*(2), 1-24. doi:10.5751/ES-03186-150201
- Behruzi, R., Hatem, M., Goulet, L., y Fraser, W.D. (2014). Perception of humanization of birth in a highly specialized hospital: let’s think differently. *Health Care for Women International, 35*(2), 127–48.

- Benet, M., Merhy, E.E., y Pla, M. (2016). Devenir Cartógrafa. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 16(3), 229–243.  
doi:10.5565/rev/athenea.1685
- Berelson, B. (1952). *Content Analysis in Communication Research*. Illinois: Free Press.
- Berg, M., Lundgren, I., y Lindmark, G. (2003). Childbirth experience in women at high risk: is it improved by use of a birth plan? *The Journal of Perinatal Education*, 12(2), 1–15. doi:10.1624/105812403X106784
- Biescas, H., Benet, M., Pueyo, M.J., Rubio, A., Pla, M., Pérez-Botella, M., y Escuriet, R. (2017). A critical review of the birth plan use in Catalonia. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 13, 41–50. doi:10.1016/j.srhc.2017.05.006
- Biglia, B., y Olivella-Quintana, M. (2014). Evolution and involution in the sexual and reproductive health services in Catalonia (Spain). *Women's Studies International Forum*, 47, 309–316. doi:10.1016/j.wsif.2014.02.010
- Biurrun-Garrido, A., y Goberna-Tricas, J. (2013). La humanización del trabajo de parto: Necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesion*, 14(2), 62–66.
- Bonet, J. (2012). El territorio como espacio de radicalización democrática. Una aproximación crítica a los procesos de participación ciudadana en las políticas urbanas de Madrid y Barcelona. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 12(1), 15-28. doi: 10.5565/rev/athenead/v12n1.914
- Borgeaud-Garciandía, N. (2009). Debates pasados. Propuestas recientes en torno al Care como trabajo. *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, (22), 137–156.
- Bowen, G.A. (2009). Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 9(2), 27–40. doi:10.3316/QRJ0902027
- Braun, V., y Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2):77–101.
- Brown, S.J., y Lumley, J. (1998). Communication and decision-making in labour: do birth plans make a difference? *Health Expectations*, 1(2), 106–116.
- Brubaker, S.J., y Dillaway, H.E. (2009). Medicalization, Natural Childbirth and Birthing Experiences. *Sociology Compass*, 3(1), 31–48. doi:10.1111/j.1751-9020.2008.00183.x



- Buscher, M., Urry, J., y Witchger, K. (Eds.) (2010). *Mobile methods*. London: Routledge.
- Caron-Flinterman, J.F., Broerse, J.E.W., y Bunders, J.F.G. (2005). The experiential knowledge of patients: a new resource for biomedical research? *Social Science & Medicine*, 60(11), 2575–2584. doi: 10.1016/j.socscimed.2004.11.023
- Carvalho, L.C., Feuerwerker, L.C.M., y Merhy, E.E. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*, 3(3), 259–269.
- Carvalho, S.R., y Gastaldo, D. (2008). Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(Supl. 2), 2029–2040. doi:10.1590/S1413-81232008000900007
- Ceccim, R.B., y Merhy, E.E. (2009). Um agir micropolítico e pedagógico intenso: A humanização entre laços e perspectivas. *Interface: Communication, Health, Education*, 13(supl. 1), 531–542. doi:10.1590/S1414-32832009000500006
- Clarke, A.E., Mamo, L., Fishman, J.R., Shim, J.K., y Fosket, J.R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161. doi:10.2307/1519765
- Cofiño, R., Aviño, D., Benedé, C.B., Botello, B., Cubillo, J., Morgan, A., ... Hernán, M. (2016). Promoción de la salud basada en activos: ¿Cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gaceta Sanitaria*, 30(supl.1), 93–98. doi:10.1016/j.gaceta.2016.06.004
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Consejería de Salud, Junta de Andalucía. (2008). *Buenas prácticas en atención perinatal : proyecto de humanización de la atención perinatal en Andalucía*. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía.
- Consejo de Europa. (1997). *Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina*. Oviedo: Consejo de Europa.
- Conselleria de Sanitat. (2009). *Estrategia para la atención del parto normal en la Comunitat Valenciana*. Valencia: Servici de Salut Infantil i de la Dona, Direcció General de Salut Pública, Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana.

- Cook, T. (2009). The purpose of mess in action research: building rigour through a messy turn. *Educational Action Research*, 17(2), 277–291.  
doi:10.1080/09650790902914241
- Cook, T. (2012). Where Participatory Approaches Meet Pragmatism in Funded (Health) Research: The Challenge of Finding Meaningful Spaces. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 13(1).
- Corbin, J.M., y Strauss, A.L. (2008). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory* (3<sup>rd</sup> ed.). California: SAGE Publications.
- Cornwall, A., y Jewkes, R. (1995). What is participatory research? *Social Science and Medicine*, 41(12), 1667-1676.
- Cruz, K.T. (2016). *Agires militantes, produção de territórios e modos de governar. Conversações sobre o governo de si y dos outros*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Cruz, K.T., Merhy, E.E., Santos, M.F.L., y Gomes, M.P.C. (2015). PET-Saúde: micropolítica, formação e o trabalho em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(supl. 1), 721-730. doi:10.1590/1807-57622014.1001
- Defensor del pueblo. (2006). *Informe anual 2006 y debates en las Cortes Generales*. Madrid: Publicaciones del Congreso de los Diputados. Recuperado 23 julio 2017, en [https://www.defensordelpueblo.es/informes/resultados-busqueda-informes/page/3/?tipo\\_documento=informe\\_anual](https://www.defensordelpueblo.es/informes/resultados-busqueda-informes/page/3/?tipo_documento=informe_anual)
- Deleuze, G. (1984/2001). *Spinoza: filosofía práctica*. Barcelona: Tusquets.
- Deleuze, G. (1990). ¿Qué es un dispositivo? En E. Balbier et. al. (Eds.), *Michel Foucault, filósofo*. (pp. 155-163). Barcelona: Gedisa.
- Deleuze, G., y Guattari, F. (1988/2015). *Mil mesetas: capitalismo y esquizofrenia* (11<sup>a</sup> ed.). Valencia: Pre-Textos.
- Denzin, N.K., y Lincoln, Y.S. (2013). *Collecting and interpreting qualitative materials* (4<sup>th</sup> ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Departament de Salut. (2006). *Protocolo para la asistencia natural al parto normal*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

- Departament de Salut. (2008). *Pla Estratègic d'Ordenació de l'Atenció Maternoinfantil als Hospitals de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública a Catalunya*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.
- Departament de Salut, Serveis d'Informació. (2016). *EESRI. Estadística dels centres hospitalaris de Catalunya, 2014: resum dels resultats*. Barcelona. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperado 23 julio 2017 en: [http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/dades\\_de\\_salut\\_i\\_serveis\\_sanitaris/hospitals/documents/Informe-EESRI-2014.pdf](http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/dades_de_salut_i_serveis_sanitaris/hospitals/documents/Informe-EESRI-2014.pdf)
- Díaz, F. (Ed.) (2000). *Sociologías de la situación*. Madrid: La Piqueta.
- Dirección General de Salud Pública Cantabria. (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal del Servicio Cántabro de Salud*. Santander: Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria.
- Escuriet, R., Pueyo, M.J., Biescas, H., Colls, C., Espiga, I., White, J., ... Ortún, V. (2014). Obstetric interventions in two groups of hospitals in Catalonia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(143). doi:10.1186/1471-2393-14-143
- Escuriet, R., Pueyo, M.J., Perez-Botella, M., Espada, X., Salgado, I., Gómez, A., ... Ortún, V. (2015). Cross-sectional study comparing public and private hospitals in Catalonia: is the practice of routine episiotomy changing? *BMC Health Services Research*, 15(95). doi: 10.1186/s12913-015-0753-z
- Ezquerro, S. (2012). Crisis de los cuidados y crisis sistémica: la reproducción como pilar de la economía llamada real. *Investigaciones Feministas*, 2, 175–194. doi:10.5209/rev\_INFE.2011.v2.38610
- Ezquerro, S., Perez-Salanova, M., Pla, M., y Subirats, J. (Eds). (2016). *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel Ciencias Sociales.
- Fals Borda, O. (1979). Investigating Reality in Order to Transform It: The Colombian Experience. *Dialectical Anthropology*, 4, 33–55.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2006). *Definición de parto normal*. Recuperado 20 junio 2017, en <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>

- Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME). (2007). *Iniciativa Parto Normal, documento de consenso*. Madrid: Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Ferigato, S.H., y Carvalho, S.R. (2011). Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38), 663-676. doi:10.1590/S1414-32832011005000037
- Feuerwerker, L.C.M. (2014). *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Feuerwerker, L.C.M., Bertussi, D.C., y Merhy, E.E. (Eds.). (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 2*. Rio de Janeiro: Hexis.
- Feuerwerker, L.C.M., y Merhy, E.E. (2008). A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(3), 180-188. doi:10.1590/S1020-49892008000900004
- Feyerabend, P. (1975/2007). *Tratado contra el método: esquema de una teoría anarquista del conocimiento* (5ª ed.). Madrid: Tecnos.
- Font, N. (1998). *Democràcia i participació ciutadana*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill.
- Foucault, M. (1976/2005). *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber* (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1979/1992). *Microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.
- Foucault, M. (1987/2005). *Historia de la sexualidad 3. El cuidado de sí*. (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1994). Le jeu de Michel Foucault. En M. Foucault *Dits et écrits*. Paris: Gallimard.
- Franco, T.B., y Merhy, E.E. (2009). Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo. *Salud Colectiva*, 5(2), 181-194. doi:10.18294/sc.2009.259
- Franco, T.B., y Merhy, E.E. (2011). El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*, 7(1), 9–20. doi:10.1590/S1851-82652011000100002

- Franco, T.B., y Merhy, E.E. (2013). *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos*. São Pablo: Hucitec.
- Freire, P. 1975. *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Siglo XXI.
- Fuertes, C., Pasarín, M.I., Borrell, C., Artazcoz, L. y Díez, E. (2012). Feasibility of a Community Action Model Oriented to Reduce Inequalities in Health. *Health Policy*, 107(2), 289-95. doi:10.1016/j.healthpol.2012.06.001.
- Gale, K., Turner, B., y McKenzie, L. (2013). Action research, becoming and the assemblage: a Deleuzian reconceptualisation of professional practice. *Educational Action Research*, 21(4), 549-564. doi:10.1080/09650792.2013.832344
- Galvani, P. (1999). Fertilisation croisée des savoirs et ingénierie d’alternance socio-formative. Le programme de recherche-formation-action Quart Monde - Université. *Revue Française de Pédagogie*, 128, 25–34.
- Garay, A., Iniguez, L., y Martínez, L. (2001). Perspectivas críticas en Psicología Social: Herramientas para la construcción de nuevas psicologías sociales. *Boletín de psicología*, 72, 57-78.
- Garcés, M. (2005). La vida como concepto político: una lectura de Foucault y Deleuze. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, (7), 87-104. doi:10.5565/rev/athenead/v1n7.183
- Gbrich C. (2007). *Qualitative Data Analysis: An Introduction* (1<sup>st</sup> ed). London: SAGE Publications.
- Giménez, C. (ed). (2015). *Juntos por la convivencia. Claves del Proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural*. Barcelona: Obra Social “la Caixa”.
- Gomes, M.P.C., y Merhy, E. E. (Eds.) (2014). *Pesquisadores IN-MUNDO. Um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Rede UNIDA.
- Grau-Solés, M., Íñiguez-Rueda, L., y Subirats, J. (2011). ¿Cómo gobernar la complejidad? Invitación a una gobernanza urbana híbrida y relacional. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 11(1), 63-84. doi: 10.5565/rev/athenead/v11n1.827

- Grellier, J. (2013). Rhizomatic mapping: spaces for learning in higher education. *Higher Education Research & Development*, 32(1), 83-95.  
doi:10.1080/07294360.2012.750280
- Grup elaborador de la Guia. (2013). *Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal*. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya. Recuperado 23 julio 2017, en [http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2013/pdf/gpc\\_part\\_normal\\_catalunya\\_aquas2013.pdf](http://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2013/pdf/gpc_part_normal_catalunya_aquas2013.pdf)
- Grup de Recerca en Societats, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI). (2017). *Descripció del grup*. Recuperado 23 julio 2017, en <http://urecerca.uvic.cat/CawDOS?id=c7d89aad0386cdd&idioma=ca&tipo=grupo>
- Guattari, F., y Rolnik, S. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Guta, A., Flicker, S., y Roche, B. (2013). Governing through community allegiance: a qualitative examination of peer research in community-based participatory research. *Critical Public Health*, 23(4), 432-451.  
doi:10.1080/09581596.2012.761675
- Harris, J., Croot, L., Thompson, J., y Springett, J. (2016). How stakeholder participation can contribute to systematic reviews of complex interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 70(2), 207-214. doi:10.1136/jech-2015-205701
- Healy, S., Humphreys, E., y Kennedy, C. (2016). Midwives' and obstetricians' perceptions of risk and its impact on clinical practice and decision-making in labour: An integrative review. *Women and Birth*, 29(2), 107-116.  
doi:10.1016/j.wombi.2015.08.010
- Hodnett, E.D., Gates, S., Hofmeyr, G.J., Sakala, C. (2013). Continuous support for women during childbirth. En E.D. Hodnett (Ed.) *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5

- Holland, S., Renold, E., Ross, N. J., y Hillman, A. (2010). Power, agency and participatory agendas: A critical exploration of young people's engagement in participative qualitative research. *Childhood*, 17(3), 360-375.  
doi:10.1177/0907568210369310
- Inch, S. (1984). *Birthrights: what every parent should know about childbirth in hospitals*. New York: Pantheon.
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat) (2014). *Projeccions de població 2013-2051: principals resultats*. Barcelona: Institut d'Estadística de Catalunya, Generalitat de Catalunya. Recuperado 23 julio 2017, en: [http://idescat.cat/p/pp\\_2013-2051pr.pdf](http://idescat.cat/p/pp_2013-2051pr.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Indicadores de Natalidad. Gráfico de la tasa de Natalidad, total nacional, ambas nacionalidades*. Recuperado 23 julio 2017, en <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1433>
- Íñiguez, L. (2005). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la Psicología social de la era "post-construccionista". *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 1(8), 1-7. doi:10.5565/rev/athenead/v1n8.235
- Iriart, C., y Merhy, E.E. (2017). Disputas inter-capitalistas, biomedicalización y modelo médico hegemónico. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. En Prensa.  
doi:10.1590/1807-57622016.0808
- Israel, B.A., Schulz, A.J., Parker, E.A., y Becker, A.B. (1998). Review of community-based research: Assessing Partnership Approaches to Improve Public Health. *Annual Review of Public Health*, 19(1), 173-202.  
doi:10.1146/annurev.publhealth.19.1.173
- Jones, M., Barik, S., Mangune, H., Jones, P., Gregory, S., y Spring, J. (1998). Do birth plans adversely affect the outcome of labour? *British Journal of Midwifery*, 6, 38-41.
- Jordan, S., y Kapoor, D. (2016). Re-politicizing participatory action research: unmasking neoliberalism and the illusions of participation. *Educational Action Research*, 24(1), 134-149. doi:10.1080/09650792.2015.1105145
- Kane, E. (2015). "What If? As If", an approach to action research practice: becoming-different in school-age childcare. *Educational Action Research*, 23(3), 350-365.  
doi:10.1080/09650792.2015.1009926

- Kastrup, V. (2007). O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 15-22. doi:10.1590/S0102-71822007000100003
- Kastrup, V. (2015). La cartographie comme méthode: pistes pour la pratique d'une recherche-intervention. *Bulletin de Psychologie*, 2(536), 133-142. doi:10.3917/bupsy.536.0133
- Kaufman, T. (2007). Evolution of the birth plan. *The Journal of Perinatal Education*, 16(3), 47-52. doi:10.1624/105812407X217985
- Kemmis, S. (2009). Action research as a practice-based practice. *Educational Action Research*, 17(3), 463-474. doi:10.1080/09650790903093284
- Kemmis, S. (2010). What is to be done? The place of action research. *Educational Action Research*, 18(4), 417-427. doi:10.1080/09650792.2010.524745
- Kincheloe, J.L. (2001). Describing the Bricolage: Conceptualizing a New Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 7(6), 679-692. doi:10.1177/107780040100700601
- Kitzinger, S. (1981). *Episiotomy: physical and emotional aspects*. London: National Childbirth Trust.
- Kitzinger, S. (1992). Letter from England birth plans. *Birth*, 19(1), 36-37.
- Kretzmann, J.P., y Mcknight, J. (1993). *Building Communities from the Inside Out: A Path towards Building and Mobilising a Communities Assets*. Evanston: ACTA Publications.
- Land, M.G.P. (2016). Genealogia: uma investigação criminal aparentemente equivocada: uma conversa com o texto "Nietzsche, a genealogia e a história" de Michel Foucault. En E. E. Merhy, R.S. Baduy, C.T. Seixas, D.E.S. Almeida, y H.S. Júnior (Eds.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 1* (pp. 423-427). Rio de Janeiro: Hexis.
- Laperrière, H. (2006). Evaluative Research in Socio-political and Socio-cultural Context: Methodological Challenges and the Urgency of Social Interventions and Health Prevention in Remote Regions. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 7(4).



- Laperrière, H., y Zúñiga, R. (2007). Cuando la comunidad guía la acción: hacia una evaluación comunitaria alternativa. *Psicologia & Sociedade, 19*(3), 39-45. doi:10.1590/S0102-71822007000300007
- Ledwith, M., y Springett, J. (2010). *Participatory Practice: Community-based Action for Transformative Change*. Bristol: The Policy Press.
- Leitch, R., y Day, C. (2000). Action research and reflective practice: towards a holistic view. *Educational Action Research, 8*(1), 179-193. doi:10.1080/09650790000200108
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., y Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine, 71*(12), 2141–2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Lévesque, M.C., Dupéré, S., Morin, N., Côté, J., Roberge, N., Laurin, I., ... Bedos, C. (2015). Translating knowledge on poverty to humanize care: benefits and synergies of community engagement with the arts. *Educational Action Research, 23*(2), 207–224. doi:10.1080/09650792.2014.980286
- Lévi-Strauss Cl. (1962). *La Pensée sauvage*. Paris: Plon.
- Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local, BOE núm. 80 (1985).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, BOE núm. 298 (1999).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica, BOE núm. 274 (2002).
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, para la Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, BOE núm. 128 (2003).
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, BOE núm. 240 (2011).
- Lima, F., Merhy, E.E. (2016). Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. En E.E. Merhy, R.S. Baduy, C.T. Seixas, D.E.S. Almeida, y H.S. Júnior (Eds.).

- Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes* (pp. 18-21). *Livro 1*. Rio de Janeiro: Hexis.
- Lindsay, P. (2006). Creating normality in a high-risk pregnancy. *The Practising Midwife*, 9(1), 16–9.
- Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado. (2017). *Micropolítica, Instituições e Governo dos vivos. Plataforma de interinventividade a partir da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde*. Recuperado 23 julio 2017, en: <http://saudemicropolitica.blogspot.com.es>
- López, C., Marcos, M., y Perales, R.A. (2004). Comadronas ante la decisión: ¿Qué camino es el mejor? El debate tan esperado. *Ob Stare. El Mundo de La Maternidad*, (15), 47–54.
- Lothian, J. (2006). Birth plans: the good, the bad, and the future. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 35(2), 295–303. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00042.x
- Lothian, J. (2009). The birth plan revisited. *The Journal of Perinatal Education*, 9(2):viii – xi.
- Lundgren, I., Berg, M., y Lindmark, G. (2003). Is the childbirth experience improved by a birth plan? *Journal of Midwifery & Women's Health*, 48(5), 322–328.
- Lupton, D. (2012). “Precious cargo”: foetal subjects, risk and reproductive citizenship. *Critical Public Health*, 22(3), 329–340. doi:10.1080/09581596.2012.657612
- Lupton, D. (2013). *Risk* (2<sup>nd</sup> ed.). London: Routledge.
- Malacrida, C., y Boulton, T. (2014). The best laid plans? Women's choices, expectations and experiences in childbirth. *Health*, 18(1):41-59. doi:10.1177/1363459313476964
- Maraschin, C., Rocha, M.L., y Kastrup, V. (2015). ICT Intervention-Research in a mental health clinic in Brazil. *Revista Polis e Psique*, 5(3), 94–118.
- Marcus, G.E. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111–127.

- Marent, B., Forster, R., y Nowak, P. (2012). Theorizing participation in health promotion: a literature review. *Social Theory & Health*, 10(2), 188-207.  
doi:10.1057/sth.2012.2
- Maroto-Navarro, G., Pastor-Moreno, G., Ocaña-Riola, R., Benítez-Hidalgo, V., García-Calvente, M.M., Gutiérrez-Cuadra, M.P., ... Marcos-Marcos, J. (2013). Male and female involvement in the birth and child-rearing process. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3071–3083. doi:10.1111/jocn.12153
- Martí, J., y Rebollo, O. (2007). *Participació Ciutadana: Bases, Mètodes i Tècniques*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Martí-Costa, M. y Parés, M. (Eds.) (2009). *Llei de barris: cap a una política de regeneració urbana participada i integral?* Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Martín-Palomo, M.T. (2008). Domestica el trabajo: una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 13-44.
- Matus, C. (1992). *Política, planificación y gobierno*. Caracas: Fundación Altadir.
- Mazzei, L.A. (2013). Materialist mappings of knowing in being: researchers constituted in the production of knowledge. *Gender and Education*, 25(6), 776-785.  
doi:10.1080/09540253.2013.824072
- Mazzei, L.A., y McCoy, K. (2010). Thinking with Deleuze in qualitative research. *International Journal of Qualitative Studies in Education*, 23(5), 503-509.  
doi:10.1080/09518398.2010.500634
- Mehdipanah, R., Rodriguez-Sanz, M., Malmusi, D., Muntaner, C., Diez, E., Bartoll, X., y Borrell, C. (2014). The Effects of an Urban Renewal Project on Health and Health Inequalities: A Quasi-Experimental Study in Barcelona. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68(9), 811-817. doi:10.1136/jech-2013-203434.
- Mei, J.Y., Afshar, Y., Gregory, K.D., Kilpatrick, S.J., y Esakoff, T.F. (2016). Birth Plans: What Matters for Birth Experience Satisfaction. *Birth*, 43(2), 1-7.  
<http://doi.org/10.1111/birt.12226>
- Merhy, E.E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. En E. E. Merhy, y R. Onocko (Eds.), *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec.

- Merhy, E.E. (2004). O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. En T.B. Franco et al., *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança com base no processo de trabalho* (pp. 21-45). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (2006). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Merhy, E.E. (2009). Desafios de desaprendizagens no trabalho em saúde: em busca de anômalos. En A.M. Lobosque (Ed.), *Saúde Mental: Os desafios da formação*. Minas Gerais: Escola de Saúde pública.
- Merhy, E.E. (Coord). (2013). Projeto de Criação de Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde. Macaé: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Merhy, E.E. (2014). A organização não existe. A organização existe: uma conversa da micropolítica do trabalho, da educação permanente e da análise institucional. En S. L'Abatte, L.C. Mourão, y L.M. Pezzato (Eds.), *Análise Institucional e Saúde Coletiva* (pp. 579-596). São Paulo: Hucitec.
- Merhy, E.E. (2016). *La cartografía*. Ponencia presentada en el curso La Cartografía i eines analitzadores del treball quotidià de la producció de cura en salut, Institut de Ciències de l'Educació, Barcelona.
- Merhy, E.E., Baduy, R.S., Seixas, C.T., Almeida, D.E.S., y Júnior, H.S. (Eds.). (2016). *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 1*. Rio de Janeiro: Hexis.
- Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C.M., y Ceccim, R. B. (2006). Educación Permanente en Salud : una Estrategia para Intervenir en la Micropolítica del Trabajo en Salud. *Salud Colectiva*, 2(2), 147–160.
- Merhy, E.E., Feuerwerker, L.C.M., y Silva, E. (2012). Contribuciones metodológicas para estudiar la producción del cuidado en salud: aprendizajes a partir de una investigación sobre barreras y acceso en salud mental. *Salud Colectiva*. 8(1), 25-34. doi:10.1590/S1851-82652012000100003
- Merhy, E.E., Gomes, M.P.C., Silva, E., Santos, M.F.L., Cruz, K.T., y Franco, T.B. (2014). Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulgação em Saúde para Debate*, (52), 153–164.

- Meunier, D., Lambotte, F., y Choukah, S. (2013). Du bricolage au rhizome: Comment rendre compte de l'hétérogénéité de la pratique de recherche scientifique en sciences sociales? *Questions de Communication*, 1(23), 345–366.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Informe del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2012). *Plan de parto y Nacimiento*. Madrid: Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud y Observatorio de Salud de las Mujeres, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Gobierno de España.
- Molinier, P. (2006). Le care. Ambivalences et indécences. *Sciences Humaines*, (177).
- Monceau, G. (2008). Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. *Fractal Revista de Psicologia*, 20(1), 19–26.
- Montero, M. (2002). On the construction of reality and truth. Towards an epistemology of community social psychology. *American Journal of Community Psychology*, 30(4), 571-584.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, R. (2006, agosto 13). El desastre de parir. *El País*. Recuperado 23 julio 2017, en [https://elpais.com/diario/2006/08/13/eps/1155450419\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2006/08/13/eps/1155450419_850215.html)
- Morgan, A., y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *Promotion & Education*, 14(supl. 2), 17-22.  
doi:10.1177/10253823070140020701x

- Morgan, L.M. (2001). Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge. *Health Policy and Planning*, 16(3), 221-230.  
doi:10.1093/heapol/16.3.221
- Organización Mundial de la Salud. (1996). *Cuidados en el parto normal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS. Recuperado 23 julio 2017, en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134590/1/WHO_RHR_14.23_spa.pdf)
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
- Page, L. (2001). The humanization of birth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(supl. 1), 55-58.
- Parry, D. (2008). “We Wanted a Birth Experience, not a Medical Experience”: Exploring Canadian Women’s Use of Midwifery. *Health Care for Women International*, 29(8), 784-806. doi: 10.1080/07399330802269451
- Passos, E., y Barros, R.B. (2009). A cartografía como método de pesquisa-intervenção. En E. Passos, V. Kastrup, y L. Escóssia (Eds.), *Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 17-31). Porto Alegre: Editora Sulina.
- Passos, E., Kastrup, V., y Escóssia, L. (Eds.) (2009). *Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Pellicer, I., Vivas-Elias, P., y Rojas, J. (2013). La observación participante y la deriva: dos técnicas móviles para el análisis de la ciudad contemporánea. El caso de Barcelona. *Revista de Estudios Urbanos Regionales*, 39(116), 119–139.
- Perez, P.G.P., y Capitulo, K.L. Birth plans: are they really necessary? Pro and con. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, 30(5), 288–289.
- Pérez-Orozco, A. (2006). Amenaza tormenta: la crisis de los cuidados y la reorganización del sistema económico. *Revista de economía crítica*, 5, 7-37.

- Pla, M. y Cabria, A. (2011). *La planificación de la evaluación de las líneas estratégicas de atención en el embarazo, neonatal y en el puerperio de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Informe final*. Barcelona: Càtedra de Recerca Qualitativa - Universitat Autònoma de Barcelona.
- Pla, M., y Codern, N. (2006). Contribuições e reelaboraões com base em uma avaliação alternativa de um programa de saúde na Catalunha (Espanha). En M.L.M. Bosi y F.J. Mercado (Eds.), *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde. Enfoques emergentes* (pp. 347-366). Petrópolis: Vozes.
- Pla, M., y Pérez-Salanova, M. (2016). Las personas mayores ¿de objetos a sujetos? Subjetividades e identidades. En S. Ezquerria, M. Perez-Salanova, M. Pla, y J. Subirats (Eds), *Edades en transición. Envejecer en el siglo XXI*. Barcelona: Ariel Ciencias Sociales.
- Pla, M., y Sánchez-Candamio, M. (2002). La elaboración y formalización de registros de la observación participante en la investigación psicosociológica cualitativa. En F.J. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Eds), *Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud: una antología Iberoamericana*. México: Universidad de Guadalajara/Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
- Racine, G. (2000). La construction de savoirs d'expérience chez des intervenantes d'organismes communautaires pour femmes sans-abri: un processus participatif, collectif et non planifié. *Nouvelles Pratiques Sociales*, 13(1), 69-84.  
doi:10.7202/000006ar
- Raymond, É., Sévigny, A., Tourigny, A., Vézina, A., Verreault, R., y Guilbert, A.C. (2013). On the track of evaluated programmes targeting the social participation of seniors: a typology proposal. *Ageing and Society*, 33(2), 267-296.  
doi:10.1017/S0144686X11001152
- Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, BOE núm. 27 (1984)
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, BOE núm. 17 (2008).

- Rebollo, O., Morales, E., y González, S. (2016). *Guía Operativa de Evaluación de la Acción Comunitaria*. Barcelona: Institut de Govern i Polítiques Públiques - Universitat Autònoma de Barcelona.
- Riessman, C.K. (1983). Women and medicalization: a new perspective. *Social Policy*, 14(1), 3–18.
- Rodríguez-Villasante, T. y Alberich, T. 1993. Experiencias de participación ciudadana en municipios: análisis y propuestas. *Alfoz: Madrid, territorio, economía y sociedad*, (104-105), 87-96.
- Rolnik, S. (1998). Subjetividade Antropofágica. En P. Herkenhoff, y A. Pedrosa (Eds.). *Arte Contemporânea Brasileira: Um e/entre Outro/s, XXIVa Bienal Internacional de São Paulo* (pp. 128-147). São Paulo: Fundação Bienal de São Paulo.
- Rolnik, S. (2006). *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo* (2ª ed.). Porto Alegre: Editora Sulina UFRGS.
- Rothman, B.K. (2014). Pregnancy, birth and risk: an introduction. *Health, Risk & Society*, 16(1), 1-6. doi:10.1080/13698575.2013.876191
- Sánchez-Mellado L. (2007, marzo 25). El Parto es Mío. *El País Semanal*. Recuperado 23 julio 2017, en [https://elpais.com/diario/2007/03/25/eps/1174806946\\_850215.html](https://elpais.com/diario/2007/03/25/eps/1174806946_850215.html).
- Scamell, M. (2011). The swan effect in midwifery talk and practice: a tension between normality and the language of risk. *Sociology of Health and Illness*, 33(7), 987–1001. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01366.x
- Schön, D.A. (1983). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. United States of America: Basic Books.
- Seixas, C.T., Merhy, E.E., Baduy, R.S., y Junior, H.S. (2016). Integrality in the health care perspective: an experience of the Unified Health System in Brazil. *Salud Colectiva*, 12(1), 113-123. doi:10.18294/sc.2016.874
- Serrano, I. (2002). *La formación de matrona a lo largo de la historia*. Pamplona: Asociación Navarra de Matronas. Recuperado 23 julio 2017, en <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/matronas/formacion.pdf>



- Servicio Extremeño de Salud. (2013). *Estrategia de Atención al Parto Normal en el servicio extremeño de salud. Documento de adhesión a la EAPN del SNS y Protocolos de aplicación práctica*. Servicio Extremeño de Salud y Consejería de Salud y Política Social, Gobierno de Extremadura.
- Silva, A.L.S, Santos, J.G.W., y Merhy, E.E. (2016). O encontro com a parteira ridente. En E.E. Merhy, R.S. Baduy, C.T. Seixas, D.E.S. Almeida, y H.S. Júnior (Eds.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes. Livro 1* (pp. 173-178). Rio de Janeiro: Hexis.
- Silva E. (2007). *Circo-teatro: Benjamim de Oliveira e a teatralidade circense no Brasil*. São Paulo: Editora Altana.
- Simkin, P. (2007). Birth plans: after 25 years, women still want to be heard. *Birth*, 34(1), 49-51. doi:10.1111/j.1523-536X.2006.00126.x
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2003). *Protocolo de asistencia al parto normal*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (2008). *Recomendaciones sobre la Asistencia al Parto*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
- Springett, J., Atkey, K., Kongats, K., Zulla, R., y Wilkins, E. (2016). Conceptualizing quality in participatory health research: A phenomenographic inquiry. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 17(2).
- Suárez-Cortés, M., Armero-Barranco, D., Canteras-Jordana, M., y Martínez-Roche, M.E. (2015). Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 520–526. doi:10.1590/0104-1169.0067.2583
- Vaismoradi, M., Turunen, H., y Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*, 15(3), 398–405. doi:10.1111/nhs.12048
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud* (1ª ed.). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Victoria, C.G., Bahl, R., Barros, A.J.D., França, G.V.A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N.C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7

- Vila-Candel, R., Mateu-Ciscar, C., Bellvis-Vázquez, E., Planells-López, E., Requena-Marín, M., y Gómez-Sánchez, M.J. (2015). Influencia del programa de educación maternal en el cambio de preferencias del plan de parto en gestantes del Departamento de Salud de la Ribera. *Matronas Profesion*, 16(1), 28–36.
- Villarme, S., Olza, I., y Recio, A. (2015). El parto es nuestro: El impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico de España. *Dilemata*, 7(18), 157–183.
- Wait, S., y Nolte, E. (2006). Public involvement policies in health: exploring their conceptual basis. *Health Economics, Policy, and Law*, 1, 149–162.  
doi:10.1017/S174413310500112X
- Wallerstein, N. (2006). *What Is the Evidence on Effectiveness of Empowerment to Improve Health?* Copenhagen: World Health Organization.
- Welsh, J.V., y Symon, A.G. (2014). Unique and proforma birth plans: A qualitative exploration of midwives 'experiences. *Midwifery*, 30(7), 885-891.  
doi:10.1016/j.midw.2014.03.004
- Whitford, H.M., Entwistle, V.A., Teijlingen, E., Aitchison, P.E., Davidson, T., Humphrey, T., y Tucker, J.S. (2014). Use of a Birth Plan within Woman-held Maternity Records: A Qualitative Study with Women and Staff in Northeast Scotland. *Birth*, 41(3), 283-289. doi:10.1111/birt.12109
- World Health Organization (WHO). (1986). *The Ottawa Charter*.
- Wright, M.T., Roche, B., Von Unger, H., Block, M., y Gardner, B. (2010). A call for an International Collaboration on Participatory Research for Health. *Health Promotion International*, 25(1), 115-122. doi:10.1093/heapro/dap043
- Xunta de Galicia. (2008). *Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía técnica do proceso de atención ó parto normal e puerperio*. Xunta de Galicia.

## ANEXOS





## ANEXO 1. LA PRODUCCIÓN DE CUIDADO

Desde una perspectiva micropolítica, el cuidado se concibe como un acontecimiento micropolítico que se da en los encuentros cotidianos entre trabajadores y trabajadoras de salud y usuarios y usuarias. Sin pretensión de capturar su carácter dinámico y emergente en una definición que lo reifique, a continuación presento algunos aspectos sobre la producción de cuidado que fueron relevantes para este trabajo, siempre tomado cualquier definición como algo provisorio y cambiante.

### *Producción de cuidado a través del trabajo vivo en acto*

El cuidado se concibe como una producción subjetiva que se da en función de cómo las personas dan sentido al mundo y a las formas de intervenir en él (Franco y Merhy, 2011). Así, la producción de cuidado se basa en los territorios existenciales de las personas, entendidos estos como referentes éticos y políticos que conforman sus sentidos e identidades. Por lo tanto, el cuidado no se define como un procedimiento o actividad, sino como un modo de hacer singular que se construye en el momento del encuentro y que se crea con el “trabajo vivo en acto” (Franco y Merhy, 2011, 2013). Esta noción elaborada por Merhy (1997) permite explicar la diversidad de maneras de actuar de los diferentes profesionales, aun estando bajo las mismas normas institucionales. Esta idea parte de la concepción del trabajador o trabajadora de salud como actor o actriz protagonista de sus procesos de trabajo, y, por lo tanto, como sujeto que no solo se rige por las normas y los protocolos del servicio o la unidad, sino que también posee unos grados de libertad que puede utilizar en una dirección u otra. De esta manera, en la interacción con el usuario, el o la profesional puede poner en juego su espacio de libertad en la dirección de reproducir las prácticas dominantes de la institución, o bien, producir otra manera de actuar. Así, el trabajo vivo en acto engendra procesos creativos que pueden dar lugar a múltiples maneras de cuidar. En este sentido, definimos el cuidado como un proceso relacional, en constante producción, que puede generar aperturas y transformar las prácticas existentes. De este modo, la producción de cuidado abre la posibilidad de establecer procesos de acogida de la usuaria y su mundo, más allá de tener o no respuesta para su situación; y buscar alternativas imaginativas que nos permitan respetar y defender la multiplicidad de opciones.

*Producción de cuidado, relaciones intercesoras y afectación*

Al poner el acento en el trabajo vivo en acto, aquello que caracteriza el encuentro entre profesional y usuaria no es el espacio físico, sino las relaciones que en este se construyen, pues, en ocasiones, pueden ser productoras de cuidado y, en otras, no. Merhy (2006) señala la construcción de intercesores<sup>28</sup> como un elemento central para la producción de cuidado. Define el encuentro intercesor como un espacio de relación que se construye en el momento de la interacción y en el cual es posible la mutua afectación. Es importante resaltar que, cuando me refiero a una relación en la que hay una afectación mutua, no lo hago desde la noción de afectación emocional en respuesta al sufrimiento de una persona (aunque no niego que pudiera ser así). Me refiero a la noción desarrollada por Spinoza y actualizada por Deleuze (2001) y posteriormente incorporada a las prácticas investigadoras de varios autores del campo de la micropolítica (Rolnik, 2006; Franco y Merhy, 2009, 2011; Passos et al., 2009). Las afecciones se definen como flujos de intensidades que se dan en el encuentro entre las personas y que se materializan en nuestro cuerpo en forma de sensaciones (Rolnik 2006). Intensidades que pueden causar alegría o tristeza, y que pueden aumentar o disminuir respectivamente la potencia de los sujetos para actuar (Spinoza, citado por Deleuze, 2001).

Reconocer la afectación como un elemento que permite construir algo nuevo en el encuentro y ubicar la afectación en la base de los procesos de transformación conlleva valorizar el cuerpo como materia de experimentación, de expresión y de producción de conocimiento que posibilita crear otras formas de ubicarnos, de dar sentido al mundo o de actuar (Cruz, 2016). Esto tiene dos implicaciones importantes: por un lado, no se privilegian los signos lingüísticos en relación con otros regímenes de signos. Es en este sentido un reconocimiento al cuerpo como un espacio físico y simbólico donde se producen conocimientos útiles para el manejo de una situación, y no solo como un sustrato a través del cual se expresan y deben ser controlados los síntomas o signos de una enfermedad. Y, por otro lado, y en relación con lo anteriormente planteado, señala la necesidad de no silenciar u omitir todo aquello que la persona descubre y expresa a través de su cuerpo, porque inhibimos toda esta potencia creativa. En esta línea, Rolnik (2006, p.

---

<sup>28</sup> Para Merhy (2006), el espacio intercesor es aquel que siempre existirá en los encuentros, pero solo en sus encuentros y en acto. Usa el término *intercesor* –recogiendo algunas cuestiones planteadas por Deleuze– para designar aquello que se genera en las relaciones entre “sujetos”, en el espacio de sus intersecciones, que es un producto que existe para los “dos” en acto y no tiene existencia sin el momento de relación, en la cual los “inter” se colocan como instituyentes en busca de nuevos procesos, tal cual uno en relación al otro. (p. 43)

13) explica la relación entre afectación, cuerpo y creación de nuevas formas de expresión de la siguiente manera: “las intensidades que se dan en el encuentro movilizan nuestra capacidad de creación en la medida que nos colocan en crisis y nos imponen la necesidad de crear formas de expresión para las sensaciones intransmisibles por medio de las representaciones de las que disponemos”. Por lo tanto, desde esta aproximación, el campo de lo sensible se ubica en el centro de la producción de conocimiento.

#### *Construyendo relaciones vivas con la otra persona*

Gran parte de las cuestiones anteriormente planteadas para la producción de cuidado llevan implícita una determinada construcción de alteridad. Situarse en la interacción y permitir que la presencia de la otra persona te afecte y te interpele conlleva ubicarse en una posición en la que lo que el otro siente, piensa o expresa es importante. Así, dejarse afectar posibilita una relación en igualdad de condiciones porque se tensiona la asimetría al interesarnos por la otra persona. Me refiero a un interés genuino que lleve a investir a la otra persona como a alguien de quién se puede aprender. Para ello, tal como plantea Rolnik (2006), es necesario aprehender al otro como un campo de fuerzas que nos moviliza y transforma nuestro modo de actuar en las sucesivas interacciones en las cuales nos involucramos. Esta noción de alteridad lleva a construir relaciones vivas con las otras personas, sin miedo a sumergirse en una relación sin certezas (Gomes y Merhy, 2014) y evitando convertir las diferencias en desigualdades de saber y de poder (Merhy, 2009). Convertir a la otra persona en una presencia viva, tal como explica Rolnik (2006), significa no convertir al otro simplemente en un objeto en el que proyectamos nuestras imágenes preestablecidas.

#### *Cuidado, transformación y construcción de nuevos territorios existenciales*

Ubicarse en el encuentro en situación de afectar y ser afectado implica situarse con una mirada atenta a aquellas señales que se encuentran en el límite entre el sentido y el no sentido; y que se expresan con gestos, actitudes, expresiones verbales o no, insinuaciones y emociones, por ejemplo. Estas señales poco a poco pueden ir dando lugar a impresiones vagas, fragmentos de escenas inconexas, sensaciones corporales o percepciones de incomodidad o tensión. Son sensaciones y percepciones que a veces desorientan y desconciertan, pero que dibujan un campo problemático que nos fuerza a pensar y que moviliza nuestra creatividad para que busquemos maneras de expresar las sensaciones que experimentamos (Rolnik, 2006). Esto nos permite “descubrir” la novedad

en el otro y aprender. Un aprendizaje profundo que no se fundamenta en la transmisión de conocimientos, sino que tiene que ver con la creación de otras formas de expresión, invención de nuevas problemáticas sobre la situación, cambios en nuestra mirada sobre el mundo, modificaciones en nuestra posición ante una situación concreta o reflexiones que nos llevan a replantearnos nuestra propia historia.

Este aprendizaje nada tiene que ver con la representación de una realidad, sino con la producción de realidad. Cuando la afectación nos moviliza, nos brinda la posibilidad de hacer otras lecturas de la situación y del entorno, de inventar otras referencias, crear otros modos de relación y de existencia. En este sentido, la afectación, al generar aperturas y transformar nuestra manera de mirar y actuar, puede dar lugar a desterritorializaciones, es decir, a la deconstrucción de territorios existenciales y a la formación de otros nuevos (Franco y Merhy, 2011).

Sin embargo, también es posible que este proceso se detenga en algún punto, especialmente cuando ante estas percepciones que nos desubican, desechamos todo aquello que nos parece inconexo e inconsistente y recurrimos a lo que ya sabíamos, por lo que cerramos la posibilidad de cambio y aprendizaje. Entonces, esta efímera desterritorialización se trunca y nos reterritorializamos.

El cuidado, por lo tanto, es una oportunidad para protagonizar –y no reproducir– una manera singular de actuar ante una situación concreta. Este carácter instituyente y singular del cuidado nos hace pensar en él como una posibilidad de resistencia a los modos de pensamiento hegemónicos y homogeneizadores que provocan subjetividades seriadas (Guattari y Rolnik 2006). Una resistencia basada en la apertura de espacios para la creación y la exploración de las potencialidades, que agitan y agujerean lo establecido. Implica, por lo tanto, una insistencia permanente en construir relaciones que posibiliten la emergencia de una multiplicidad de formas de existencia (Pla y Pérez-Salanova, 2016).

### *Cuidado y producción de potencia*

Tal como describió Spinoza, cuando un cuerpo se encuentra con otro cuerpo, tienen la capacidad de afectarse mutuamente y, como resultado de esta afectación, de modificar la potencia para actuar en el mundo (Spinoza, citado por Deleuze, 2001). De manera que las afecciones a veces aumentan nuestra potencia para actuar y otras veces la disminuyen. En el campo de la salud, la producción de cuidado es una oportunidad para



construir buenos encuentros que aumenten la potencia de las personas implicadas (Franco y Merhy, 2011).

En la interacción entre profesionales y personas usuarias, la construcción de buenos encuentros que produzcan potencia puede darse de muchas maneras, por ejemplo, puede implicar prescindir de etiquetas diagnósticas y no determinar de antemano lo que una persona puede o no puede hacer, permitir la emergencia de la singularidad, evitar las prácticas de control sobre el cuerpo y sus expresiones, fomentar el autogobierno y dar espacio y elementos para que cada persona pueda producir su propia vida o abrirse a formas de actuar creativas, inventivas y disruptivas con lo establecido. Asimismo, también es importante activar la potencia de los o las profesionales de salud al ubicar la capacidad creativa e inventiva del o la trabajadora en acción en el centro de la producción en salud. Una cuestión fuertemente vinculada al trabajo vivo en acto y a la construcción de redes de relaciones.

*El cuidado como un territorio común donde todas las personas disputan por su capacidad de gobierno*

Merhy (2006), al describir los actos en salud, distingue dos dimensiones: una centrada en los saberes propios de un campo profesional y otra que denomina *dimensión cuidadora*. La primera dimensión está muy territorializada en función de la disciplina profesional (médico o médica, enfermero o enfermera, etc.), mientras que la dimensión cuidadora es común a todas las personas implicadas (usuarios y usuarias, personas de su entorno, profesionales de diferentes disciplinas, etc.) y no se sustenta en un saber estructurado.

Reconocer la dimensión cuidadora como un espacio común compartido no significa asumir que sea un campo de acción armonioso. Por el contrario, es un espacio en disputa caracterizado por las tensiones y los conflictos propios de las relaciones entre sujetos interesados. Así, todas las personas implicadas (profesional y usuario o usuaria) llegan al encuentro con una serie de necesidades, deseos y expectativas ya elaboradas en el marco de los procesos sociales e históricos, y, por lo tanto, sujetas a la captura por lógicas sociales. Pero el encuentro también abre la posibilidad de que cualquiera de las personas presentes pueda instituir nuevas necesidades de forma singular. Por lo tanto, el encuentro es un espacio de disputa donde las diferentes necesidades (como fuerzas

instituyentes) buscan su institución, y en donde ambos (profesional y usuario o usuaria) buscan capturar al otro en función de sus intereses, deseos y expectativas (Merhy, 2006).

Pensar en el encuentro entre profesional y usuario o usuaria en estos términos nos ofrece la posibilidad de mirar el proceso de toma de decisiones y la construcción compartida de proyectos terapéuticos poniendo el foco en la capacidad de gobierno de cada una de las personas implicadas. En este punto es importante señalar que un proyecto terapéutico es también un proyecto político porque expresa una determinada manera de concebir el mundo y las acciones que en él se efectúan. Así, en el encuentro entre profesional y usuario o usuaria se crea una disputa sobre proyectos terapéuticos, o incluso en esta disputa también pueden entrar los proyectos de cualquiera de las otras personas implicadas (otros profesionales, familiares, cuidadores, etc.). La adaptación del triángulo de gobierno de Matus (1992) que propone Merhy (2006) para el estudio del cuidado en salud permite analizar como los diferentes actores y actrices en juego manejan su capacidad de gobierno. Parte de la idea de que tanto profesionales como usuarios son actores que están en situación de gobierno, aunque cada uno de ellos disponga de recursos, estrategias y posiciones de poder diferentes.

Para las personas usuarias de los servicios de salud, el proyecto terapéutico estará relacionado con su vida, aunque también incluirá sus expectativas respecto a los servicios de salud y lo que quiere conseguir de ellos. Para los y las profesionales, este proyecto terapéutico estará construido basándose en su rol profesional y su ubicación en la organización, y podrá incorporar también la producción de cuidado como ética que oriente sus acciones, así como la equidad en la distribución de recursos.

Por todo lo expuesto, la discusión sobre la toma de decisiones y construcción conjunta de planes terapéuticos en escenarios complejos no debe dirimirse resolviendo quién debe decidir qué. Reconocer la centralidad de la relación profesional-usuaria o usuaria implica centrarse en identificar y poner en juego aquellas estrategias que faciliten que las personas construyan y ejerzan su capacidad de gobierno desde la interdependencia. Desde la comprensión de que son las relaciones que se construyen con interdependencia, las que permiten mayores grados de autogobierno. Esto implica un distanciamiento con el ideal de sujeto autónomo e independiente que toma sus propias decisiones de forma racional, objetiva y descontextualizada, que es propio de las políticas de subjetivación neoliberales (Rolnik, 2006; Lupton, 2013). De acuerdo con lo planteado, la capacidad de autogobierno puede entenderse como aquello que posibilita que las

personas se sitúan en el campo social como actores y actrices con agencia para articular su propia manera de actuar con (no al margen de) las otras personas.

### **Anexo 1a.** La producción de subjetividad en el campo de la salud

El estudio del cuidado permite abordar la problemática de la producción de subjetividad en el campo de la salud y pensar en procesos de subjetivación en defensa de la vida. Así, la producción de cuidado puede verse como un dispositivo que posibilite abrir espacios de ruptura o disidencia con lo establecido y con las formas de subjetividad dominante (Franco y Merhy, 2009, 2011).

La noción de subjetividad trabajada desde la perspectiva micropolítica se nutre en gran medida de las discusiones y problemáticas planteadas por Deleuze, Guattari (1988/2015) y Foucault (1987/2005), entre otros, en torno a las políticas de subjetivación en la actualidad. Estos autores defienden una idea de subjetividad en constante producción y rechazan la idea de una subjetividad tipo recipiente –como algo que debe ser llenado– en la cual se irían colocando cosas esencialmente exteriores que se van interiorizando (Guattari y Rolnik, 2006). Emplean la expresión subjetivación o producción de subjetividad para dar cuenta de este carácter dinámico, es decir, para resaltar la idea que las personas y el mundo están en constante producción.

Deleuze y Guattari (1988/2015) sitúan la problemática de la producción de subjetividad como un elemento central del capitalismo actual, pues señalan que este no se reduce al campo de la plusvalía económica, sino que actúa muy especialmente sobre la producción de subjetividad. Definen el capitalismo en términos de “máquina de producción de subjetividad” que describen en términos de producción industrial y a escala internacional que conduce a una subjetividad seriada, fabricada, modelada, recibida y consumida. Esta subjetividad producida y consumida incide en la manera como percibimos el mundo, nos articulamos en el tejido social, nos implicamos en el trabajo, o incluso en cómo soñamos o fantaseamos. Y, por lo tanto, fabrica la relación de las personas con el mundo y consigo mismas al mismo tiempo que fabrica la relación con la producción, con la naturaleza, con los hechos, con el movimiento, con el cuerpo, con la alimentación, con el pasado, con el futuro, etc. Más aun, al aceptar esta subjetividad fabricada y consumida lo hacemos bajo el supuesto de que es el orden “natural” del mundo y que no puede ser tocado (Guattari y Rolnik, 2006).

Guattari y Rolnik sugieren que la subjetividad se produce básicamente en el campo de la producción social y material, pues desplaza al individuo del centro y referente de los procesos de subjetivación. De manera que la subjetividad se fabrica y modela en el registro de lo social, aunque es vivida y asumida por las personas en sus existencias particulares. Una cuestión central aquí es la relación que establecemos con esta: si la consumimos tal cual y nos sometemos a ella en la forma como nos es dada, o bien nos reapropiamos de sus componentes.

La idea de reapropiación señala que el consumo y la asimilación de esta subjetividad capitalista no es inmutable, sino que es posible generar puntos de ruptura a través de los procesos de singularización (Guattari y Rolnik, 2006). Los procesos de singularización tienen lugar cuando inventamos otros mundos y construimos otros territorios de vida donde otras relaciones con las personas y otros modos de existencia son posibles. Así, para que los procesos de singularización acontezcan y den lugar a subjetividades disidentes es necesario abrir espacios. Estas rupturas o disidencias constituyen en sí mismas una forma de resistencia política y conforman lo que Guattari y Rolnik (2006) denominan *revolución micropolítica*. Una revolución que constituye una forma de resistencia a la seriación y que se articula a partir de los procesos de diferenciación que dan lugar a la emergencia de múltiples formas de existencia. Implica también un rechazo a los modos de codificación preestablecidos por la subjetividad dominante capitalista, que nos permite construir otras sensibilidades, otros modos de relación y otras formas de creatividad y de producción.

Estos procesos de singularización se construyen en sintonía con el deseo, ya que este solo puede ser vivido a través de los vectores de diferenciación. Desde una perspectiva micropolítica, el deseo ha de entenderse como la energía propulsora de los procesos de construcción de realidad por parte de los sujetos. Es decir, como la fuerza que impulsa la acción de los sujetos para producir el microcosmos en el cual cada uno está inscrito y actúa micropolíticamente (Franco y Merhy, 2011). En este sentido, el deseo se concibe como la energía que lleva a la invención de la realidad social y aquello que transforma a las personas en protagonistas de los procesos de cambio (Franco y Merhy, 2011). Aunque, tal como explica Rolnik (2006), cuando desmontamos esta subjetividad seriada y creamos nuestros territorios singulares se produce también una cierta fragilidad, lo que nos lleva a producirnos continuamente en esta tensión entre desterritorializarnos y territorializarnos. De aquí que seamos “sujetadores” y “sujetados”, instituyentes e

instituidos, sujetos de saberes y acciones que nos permiten actuar protagonizando nuevos procesos y a la vez reproductores de ciertas situaciones ya dadas (Merhy, 2006).

El estudio de la producción de cuidado explora el mundo del trabajo con la intención de revelar la producción de vida que las personas y los colectivos crean para sí y en las otras personas. Una producción que solo puede hacerse a través del deseo y los procesos de singularización que agujerean lo instituido. Es también una mirada sensible a cómo los procesos de transformación acontecen y se expresan, con los vectores de fuerza que los impulsan, los modifican u ofrecen resistencia. Una cuestión que cobra relevancia en el campo de las políticas públicas orientadas a producir transformaciones, tanto si el objeto del cambio es un modelo de atención en salud como si es la reapropiación del espacio público en una ciudad.

## **ANEXO 2. ESTRATEGIAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA (2007-2011): EAPN Y ENSSR**

### **Anexo 2a. Objetivos y líneas estratégicas de la EAPN y la ENSSR**

#### *Estrategia de Atención al Parto Normal*

El objetivo general presentado en el documento de la EAPN es potenciar la atención el parto normal en el SNS, mejorar la calidad y mantener los niveles de seguridad. Se plantea la necesidad de reconocer el nacimiento como “un proceso fisiológico en el que solo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad” y se subraya que los y las profesionales deben orientar sus acciones a “favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres”. Para ello se describe una serie de objetivos específicos: promover las prácticas clínicas basadas en la mejor evidencia disponible, fomentar la consideración del parto como proceso fisiológico y como acontecimiento singular y único en la vida de las mujeres y las familias, incorporar a las mujeres en la toma de decisiones, ofrecer cuidados individualizados en función de las necesidades de cada mujer, reorientar la formación de los profesionales, y fomentar la investigación para mejorar la atención.

Centrándonos en estos objetivos, se establecen cuatro grandes líneas estratégicas: 1. Abordaje de las prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible, 2. Participación de las mujeres usuarias en la toma de decisiones, 3. Formación de profesionales de la medicina y de la enfermería, 4. Investigación, innovación y difusión de las buenas prácticas de atención al parto normal

#### *Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva*

La ENSSR se divide en dos bloques diferenciados: la Estrategia en Salud Sexual y la Estrategia en Salud Reproductiva. El objetivo general referido al bloque de salud reproductiva es “ofrecer una atención global, continuada, integral y de calidad, a partir del mejor conocimiento disponible, centrado en las necesidades y circunstancias de las personas usuarias y orientada a promover una vivencia humana, íntima y satisfactoria para las mujeres, sus parejas, bebés y familia”.

Además se describen los siguientes objetivos específicos: promover la salud, el bienestar y la autonomía de las mujeres embarazadas; potenciar la atención al parto normal y mejorar la calidad y calidez de la asistencia favoreciendo un clima de confianza,

seguridad e intimidad; mejorar las condiciones del nacimiento; promover la salud y el bienestar de las mujeres púerperas; impulsar aspectos transversales como la formación, la participación de las mujeres y sus parejas, la multiculturalidad y la discapacidad; e impulsar un cambio de valores en torno a la maternidad y la paternidad.

Para la consecución de los objetivos se establecen doce líneas estratégicas que se exponen a continuación: 1. Promoción de la salud en el embarazo; 2. Atención sanitaria en el embarazo; 3. Atención al parto –desarrollada en la EAPN; 4. Cuidados del nacimiento a la primera semana de vida; 5. Promoción de la lactancia materna; 6. Cuidados del recién nacido hospitalizado, 7. Cuidados propios del puerperio; 8. Atención sanitaria en el puerperio; 9. Formación de profesionales; 10. Participación de las mujeres y las parejas; 11. Coordinación institucional; y 12. Investigación, innovación y buenas prácticas.

### **Anexo 2b.** Ejes de cambio propuestos en las estrategias

Más allá de la concreción de los objetivos en diferentes líneas estratégicas y recomendaciones para cada una ellas; tanto la EAPN y la ENSSR plantean tres ejes de cambio:

1. Desmedicalización
2. Calidez en la atención - humanización
3. Participación de la mujer (y su entorno)

#### *Desmedicalización*

La desmedicalización se plantea en las estrategias desde una doble vertiente: por un lado, se promueve la disminución de los procedimientos y las intervenciones potenciando el parto normal (FAME, 2006; OMS, 1996); y, por otro lado, se reconoce la maternidad como un proceso fisiológico y simbólico, y no como una patología.

El parto normal se define como “un proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (FAME, 2006).

La mayoría de recomendaciones que se incluyen en las estrategias para potenciar la desmedicalización se centran en evitar la cascada de intervenciones (Kitzinger, 1981; Inch, 1984) eliminando aquellos procedimientos que la evidencia define como innecesarios o perjudiciales.

Algunos de los procedimientos no recomendados en las estrategias son el rasurado, el enema, la maniobra de Kristeller, la ruptura artificial de membranas rutinaria, entre otras. En cambio, se recomienda la ingesta de líquidos en el parto normal, la movilidad, la monitorización intermitente, la realización de pruebas a la criatura recién nacida en presencia de la madre (o persona de su entorno), el contacto precoz piel con piel, entre otras cuestiones, siempre dentro de un marco de seguridad.

#### *Calidez en la atención - humanización*

La calidez en la atención se refiere a distintos conceptos como son el respeto, la dignidad, la intimidad, la privacidad, la confianza o la seguridad. Aunque se incluyen cuestiones como el respeto a las necesidades, las expectativas y los deseos de la persona usuaria (mujer, recién nacido y entorno), en gran parte de ellas no se concreta cómo deben realizarse.

En la ENSSR se establecen también una serie de medidas para garantizar los derechos del o la RN: el contacto físico y emocional, la proximidad y trato individualizado, el control de las condiciones ambientales (luz, temperatura, ruido), entre otras.

En este eje se incluye una parte importante de las cuestiones que en la literatura se identifican como aspectos de la humanización. Aunque tanto la EAPN como la ENSSR prácticamente no utilizan la noción de humanización (en la EAPN se cita tres veces este término y en la ENSSR dos veces), aunque citan documentos y marcos de referencia internacionales sobre la humanización. Alternativamente, se emplea la noción de calidez en la atención para referirse a conceptos tales como respeto, dignidad, intimidad, privacidad, confianza o seguridad. Posiblemente, porque el término *humanización* genera tensiones en algunos sectores profesionales.

#### *Participación de la mujer (y su entorno)*

La participación de la mujer y las personas de su entorno que las acompañan a lo largo del proceso es uno de los ejes de cambio propuestos en ambas estrategias (EAPN y



ENSSR). Así, en ambos documentos se hace referencia a que la mujer recupere el protagonismo y control sobre el proceso, con especial énfasis en su implicación en las decisiones. La toma de decisiones se establece como un proceso que debe ser compartido y consensuado entre usuarias y profesionales, y debe reconocer la autonomía de decisión de las mujeres dentro de un marco de seguridad. En relación con la participación en la toma de decisiones, el acceso a la información es un elemento destacado en las estrategias, aunque en la EAPN se reconoce que no es suficiente. En la ENSSR se hace especial énfasis en la participación del padre o persona elegida por la mujer; y se reconoce el papel de la madre y el padre (u otra persona del entorno) como referentes permanentes de la o del recién nacido (RN).

### **Anexo 2c.** Líneas de acción de la implementación de la EAPN y ENSSR en Cataluña

En cada comunidad autónoma se desarrollaron planes y programas para implementar los cambios propuestos en las estrategias. En Cataluña, las acciones desarrolladas para facilitar la implementación de las recomendaciones de ambas estrategias se realizan a través del Programa de Atención al Parto Normal (DS, 2006, 2008) coordinado por el Departamento de Salud, y al que se adhieren los hospitales públicos de forma voluntaria. Actualmente, 34 de los 43 hospitales públicos están adheridos al Programa de Atención al Parto Normal, aunque es importante resaltar que el hecho de no estar adheridos al programa no significa que en estos hospitales no estén implementando parte de las recomendaciones de las estrategias.

El Programa de Atención al Parto Normal se basa en tres líneas de trabajo: a) dar soporte técnico y económico a los hospitales; b) sensibilizar a los y las profesionales del ámbito de la salud; y c) promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones sobre la atención que desean recibir.

El apoyo técnico y económico a los hospitales se ha orientado a asesorar y dar apoyo para la financiación de la adecuación de las infraestructuras. Concretamente, se ha centrado en la remodelación de las unidades de maternidad y la adquisición de material (literas articuladas, bañeras, recursos no farmacológicos para la gestión del dolor). El objetivo de los cambios en las infraestructuras es adecuar el espacio físico y proveer de recursos materiales que favorezcan y faciliten la opción del parto fisiológico.

Tal como explica uno de los representantes institucionales entrevistados (EP11\_RIn), la formación y sensibilización de los y las profesionales se inició a través del Institut d'Estudis de la Salut (IES) y en colaboración con la Associació Catalana de Llevadores (ACLL). Se impartieron diferentes cursos financiados por el Departament de Salut y realizados desde la ACLL sobre cuestiones como la actualización para la atención al parto normal o la protección y reparación del periné. También se han realizado diferentes jornadas de buenas prácticas y varias actualizaciones de la *Guia de pràctica clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'atenció al part normal* (2013) a partir de la revisión de la evidencia disponible.

La promoción de la participación de las mujeres se orientó principalmente al plan de parto, para el que, básicamente, se estableció una serie de criterios y se asesoró a los hospitales para que elaborasen su propio plan de parto conjuntamente con los servicios de atención primaria (servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva, ASSIR) de referencia en el territorio. Uno de los objetivos de esta coordinación entre primaria y especializada era que las mujeres recibieran información congruente y coherente a lo largo del continuum asistencial.

#### **Anexo 2d.** Participación en salud en el contexto español

En el contexto español, la participación en salud, así como la participación en cualquier otro ámbito, se incorpora tarde respecto otros países de nuestro entorno, ya que esta se integra formalmente en las políticas una vez iniciada la transición democrática a finales de los setenta. Las primeras normas reguladoras de la participación ciudadana aparecen en el año 1985 (ley 7/1985), aunque es importante destacar que, desde finales de la dictadura hasta dicha regulación, la participación ciudadana estuvo muy presente y fuertemente vinculada al movimiento vecinal y sus reivindicaciones (Bonet, 2012). Esta regulación aporta un marco legal para la participación pero, también, de acuerdo con algunas voces críticas, conduce a una cierta burocratización de las iniciativas ciudadanas que sustituyeron a las redes vecinales vivas. Paralelamente, la reforma de Atención Primaria (R.D. 137/1984) incorpora la participación comunitaria y los consejos de salud como ámbitos para la participación en salud.

La década de los noventa se caracteriza por un giro comunitario y la introducción de las Agendas 21 como herramienta de planificación participativa de las ciudades con la finalidad de conseguir un desarrollo sostenible a escala municipal. Este giro comunitario

también se plasma en el impulso de los planes comunitarios, los cuales incorporan la participación en la toma de decisiones sobre cuestiones relacionadas con la salud y sus determinantes.

Posteriormente, en el periodo que se extiende desde el año 2004 al 2010, se ponen en marcha los proyectos de intervención integral para la mejora de barrios y áreas urbanas de algunas comunidades autónomas, centrados especialmente en la reducción de desigualdades en salud y la implicación de distintos agentes del territorio (Bonet, 2012). Algunos de estos proyectos se construyen con una clara vocación por la planificación participativa e intersectorial, e incorporan la reducción de las desigualdades en salud como un eje importante (Fuentes, Pasarín, Borrell, Artazcoz y Díez, 2012; Martí-Costa y Parés, 2009; Mehdipanah et al., 2014). En este mismo período, desde una dimensión más individual, se regula la participación del paciente que se incorpora a la toma de decisiones compartidas y se reconoce explícitamente su capacidad de elección (Ley 41/2002). Y, posteriormente, en 2011, la ley de Salud Pública establece el derecho de la ciudadanía a participar directamente o a través de organizaciones en las actuaciones de salud pública (Ley 33/2011).

Este recorrido sintético muestra cómo la incorporación de la participación en el campo de la salud ha dado lugar a prácticas de muy diversa índole que parten de concepciones muy diferentes sobre qué significa que las personas se impliquen en cuestiones que afectan a su salud.

Así, en relación con el desarrollo y la implementación de las prácticas participativas en el contexto español, destacan dos líneas de fuerza que orientan este proceso e influyen en cómo la participación se incorpora al campo de la salud. La primera tiene que ver con el impulso comunitario que florece en los noventa y que tiene continuidad hasta la actualidad: se establece el espacio comunitario como un campo de acción y experimentación importante. El conjunto de estas experiencias ha dado lugar a múltiples prácticas, discusiones y problemáticas que han ido conformando diferentes formas de entender la participación (Font, 1998; Giménez, 2015; Martí y Rebollo, 2007; Rebollo, Morales y González, 2016; Rodríguez, Villasante y Alberich, 1993). La segunda, se configura a partir del cambio en las propuestas participativas que surgen a raíz de los movimientos ciudadanos del 15-M de 2011. La presencia de estos movimientos y la incorporación de algunos de sus participantes a la gestión municipal, da lugar a la integración de la participación como eje importante en las políticas públicas, al

mismo tiempo que se expande el campo de experimentación de las prácticas participativas. Este giro participativo de los últimos cinco años privilegia un enfoque centrado en el espacio público que legitima la participación en los procesos de diseño e implementación de programas y proyectos, así como en el desarrollo de herramientas para su implementación y evaluación. Pero que olvida a menudo los vínculos y las actividades significativas para las personas, que toman especial relevancia en los contextos de cuidado y en la creación de relaciones informales en la comunidad (Ezquerro et al., 2016).

---

### **ANEXO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS**

#### **Anexo 3a.** Genealogía de la ley o la política

La genealogía aplicada al estudio de los procesos de construcción de políticas de salud ha sido utilizada por diferentes autores del ámbito de la investigación micropolítica en salud (Land, 2016), que recogen algunas de las aportaciones de Nietzsche y Foucault (1979/1992).

Para Land (2016), la genealogía es una construcción interpretativa que busca reconstruir la historia efectiva de los valores a través de la descripción de escenas y encadenamientos de escenas, sin pretender con ello establecer una causalidad. Se construye visibilizando las perspectivas enfrentadas que buscan afirmarse unas encima de las otras, las nuevas conformaciones que surgen de las disputas, los intereses dispares, las diferentes formas de vida presentes, como ejemplos de elementos genealógicos. Una cuestión central para este autor es que el o la genealogista funciona de forma implicada, ya que sin su actividad interpretativa no sería posible una producción de sentido (Land, 2016, p. 426).

#### **Anexo 3b.** Territorios cartografiados

Los tres contextos de prácticas cartografiados son un hospital público con un nivel de atención a la complejidad bajo (I), un hospital público de atención a la complejidad alto (IIIB) y los partos en casa. Todos ellos son contextos comprometidos con el cambio y que han implementado de forma activa los cambios propuestos en las estrategias.

El hospital público con un nivel de atención a la complejidad bajo se eligió por la diversidad de procedencias de la población de referencia y por la autonomía de las matronas en la atención al embarazo y parto de bajo riesgo. Pertenece a una zona metropolitana con una alta densidad de población y atiende un volumen de aproximadamente 1.500 partos/año. Es un hospital universitario con un residente de obstetricia y ginecología por año y cuatro residentes de comadronas por año. Se considera que tiene un nivel de atención a la complejidad bajo porque no atiende partos por debajo de las 35 semanas.

El hospital público con un nivel de atención a la complejidad alto se escogió porque fue uno de los primeros hospitales comprometidos con el cambio del modelo de atención. También porque su población de referencia presenta diferentes niveles de

riesgo: bajo, medio y alto. Este contexto nos permitía, por un lado, observar qué ocurre con la atención en función del riesgo, a la vez que explorar la convivencia entre las diferentes necesidades / requerimientos de intervención médica. Al ser un contexto muy tecnificado podíamos observar cómo se producía el cuidado en situaciones que requerían una mayor intervención médica a la vez que analizar qué ocurría en las situaciones en que la tecnología no era necesaria pero estaba disponible. Este hospital pertenece también a una zona metropolitana y tiene un volumen de 2.500 partos/año aproximadamente. Es un hospital universitario con un número elevado de residentes por año tanto de obstetricia como de comadronas.

Los partos en casa se escogieron por ser un contexto desinstitucionalizado y, por lo tanto, un espacio de prácticas menos normativizado donde era posible ver la emergencia de innovaciones. Representa también un contexto en el que la responsabilidad de los cuidados se asume de forma más compartida entre los y las profesionales y las usuarias (y su entorno). Además nos permitía también explorar las transiciones y la relación entre la red formal de asistencia al embarazo, parto y posparto, y la red de cuidado que construía en la atención al parto en casa.

### **Anexo 3c.** Usuarías guía

En la investigación participaron usuarias guía procedentes de los tres contextos de prácticas y a continuación se describe cómo nos aproximamos a las mujeres guía.

En el hospital de baja complejidad se pidió a los profesionales que identificaran a aquellas personas que pensaran que no se habían sentido cuidadas. Finalmente, la elección de las usuarias guía recayó en la persona responsable del servicio (no en el equipo) que optó por invitar a la investigación a algunas de las mujeres que habían presentado una reclamación sobre el trato recibido durante su estancia en el servicio. En total participaron dos mujeres que habían sido atendidas en ese centro.

En el hospital de alta complejidad fue la investigadora cartógrafa la que propuso a las mujeres participar en la investigación. Todas ellas fueron mujeres que de alguna manera cuestionaban las prácticas instituidas y que generaban conversaciones y discusiones entre los y las profesionales en torno a la manera en que estas mujeres estaban tomando sus decisiones y construyendo sus prácticas en torno a la maternidad. En total participaron tres mujeres que habían sido atendidas en ese centro.

En los partos en casa fueron las matronas las que sugirieron qué mujeres podrían participar tras formular la pregunta: ¿de qué mujeres sería interesante saber más?, y así, poder comprender por qué no se habían sentido cuidadas o cómo habían afrontado un cambio en cuanto a sus expectativas de parto. Todas las usuarias guía elegidas fueron mujeres que iniciaron un parto domiciliario y terminaron en el hospital. En total participaron tres mujeres que habían optado por el parto en casa.

#### **ANEXO 4. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El proyecto ha respetado los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki (1964/2013) por la Asociación Médica Mundial (última ratificación en la 64th WMA General Assembly en Fortaleza en Octubre de 2013), en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (1997), y en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO) (2005).

Asimismo, se ha atendido a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes en España y a sus modificaciones durante el estudio.

En relación con el tratamiento de los datos de carácter personal se cumplieron las prescripciones de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el cual se aprueba el Reglamento que la desarrolla.

A continuación se presentan los consentimientos informados para los y las profesionales y para las mujeres y personas que las acompañan.



## HOJA DE INFORMACIÓN - PARTICIPANTES

---

Nos dirigimos a usted para invitarlo a participar, de manera completamente voluntaria, en un estudio que se realizará con personas que, como usted, están embarazadas (o lo han estado) o bien forman parte del entorno próximo de una mujer embarazada (o que lo ha estado). Nuestra intención es que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar. Con este fin, lea esta hoja informativa con atención y nosotras le aclararemos las dudas que le puedan surgir.

Este estudio forma parte de una investigación doctoral del Programa de Doctorado Salud, Bienestar y Calidad de Vida de la Universidad de Vic - Universidad Central de Catalunya.

La legislación española y los principios éticos de confidencialidad exigen que usted conozca los detalles del estudio y dé su consentimiento para participar.

A continuación le informaremos sobre la razón de ser del estudio y de los aspectos más importantes.

### **Título del estudio**

Dimensión relacional de las practicas de cuidado durante el embarazo, parto y postparto.

### **Objetivo general**

Explorar como las diferentes personas implicadas (profesionales, mujeres, parejas, familias, amistades, etc.) viven y entienden el cuidado a lo largo del proceso de embarazo, parto y postparto (sus experiencias, valoraciones, percepciones, etc.)

### **Metodología**

#### **Diseño**

El diseño del estudio es de tipo cualitativo y busca la participación de todas aquellas personas implicadas en el proceso de embarazo, parto y postparto. Esta propuesta se justifica por la necesidad de comprender como las diferentes personas viven este proceso y cuáles son sus experiencias y reflexiones alrededor de este tema.

#### **Participantes**

Las personas que participaran en el estudio serán mujeres embarazadas o que lo han estado, o bien formar parte del entorno próximo de una mujer embarazada (pareja, amigos o amigas, familia, etc.)

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria y se llevará a cabo sin remuneración económica.

## **Técnicas de generación de datos y recogida de información**

Las técnicas de generación de datos y recogida de información que se proponen son:

1. Entrevistas individuales: para generar conocimientos sobre com la persona ha vivido e interpretado una determinada una experiencia.
2. Grupos de discusión: para generar conocimientos a partir de la discusión con otras personas sobre el tema de estudio.
3. Observación participante: para generar conocimientos sobre com los y las profesionales interactúan con les mujeres y su entorno en su contexto natural (consulta, salas de espera, domicilio, etc.)

## **¿Qué ocurre si decido abandonar el estudio?**

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, por tanto, abandonarlo en cualquier momento. En todo momento, aunque usted abandone el estudio, seguirá recibiendo la misma atención sanitaria por parte de todo el equipo de profesionales.

## **¿Com se asegurará la confidencialidad de mis datos?**

La información recogida será confidencial y sólo podrá ser utilizada exclusivamente para finalidades de investigación y docencia.

Se garantiza la confidencialidad, lo que significa que siempre se preservará el anonimato de los datos y ningún/a participante será identificado/a personalmente en la comunicación y publicación de resultados.

Con esta finalidad, la información que se recoja sobre todos los y las participantes será mecanizada en un archivo informático específico y estará protegida según las medidas de seguridad exigidas por la legislación vigente (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal).

## **¿Con quién debo contactar en caso de dudas o problemas relacionados con la investigación?**

En caso de necesitar información o de querer comunicar cualquier duda referente al estudio, podrá ponerse en contacto con Marta Benet, a través del teléfono 93 8816025 o mediante el correo [marta.benet@uvic.cat](mailto:marta.benet@uvic.cat).

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del/ de la  
participante: \_\_\_\_\_

(A cumplimentar por el/la participante)

Firma de la  
investigadora: \_\_\_\_\_

(A cumplimentar por la investigadora)

## HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES

**Estudio:** Dimensión relacional de las prácticas de cuidado durante el embarazo, el parto y el postparto.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre y apellidos)

HE SIDO SUFICIENTEMENTE INFORMADA/O, HE PODIDO HACER PREGUNTAS SOBRE EL ESTUDIO Y ENTIENDO QUE:

El estudio "Dimensión relacional de las prácticas de cuidado durante el embarazo, parto y postparto" tiene como finalidad investigar la producción de cuidado en las actividades cotidianas de las diferentes personas que intervienen en el proceso de maternidad. El interés de la investigación es aportar datos que contribuyan al proceso de atención de las mujeres embarazadas y de su entorno.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber sido informada/o:

De que la información que se recoja sobre todos los y las participantes será mecanizada en un archivo informático y tratada confidencialmente. Ningún/a participante será identificada/o personalmente en la comunicación y/o publicación de resultados.

Entiendo que mi participación es voluntaria y autorizo a:

1. Participar en las entrevistas individuales y en los grupos de discusión que se realizarán en los próximos meses y a grabarlas en audio. Las grabaciones serán tratadas de forma estrictamente anónima y confidencial, y sólo serán utilizadas para la investigación y la docencia.
2. Participar en las observaciones que se realizarán en los próximos meses. El registro escrito de estas observaciones será tratado de forma estrictamente anónima y confidencial, y sólo será utilizado para la investigación y la docencia.

Entiendo que puedo retirarme de la investigación:

Cuando quiera.

Sin tener que dar explicaciones.

Sin que esto repercuta en la atención sanitaria que yo o personas de mi entorno reciban.

Así pues, doy y firmo libremente mi conformidad y consentimiento para participar en el estudio:

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del/de la participante: \_\_\_\_\_  
(A cumplimentar por el/la participante)

Marta Benet Blasco, he informado de todos los aspectos anteriores al/la firmante, resolviendo sus dudas y apreciando la comprensión de todos los términos expuestos.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de la investigadora: \_\_\_\_\_  
(A cumplimentar por la investigadora)

PARA CUALQUIER DUDA RELACIONADA CON EL ESTUDIO PUEDE LLAMAR AL TELÉFONO DE CONTACTO: 93 8816025 O ESCRIBIR AL CORREO [marta.benet@uvic.cat](mailto:marta.benet@uvic.cat)

## FULL DE CONSENTIMENT INFORMAT PER A PROFESSIONALS

**Títol de l'estudi:** Dimensió relacional de les pràctiques de cura durant l'embaràs, part i postpart.

Jo, \_\_\_\_\_ (nom i cognoms)

HE ESTAT SUFICIENTMENT INFORMAT, HE POGUT FER PREGUNTES SOBRE L'ESTUDI I ENTENC QUE:

L'estudi "Dimensió relacional de les pràctiques de cura durant l'embaràs, part i postpart" té com a finalitat investigar la producció de cura en les pràctiques quotidianes de les diferents persones que intervenen en el procés de maternitat. L'interès de la investigació és aportar dades que contribueixin al procés d'atenció de les dones embarassades i el seu entorn.

De conformitat amb el que estableix la L.O. 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004), declaro haver estat informat/informada:

De que la informació que es recullí sobre tots els i les participants serà mecanitzada en un arxiu informàtic i tractada confidencialment. Cap participant serà identificat o identificada personalment en la comunicació i publicació de resultats.

Comprenc que la meua participació és voluntària i autoritzo a:

1. Participar en les observacions que es realitzaran en els pròxims mesos. El registre escrit d'aquestes observacions serà tractat de forma estrictament anònima i confidencial, i només serà utilitzat per a la investigació i la docència.
2. Participar en les entrevistes individuals i grups de discussió que es realitzaran en els pròxims mesos i a gravar-les en audio. Les gravacions seran tractades de forma estrictament anònima i confidencial i només seran utilitzades per a la investigació i la docència.

Entenc que puc retirar-me de la investigació:

Quan vulgui.

Sense haver de donar explicacions.

Sense que això repercuteixi en les meves activitats.

Així, dono i firmo lliurement la meua conformitat per a participar en l'estudi:

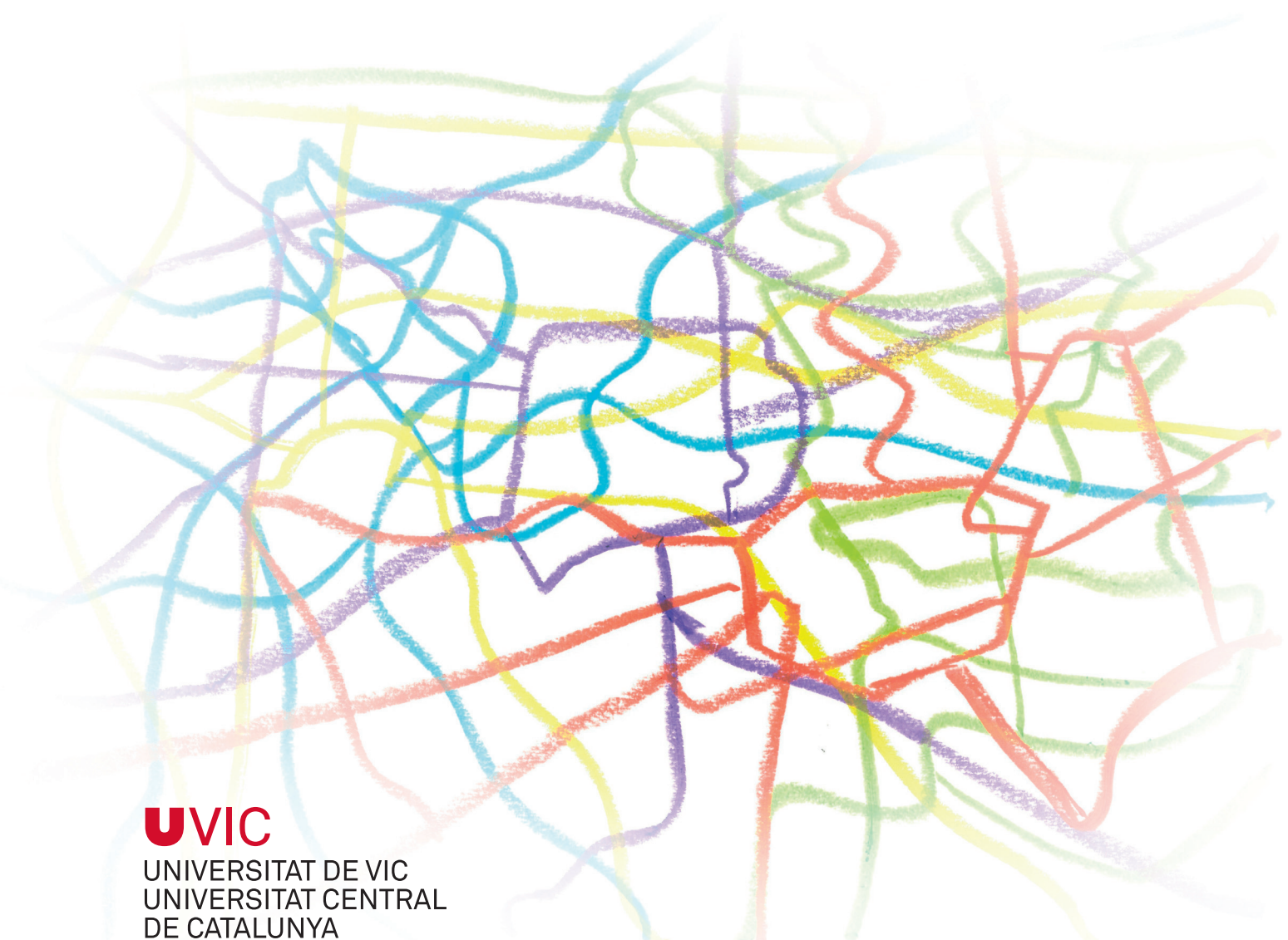
Data: \_\_\_\_\_ Signatura del/de la participant: \_\_\_\_\_  
(A omplir pel/la participant)

Marta Benet Blasco, he informat de tots els aspectes anteriors al/la firmant, aclarint els seus dubtes i apreciand-ne la comprensió de tots els termes exposats.

Data: \_\_\_\_\_ Signatura de la investigadora: \_\_\_\_\_  
(A omplir per la investigadora)

PER A QUALSEVOL DUBTE RELACIONAT AMB L'ESTUDI POT TRUCAR AL SEGÜENT TELÈFON DE CONTACTE: 93 8816025 O ESCRIURE AL CORREU [marta.benet@uvic.cat](mailto:marta.benet@uvic.cat)





**UVIC**

UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA

Escola de Doctorat