

ARTÍCULOS ORIGINALES

REVISTA ARGENTINA DE SALUD PÚBLICA

FECHA DE RECEPCIÓN: 13 de abril de 2020
FECHA DE ACEPTACIÓN: 30 de septiembre de 2020
FECHA DE PUBLICACIÓN: 27 de noviembre de 2020

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca Doctoral de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires, 2015-2019. Beca de Finalización de Doctorado del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, 2019-2021.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:
mvsalsacortizo@med.unlp.edu.ar

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS002881

EL ROL DE LA OBSTÉTRICA ANTE BARRERAS DE ACCESO A LA SALUD EN LA REGIÓN SANITARIA XI, PROVINCIA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

The role of midwives facing barriers to health care access in the XI Health Region of Buenos Aires Province, Argentina

* Victoria Salsa-Cortizo¹. Profesora de Enseñanza Media y Superior en Ciencias Antropológicas.

¹ Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada, Comisión de Investigaciones Científicas de la PBA. Universidad Nacional de La Plata.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: En Argentina se encuentra en discusión el ordenamiento legal del personal de partería. La legislación vigente en la provincia de Buenos Aires (PBA) incluye incumbencias para la atención integral de los procesos de salud sexual y reproductiva (SSyR). Se parte del supuesto de que esto mejora la calidad en los servicios de salud, incidiendo de manera positiva en los procesos y resultados de la atención. El objetivo del estudio fue describir el trabajo de las obstétricas en la Región Sanitaria XI (RSXI) de la PBA y analizar el modo en que contribuye a la calidad de la atención de las mujeres y sus familias en los servicios de SSyR. MÉTODOS: Se realizó una investigación etnográfica en el subsector público de la RSXI de la PBA. Incluyó determinación de muestra con fines no probabilísticos mediante bola de nieve y relevamiento de datos a partir de técnicas de observación participante y entrevista en profundidad. RESULTADOS: El personal de partería lleva adelante un modelo de atención que prioriza el abordaje integral de los procesos de SSyR, lo cual incluye aspectos preventivos y curativos que dan respuesta a dimensiones clínicas y también socioculturales. DISCUSIÓN: El rol de esta profesión se encuentra atravesado por habilidades clínicas y por aptitudes para atender de manera integral las demandas. La conjunción de ambas —expresadas en iniciativas y acciones— mejora la calidad de las respuestas sanitarias.

PALABRAS CLAVE: Partería; Servicios de Salud Reproductiva; Argentina; Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud; Etnografía

ABSTRACT. INTRODUCTION: In Argentina, the legal framework of professional midwifery is under discussion. The current legislation in Buenos Aires (BA) province includes competences for the comprehensive care of sexual and reproductive health (SRH) processes. The starting assumption is that this improves health service quality and has a positive impact on health care processes and results. The objective of the study was to describe professional midwives' work in the XI Health Region of BA province and to analyze their contribution to the quality of care for women and their families in SRH services. METHODS: An ethnographic research was performed in the public subsector of the BA XI Health Region with non-probability snowball sampling and data collected through participatory observation and in-depth interviews. RESULTS: Midwives accomplish a model of care that prioritizes a comprehensive approach to SRH processes. This model includes preventive and curative aspects to respond to clinical and sociocultural factors as well. DISCUSSION: The role of midwives is in-between clinical skills and comprehensive care competences. Both of them together, expressed in initiatives and actions, improve health care quality.

KEY WORDS: Midwifery; Reproductive health services; Argentina; Health care quality, access and evaluation; Ethnography

INTRODUCCIÓN

Desde mediados de la década de 1980, el enfoque de derechos marcó la agenda de la Salud Sexual y Reproductiva (SSyR)^{1,2}. En la Declaración de Fortaleza de 1985³ se plasmaron por primera vez en un documento de alcance internacional recomendaciones sobre la atención del nacimiento. El rol de las obstétricas comenzó a pensarse más allá de las salas de parto y de la asistencia a los profesionales de la medicina en la atención a la SSyR.

A partir de esta Declaración, diversos organismos de salud internacional comenzaron a sugerir estrategias y recomendaciones para el fortalecimiento de la partería con el objetivo de que se reconociera la importancia de apoyar la consolidación y regulación de las competencias profesionales, así como la formación y el ejercicio autónomo de la profesión para mejorar “la calidad de la atención” de las mujeres y sus hijos y, por ende, los indicadores de salud materno-infantil⁴⁻⁶. En alianza con la Confederación Internacional de Matronas (ICM), desde el Fondo de Población de Naciones Unidas se elaboraron documentos que despliegan las competencias básicas de parteras y otros profesionales “con competencias de partería” y se llama a su difusión. Estas competencias incluyen el abordaje integral de eventos obstétricos de bajo riesgo y la asistencia y protección de derechos vinculados a la SSyR^{5,6}. En esta misma línea, 2020 ha sido declarado por la Organización Mundial de la Salud como el “Año de la partera y la enfermera”.

En cuanto a la construcción de la profesión en el ámbito de la provincia de Buenos Aires (PBA), su ordenamiento legal comenzó en 1936 con la Ley 4534⁹, normativa marco del ejercicio de las disciplinas afines a las ciencias de la salud. Esta norma recortó el alcance de la ocupación obstétrica a la “atención de las mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio normales”, derivando la consulta a un profesional de la medicina ante “la constatación de cualquier anormalidad”.

Durante la mayor parte del siglo XX no hubo modificaciones en esta normativa ni en las incumbencias profesionales. No obstante, en línea con las recomendaciones de organismos internacionales, en la década de 1990 se implementaron cambios en relación con el ejercicio de la profesión, su normativa, organización y formación. En 1995, a partir de la creación del Programa Materno Infantil (PMI) de la PBA, se incluyó a la obstétrica en la Atención Primaria, se incorporó su presencia en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y se contempló la realización de actividades de atención inmediata al recién nacido sano y de consejería en lactancia. En el campo de la formación, estas nuevas tareas se vieron traducidas en una ampliación de contenidos en los planes de estudio, y la carrera pasó de Tecnicatura a Licenciatura.

Ese mismo año se creó en el ámbito provincial una ley específica para el ejercicio de la obstetricia: la Ley 11 745¹⁰. Esta normativa sancionó y dictaminó las regulaciones en torno al ejercicio de la partería en el territorio bonaerense y

circunscribió la práctica de las obstétricas a las actividades que se realicen en “la atención de la mujer embarazada, el control de trabajo de parto y asistencia al parto en condiciones normales, así como el control y atención del puerperio inmediato y mediato normales”. En este sentido, trazó continuidad con el ordenamiento previo de la atención obstétrica, clasificada en pares dicotómicos: la profesión médica encargada de la “patología” y la partería, de la “normalidad”.

En 2015 el texto de esta ley fue modificado¹⁰; en la actual normativa vigente se incluyen como parte del ejercicio profesional las tareas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la SSyR de la mujer en todos los niveles de atención. Esto supone que a nivel legislativo las parteras ya no sólo trascienden los límites de la sala de partos, sino que sus tareas también exceden el ámbito obstétrico al sumar incumbencias de la SSyR en general, que incluyen asesoramiento, consejería, consulta, atención y asistencia de las mujeres “durante los períodos preconcepcional, concepcional y postconcepcional, el pre y post aborto y la perimenopausia”.

En lo que respecta al marco teórico y los antecedentes de investigación, este trabajo se inscribe en la tradición de estudios de la Antropología Médica, que priorizan el análisis atendiendo a las dimensiones de poder que circulan en las relaciones entre saberes, profesiones, prácticas, instituciones y políticas¹¹. Se parte del supuesto según el cual los procesos de atención obstétrica son una construcción social resultante de relaciones de fuerza históricas entre actores, que definen y problematizan aspectos como la sexualidad, la reproducción y los cuidados¹².

Estudios históricos en Argentina muestran que hasta fines del siglo XIX las decisiones respecto del parto eran tomadas por las mujeres y las parteras que las atendían¹³. Con el avance de la técnica biomédica y los descubrimientos bacteriológicos, la medicina se transformó en voz autorizada¹⁴. Durante el siglo XX, los médicos consolidaron su legitimidad, reformulando los conocimientos y prácticas de las parteras, hasta el momento encargadas de la atención perinatal¹⁵.

Respecto a la literatura científica producida en torno a la temática de este artículo, existe una línea clásica de estudios sobre profesiones^{16,17} que recuperó la Antropología Médica argentina para el abordaje del rol y profesionalización de ocupaciones sanitarias^{18,19}. No obstante, no se encuentran investigaciones cualitativas que aborden el trabajo de la partería en centros asistenciales de Argentina y analicen su contribución a la calidad de la atención o su impacto sobre indicadores de salud. Sí hay una tradición de este tipo de estudios en países europeos como Irlanda, Reino Unido y Suecia²⁰⁻²⁶, en donde la partería es reconocida y valorada fuertemente. Asimismo, *The Lancet* publicó en 2014 una serie de estudios multisituados desde donde se analiza cómo el trabajo del personal de partería contribuye a la calidad de los servicios de salud y a la mejora de los indicadores en el área materno-infantil²⁷⁻³⁰. Los estudios

rastreados en la región de la PBA^{31,32} son abordados desde una perspectiva cuantitativa.

Pese al avance de la atención biomédica de la SSyR que demuestra la literatura³³⁻³⁵, nuevas políticas y legislaciones de los últimos 30 años permitieron ampliar las incumbencias de las obstétricas, mejorar su estatus legal y abrir su participación a nuevos ámbitos y niveles de atención³⁶. Se parte del supuesto de que en este escenario el trabajo de las obstétricas favorece la accesibilidad a los servicios de salud, incidiendo de manera positiva en los procesos y resultados, y mejorando así la calidad de atención.

Se buscó entonces aportar al conocimiento de la profesión obstétrica a partir del estudio etnográfico de su trabajo y su contribución en la calidad de atención. El objetivo fue describir la labor de las obstétricas en instituciones de salud pública situadas en la Región Sanitaria XI (RSXI) de la PBA y analizar cómo contribuye a la calidad de atención en los servicios de SSyR. Se presentan resultados preliminares y parciales de una investigación doctoral en curso titulada "Estudio antropológico del rol de la obstétrica en el sistema de salud bonaerense: 'ciencia y paciencia' como modelo de atención".

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo aplicando técnicas etnográficas. Se propuso un acercamiento a los espacios cotidianos de atención a partir del contacto directo con los dichos y quehaceres de obstétricas en sus lugares de trabajo³⁷. Esto supuso la elaboración de registros documentales a partir de la implementación de dos técnicas: observación participante (ver Tabla 1) y entrevistas en profundidad (ver Tabla 2)³⁸.

La elección de este tipo de diseño permitió describir y analizar el trabajo de las obstétricas a partir de prácticas y discursos que reflejaron sus estrategias y posicionamientos adoptados en el ámbito asistencial, donde se definen —y negocian— respuestas sanitarias junto a otros saberes y quehaceres profesionales vinculados a la atención obstétrica.

La población objeto fueron las y los profesionales de la partería que se desempeñan en la actividad asistencial en la PBA.

Para la aplicación del método etnográfico, dada la extensión geográfica de la jurisdicción, se seleccionó una de las regiones sanitarias (RS) en las que se encuentra

organizada y dividida la PBA: la RSXI. Dentro de esta RS las obstétricas despliegan su rol asistencial en CAPS municipales, Unidades de Pronta Atención (UPA) provinciales, hospitales municipales y hospitales provinciales de distintos niveles de complejidad. La RSXI está compuesta por 18 municipios de la porción sur de la región noreste (Berisso, Brandsen, Cañuelas, Castelli, Chascomús, Dolores, Ensenada, General Belgrano, General Paz, La Plata, Lezama, Magdalena, Monte, Pila, Presidente Perón, Punta Indio, San Vicente y Tordillo). Abarca una superficie que ocupa un 8,4% del territorio provincial y según el último Censo Nacional de 2010³⁹ cuenta con una población estimada de 1 180 119 habitantes. La selección de este ámbito se basó en tres criterios iniciales: la cercanía de la Región con universidades que dictan la carrera (Universidad Nacional de La Plata [UNLP] y Universidad Católica de La Plata); la inclusión de la profesión en el Programa de Residencias en Salud en dos hospitales provinciales; y la configuración heterogénea de los partidos que la conforman.

Con respecto a este último punto, la diversidad se manifiesta en varias dimensiones. Una de ellas es la geográfica-espacial: existen zonas de conglomerado urbano, regiones periurbanas, rurales, zonas isleñas y ribereñas y también se encuentra allí la capital de la PBA.

También hay variantes significativas en indicadores socio-sanitarios. Según datos del último censo con respecto a necesidades básicas insatisfechas (NBI), el promedio provincial de hogares con al menos una NBI llega al 10,51% y alcanza en Presidente Perón el 19,20% (muy por encima de Dolores, donde se ven afectados el 3,63%).

Además, existen variaciones en la cantidad de población que depende del subsector público para atender su salud. Mientras el promedio provincial es del 35,33% (de acuerdo con el último censo nacional), hay municipios que están 15 puntos por debajo o por encima de ese valor (Pila y Presidente Perón, respectivamente).

A partir de un primer acercamiento a representantes del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (COPBA), del PMI de la PBA y de la RSXI y de la Coordinación de la Licenciatura en Obstetricia (LOB) de la UNLP, se logró el contacto con profesionales de partería que se desempeñan en distintas instituciones sanitarias.

La muestra seleccionada fue de carácter no probabilístico, en tanto no se propuso la generalización de resultados. A través de la aplicación de la técnica bola de nieve⁴⁰, se logró

TABLA 1. Recolección de datos: observaciones.

Período 2014-2019	
Cantidad	34
Duración promedio	90 minutos
Registros en consultorios de Atención Primaria	9
Registros en hospitales provinciales	5
Registros en hospitales municipales	9
Registros en otros espacios (reuniones de equipo, áreas de descanso, instancias de capacitación, charlas informales)	11

TABLA 2. Recolección de datos: entrevistas.

Período 2014-2019	
Cantidad	35
Duración promedio	60 minutos
Género	34 mujeres, 1 varón
Rango de edad	26-65 años
Instituciones de salud	23*

* Las personas entrevistadas trabajan en una o más de las instituciones descriptas en la Tabla 1.

el acceso a instituciones y profesionales que representaron la atención en CAPS, Centros de Integración Comunitaria (CIC), UPA y en consultorios externos y Servicios de Maternidad de Hospitales de baja, mediana y alta complejidad de jurisdicción municipal y provincial en 14 de los 18 municipios de la RSXI. Los criterios de selección de las personas entrevistadas y de los centros asistenciales visitados fueron la pertenencia al subsector público del sistema de salud y el asiento de las instituciones dentro del ámbito de la RSXI. El número final de la muestra respondió al criterio de saturación teórica (Tabla 1 y Tabla 2).

Una vez pautados los encuentros, se llevaron a cabo las visitas y entrevistas en los centros de atención y se pidió a cada una de las entrevistadas la referencia de colegas que trabajaran dentro de la RSXI. Previa autorización, las entrevistas fueron registradas con un soporte técnico y transcritas de manera textual según convenciones estandarizadas. Se codificaron señalando lugar, fecha y nombre ficticio, y se les otorgó un número por orden de realización.

Para confeccionar los registros de campo, se combinaron transcripciones textuales y reconstrucciones aproximadas de dichos, con interpretaciones personales del momento y contexto. Se elaboraron sobre la base de una estructura normatizada y se organizaron bajo las mismas reglas de transcripción que las entrevistas. Los registros de campo fueron señalizados con día, mes y año de realización y ordenados numéricamente de acuerdo con el orden cronológico.

El material fue procesado de forma manual, privilegiando una aproximación cualitativa y siguiendo un criterio de análisis de contenido por variables, dimensiones e indicadores. Las categorías de análisis se seleccionaron a partir de la adaptación del *framework* (marco de referencia teórico-metodológico) elaborado por Renfrew²⁷ para el estudio de la calidad de atención materno-infantil proporcionada por personal de partería (ver Tabla 3).

Para este estudio se analizó el trabajo de las obstétricas en relación con su contribución a la calidad de la atención a la SSyR.

Se entendió por “trabajo de las obstétricas” a sus competencias profesionales específicas y también a las habilidades, actitudes y comportamientos individuales presentes en las respuestas de atención desplegadas.

Se definió la “calidad de atención” como una categoría de análisis compuesta por varios elementos interrelacionados, que comprenden tanto las prácticas y organización de la atención proporcionada por los distintos proveedores de salud como los valores y la filosofía que guían a los servicios y los profesionales ver Tabla 3. De este modo, se amplió la noción clásica de calidad de atención, basada en el estudio de sus componentes técnicos, y se incluyeron aquellos ligados a las aptitudes y valores en las respuestas sanitarias.

El protocolo del estudio fue aprobado por la Coordinación Obstétrica de la PBA y de la RSXI, por las referentes obstétricas de cada municipio y hospital visitado, por el Consejo Superior del COPBA y por la Coordinación de la LOB de la UNLP. Asimismo, fue evaluado y aprobado por

el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP (COBIMED).

RESULTADOS

Las obstétricas que ejercen en el ámbito de la PBA se encuentran habilitadas para la realización de múltiples tareas vinculadas a la atención de la SSyR. La ley provincial de ejercicio profesional incluye incumbencias que autorizan un abordaje integral de estos procesos mediante la posibilidad, entre otras, de prescribir determinados fármacos y vacunas, dispensar y colocar métodos anticonceptivos, tomar muestras e interpretar diversos análisis y exámenes diagnósticos (por ejemplo, el de citología vaginal).

La realización del trabajo empírico permitió caracterizar y mostrar la diversidad de prácticas habilitadas que despliegan cotidianamente las obstétricas. Esto condujo a indagar acerca de la contribución del personal de partería en los procesos y resultados de la atención, específicamente en relación con la calidad de las respuestas ofrecidas.

Para analizar los hallazgos en esta sección, se seleccionaron fragmentos de dos entrevistas y de dos registros de atención en servicios de salud bonaerenses. Los registros seleccionados remiten a situaciones que revelan el trabajo cotidiano de obstétricas en cuatro distritos de la RSXI en instituciones de primer y segundo nivel y que incluyen tareas diversas, como la atención de urgencias obstétricas, el control prenatal, el despliegue de actividades de promoción de la salud comunitaria y la atención de problemas ginecológicos.

Asimismo, los fragmentos seleccionados permiten ilustrar las variables —con sus dimensiones e indicadores— que se presentan en el marco de referencia teórico-metodológico propuesto por Renfrew para el estudio de la calidad de atención obstétrica²⁷, tal como se describe en la Tabla 3. La Tabla 4 (http://rasp.msal.gov.ar/rasp/articulos/vol12/AO_Salsa_Cortozoe17_Tabla4.pdf), a su vez, enumera para cada registro seleccionado la diversidad de prácticas realizadas por las obstétricas en relación con las cualidades propuestas para la calidad de atención en el marco referenciado.

Una de las variables presentadas por Renfrew concierne a la organización de la atención²⁷. Al respecto, en varios registros de campo se identificaron situaciones que evidenciaron falta de disponibilidad y acceso a las instituciones y fallas en la comunicación entre profesionales y en la colaboración entre distintos niveles de atención, tanto en circunstancias del primer acercamiento de la población usuaria a los CAPS como en aquellas que requerían de referencia y contrarreferencia entre niveles. Cabe mencionar, como ejemplo de ello, la entrevista a una profesional que refirió haber recibido en el consultorio de un CAPS municipal a una mujer embarazada junto con su hijo de un año y su marido. La familia había migrado desde Bolivia una semana atrás, y presentaban signos de deterioro en sus vestimentas e higiene personal. Recuerda haberle preguntado por la edad gestacional de su embarazo, así como por estudios previos:

[...] Me dice [la usuaria]: ‘y ... yo me hice una sola

ecografía'. Hacía dos semanas que se había hecho [la ecografía] y le daba 36 semanas [de embarazo] ese día. O sea, eran 38 semanas y tenía una cesárea anterior [de] un año. Y le digo: '¿por qué te operaron?'. 'Porque se me había subido la presión, me sangraba la nariz' [respondió la usuaria]." Registro A, abril de 2018

La entrevistada relató que, tras tomarle la tensión arterial y encontrarla alta, le preguntó a la mujer en qué medio de transporte había llegado al CAPS porque el cuadro clínico requería de la derivación inmediata al hospital provincial de referencia. Al constatar que había llegado en transporte público, la profesional decidió pedir una ambulancia por

la urgencia del cuadro y las condiciones de vulnerabilidad que enfrentaba la familia:

"No tenía cómo irse [...] a una semana de haber llegado al país. Llamo a la ambulancia: 'Hola, sí, mirá, estoy en la Sala [...]'. Me pasan con la Doctora: 'No, mirá, no tengo ambulancia ahora'. Fue lo primero que [la médica] me contestó. Le digo: '¡Pero necesito que la vengan a buscar!' Y [la médica] me dice: '¿[la usuaria] no tiene como venir?'" Registro A

La obstétrica mencionó que, mientras intentaba gestionar el traslado de la mujer, en paralelo le estaba realizando el

TABLA 3. Marco de referencia teórico-metodológico de componentes esenciales de la calidad de atención.

Variables	Dimensiones	Indicadores
Prácticas de atención*	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educación, información y promoción de la salud 2. Exámenes, valoraciones y planificación de la atención 3. Promoción de procesos "normales" y prevención de complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> . Nutrición (alimenticia y suplementaria) . Sensibilización sobre la importancia de controles ginecológicos y obstétricos . Consejería en pre y anticoncepción . Promoción de la lactancia materna . Facilitación de interconsultas y de estudios complementarios . Derivaciones a otros servicios de salud . Detección y tratamiento de infecciones y enfermedades (ITS[†], infecciones genitales, DBT[‡], VIH[§], preeclampsia, problemas de salud mental) . Seguimiento de trabajo de parto . Prevención de transmisión vertical de infecciones . Promoción del libre movimiento durante el trabajo de parto . Atención emocional, clínica y psicosocial durante trabajos de parto y partos sin complicaciones . Primeros cuidados al recién nacido . Contacto piel a piel . Apoyo a la lactancia materna . Control de puerperio "normal"
Organización de la atención	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disponibilidad y accesibilidad a servicios de acuerdo con el nivel de atención 2. Resolución de afecciones de baja complejidad en el primer nivel de atención 3. Servicios e intervención basados e integrados en la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> . Instrumental técnico disponible para anamnesis . Recursos adecuados para la resolución en el nivel de atención correspondiente . Recursos disponibles para la gestión de la derivación oportuna
Valores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Respeto, comunicación y entendimiento de la comunidad 2. Atención en función de circunstancias y las necesidades de las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> . Trabajo extramural en la comunidad . Trabajo intersectorial . Escucha activa de usuarias y su familia . Seguimiento personalizado de casos . Contención socioemocional
Filosofía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contribución a la mejora de los procesos de atención 2. Contribución a la mejora de las capacidades de las mujeres 	<ul style="list-style-type: none"> . Optimización de procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales . Sensibilización respecto a derechos sexuales y reproductivos y gestión de acceso
Proveedores de salud	<ol style="list-style-type: none"> 1. Combinación de habilidades clínicas con competencias para el trabajo interpersonal y el reconocimiento de la cultura de la población 2. División de roles y responsabilidades basadas en competencias, necesidades y recursos 	<ul style="list-style-type: none"> . Trabajo en equipo . Comunicación eficiente entre profesionales . Colaboración entre disciplinas . Colaboración entre niveles de atención

* Se excluyen variables e indicadores para prácticas de alto riesgo por exceder el recorte empírico de este trabajo; † ITS=infecciones de transmisión sexual; ‡ DBT=diabetes; § VIH=virus de la inmunodeficiencia humana.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de reelaboración de Renfrew (2014).

monitoreo fetal. Finalmente, y ante la negativa e imposibilidad del hospital de referencia de poder enviar una ambulancia, la profesional avisó que ella misma se encargaría de hacer el traslado por su cuenta:

“Entonces [la médica] me dice: ‘¿Qué, también le vas a hacer de remis?’ [...] Agarré mis cosas y la llevé yo [a] la paciente, el marido, el nene, el coche, todos arriba de mi auto y nos fuimos al hospital.” Registro A

Asimismo, comentó que al llegar al hospital no fue bien recibida por el personal del servicio. En la entrevista, la obstétrica se mostró movilizada por la situación de vulnerabilidad de la familia, a cuyos miembros escuchó, contuvo y acompañó de manera personalizada. Al evaluar las circunstancias, las necesidades y la falta de alternativas disponibles para el traslado, consideró su responsabilidad profesional y las condiciones clínicas y sociales de la usuaria. La entrevistada comentó que optó entonces por garantizar ella misma la gestión de la derivación oportuna a la institución del nivel de complejidad adecuado para la mujer embarazada.

Otra de las variables que forman parte de los componentes esenciales de la calidad de atención tiene que ver con el rol de los “proveedores de salud”²⁷. Se observaron al respecto dificultades de las usuarias para acceder a respuestas oportunas en situaciones que revelaron fallidos contactos previos con efectores. Durante una jornada de consulta en un CAPS (Registro B, abril de 2018), se acercó al consultorio de obstetricia una adolescente junto a su madre. Refirió consultar por su embarazo de 20 semanas de gestación, del que se había enterado recientemente porque 5 meses atrás había acudido al servicio de ginecología del hospital municipal para colocarse un implante subdérmico anticonceptivo. Frente a esto, la obstétrica indagó sobre la atención previa recibida y le preguntó si había accedido a una consejería de orientación en anticoncepción y cuidados de SSyR y si le habían realizado una prueba para descartar un embarazo. Ante la respuesta negativa, le sugirió a la usuaria:

“Siempre acercate previamente a charlar con una obstétrica, no vayas directamente con la ginecóloga y avísale esto a tus amigas.” Registro B

La joven llegó a la consulta sin controles previos. Sin ocultar su malestar, la obstétrica les dijo a la usuaria y a su madre:

“Se dejaron pasar varias oportunidades porque cuando la ginecóloga la vio para sacarle el implante, debería haber[lo] hecho.” Registro B

Pese a que los primeros contactos de la adolescente con un efector de salud no habían generado un acceso óptimo a los servicios, la llegada de la usuaria al consultorio de obstetricia le permitió indicaciones de interconsultas con otras especialidades, órdenes para ecografías, análisis de

laboratorio y vacunación, que previamente no habían sido pedidas.

Otro de los aspectos destacados en las entrevistas se relacionó con las dificultades de acceso a los servicios de salud que existen para las personas migrantes. Respecto a esto, es posible recuperar dos de las variables de la calidad de atención propuestas por Renfrew: la filosofía y los valores²⁷. Se remarcaron en los discursos y se observaron situaciones de maltrato institucional y desconocimiento acerca del funcionamiento de los servicios. Ante ello, profesionales de la partería de varios distritos de la RSXJ comentaron sus experiencias de trabajo para incentivar el acercamiento y acceso de la población migrante a los centros y servicios de salud, al mismo tiempo que valoraron la importancia de conocer las particularidades y condiciones de vida de cada comunidad.

Para ilustrar esta situación, se recupera una entrevista a una obstétrica que había desarrollado su trabajo durante diez años en un CAPS, cuya área programática cubre zonas suburbanas con emplazamiento de quintas explotadas por familias bolivianas. Al evaluar que estas familias no accedían a los servicios de salud, la profesional desplegó estrategias para acercarse al grupo de mujeres horticultoras. Según lo referido, generar el vínculo le llevó aproximadamente seis años. Inicialmente armó junto a la trabajadora social del CAPS un ropero comunitario. Dado que la gente se acercaba a este espacio pero no se llevaba ropa, se supuso que las personas veían al ropero como un espacio de encuentro y una puerta de entrada al centro de salud:

“La gente se acercaba y no llevaba nada [...] Después terminamos paralelamente con la educación sexual, con la violencia [...] No iban al centro de salud porque los maltrataban, o tienen esta timidez de preguntarte, no había un vínculo.” Registro C, septiembre de 2018

Durante el relato, la obstétrica hizo hincapié en que el centro de referencia “era un centro expulsivo”, que no realizaba actividades de vinculación con la comunidad y que la población migrante temía que le “sacaran a los chicos” por vivir en condiciones habitacionales precarias. En este contexto fue oportuno ejecutar estrategias para garantizar la llegada de los servicios a los barrios e impulsar el acercamiento de la población a las unidades de atención:

“Empezaron a [invitarnos] a sus eventos [...] a jugar al fútbol. Era esto de generar el vínculo y la empatía [...] Hay muchos cambios culturales dentro de la comunidad que uno ha ido trabajando y no se va dando cuenta hasta que te vienen con alguna respuesta y decís: ‘esto se generó con el trabajo que hiciste’ [...] Venía una mujer después del quinto hijo a decirme en secreto: ‘me hice la ligadura de trompas para que mi marido no se entere’. A partir de que vos trabajaste los derechos de ella.” Registro C

La última variable del marco referenciado tiene que

ver con las prácticas de atención²⁷. Durante el trabajo de campo, se evidenció aquí recurrentemente el despliegue de estrategias para garantizar el acceso óptimo a prácticas y servicios. Durante una entrevista realizada en un hospital municipal, una obstétrica señaló que entre sus tareas estaban la recepción de resultados de evaluación citológica y el aviso al servicio social del hospital para la citación de usuarias. Para ejemplificar su labor, hizo referencia a un caso particular:

“El PAP le había dado mal [...] se la citó y no venía [...] Y les pedí [a los del servicio social] que la citen bajo nota [...] Hicieron el acta [...] no venía [...] y ellos me decían que ya habían hecho lo que había que hacer. Y a mí no me alcanza porque sigue sin atenderse y hay que atenderla.”
Registro D, diciembre de 2018

Finalmente, logró localizar por su cuenta a la mujer y tramitarle de manera urgente los turnos necesarios para los estudios prequirúrgicos y la intervención, pese a que *“no existían porque estaba todo dado”*, y los certificados para la correspondiente licencia laboral (Registro D).

En el momento en que se realizó esta entrevista, la paciente mencionada se encontraba aguardando su turno para ser atendida por la obstétrica. Se observó que la usuaria fue inmediatamente reconocida por la profesional y cálidamente recibida. En la entrevista, la obstétrica remarcó la importancia de realizar *“todas las intervenciones posibles”* para que las usuarias accedan a los servicios y prácticas. Esto fue señalado como parte de los sentidos que conforman su compromiso profesional y como estrategia necesaria para alcanzar buenos resultados de atención.

Relatos como los dos últimos abren el interrogante acerca de cómo registrar y evaluar acciones realizadas por personal de partería. La labor empírica permite recuperar y caracterizar el trabajo efectuado por obstétricas y los modos en que sus tareas facilitan el acceso de las usuarias al sistema de salud y a respuestas que tiendan hacia una mejora en la calidad de atención. No obstante, dado que estos resultados no son en su totalidad traducibles en indicadores numéricos ni poseen un efecto inmediato y objetivable, no tienen lugar para su registro en los instrumentos usuales —como la Historia Clínica Perinatal⁴¹— con los que se construyen los datos resultantes de los procesos de atención obstétrica⁴².

DISCUSIÓN

El campo de atención sanitaria está constituido por instituciones y actores que, a través de sus formas organizativas, prácticas y posicionamientos subjetivos, se relacionan tanto con otros sujetos como con modos institucionales y normas para construir respuestas frente a las demandas de la población usuaria.

Los datos empíricos indican que el personal de partería lleva adelante tareas orientadas hacia un modelo de atención que prioriza el abordaje integral de los procesos de

SSyR, tanto desde sus aspectos curativos como preventivos. Las personas entrevistadas y los registros observacionales coinciden en la importancia de combinar durante la actividad asistencial el abordaje clínico de los procesos de salud junto con estrategias para dar respuesta a problemáticas que derivan de aspectos socioculturales y emocionales, condiciones económicas, vulneraciones de derechos y demandas y expectativas de las usuarias y sus familias.

El instrumental técnico, junto a la habilidad profesional para su uso, fue remarcado en los relatos y estuvo presente en las observaciones de las consultas. Los datos empíricos también ponen en evidencia la importancia de otro tipo de habilidades como la escucha activa, la incorporación de la dimensión territorial y comunitaria, el seguimiento personalizado de los casos y la atención de aspectos de salud psicosocial, entre otras tareas que facilitaron, por ejemplo, una mayor adherencia a tratamientos, acceso a insumos, recursos e intervenciones y derivaciones a otras especialidades y niveles de atención. El despliegue de estas tareas contribuye a mejorar la multidimensional categoría de la calidad de atención.

En un campo de actuación profesional que según la literatura está dominado por la mirada biomédica de la atención a la SSyR^{33,43}, este trabajo muestra que las obstétricas colaboran en la instrumentación de respuestas dirigidas a recuperar otras dimensiones que atraviesan los procesos de salud y enfermedad; es decir, reflexionan, se posicionan y toman decisiones frente a respuestas institucionales, condiciones socioeconómicas y culturales y/o situaciones personales de las usuarias que quedan traducidas en barreras de acceso a los servicios de salud.

En este sentido, resulta útil recuperar un enfoque analítico como el propuesto por Renfrew²⁷ para reflejar la multiplicidad de variables —con sus dimensiones e indicadores— que atraviesan el estudio de las tareas que realizan las obstétricas vinculadas a la atención de la SSyR. A partir del presente estudio cualitativo, cabe plantear que el rol de esta profesión requiere desarrollar y poner en juego habilidades para el manejo clínico de las situaciones, así como para la definición de estrategias que respondan de manera integral a las demandas de la población. Ambas, de forma conjunta, se expresan en iniciativas y acciones, y mejoran la calidad de atención de los servicios de SSyR en sus distintos componentes y dimensiones, contribuyendo positivamente a la salud de las mujeres y sus familias.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS

E INTERVENCIONES SANITARIAS

La agenda internacional considera a la partería profesional como la ocupación más idónea para la atención de los procesos de SSyR de bajo riesgo. La normativa vigente en la PBA habilita a obstétricas a realizar tareas en todos los procesos de atención a la SSyR de bajo riesgo y es modelo para el proyecto de ley de ejercicio profesional de alcance nacional discutido actualmente. En este contexto, la producción de conocimiento acerca de la función y la

contribución del trabajo de las obstétricas en la PBA es un insumo fundamental para pensar roles en los servicios e instituciones, reconocer capacidades y habilidades y adecuar la legislación a las tareas efectuadas en distintos subsectores del sistema de salud.

RELEVANCIA PARA LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En el marco de un escenario de políticas sanitarias y formativas que alientan la jerarquización del personal de partería y el reconocimiento de nuevas incumbencias profesionales, es valioso producir datos que reflejan los resultados de la labor de este recurso humano en la aten-

ción a la SSyR, teniendo en cuenta tanto las dimensiones del trabajo clínico como aquellas que abordan procesos socioculturales y emocionales.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Existe actualmente un área de vacancia de estudios sociales de la profesión obstétrica en Argentina. Es necesario abrir camino a una línea investigativa que aborde, a partir de estudios etnográficos, el trabajo de las obstétricas a través de categorías analíticas cualitativas, capaces de generar nuevo conocimiento respecto del rol de esta profesión, de los modelos de atención y de su contribución a la salud de la población.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: Salsa-Cortizo V. El rol de la obstétrica ante barreras de acceso a la salud en la Región Sanitaria XI, Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Rev Argent Salud Publica*. 2020;12:e20. Publicación electrónica 17 Nov 2020.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Morgan LM, Roberts EFS. Reproductive governance in Latin America. *Anthropol Med*. 2012;19(2):241-254.
- ² Krause EL, De Zordo S. Introduction. Ethnography and biopolitics: tracing "rationalities" of reproduction across the north-south divide. *Anthropol Med*. 2012;19(2):137-151.
- ³ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *Lancet*. 1985;2:436-437.
- ⁴ Fondo de Población de las Naciones Unidas. El estado de las parteras en el mundo 2011. Nueva York: UNFPA; 2011.
- ⁵ Fondo de Población de las Naciones Unidas. Guía para programas integrales de partería [Internet]. Nueva York: UNFPA; 2014 [citado 14 Oct 2020]. Disponible en: unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwifery%20Programme_Guidance%20Spanish_Final%202014.pdf
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Guía práctica de cuidados en el parto normal. Ginebra: OMS; 1996.
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño cuentan [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 14 Oct 2020]. Disponible en: [who.int/whr/2005/overview_es.pdf](https://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf)
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional. Montevideo: OPS; 2010.
- ⁹ Del ejercicio profesional del arte de curar [Internet]. La Plata: Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires; 1936 [citado 14 Oct 2020]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/documentos/BeMnru7B.html>
- ¹⁰ Ley de ejercicio profesional de la obstetricia [Internet]. La Plata: Honorable Legislatura de la Provincia de Buenos Aires; 1995 [citado 14 Oct 2020]. Disponible en: <https://normas.gba.gov.ar/documentos/xBRzpfGx.html>
- ¹¹ Menéndez E. La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 1994;7(4):71-83.
- ¹² Grimberg M. Sexualidad y Construcción Social del VIH-SIDA: Las representaciones médicas. *Cuadernos Médico Sociales*. 1995;70:37-51.
- ¹³ Graschinsky Y, Rodríguez Giles E. De la comadrona a la partera profesional: una investigación sobre las condiciones de trabajo y el rol de obstétrica en Argentina. En: Graschinsky Y, Rodríguez Giles E. *Mujeres, trabajo y salud en la era tecnológica*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1994. p. 93-135.
- ¹⁴ González A. La profesión de Obstétrica: Género y Subordinación. Buenos Aires: CELSO; 1990.
- ¹⁵ Nari M. Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940. Buenos Aires: Biblos; 2004.
- ¹⁶ Freidson E. *La Profesión Médica*. Barcelona: Península; 1978.
- ¹⁷ Sarfatti Larson M. *The rise of professionalism: A sociological analysis*. Berkeley (CA): University of California Press; 1977.
- ¹⁸ Schapira MV. Dentistry in Argentina: The history of a subordinated profession. *Hist Cienc Saude Manguinhos*. 2003;3(10):955-977.
- ¹⁹ Faccia KA. Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: Biernat C, Cerdá JM, Ramacciotti KI. *La salud pública y la enfermería en Argentina*. Bernal: Editorial Universidad Nacional de Quilmes; 2015.
- ²⁰ Hyde A, Roche-Reid B. Midwifery practice and the crisis of modernity: implications for the role of the midwife. *Soc Sci Med*. 2004;12(58):2613-2623.
- ²¹ McCrea H. Valuing the midwife's role in the midwife/client relationship. *J Clin Nurs*. 1993;20(1):47-52.
- ²² Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*. 2004;20(3):261-272.
- ²³ Hunter B. Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*. 2005;21(3):253-266.
- ²⁴ Hunter B. The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*. 2006;22(4):308-322.
- ²⁵ Jensen PM. Building physician resilience. *Can Fam Physician*. 2008;54:722-729.
- ²⁶ McCourt C, Rayment J, Rance S. Place of birth and concepts of wellbeing. An analysis from two ethnographic studies of Midwifery Units in England. *Anthropol Action*. 2016;23(3):17-29.
- ²⁷ Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384(9948):1129-1145.
- ²⁸ Homer CS, Friberg IK, Dias MAB. The projected effect of scaling up midwifery. *Lancet*. 2014;384(9948):1146-1157.
- ²⁹ Van Lerberghe W, Matthews Z, Achadi E. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *Lancet*. 2014;384(9949):1215-1225.
- ³⁰ ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014;384(9949):1226-1235.
- ³¹ Marin GH. A personalised health care programme operating in Buenos Aires, Argentina, during 2006. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2008;10(2):203-214.
- ³² Marin GH. Healthcare model based on personalised attention: impact on maternal mortality and health system quality. *Qual Prim Care*. 2011;1:311-316.

- ³³ Ginsburg F, Rapp R. The politics of reproduction. *Annu Rev Anthropol.* 1991;20:311-343.
- ³⁴ Narotzky S. *Mujer, mujeres y género.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas; 1995.
- ³⁵ Davis-Floyd R. The technocratic body: American childbirth as cultural expression. *Soc Sci Med.* 1994;38(8):1125-1140.
- ³⁶ Castrillo B, Salsa-Cortizo V. La partería bonaerense en el campo legislativo: entre recomendaciones internacionales y escenarios locales. *Actas de las V Jornadas CINIG. Ensenada: FAHCE;* 2018.
- ³⁷ Malinowski B. *Los argonautas del Pacífico occidental.* Barcelona: Planeta-Agostini; 1986.
- ³⁸ Rockwell E. *La experiencia etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos.* Buenos Aires: Paidós; 2009.
- ³⁹ Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Censo Nacional de Población,*

- Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos, Serie B N° 2.* Buenos Aires. INDEC; 2012.
- ⁴⁰ Blanco MC, Castro ABS. El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE Investigación.* 2007;27(4).
- ⁴¹ Fescina RH, De Mucio B, Martínez G, Díaz Rossello JL, Durán P, Serruya S, et al. *Sistema Informático Perinatal. Historia clínica perinatal y formularios complementarios. Instrucciones de llenado y definición de términos.* Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología, OPS; 2011.
- ⁴² Gilligan C. "Como para llenar un formulario". Reflexiones sobre la producción de documentos en un servicio hospitalario de obstetricia. *Estudios Sociales del Estado [Internet].* 2016 [citado XX Oct 2020];2(4):210-225. Disponible en: <http://www.estudiossocialesdeleestado.org/index.php/ese/article/view/96/66>
- ⁴³ Castro R. Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Rev Mex Sociol.* 2014;76(2):167-197.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.