

FACULTAD DE
CIENCIAS MÉDICAS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

DEPARTAMENTO DE POSTGRADO

Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias Médicas

**Estudio antropológico del trabajo de la
obstétrica en el sistema de salud bonaerense:
ciencia y paciencia como modelo de atención**

TESISTA

Salsa Cortizo Maria Victoria

DIRECTORA

Dra. Carolina Remorini

CO-DIRECTOR

Dr. Gustavo Marín

Aprobada: 31 de marzo de 2022

Calificación: sobresaliente 10 (diez)

Jurados: Dra. Susana A. Salceda, Dra. Diana Marre, Dr. Orlando A. Forestieri

Así llegamos al mundo

Protección a las trabajadoras OBSTETRICAS

GENERADORA
DE ENTORNOS
AMOROSOS
PARA EL
PARTO.

protección

atención

contención

nacidos
muertos

información

¿Qué necesitas

BIENESTAR
MATERNO

CARIÑO

Vínculos

OBSTETRICIA

preguntá
lo que

necesites

saludsexual

La vida

ITS

¿Tenés UN ABRAZO
dudas?

derecho

a elegir.

ANTE CUALQUIER DUDA ACERCARSE
AL CENTRO DE SALUD

Alimento único

Dar la teta

PARIR

CON

LIBERTAD

HUMANO

MILENARIA
PROTEGE
Y ALIVIA
PALABRAS DEL CORAZÓN

AGRADECIMIENTOS

A las obstétricas bonaerenses

Esta tesis hubiera sido imposible de ser pensada sin las obstétricas. Agradezco a cada una de ellas por haber compartido conmigo sus espacios de trabajo. Por su entrega, su paciencia, sus luchas y sus saberes. Eterna y ferviente admiradora de su inagotable tarea.

Especialmente agradecida con Marta, la obstétrica que acompañó con amor, dedicación y respeto a mis padres en el nacimiento de sus hijas. Seguramente, sin los recuerdos amenos de mi madre acerca de sus trabajos de parto, el tema de esta tesis podría haberme resultado ajeno.

Al Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, con especial dedicación a Alicia Cillo y Sandra Zapiola, por su voto de confianza y por la generosidad que me permitió el acercamiento a su profesión y a la lucha obstétrica.

A Graciela Gómez, enorme referente de la partería y sus valores, coordinadora de la Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de La Plata.

A mi familia y amigos

A mis abuelos y abuelas, especialmente a mi abuela Carmen y a mi abuelo Mirco, trabajadores de la salud pública bonaerense. A mi abuela por haber intentado hacer su segunda carrera en salud como obstétrica, pero teniendo que abandonarla a causa del cansancio generado por su trabajo nocturno como enfermera sumado al proceso de gestación de mi mamá, su primera hija. A mi abuelo, egresado como médico y doctor por la UNLP, por ser un convencido de que la salud pública, y sobre todo la salud comunitaria, son espacios clave para la construcción colectiva de la revolución social.

A mi papá, a mi mamá y a mi hermana: Mirco, Baby y Macarena, por acompañarme y apoyarme siempre. Por abrazar la idea de dejar mi lugar de origen -aunque sea por unos 30 kilómetros-. Por la paciencia ante cada vez que no pude estar cerca y por la confianza incondicional. Sobre todo, gracias por la libertad otorgada y por la curiosidad validada y alentada.

A mis amigos, que por suerte son tantos que no podría nombrarles a todos. Gracias por sacarme -cada tanto- del lugar de tesista a fuerza de otros diálogos, paisajes y aventuras. Gracias especialmente a quienes fueron interlocutores de esta tesis: Clara Gilligan, María Lucila Rodríguez Celín, Bárbara Centurión, Maitén Pauni Jones, Estefanía Saiovici, Felicitas Martínez Rodríguez, Hernán Jourdan, Morena Pantucci Saralegui, Juan Foyel López Alfonsín, Emanuel Barbiera, Matías Conde y Facundo Galizio.

Gracias a Lautaro, por creer en mí más que yo misma, por acompañarme largos kilómetros en el trabajo de campo y por alentarme a manejar para terminar de hacerlo sola.

A Guido, por hacer del hogar desde donde escribo estas palabras, una Sociedad de

Resistencia y Apoyo Mutuo.

A la universidad pública y al sistema científico estatal

A *Filo*, la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires que me formó como antropóloga social. Al Programa de Antropología y Salud del Instituto de Ciencias Antropológicas, en especial a María Guadalupe García y Susana Margulies.

A la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata, mi lugar en el mundo desde 2014, que me dio generoso refugio, desafíos y grandes compañeros. Agradecimiento especial al Doctor Horacio Pracilio, fundador y ex titular de la Cátedra de Salud y Medicina Comunitaria, por darme la oportunidad de creer que con 25 años y una carrera humanística a cuestas, tenía algo para decir a quienes estudian medicina.

Al Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo de la UNLP por recibirme y aceptarme pese a las mañas heredadas. Gracias a Lorena Pasarín, por abrirme las puertas del Laboratorio, gracias a Laura Teves y a Ana Lamarche. A todo el equipo de profesionales formados y en formación del LINEA que llenan a este mundo de preguntas interesantes y necesarias, en especial a Julián Cueto y a Laura Palermo.

A la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires por otorgarme una beca para la iniciación de este trabajo y por darme el apoyo necesario para aportar conocimiento a los problemas que atraviesa mi provincia.

Al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas por apoyar el cierre de este proceso de tesis.

Al Doctor Marcelo Jaquenod, por su mirada profesional, por sus aportes a la política sanitaria vinculada al desarrollo de la partería en la región y por su apoyo y ayuda para la elaboración de parte de los resultados y posibles aplicaciones de esta tesis.

A mis directores, Carolina Remorini y Gustavo Marín. Por ser norte, refugio e inspiración. A Gustavo por la confianza y acompañamiento y por haberme alentado a salir de mis lugares de comodidad y hacer que esta antropóloga se permita nuevas preguntas y horizontes. A Carolina, por desafiarme constantemente, por sus valiosos aportes y repreguntas, por quererme y valorarme pese a mi rebeldía, por la responsabilidad con la que asumió su trabajo y por su constante “estar ahí”.

A la antropología, al anarquismo, al Conurbano bonaerense, al amor y al punk. Nada sería de mí sin la sensibilidad, la desnaturalización y el caos que desde allí irrumpe sin pedir permiso.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN Y ABSTRACT.....	7
LISTADO DE ABREVIATURAS.....	13
NOTAS ACLARATORIAS INICIALES.....	15
INTRODUCCIÓN.....	17
1. Presentación.....	17
2. La construcción de la partería profesional.....	21
3. Objetivos generales, específicos y problemas de investigación.....	32
4. Justificación del encuadre y resultados esperados.....	34
5. Presentación de la organización y estructura de la tesis.....	35
PARTE I. Estado del arte del problema de investigación y propuesta teórico-metodológica.....	39
Capítulo 1. Antecedentes.....	39
Capítulo 2. Materiales y métodos.....	51
1. Posicionamientos e hipótesis que guiaron el proyecto.....	52
2. Encuadre teórico-metodológico.....	53
3. Perspectiva etnográfica: recolección y análisis de datos.....	57
PARTE II. La construcción del campo ocupacional obstétrico bonaerense. Procesos políticos y organizacionales vinculados a la partería de los años recientes (1994-2019).....	67
Capítulo 3. La organización profesional en clave etnográfica. El caso del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires.....	68
1. El COPBA y la cruzada por una legislación profesional adecuada.....	78
2. Cruzada del COPBA hacia la mejora en la formación profesional de las parteras.....	92
Apuntes finales.....	97
Capítulo 4. Jornadas profesionales como espacios de construcción del campo ocupacional obstétrico. Estudio del Congreso de Obstétricas de 2013 y del Encuentro de 2014.....	99
1. Conferencias y actos inaugurales como espacios de definición profesional construidos en alianza con actores políticos.....	101
2. Definiciones sobre la profesión “entre colegas”.....	111
Apuntes de cierre para los Capítulos 3 y 4.....	126

Epílogo de la Parte II.....	127
PARTE III. La labor obstétrica en la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires.....	132
Capítulo 5. La organización laboral obstétrica en el ámbito asistencial de la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires.....	133
1. La organización del sistema de salud bonaerense: fragmentación y regionalización.....	133
2. La Región Sanitaria XI y la organización de la atención perinatal.....	135
3. La organización del trabajo de obstétricas en el subsector público de la RS XI.....	140
4. A propósito de la fragmentación: modalidades de trabajo y contratación en el primer nivel de atención.....	147
5. La conformación de redes de obstétricas.....	154
Apuntes finales.....	156
Capítulo 6. El trabajo de las obstétricas en la Región Sanitaria XI: abordaje integral de los procesos asistenciales de la salud sexual y reproductiva.....	157
1. Atención clínico-terapéutica.....	160
2. Educación para la salud.....	181
3. Promoción de la salud emocional y social.....	192
4. Filosofía del “estar ahí”.....	204
Apuntes de cierre para los Capítulos 5 y 6.....	214
CONCLUSIONES Y POTENCIALES CONTRIBUCIONES DE LOS RESULTADOS.....	216
BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES REFERENCIADAS.....	232
ANEXOS.....	248
Anexo 1. Registros de campo codificados.....	249
Anexo 2. Cronologías de eventos vinculados a la partería bonaerense.....	262
Anexo 3. Caracterización de eventos registrados organizados por el COPBA.....	270
Anexo 4. Presentación de trabajos en FCEs.....	273

ÍNDICE DE FIGURAS

GRÁFICOS

1. Gráfico 1. Tipo de personal que atendió el parto en Argentina 2019.....	30
2. Gráfico 2. Tipo de personal que atendió el parto en la PBA 2019.....	31
3. Gráfico 3. Porcentaje de partos atendidos por obstétricas en Argentina.....	32

4. **Gráfico 4.** Representación del campo semántico asociado al trabajo de atención y cuidado referido por obstétricas de la RS XI..... [211](#)

TABLAS

1. **Tabla 1.** Modelos de atención del parto en el continente americano..... [27](#)
2. **Tabla 2.** Categorización de los servicios de obstetricia y neonatología..... [138](#)
3. **Tabla 3.** Distribución de efectores para la atención de la salud sexual, reproductiva y obstétrica en la RS XI..... [139](#)
4. **Tabla 4.** Organización del trabajo de las obstétricas en la RS XI..... [143](#)
5. **Tabla 5.** Cajas de herramientas para la implementación de tecnologías de trabajo y cuidado en salud..... [158](#)
6. **Tabla 6.** Marco teórico-metodológico para el estudio del trabajo de las obstétricas en la RS XI de la provincia de Buenos Aires..... [159](#)
7. **Tabla 7.** Momentos del trabajo de las obstétricas que conforman las consultas de atención prenatales en la RS XI de la PBA..... [170](#)

BOXES

1. **Box 1.** La Confederación Internacional de Matronas..... [81](#)
2. **Box 2.** Competencias esenciales para la partería..... [90](#)

LÍNEAS DE TIEMPO

1. **Línea de tiempo 1.** Eventos vinculados a la legislación del campo ocupacional de la partería a nivel nacional y de la PBA..... [80](#)
2. **Línea de tiempo 2.** Eventos vinculados a la partería y a la atención de la salud sexual y reproductiva en el escenario internacional..... [82](#)
3. **Línea de tiempo 3.** Eventos vinculados a la formación de obstétricas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la PBA..... [84](#)

MAPAS

1. **Mapa 1.** Regiones sanitarias de la PBA..... [134](#)
2. **Mapa 2.** Región Sanitaria XI..... [136](#)

RESUMEN

Área temática: Etnografía, Salud Pública

Palabras clave: partería; etnografía; salud sexual; salud reproductiva; servicios de salud; Argentina

En esta tesis se presentan los resultados de un estudio socio-antropológico centrado en el análisis de los procesos de atención y cuidado de la salud sexual y reproductiva (SSYR) en el subsector público de atención sanitaria de la provincia de Buenos Aires (PBA), Argentina. En particular, se estudia la construcción del campo ocupacional de la partería profesional en dicha jurisdicción y la incidencia de su trabajo en los procesos y resultados de la atención. Para ello, se plantearon como objetivos el desarrollo de la trama histórico-política de la profesionalización de la partería bonaerense y la caracterización del trabajo de las obstétricas en una de las Regiones Sanitarias (RS) en las que se encuentra dividida la PBA, la RS XI, situada en la porción sur de la región noreste de la provincia.

La aproximación metodológica de tipo etnográfica fue el enfoque que orientó el estudio. Se procuró a través de su implementación, un acercamiento al campo de atención a la SSYR, partiendo de la descripción y análisis cualitativo de la profesión obstétrica bonaerense. El trabajo de campo fue desarrollado en Buenos Aires entre los años 2013 y 2019 y consistió en la planificación y desarrollo de técnicas de observación participante y de entrevistas en profundidad. En total, se llevaron a cabo 206 horas de trabajo en territorio en el cual se relevó la información que conforma el corpus empírico de este trabajo.

La elección de este encuadre supuso inicialmente reconocer y describir el entramado histórico-político desde donde se teje -y disputa- el área ocupacional de las obstétricas en la PBA. Se propuso examinar, dentro de esta trama, su labor profesional a través del estudio de las prácticas y sentidos de las parteras que se desempeñan en instituciones de distintos niveles de atención del subsector público sanitario de la RS XI.

Partiendo de ello, en esta tesis se presentan y analizan posicionamientos, relaciones, intereses y recursos que construyen al quehacer profesional obstétrico en los equipos de salud bonaerenses en su interjuego con intereses corporativos, políticas locales y recomendaciones globales. Asimismo, se delinean algunas hipótesis respecto a su posterior incidencia en los resultados y procesos en la atención a la SSYR.

Los resultados provistos a partir del desarrollo de esta investigación indican que desde la década de 1990, en la PBA se han extendido una serie de iniciativas gubernamentales y normativas -en línea con propuestas internacionales- que tendieron a acompañar la idea de

que la partería se afiance como una profesión clave en la dispensa de atención y cuidado integral de la SSYR “de *bajo* riesgo”. En esta línea, se presentan los sucesos vinculados al ordenamiento legal, a la formación académica y a la organización profesional que fueron acompañando diversas políticas sanitarias tendientes a la incorporación y permanencia de obstétricas trabajando -en ocasiones bajo contrataciones precarias- en los servicios sanitarios con el objetivo de brindar atención integral y continuidad de cuidado en todos los niveles de atención para optimizar la salud de las mujeres de la Provincia.

Pese a lo que la literatura científica indica para el caso de América Latina, los resultados presentados en este trabajo sostienen que la partería no es una disciplina que está siendo desestimada a causa de un avance totalizante del modelo de atención biomédico sobre la SSYR. Por el contrario, evidencian que en las últimas décadas se ha presentado una gran apertura del trabajo de la obstétrica en la actividad asistencial bonaerense: la profesión ha logrado trascender los muros de la sala de partos y el lugar de auxiliar de la medicina para constituirse como profesionales parte de equipos interdisciplinarios de salud encargados de trabajar con las mujeres, sus familias y comunidades cumpliendo en una gran proporción de efectores, un rol activo y protagónico.

Frente a esto, los resultados indican que la obstétrica comenzó a ocupar el lugar de guardiana de la salud, los deseos y derechos de las mujeres y que ejerce esa guardia a través de la vigilancia sanitaria y el continuo acompañamiento, alentada por las iniciativas que buscan garantizar su presencia en todos los espacios de atención. En función de ello, se alerta sobre el peligro de asumir una mirada totalizante respecto de una subordinación de la partería frente a la medicina dado que esto podría negar agencia, invisibilizar matices y construir imaginarios sociales vinculados a la obstetricia como una ocupación marginal, alejada de la posibilidad de contar con recursos para la disputa de su fortalecimiento, reificando así una identidad con pocas ventajas corporativas.

Por el contrario, el horizonte de esta obra buscó reconocer la tarea que cumplen las obstétricas en espacios de atención en la PBA, para a partir de allí preguntarse acerca de cuáles son sus aportes particulares y cómo podrían optimizarse tanto su ejercicio como su reconocimiento.

A partir de los resultados presentados en esta tesis se espera contribuir al entendimiento de los modelos que organizan los procesos asistenciales de la SSYR y las políticas vinculadas al trabajo de las obstétricas de la PBA. Así, podrían construirse posibles aplicaciones de utilidad tanto para la propia profesión, como para la planificación de políticas sanitarias. En virtud de ello, se proyecta abonar al diseño de estrategias organizativas del sector salud

tendientes a optimizar la calidad de atención, en relación a los roles profesionales y a los mecanismos de continuidad, accesibilidad y coordinación que se construyen en los procesos asistenciales.

Por otro lado, es de interés fomentar y acompañar el desarrollo, consolidación y avance de un área de estudios sobre partería profesional, aún no establecida en la región. Se considera que esto podría resultar favorable para el desarrollo de un corpus teórico propio de la disciplina que nutra la propia práctica, ya que es imperioso construir categorías para analizar la particularidad del valor del trabajo de la obstétrica. Por último, resulta propicio elaborar junto al colectivo profesional, indicadores que permitan operacionalizar las dimensiones de su trabajo a fin de fomentar la evaluación de su impacto en los procesos y resultados de la atención.

ABSTRACT

Thematic area: Ethnography, Public Health

Key words: midwifery; ethnography; sexual health; reproductive health; health services; Argentina

The current thesis presents the results of a socio-anthropological study directed at analyzing the assistance and care of sexual and reproductive health (SRH) processes in the public health care system subsector of the province of Buenos Aires (PBA), Argentina. In particular, it sets the construction of the occupational field of professional midwifery in the PBA and the incidence of midwives' work on the processes and results of SRH care.

Two objectives were outlined: the development of the historical-political background of midwifery professionalization in the province of Buenos Aires and the characterization of midwives' work in one of the Health Regions (HR) of PBA, HR XI, located in the South portion of the Northwest of the province.

The study was approached with an ethnographic methodology which permitted tackling the field of SRH care from the description and qualitative analysis of midwifery in the province of Buenos Aires. The field work was carried out in Buenos Aires between 2013 and 2019 and encompassed the design and development of participating observation techniques as well as thorough interviews. The field work which provided the information that became the empirical corpus of this study took 206 hours.

The selection of this approach acknowledged the description of the historical-political background in which midwives' work is conducted and disputed in the PBA. To examine their professional work, the practices and roles of the midwives who work in institutions that belong to different levels of care corresponding to the health public subsector HR XI were studied.

This thesis presents and analyses the positioning, relationships, interests and resources which are part of the midwives' work in health teams in the province of Buenos Aires in correlation with corporate interests, local policies and global recommendations. Likewise, some hypotheses concerning their ulterior incidence in results and SRH care processes are formulated.

The outcomes resulting from the development of this research indicate that since the 1990s, in the PBA, a number of governmental initiatives and norms - aligned with international proposals - have been spread. These respond to the idea that midwifery should be reinforced as a key profession in the provision of integral care of "low risk" SRH. Accordingly, this work

presents events related to the legal frame, academic training and professional organization which accompany the various health policies aimed at the incorporation and permanence of midwives who work - in some cases, under poor hiring conditions - in the health system so that they can offer comprehensive and consistent care in every level of assistance to optimize women's health in the Province.

Despite observations made in scientific literature for Latin America, the outcomes presented in this work posit that midwifery is not a discipline that is being dismissed because of the advance of an overarching biomedic assistance model over SRH. On the contrary, they show that, in the last decades, midwives' work has expanded in the province of Buenos Aires: midwives have managed to transcend the walls of the delivery rooms and their medical assistance role to become professional members of health interdisciplinary teams in charge of working with women, their families and communities, playing an effective and active protagonist role.

In the face of this, the outcomes show that midwives have started to fill the role of guardians of health, women's wishes and their rights through health surveillance and continued accompaniment, encouraged by the initiatives aimed at ensuring midwives presence in every health care environment. Accordingly, this work warns about the danger of believing that midwifery is subordinate to medicine since this could deny agency, hide nuances and could build popular consciousness linked to midwifery as a marginal occupation, departing from the reliance on resources for the dispute of its strengthening, hence reifying an identity with scarce corporate advantages.

On the contrary, this work aims to recognize midwives' work in health care environments in PBA and to inquire about their particular contribution as well as about the ways to optimize both their exercise and acknowledgement.

This work seeks to contribute to the understanding of the model that organizes the SRH care processes as well as the policies related to midwives' work in PBA. Hence, useful applications could be developed both for their profession and the design of health policies. For this reason, this work supports the design of organizational strategies in the health sector to optimize the quality of care, in relation to the professional roles and to mechanisms of continuity, accessibility and coordination which are built in the care processes.

Besides, it is important to foster and accompany the development, consolidation and advance of an area that studies professional midwifery, which is not established in the region yet. This could result in a favorable development of a theoretical corpus inherent to the discipline that will nourish the practice since building categories to analyze the particular value of midwives' work is mandatory. Finally, it is appropriate to create, together with the professional collective,

markers that allow us to implement the dimensions of their work to foster the assessment of their impact on the processes and results of care.

LISTADO DE ABREVIATURAS POR ORDEN ALFABÉTICO

Asociación Civil de Carreras de Licenciatura en Obstetricia de la República Argentina.....	ACLORA
Atención Primaria de la Salud.....	APS
Centro de Atención Primaria de la Salud.....	CAPS
Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires.....	COPBA
Confederación General del Trabajo.....	CGT
Dispositivo Intrauterino.....	DIU
Educación Sexual Integral.....	ESI
Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud.....	EURHES
Eventos configuradores de campo (<i>Field configuration events</i> en inglés).....	FCEs
Facultad de Ciencias Médicas.....	FCM
Fondo de Población de las Naciones Unidas (<i>United Nations Fund for Population Activities</i> en inglés).....	UNFPA
Confederación Internacional de Matronas (<i>International Confederation of Midwives</i> en inglés).....	ICM
Infecciones de Transmisión Sexual.....	ITS
Licenciatura en Obstetricia.....	LOB
Métodos anticonceptivos.....	MAC
Organización Mundial de la Salud.....	OMS
Organización Panamericana de la Salud.....	OPS
Provincia de Buenos Aires.....	PBA
Programa Médicos Comunitarios.....	PMC
Programa Materno Infantil.....	PMI
Primer Nivel de Atención.....	PNA
Región Sanitaria.....	RS
Sistema Informático Perinatal.....	SIP
Segundo Nivel de Atención.....	SNA
Seguro Público de Salud.....	SPS
Salud Sexual y Reproductiva.....	SSYR

Siglo XIX.....	S XIX
Siglo XX.....	S XX
Tercer Nivel de Atención.....	TNA
Universidad de Buenos Aires.....	UBA
Universidad Católica de La Plata.....	UCALP
Universidad Nacional de La Plata.....	UNLP
Unidad de Pronto Atención.....	UPA

NOTAS ACLARATORIAS INICIALES

A lo largo de esta tesis se han utilizado como sinónimos las palabras “obstétrica” y “partera” al hacer referencia a una profesión diplomada encargada de la atención de procesos de salud vinculados a la sexualidad y la reproducción de acuerdo a normas y usos del lenguaje en Argentina.

Dado que casi la totalidad de profesionales en partería que formaron parte del trabajo empírico para esta tesis se autodefinen “mujeres”, se optó por utilizar pronombres y artículos femeninos al momento de nombrar al colectivo de personas que ejercen la obstetricia en este país. Asimismo, de acuerdo a datos del Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud, dependiente del Ministerio de Salud nacional, para el año 2018 el 95% de las personas que estudiaban obstetricia eran mujeres (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019).

Por último, la antropóloga que escribe esta tesis considera que es necesario reconocer que no solamente las mujeres cis género acuden a servicios gineco-obstétricos. Existen personas con otras identidades de género que tienen y/o tuvieron vagina, útero y/o mamas, que tienen capacidad de gestar y que requieren del cuidado de su salud sexual y reproductiva de manera respetuosa e integral. Pese a esto, la totalidad de las personas usuarias que participaron de este trabajo, se autopercebieron como “mujeres cis”, por lo que en las siguientes páginas se optó por hacer referencia sólo a esta identidad de género al momento de presentar los procesos asistenciales en los servicios de salud estudiados.

“Alguien que está siendo cuidado, ¿está ampliando o disminuyendo sus redes de conexiones existenciales? Si la respuesta es afirmativa, entonces hay producción de más vida.”

Merhy, Feuerwerker & Silva

INTRODUCCIÓN

1. Presentación

En el año 2011 una mujer bonaerense transitaba su primer embarazo y el nacimiento de su hija. En sus relatos posteriores alrededor de las experiencias de crianza, surgían comentarios respecto a la atención recibida en el hospital privado donde se había atendido. Su crónica estaba atravesada por el maltrato y la angustia.

A raíz de los intereses en antropología médica durante la carrera de grado y de una creciente curiosidad hacia lo que sucedía alrededor de la atención de la salud sexual y reproductiva (SSYR) como tema a desarrollar en un posgrado, la antropóloga que escribe esta tesis propuso a la mujer, conocida por ella, juntarse para dialogar acerca de sus experiencias durante el embarazo, parto y posparto transitado. El encuentro se acordó para el mes de mayo de 2012 y consistió en una conversación abierta de poco más de una hora que fue registrada por medio de notas y posteriormente transcrita. Algunos de los pasajes de ese registro, atravesados por la descripción de los sucesos que se fueron sucediendo a lo largo de esos meses, resultaron clave para pensar en las primeras preguntas de investigación, situadas alrededor de los sentidos vinculados a las vivencias de las personas gestantes durante la atención obstétrica recibida:

Relata que “la información circulaba entre el médico y el residente”¹, que no entendía aquello que estaban diciendo y que se encontraba sola en la sala de partos porque le habían prohibido el ingreso a su marido. Comenta que pese al dolor que ella refería, los médicos insistían con que debía volver a su casa porque “estaba muy verde” [aún le faltaba dilatación]. Ante esta respuesta, ella recuerda haber discutido, porque su domicilio se encontraba a más de una hora del establecimiento y que uno de los médicos respondió riéndose y alegando “¿y qué tiene?, yo me vengo todos los días desde [dos estaciones de tren más lejos] y no me quejo”. Refiere también que cuando les dice quién había sido el médico obstetra que controló su embarazo, los médicos presentes comenzaron a criticarlo y que cada vez que se dirigían a ella, lo hacían como “mami”, cuestión que sintió como una “infantilización” de su persona porque le hablaban “como si fuera una nena y nadie le creía que sentía dolor. [...] Su parto transcurrió con ella completamente desnuda, frente a cinco personas, sin ningún familiar presente y sintiéndose “mirada, extremadamente vulnerable, expuesta completamente y sin capacidad de decisión”. Relató que una vez nacida, le mostraron desde lejos a su bebé y se la llevaron. [...] Constantemente preguntaba “¿dónde está?, ¿dónde la llevan?”, señalando que tenía una sensación de “amputación”. Finalmente la bebé pasó unas siete horas lejos de su mamá y al momento de iniciar la lactancia, la mujer recordó una mala predisposición y malos tratos por parte de la enfermera: “a la bebé para que tome la teta, la pellizcaba”. A causa de esta experiencia, la entrevistada sugiere que fue una de las causas principales de una posterior y sostenida “mala experiencia de lactancia, porque a la bebé le costó mucho prenderse al pecho y disfrutar del hecho de ser amamantada”. **(Entrevista con una mujer que había parido meses antes del**

¹ Los pasajes entrecomillados son aquellos recuperados de manera textual.

encuentro. Registro D1²)
--

La sensación de exposición y vulnerabilidad vivenciada por la entrevistada, producto de la falta de encuentro, resguardo y respeto por parte de los profesionales, pusieron en evidencia un gran malestar que afectaba tanto a ella como a su bebé, incluso luego de haber abandonado la institución hospitalaria.

Mientras se analizaba el relato de la mujer en los momentos iniciales de este proceso de investigación, el Ministerio de Salud de la Nación comenzaba a producir material de difusión respecto a temas vinculados con la violencia obstétrica y los derechos de las personas usuarias de los servicios de SSYR. Estos tópicos empezaban a ser visibilizados en las campañas comunicacionales de organismos oficiales. En el año 2009 se había sancionado en Argentina la Ley 26.485 de Protección integral a las mujeres y su reglamentación en el año 2010 propuso la planificación de políticas para intervenir sobre distintas modalidades de violencia que se manifiestan hacia las mujeres. Entre las modalidades surgía por primera vez en la legislación argentina la noción de “violencia obstétrica”, definida “como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”, conocida como Ley de Parto Humanizado. La Ley 25.929 o “Ley de protección del embarazo y el recién nacido” fue sancionada en el año 2005 y hace referencia a un corpus de derechos de las mujeres y sus hijos en relación al embarazo, parto y puerperio. Entre otros, se estableció el acceso a recibir información sobre las intervenciones médicas que vayan a realizarse, a recibir un trato respetuoso y a facilitar la participación de la mujer como protagonista de su propio parto.

Vale decir que aquello que comenzaba a gestarse en el ámbito local, se encontraba vinculado con experiencias globales y regionales que se fueron poniendo lentamente en agenda desde mediados de la década de 1980, cuando organizaciones de mujeres, como por ejemplo el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), solicitaban la discusión pública de estos temas. Así, han surgido una serie de normativas y declaraciones de organismos de cooperación internacional como por ejemplo la Declaración de Fortaleza denominada “el nacimiento no es una enfermedad” en 1985 o la Convención Interamericana de Belem do Pará en 1994 para “prevenir sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” que dieron voz a regulaciones, políticas, programas y derechos acerca de la

² En el apartado metodológico de esta tesis se hará mención al criterio de organización de los Registros de campo que conforman el corpus empírico de esta tesis. Asimismo, en el [Anexo 1](#) puede consultarse la descripción de cada uno de ellos a través de un listado de instancias empíricas realizadas en el marco de esta tesis, ordenado temática y cronológicamente.

salud de la mujer en general y de la SSYR en particular. En este contexto, comenzaron a desplegarse una variada cantidad de acciones por parte de activistas y agrupaciones de mujeres que impulsaron la generación de espacios de discusión y disputa alrededor de las políticas de género, de reproducción y de derechos sexuales (Morgan & Roberts, 2012). Se iniciaron movimientos de humanización de la asistencia al parto y al nacimiento y se reivindicaron modelos de atención críticos de las prácticas médicas usuales, por ser consideradas innecesariamente intervencionistas o dañinas y poco respetuosas de los derechos reproductivos de las mujeres (Mac Callum & do Reis, 2006). Valores tales como la paciencia, el respeto, la compasión, el acompañamiento, la afectividad y la humanización, fueron pilares de los cuestionamientos al modelo de atención “excesivamente medicalizado”, que no reconocía los derechos sexuales y reproductivos de las personas usuarias y que recortaba el proceso de nacimiento en tanto objeto médico, con una tendencia a la patologización y a la intervención *innecesaria* (Torquinst, 2003).

En este escenario, los incipientes intereses temáticos de investigación se dirigieron hacia los debates públicos y legislativos alrededor de las nociones de “violencia obstétrica”, “parto humanizado” y “parto respetado”. En las etapas iniciales de este trabajo se indagó en la dimensión jurídica y político-normativa de los procesos de SSYR, explorando los debates y actores que participaron en el diseño e implementación de las normativas afines.

Rápidamente, la formación en enfoque etnográfico adquirida durante la carrera de grado, condujo a la formulación de preguntas de investigación que recuperaran, además, la dimensión social y cultural de estos procesos. Esto condujo a evaluar la posibilidad de elegir el ámbito de atención de los procesos de SSYR como escenario desde donde llevar a cabo el trabajo de campo.

En busca de trazar un recorte empírico para el abordaje de la temática, se consideró dirigir la atención hacia las profesiones involucradas en el abordaje de la SSYR. No teniendo en claro si una etnografía hospitalaria sería lo que revestía mayor interés, se comenzó a indagar en los planes de estudio de las carreras de Ciencias de la Salud ligadas a la obstetricia. A partir de esa búsqueda, se encontró -dentro del plan de estudios de la Licenciatura en Obstetricia (LOB) de una centenaria Universidad Nacional- la asignatura “Antropología y Obstetricia”. A finales de agosto de 2012, se optó por pedir autorización a la docente a cargo para presenciar una clase de esta materia con el objetivo exploratorio de identificar puntos en común entre ambas disciplinas.

Durante la jornada observada (Registro E1), una de las docentes a cargo señaló que “el saber obstétrico se encuentra más ligado a un modelo de atención más humanizado”, que discute

con el “modelo tecnocrático³” de atención obstétrica. También planteó la importancia de “generar empatía y de ponerse en el lugar del otro para contribuir a que el proceso sea lo más normal posible”, sosteniendo que para ser “mejores obstétricas” era fundamental poder ver “más allá de la fisiología y la clínica”.

El paso por este espacio complejizó las reflexiones sobre las lecturas previas y fue llevando las inquietudes iniciales hacia los campos de actuación profesional. Desde allí, el tema de estudio comenzaba a tomar forma y los interrogantes giraban alrededor de la formación, de los saberes profesionales y de las subjetividades vinculadas a distintos enfoques de atención obstétrica.

De este modo, la participación en este espacio educativo habilitó un nuevo foco de interés, que se alejaba de la noción de “violencia obstétrica” y su campo normativo para orientarse hacia el estudio de una profesión vinculada a la atención de los procesos de SSYR: la partería profesional.

A partir de entonces, comenzó a pensarse en la posibilidad de que los saberes y prácticas profesionales se encontraran en discusión y -probablemente también- en tensión, evidenciándose esto en los espacios de atención.

Estos primeros pasos de campo, junto con las lecturas de estudios sociales acerca de las profesiones sanitarias (Freidson, 1978; Schapira, 2003), contribuyeron a delimitar un primer objetivo general vinculado al estudio del proceso de profesionalización de la partería, teniendo en cuenta inicialmente cuatro variables: a) las normativas que regulan su disciplina, b) la formación académica universitaria, c) el ejercicio asistencial y, d) la organización profesional. Partiendo de ello, a principios del año 2013 se comenzó a esbozar la primera propuesta de trabajo de campo. Fue así que se buscó un primer acercamiento a las organizaciones profesionales que nuclean obstétricas en Argentina.

Como producto de esta búsqueda, se decidió contactar al Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (COPBA) de acuerdo a dos criterios: 1) por ser la provincia de Buenos Aires (PBA) una de las pocas jurisdicciones de Argentina que cuenta con un Colegio profesional de obstétricas y 2) por tener la mayor cantidad de matriculados en obstetricia del

³ El modelo tecnocrático es un modelo de atención obstétrico propuesto y caracterizado por la antropóloga Davis-Floyd (1994). Fue descrito como fuertemente atravesado por la separación mente-cuerpo, desde donde el cuerpo queda metaforizado como una máquina y los centros de atención médica como fábricas donde se elaboran “productos” -en este caso, madres y niños- gracias al uso de la tecnología sobre todos los procesos de atención, incluso en aquellos que son considerado “de *bajo* riesgo” o “fisiológicos”. Bajo este modelo se entiende a la mujer como una máquina defectuosa que necesita de un experto con saberes técnicos que puedan desencadenar el nacimiento de manera estandarizada, siguiendo y ajustándose a protocolos y reglas que parecen poder aplicarse en todas las situaciones independientemente de las individualidades y deseos de las mujeres y sus familias.

país⁴.

Los caminos abiertos a partir de este contacto, *han parido* esta tesis.

2. La construcción de la partería profesional como problema de investigación

I. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, año 1985: <i>“debe promoverse la formación de parteras o comadronas profesionales. La atención durante el embarazo, parto y puerperio normales debe ser competencia de esta profesión”.</i>
II. Fundamentos de la Ley 11.745 de ejercicio de la partería en la PBA, año 1995: <i>“Así en nuestra provincia de Buenos Aires, verificándose que el índice de cesáreas disminuía en toda institución que contaba con servicio asistencial de obstétricas, se llegó a la sanción de la Ley provincial 4.534 [de 1936] a través de la cual se tornó obligatorio para toda sala de maternidad de hospital, sanatorio, internado o sala de primeros auxilios contar con la presencia de la obstétrica. La historia de los pueblos y la humanidad nos enseñan los caminos por donde la procreación y la vida es sostenida y guiada en su naturaleza por una mujer llamada comadrona, partera u obstétrica.”</i>
III. Informe sobre la salud en el mundo de la Organización Mundial de la Salud, año 2005: <i>“los países que hacen un esfuerzo deliberado para dispensar una atención obstétrica basada en parteras y otros asistentes de partería competentes y respaldada por hospitales, pueden mejorar espectacularmente la supervivencia materna. [...] Lo ideal es que sean parteras [...] preferiblemente en instalaciones dirigidas por parteras”</i>
IV. Día de la obstetricia: ser partera hoy en América Latina. Nota publicada en el Diario Página/12, agosto de 2019: <i>“En cualquier lugar del mundo las parteras velan por la salud sexual y reproductiva de las niñas, adolescentes y mujeres. Las que se capacitan profesionalmente pueden brindar atención y cuidados a madres y recién nacidos durante el embarazo, el parto y el puerperio, aunque en algunos lugares su campo de acción se amplía hasta los controles prenatales, la planificación familiar -receta y aplicación de anticonceptivos- y la prevención de enfermedades de transmisión sexual y/o que afectan a los órganos sexuales. [...] Interactúan con el resto del personal médico dentro de la atención primaria, secundaria y terciaria de la salud; son capaces de detectar y atender las complicaciones del parto antes de que pasen a amenazar la vida de la mujer o el bebé, y de referir cuando los procesos apuntan a convertirse en complicaciones más graves o situaciones de urgencia.”</i>

El nacimiento humano es un hecho atravesado por procesos biológicos, socio-culturales y psico-emocionales. Debido a nuestras características anatómicas y estructurales y a nuestra condición de animales sociales, en todas las culturas se han constituido dispositivos de asistencia y acompañamiento a las mujeres durante los procesos ligados al nacimiento

⁴ Se profundizará al respecto en el Capítulo 1 de esta tesis.

(Grunstra et al., 2019; Rosenberg y Veile, 2019).

La historia de la evolución humana supuso que la locomoción erguida sea acompañada por cambios en la morfología ósea de los homínidos. Para favorecer la marcha bípeda se dio una aproximación de las articulaciones del coxis, la columna vertebral y el fémur. Respecto a las implicancias de este proceso sobre la pelvis humana, gran parte de los avances de la antropología biológica durante el Siglo XX (S XX) acordaron con la teoría del dilema obstétrico propuesta por Washburn (1960). De acuerdo a esta teoría, las consecuencias de la locomoción en dos piernas se tradujo en un acortamiento y robustez de la pelvis, causando las “complicaciones para dar a luz en nuestra especie” (Arsuaga y Martínez, 1998: 344). Así, la estrechez de la pelvis que favorecía la eficiencia de la marcha erguida, implicaba maniobras de rotación dentro del canal de parto que se combinaban con complicaciones a causa de un desajuste de medidas con los grandes cráneos neonatales producto del proceso de encefalización de los homínidos. En este sentido, el nacimiento se transformaba en una actividad que requería de la presencia y asistencia de colaboradores, convirtiéndose en un evento social (Rosenberg y Trevathan, 1995).

Durante varios años estos supuestos guiaron las investigaciones. Pese a esto, hacia la década de 2010 comenzaron a surgir nuevos trabajos e hipótesis (Wells et al., 2012; Warrener et al., 2015; Dunsworth, 2018) que pusieron en cuestionamiento las vinculaciones de unicausalidad entre la estrechez de la pelvis en favor de una eficiente locomoción sobre dos piernas y los posteriores obstáculos asociados para el nacimiento humano.

A partir de entonces se fueron cuestionando algunas teorías desarrolladas previamente como: a) la supuesta eficiencia de las pelvis estrechas por sobre aquellas más amplias para la marcha bípeda y, b) las complicaciones vinculadas a la desproporción cefalopélvica (que de acuerdo a las investigaciones más recientes parece generar menos desafíos que las obstrucciones en el canal de parto a causa de la distancia entre los hombros). Asimismo, en este contexto y con una mayor evidencia fósil, fueron surgiendo nuevas hipótesis que incluyeron otros elementos -como la edad de la persona gestante o la transición hacia la agricultura hace unos diez mil años- que podrían estar también involucrados en los cambios morfológicos de la pelvis humana y sus posteriores consecuencias en el proceso de nacimiento.

Más allá de los posicionamientos teóricos que justifican las particularidades de la morfología humana y sus posteriores consecuencias para el parto, el acompañamiento durante los eventos obstétricos resulta una constante en el ciclo vital humano. Históricamente se han construido tecnologías de asistencia al parto emprendidas por personas -habitualmente mujeres- referentes empíricas en el arte de partear. La figura de la comadrona (del latín “con la madre”), de la *midwife* (del inglés antiguo “junto a la mujer”) o de la obstétrica (del griego

“espera”, “estar al lado de”), ha estado presente desde los primeros registros históricos encontrados (Kennedy y Shannon, 2003).

Coincidiendo con el advenimiento de la modernidad en Occidente y la consolidación de los estados-nación, hacia fines del Siglo XIX (S XIX) se produjeron avances significativos en el mundo Occidental vinculados a la atención médica y a los hallazgos de la bacteriología. Los descubrimientos de Semmelweis, Pasteur y Lister y la formulación de la teoría microbiana junto a los nuevos conocimientos científicos sobre fisiología, patología y anatomía y a los avances en la técnica de cirugía cesárea, mejoraron sustancialmente las posibilidades de sobrevivencia materna luego de un parto (Moscucci, 1993). En este escenario, los gobiernos comenzaron a impulsar la atención médica de los procesos de salud reproductiva en tanto se consideraba que la intervención de esta profesión, impactaría positivamente en los resultados sanitarios, mejorando los índices de morbilidad materno-infantil y propiciando así el crecimiento poblacional.

De este modo, los Estados comenzaban a intervenir sobre “fenómenos específicos de población [como la] natalidad, morbi-mortalidad, fecundidad y demografía” (Restrepo, 1995: 35.) Así, la atención obstétrica, históricamente en manos de parteras sin formación institucional -o empíricas-, se veía redefinida.

Esta serie de acontecimientos dieron forma a lo que desde la literatura se define como “proceso de medicalización” (Conrad, 1982), entendido como aquel a partir del cual problemas de salud-enfermedad, hasta entonces pertenecientes a la esfera privada de la vida de las personas, se transformaron en asuntos de agenda pública ligados a la intervención de una ocupación en ascenso: la profesión médica. A partir de este proceso, la jurisdicción de la medicina moderna se fue expandiendo hasta llegar a abarcar “muchos problemas que antes no estaban definidos como entidades médicas” (Helman, 1994: 134), entre ellos: los nacimientos.

De acuerdo a Conrad y Schneider (1985), la construcción de sucesos sociales como problemas médicos implicó: a) la definición de la medicina y el saber médico como autoridad hegemónica para definir, tipologizar y atender determinadas conductas humanas, b) la delimitación de límites de lo normal/anormal en términos médicos y c) la priorización del medio ambiente interno (“cuerpo”) por sobre el medio externo (“sociedad”).

En este contexto, el Estado, el mercado y la profesión médica adquirieron roles protagónicos y fueron regulando, controlando y definiendo distintos aspectos del ciclo vital de las personas como problemas médicos sobre los cuales intervenir (Conrad, op. cit.). Los procesos de SSYR se reconfiguraron en el marco de políticas dirigidas a las mujeres, sus hijos y familias, al mismo tiempo en que se tejían nuevas relaciones y regulaciones entre saberes y disciplinas vinculadas a su atención (Ginsburg y Rapp, 1991; Di Liscia, 2005; Jordan, [1978] 1993; Krause

y De Zordo, 2012).

En este sentido, entre finales del Siglo XIX y la primera mitad del Siglo XX, el proceso de medicalización de la atención en sociedades occidentales implicó por un lado la consolidación de la institucionalización de la atención obstétrica y por el otro, procesos de especialización para la profesión médica y de profesionalización y formación oficial para aquellas ocupaciones históricamente empíricas como la partería (Gilligan, 2019). La llegada a las universidades para las obstétricas implicó el acceso a un título oficial y con ello la posibilidad de regular su ejercicio profesional y de definir incumbencias profesionales:

“La instrucción de las matronas trajo consigo una circunscripción más precisa del campo asistencial que había monopolizado la antigua partera; aquellas, idealmente, debían encargarse de la atención de los partos clasificados por la medicina universitaria como “normales”, transformándose, en ocasiones, en auxiliares del médico cuando éste participaba tanto en la atención de un parto complicado como en uno de naturaleza normal.” (Zárate, 2007b: 288)

Un eje que ordena la división del trabajo clínico-terapéutico en las ciencias médicas, es la distinción entre normalidad y patología. Al respecto, Canguilhem planteó en su icónica obra “Lo normal y lo patológico” ([1966] 1986) que tal división permitía distribuir operativamente las tareas entre especialidades de acuerdo a si aquello sobre lo cual intervenían, estaba vinculado a procesos fisiológicos o patológicos. Siguiendo este ordenamiento, el proceso de medicalización de la reproducción humana supuso que la atención de la “normalidad” - vinculada a la fisiología de los procesos orgánicos- quedaría a cargo de las parteras diplomadas, siendo las encargadas de derivar a profesionales médicos los eventos obstétricos con anomalías, ya que de acuerdo a Canguilhem: “a los médicos les interesa diagnosticar y curar” (ibidem: 89).

Si el proceso de medicalización fue fundamental para la división del trabajo de la atención clínica, la formación profesional y el diseño de políticas sanitarias en gran parte del Siglo XX (Nari, 2004; Biernat y Ramacciotti, 2008), hacia mediados de la década de 1980, empezaron a gestarse algunos cambios en la organización y en las prácticas sanitarias.

Desde entonces, las innovaciones tecnocientíficas comenzaron a integrarse al proceso de medicalización tradicional. Al control de los fenómenos médicos y al tratamiento de las enfermedades, se sumó la posibilidad de transformarlos a través del llamado “proceso de biomedicalización” (Clarke et al., 2010; Rose, 2009). A partir de allí, surgieron tratamientos médicos para tratar *la salud* y la medicina fue expandiendo su terreno, hasta entonces circunscripto al abordaje de la enfermedad y el padecimiento. El proceso de biomedicalización

supuso el *control de la salud* a través de nuevos diagnósticos, tratamientos y procedimientos derivados de la bioingeniería, la genómica, la biotecnología, la biología molecular y nuevas tecnologías médicas como el diagnóstico por imágenes (Clarke et al., op. cit.). La jurisdicción médica amplió su campo de intervención y la salud se medicalizó.

Varios autores (Rose, op. cit.; Castiel, 1999, Castiel & Álvarez-Dardet, 2010; Van Loon, 2013) coinciden en que a través de la noción de *riesgo* y de la búsqueda de factores e indicadores que lo denotan, la medicina pudo justificar la ampliación de su jurisdicción y avanzar sobre la “medicalización de la salud” a partir de las décadas de 1980 y 1990. Así, el ordenamiento tradicional de “estado de salud” o “estado de enfermedad”, se vería atravesado por una nueva caracterización: la del “estado de salud *bajo riesgo*” (Almeida Filho, et al., 2009: 332).

Para la clínica médica esto conllevó un reconocimiento de los procesos de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través del *control* a fin de reducir las posibilidades de enfermar y de morir al mismo tiempo en que se proponía a partir de ello, optimizar la calidad de vida. En este contexto, surgía la vigilancia médica (Armstrong, 1995), herramienta clave para la terapéutica.

El monitoreo periódico de valores y de procesos fisiológicos permitió “alertar” posibles anomalías, pero también factores de riesgo para el desarrollo de futuras enfermedades.

Para el caso de la atención a la SSYR, por ejemplo, el control rutinario de la tensión arterial y la vigilancia de las prácticas dietéticas durante los controles prenatales, propicia el monitoreo del riesgo de preeclampsia y con ello una reducción en las posibilidades de eventos tales como desprendimiento de placenta o parto prematuro. Asimismo, la realización periódica de la técnica de papanicolau favorece el rastreo de células anómalas que podrían ser indicio de una infección por el virus del papiloma humano y como consecuencia, un factor de riesgo para el cáncer de cuello de útero.

En este sentido, y siguiendo lo expuesto en párrafos anteriores, para las ciencias (bio)médicas modernas, tanto el embarazo como las prácticas sexuales, se convirtieron en eventos “*de riesgo*” sobre los cuales se justifica intervención y vigilancia a los fines de mejorar la experiencia de la existencia humana. Así, la intervención médica sobre la enfermedad y *también* sobre la salud, se convirtió en una técnica social que descansa sobre fundamentos morales.

El proceso de biomedicalización implicó un pasaje del estar *sano* o *enfermo* a estar en “alto” o en “bajo” riesgo (Clarke, op. cit.), generando “la sensación de que, a pesar de encontrarse existencialmente sanas, algunas personas -o tal vez todas- están en realidad asintomáticas o pre-sintomáticamente enfermas” (Rose, op. cit.: 51).

Si durante el proceso de medicalización las categorías de normalidad/anomalía daban forma a la distribución de tareas profesionales, cabe preguntarse acerca de cómo el reordenamiento de la clínica y terapéutica a partir del avance del paradigma de biomedicalización impactó sobre la distribución de tareas en el ámbito de la SSYR al poner en cuestionamiento la operatividad de la distinción de pares dicotómicos de normal/patológico como conceptos estructurantes de la organización del trabajo.

Entonces, ¿cuál es el campo de actuación de la partería cuando no solamente la enfermedad, sino también la salud se vuelven objetos de intervención biomédica? ¿Cómo se construye para la obstetricia un “campo de atención exclusiva” (Freidson, op. cit.) bajo un modelo biomédico fuertemente marcado por la cultura del riesgo, lo hiperpreventivo y la permanente vigilancia? ¿Cómo se definen y disputan los sentidos y prácticas vinculados a su trabajo?

2.1 La construcción de la partería profesional entre lo global y lo local

Hacia la década de 1980 fueron apareciendo en la agenda internacional nuevas líneas de trabajo que contribuyeron a forjar ideas, regímenes y derechos tejidos alrededor de la SSYR y su atención. Nuevas propuestas incluían la reconfiguración del campo de la SSYR tejiendo implicancias tanto para las mujeres y sus familias como para las profesiones intervinientes en su atención.

En 1985, en el marco de la Declaración de Fortaleza (OMS, 1985), se establecieron las “Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento” y se definieron “tecnologías apropiadas para la atención de los partos”. En esta declaración se sugirieron una serie de políticas a adoptarse localmente en relación a aspectos tales como la formación de profesionales, la legislación, las competencias de las profesiones y los servicios de salud. Desde aquí, se impulsó el desarrollo y reconocimiento de la partería profesional como la ocupación “más idónea” para abordar las problemáticas de la atención de los procesos de SSYR “de bajo riesgo” de las mujeres. Desde entonces y de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, las parteras profesionales tienen competencias para brindar atención vinculada a la planificación familiar, la salud sexual, la atención del post aborto, el parto y el control clínico posparto materno y del niño sano hasta los dos meses de edad (UNFPA, 2011).

A partir de allí, desde diversos organismos como la Confederación Internacional de Matronas (ICM), el Fondo de Población para las Naciones Unidas (UNFPA, 2008), la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2010), se han propuesto diversas estrategias y recomendaciones para el “fortalecimiento de la partería” con el objetivo de interpelar a los gobiernos y a las parteras en el sentido de que se

reconozca la importancia de apoyar su consolidación, regulación, formación y ejercicio autónomo para atender a las mujeres y sus hijos y mejorar así “la calidad de la atención”⁵. Asimismo, las recomendaciones y acciones programáticas de los organismos internacionales en las últimas décadas, han proclamado que las parteras reciban atención prioritaria en el diseño de programas y políticas sanitarias y en la distribución del financiamiento de salud pública, incluso señalando la cuestión de costo-efectividad a partir de su inclusión.

Actualmente, existe un consenso vinculado a la caracterización del “modelo de atención en partería” que se basa en la premisa de que el embarazo y el parto son acontecimientos fisiológicos, considerados una parte normal del transcurso vital de las personas que requieren mínima o nula intervención y que deben estar centrados en la mujer y su familia (Sandall, 2016).

Pese a los acuerdos globales, existe una gran diversidad de modos locales en los que la partería se ejerce, se regula y se enseña (Kennedy y Shannon, op. cit.; Sandall, 2009). En países desarrollados como el Reino Unido, Holanda, Japón, Australia, Nueva Zelanda, Irlanda y Suecia, las parteras son las principales proveedoras de atención sanitaria en SSYR, siendo los médicos consultados ante complicaciones o indicación de cirugía cesárea. En contraste, por ejemplo en Estados Unidos y Canadá, la mayor parte de la atención obstétrica es dispensada por profesionales de la medicina.

En el continente americano, conforme a una revisión bibliográfica elaborada por OPS y documentada en el trabajo “Perfil de los servicios de partería en las Américas” (Odberg & Stone, 2005), se identificaron varios modelos de atención obstétrica. Pese a que en esta obra se menciona la dificultad de acceso a fuentes debido a una pobre tradición de investigación acerca de la partería, ha sido posible dar cuenta de cinco modalidades de atención del parto vigentes en el año 2005 (Tabla 1):

Tabla 1. Modelos de atención del parto en el continente americano		
Modelo	Características	Países donde predomina este modelo
Modelo I	Fuerte predominio de la partería tradicional y escaso desarrollo de la atención institucional y profesional	Haití y Guatemala
Modelo II	Atención predominantemente institucional y complementariamente dispensada por parteras tradicionales	Bolivia, Ecuador, El Salvador, Honduras, México, Nicaragua y Panamá
Modelo III	Institucionalizado e integrado principalmente por parteras profesionales	Chile, Perú, Belice, Costa Rica y países no latinos del Caribe

⁵ Se trabajará en profundidad al respecto en la Parte II de esta tesis.

Modelo IV	Fuerte predominio de la atención institucional con un rol de la partería profesional limitado o con algún grado de avance	Argentina, Brasil, Estados Unidos y Canadá
Modelo V	Atención obstétrica institucional sin partería profesional	Cuba y Colombia
Fuente: elaboración propia en base a Odberg & Stone, 2005		

Respecto a la enseñanza, UNFPA (2011) informa que existen tres modelos de formación desplegados alrededor del mundo, aunque no en todas las naciones se encuentra ofertada o reconocida. En algunos países las parteras reciben la titulación como una especialidad luego de la aprobación de la carrera de enfermería, en otros se comparte la doble titulación de enfermería y partería en una sola carrera universitaria y en unos pocos, como en el caso de Argentina, cuentan con carreras independientes.

2.2 Breves apuntes sobre la partería profesional en la Argentina y en la provincia de Buenos Aires⁶

En Argentina, la formación de las parteras se encuentra institucionalizada desde las últimas décadas del Siglo XIX. En los primeros años de la década de 1880 comenzó a dictarse de manera regular el curso de formación para obstétricas en la Universidad de Buenos Aires (UBA) de la Ciudad de Buenos Aires -tras un fallido intento que había iniciado en el año 1822 junto a la fundación de dicha casa de estudio-. En 1882 se creó la carrera en la Universidad Nacional de Córdoba -actualmente discontinuada- y en 1910, en la Universidad Nacional de La Plata (UNLP), siendo su Escuela de Parteras la primera institución formativa con asiento en la PBA (Ministerio de Salud de la Nación, 2019; Grashinsky y Rodríguez Giles, 1994).

Pocos años más tarde de los primeros egresos en la PBA, en el año 1936, fue regulado el ejercicio profesional de la partería en el ámbito de la jurisdicción a través de la Ley provincial 4.534 “Del ejercicio de la medicina, farmacia, odontología, bioquímica, obstetricia, veterinaria, bacteriología y demás ramas del arte de curar” y se delimitó el alcance de la ocupación a la “atención de las mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio normales”, debiendo trabajar en conjunto con un profesional de la medicina ante alguna complicación.

Actualmente, en Argentina, las funciones de las obstétricas se encuentran bajo las regulaciones –no exentas de conflictos- de las incumbencias que le otorga su formación universitaria y por legislaciones provinciales y nacionales, siendo profesionales reconocidas

⁶ En este acápite se propone hacer un breve recorrido por algunos puntos centrales del estado de la profesión obstétrica en Argentina y particularmente en la provincia de Buenos Aires. Esta presentación tiene como finalidad orientar la lectura de los apartados siguientes a un público poco familiarizado con el campo profesional obstétrico bonaerense. Las temáticas que aquí se enuncian, serán desarrolladas en profundidad en la Parte II y en la Parte III de este trabajo.

y calificadas en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio “de *bajo* riesgo”, quedando su objeto de intervención ligado a la noción de “normalidad”. En algunas jurisdicciones, como en la PBA, también suman incumbencias para la atención y acompañamiento de los eventos y procesos vinculados a la salud sexual, incluyendo 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 la PBA actualmente se encuentra vigente la Ley 14.802 para el ejercicio de la partería que establece incumbencias profesionales que recuperan los alcances de la titulación universitaria de grado -de cinco años de licenciatura específica-. Asimismo, esta legislación ha incluido la habilitación para la prescripción de algunos fármacos, vacunas y métodos anticonceptivos, la toma de muestras citológicas para estudios preventivos y la posibilidad de indicar e interpretar diversos análisis y exámenes diagnósticos.

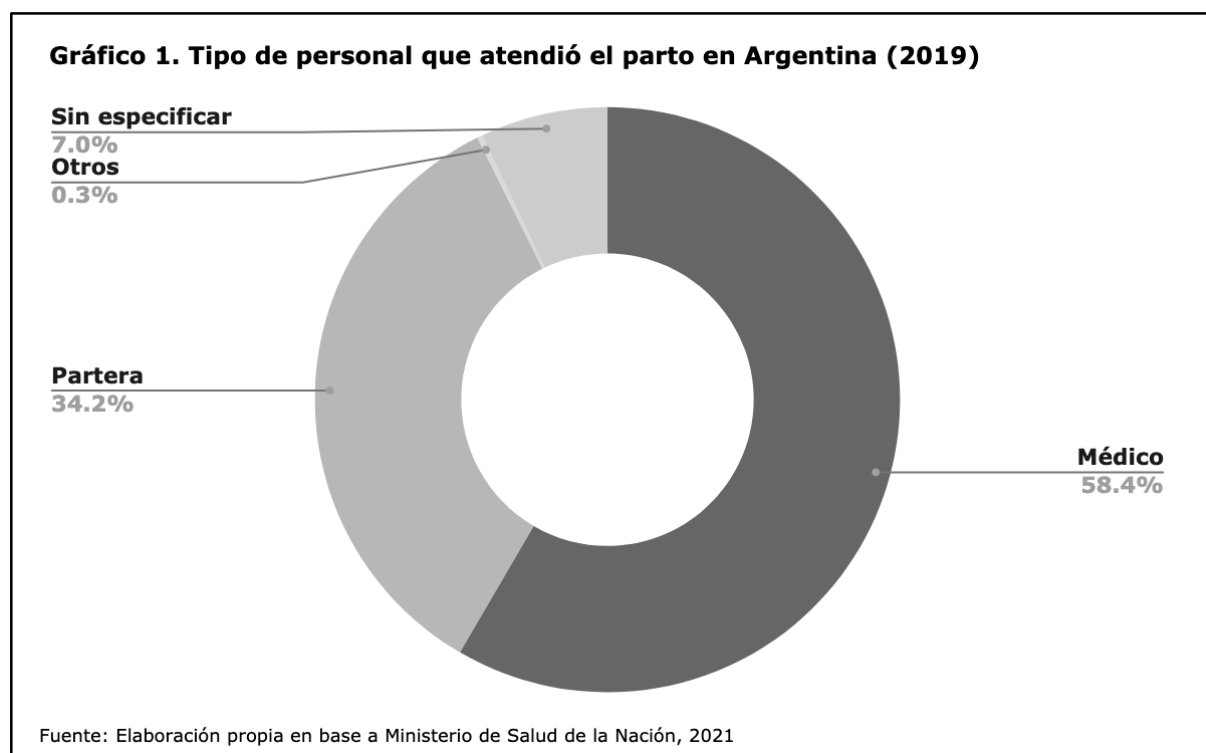
Al momento de escribir este apartado -agosto 2021- no se habían hallado datos actualizados en registros formales del ámbito nacional o provincial que dieran cuenta de la cantidad de obstétricas matriculadas que se encuentran ejerciendo la profesión. Sin embargo, de acuerdo a los datos más recientes encontrados -en un documento técnico ministerial de 2019-, la mayoría de las provincias del país habían informado la cantidad de personal de partería que se desempeñaba dentro de su ámbito jurisdiccional, arrojando un total de 2.127 obstétricas/os (Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología y Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019). No obstante, las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Tucumán y Santa Fe -que, de acuerdo al último Censo nacional (INDEC, 2010), concentran el 53% de la población total del país- no habían aportado información. En este sentido, el dato oficial existente vinculado a la cantidad de obstétricas que ejercen actualmente la profesión en Argentina, no es considerado fiable en el marco de este trabajo.

Pese a la falta de registro oficial del número de parteras que trabajan en el ámbito de la PBA, el documento técnico citado estima un número de matriculadas de 2.200 a partir de lo instruido por la presidenta del COPBA, “aunque no se cuenta con información sobre el número de profesionales que se encuentra en actividad y su porcentaje de dedicación” (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación y Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, op. cit.: 12).

2.2.1 La obstétrica en la atención del parto en Argentina y en la provincia de Buenos Aires

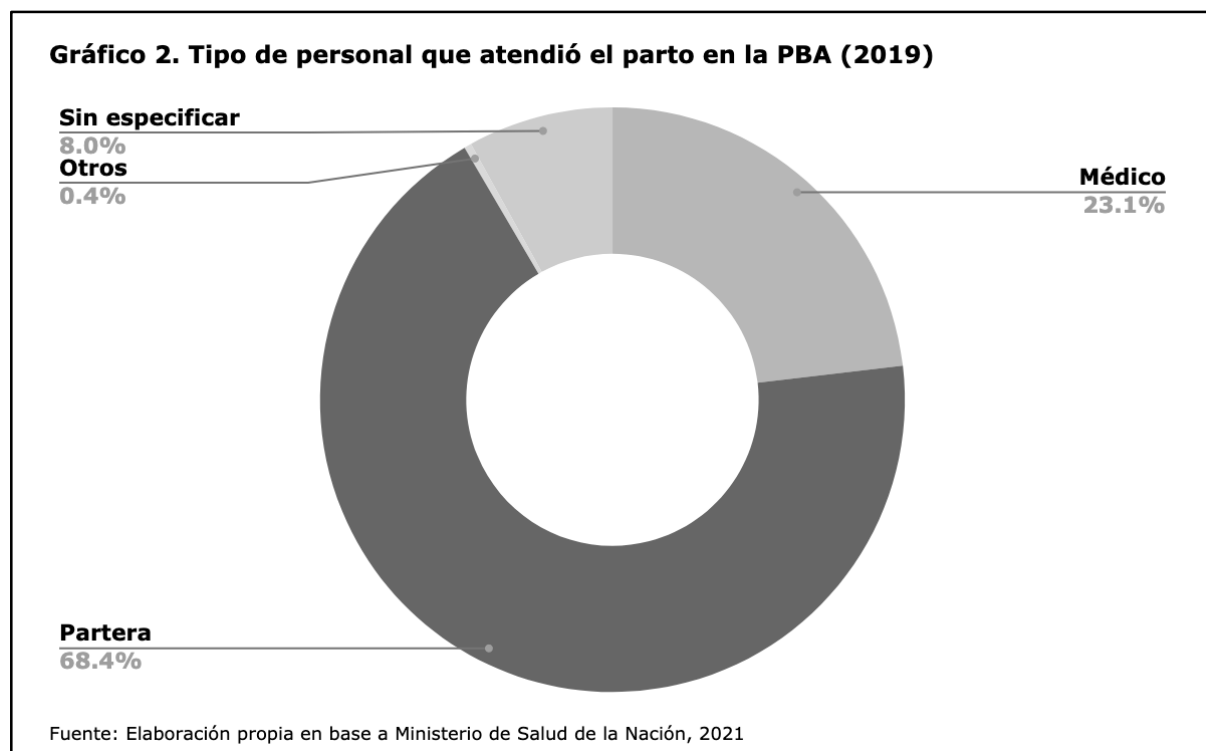
Conforme a datos registrados en el Censo Nacional del año 2010 (INDEC, op. cit.), la PBA concentra el 38% de la población total del país. A partir de datos publicados en el Boletín “Natalidad y mortalidad infantil” del Ministerio de Salud de la Nación (2021), para el 2019 -coincidiendo con el último año de recolección de datos para esta tesis-, el 36% del total de nacidos vivos a nivel nacional se registró en esta jurisdicción, siendo el 60% de esos partos atendidos en el subsector público de salud⁷.

Durante ese mismo año, fueron registrados 625.441 partos en todo el territorio nacional. De este total, según datos del Ministerio de Salud de la Nación (op. cit.), la atención de un 58% fue registrada por un profesional médico, el 34% por una partera, el 7% no hizo mención al tipo de profesional que asistió el evento obstétrico y un 0,3% fue acompañado por “otros” -entre los que se incluyen: enfermeras, otros agentes sanitarios, comadres, otros y el no haber recibido asistencia- (Ver Gráfico 1).



⁷ En Argentina, el sistema sanitario se divide en tres grandes subsectores: a) sector de atención pública -universal y gratuito-, b) sector de la seguridad social -para trabajadores registrados y beneficiarios de pensiones estatales- y c) sector privado -financiado directamente por usuarios- (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

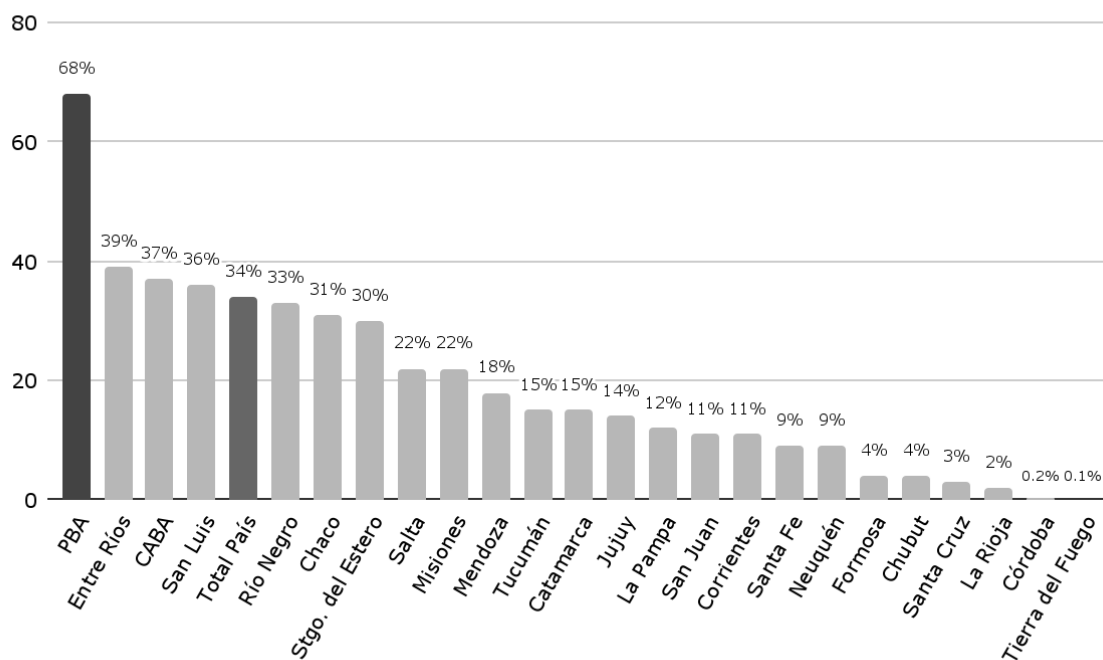
Para la PBA, durante el mismo período, fueron las obstétricas quienes registraron la mayor cantidad de partos atendidos: representando un 68% del total, frente a un 23% realizado por médicos, un 8% sin especificar y un 0,4% que fue asistido por “otros” (Ver Gráfico 2).



De acuerdo a datos de la misma fuente, la PBA es la jurisdicción del país que informa la mayor cantidad de partos atendidos por parteras (68%), doblando el promedio nacional de 34%. En el Gráfico 3 se puede observar que esta provincia representa un valor significativamente más alto que el promedio y que también supera por un 29% a la segunda provincia con mayor cantidad de partos registrados por obstétricas: Entre Ríos.

Asimismo, este gráfico da cuenta de que en un tercio de las jurisdicciones del país, los nacimientos atendidos por parteras no alcanzan el 10%, siendo salientes los casos de Córdoba y de Tierra del Fuego donde el registro por parte de esta profesión es prácticamente nulo. Las razones que obedecen a las particularidades de cada provincia respecto a qué tipo de profesional tiene a su cargo la atención de los nacimientos, exceden al tema de este trabajo pero se podrían considerar *a priori* diferencias que responden a la falta de este recurso humano en algunas provincias, al rol diverso que cumplen en la atención de los partos, a legislaciones específicas e incluso a la organización administrativa para la carga de información que implica que pueda no haber correlación entre el dato de quien figura como responsable de la atención y quien participó mayoritariamente del procesos asistencial registrado⁸.

⁸ De acuerdo al documento “Obstétricas. Formación y ejercicio. Estado de situación en Argentina” elaborado por

Gráfico 3. Porcentaje de partos atendidos por obstétricas en Argentina (2019)

Fuente: Elaboración propia en base a Ministerio de Salud de la Nación, 2021

Siguiendo lo expuesto, considerando que las obstétricas en la PBA atienden un 68% de los nacimientos y que en esta jurisdicción se producen el 36% del total de los partos en Argentina: las parteras bonaerenses, en quienes se centra la presente tesis, acompañan la atención del 24.5% del total de los nacimientos en el país. En este sentido, como producto de este trabajo, se espera aportar resultados asociados al quehacer de las obstétricas que trabajan en la PBA, implicadas en uno de cada cuatro nacimientos que se producen en Argentina.

3. Objetivos generales, específicos y preguntas de investigación

El propósito de esta tesis es estudiar el campo ocupacional de las obstétricas en la PBA atendiendo a sus dimensiones políticas, organizativas y asistenciales a fin de construir resultados que puedan dar cuenta del impacto de su trabajo en los procesos y resultados de la atención a la SSYR.

De acuerdo a lo expuesto en los puntos anteriores, se presentan y definen a continuación los objetivos e interrogantes que guiaron el proceso de investigación y las decisiones metodológicas adoptadas.

el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud dependiente del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019), si el parto fue atendido por más de un tipo de profesional, se registra el de mayor responsabilidad técnico-profesional.

3.1 Objetivos generales

1. Desarrollar la trama histórico-política de la profesionalización de la partería bonaerense atendiendo a procesos, relaciones, políticas y sucesos relevantes para la construcción y definición de la profesión
2. Caracterizar, desde un enfoque etnográfico, el trabajo de las obstétricas en la PBA, atendiendo en particular a una de las Regiones Sanitarias (RS) en las que se encuentra dividida -la RS XI- a partir de la descripción y análisis de sus prácticas y discursos, considerando posicionamientos y estrategias adoptados en la atención en su interjuego con protocolos, normativas, otros profesionales, usuarias y recomendaciones sobre el quehacer profesional.

3.2 Objetivos específicos

- *Para el objetivo general 1*

1. Reconstruir los hitos fundamentales de la historia de la partería profesional en la PBA.
2. Caracterizar la situación actual de la profesión en la jurisdicción seleccionada.
3. Indagar y reconstruir las definiciones histórico-políticas respecto del ejercicio profesional de la obstétrica.
4. Describir y analizar los procesos de agremiación y asociación entre profesionales obstétricas.
5. Estudiar la legislación correspondiente a su ejercicio profesional en el territorio provincial y leyes nacionales.

- *Para el objetivo general 2*

1. Caracterizar la organización de la atención a la SSYR en la RS XI en relación al ejercicio de la partería.
2. Recopilar y analizar los datos socio-epidemiológicos más relevantes para el tema de tesis de la RS seleccionada.
3. Caracterizar las prácticas profesionales de obstétricas que se desempeñan en instituciones sanitarias de primer, segundo y tercer nivel de atención del subsector público, situadas en diversos municipios de la RSXI de la PBA.
4. Analizar y comparar sentidos contruidos respecto al trabajo de las obstétricas, sus incumbencias, competencias en la atención y relaciones con otros profesionales y usuarios del sistema de salud pública, en base a material empírico recopilado.
5. Identificar, a través del análisis de sus prácticas cotidianas, los modos en que estas profesionales se apropian de, interpelan o confrontan lo establecido en ordenamientos institucionales, normativas, programas y políticas vigentes que atraviesan a sus tareas profesionales.
6. Elaborar hipótesis acerca del impacto de las prácticas desarrolladas por las obstétricas en los procesos y resultados de la atención a la SSYR.

3.3 Interrogantes que orientaron la construcción del problema de investigación

El proceso de atención a la SSYR se ha ido construyendo en un escenario configurado por saberes, intereses, propuestas, disputas y relaciones entre el Estado, las profesiones, los organismos internacionales y la sociedad civil. Como resultado de esta interacción se han generado tanto modelos técnico-médicos para la atención a la SSYR como diversas políticas públicas referidas a la salud de las mujeres y sus familias.

A partir de ello surgen las siguientes preguntas:

- *En relación al Objetivo general 1*
 - a. ¿Qué lugar se ha ido construyendo para el ejercicio profesional de la partería en Argentina y en la PBA?
 - b. ¿Qué posicionamientos y oportunidades se revelan por parte de distintos organismos y representantes de los diferentes niveles de gobierno, de los organismos internacionales y de las asociaciones profesionales de obstétricas en este proceso?
- *En relación al Objetivo general 2*
 - a. ¿Cómo se construye en esta trama el trabajo de la obstétrica en diferentes instituciones sanitarias pertenecientes al subsector público de la PBA?
 - b. ¿Qué revela el campo etnográfico acerca del escenario desde donde se define y disputa aquello que caracteriza su ejercicio profesional?
 - c. ¿Cómo incide todo esto en los procesos y resultados de atención?

4. Justificación del encuadre y resultados esperados de la investigación

“Las afirmaciones de que la biomedicina aporta descripciones claras y objetivas del orden natural, un orden empírico de los universales biológicos, externos a la cultura, ya no parecen sostenibles y deben ser sometidas al análisis crítico. [...] No se trata de que alguno de nosotros dude de que las ciencias biológicas han hecho asombrosos progresos en la comprensión de la fisiología humana, pero ya no estamos en disposición de considerar la historia de la medicina como un claro registro del continuo descubrimiento de los hechos de la naturaleza” (Good, 2003: 56).

Byron Good (op. cit.) sostiene que quienes hacen antropología médica tienen como propósito estudiar el modo en que las diferentes culturas construyen prácticas sociales para dar respuesta a los padecimientos. Este enfoque revela que todos los grupos humanos construyen una diversidad de conceptos, sentidos y acciones que explican -de modo variado- las causas de las enfermedades y proponen determinadas estrategias y herramientas para su

abordaje (Menéndez, 1997). Es decir: la práctica terapéutica no es exclusividad de la medicina occidental moderna.

En relación con esto, esta tesis parte del supuesto de que los procesos de atención a la SSYR constituyen una construcción social resultante de relaciones de fuerza históricamente variables entre distintos actores sociales y, que en este proceso, se establecen modos específicos de definir y problematizar aspectos significativos de la vida cotidiana de los conjuntos sociales como la sexualidad, la reproducción y los cuidados (Grimberg, 1995; Wedel et al., 2005; Del Río Fortuna y Lavigne, 2009). Asimismo, se considera que estos modos guían la organización de los saberes ocupacionales involucrados en las respuestas construidas alrededor de estas dimensiones de la vida humana. De acuerdo a ello, se sostiene que la antropología busca dar cuenta de las decisiones, métodos y tecnologías que los grupos humanos elaboran -y en los cuales confían- para mejorar la calidad de la existencia y las probabilidades de sobrevivencia de las personas.

Así, a través del trabajo de campo etnográfico se habilita la posibilidad de explorar en profundidad las interpretaciones, narraciones, prácticas y estrategias desplegadas por diferentes actores que conforman tanto el campo ocupacional obstétrico como las dimensiones político-organizativas vinculadas a la SSYR humanas en un contexto empírico delimitado.

Por consiguiente, en esta tesis se espera construir resultados y discusiones que abonen al entendimiento de los modos y modelos que organizan a los procesos asistenciales y a las políticas vinculadas al trabajo de las obstétricas en la PBA. De esta manera, la presentación de este estudio en el ámbito de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) y elaborado por una antropóloga social, podría colaborar en la profundización de diálogos entre las Ciencias de la Salud y las Ciencias Humanas a fines de construir resultados que resulten de aplicabilidad en el campo de la Salud Pública.

Estudiar el campo ocupacional de las obstétricas en diferentes dimensiones de su trabajo permitirá caracterizar y analizar las implicancias de su quehacer profesional en los equipos de salud y en la organización de la atención sanitaria bonaerense. Así, podrán visibilizarse a partir de procesos y prácticas locales: actores, políticas, intereses y disputas que dan forma al escenario de atención obstétrica y su posterior incidencia en los resultados y procesos en la atención a la SSYR. Al respecto, se espera contribuir con el estudio al diseño y evaluación de las políticas sanitarias en la región y aportar conocimiento y herramientas de utilidad para el campo ocupacional obstétrico en general y bonaerense en particular.

De manera preliminar, se proyecta presentar conclusiones vinculadas a aspectos: 1) formativos, 2) de organización profesional, 3) del marco normativo, 4) del ejercicio asistencial y, 5) de políticas sanitarias de SSYR.

En este sentido, se considera que esta tesis podría ser de interés para el gobierno jurisdiccional, los gobiernos locales, las organizaciones profesionales que nuclean obstétricas, como así también para las universidades que forman a estas profesionales. Conforme a lo dicho, se prevé compartir el producto de la presente investigación con tales organismos.

Por último, cabe señalar que también resulta de interés contribuir a la construcción de un marco de análisis teórico-metodológico para el estudio socio-sanitario del trabajo asistencial de esta profesión y poder, a partir de ello, elaborar indicadores que permitan guiar el monitoreo y evaluación de la labor de las obstétricas en el ámbito asistencial y su impacto en la SSYR y materno-infantil.

5. Presentación de la organización y estructura de la tesis

El proceso de investigación que derivó en la escritura de esta tesis como producto final, implicó nueve años de trabajo donde se entremezclaron -no siempre de manera ordenada- etapas de labor de campo y de gabinete. Los resultados fueron organizados para su presentación en tres partes -numeradas de I a III-. Cada capítulo cuenta con un apartado de discusión de resultados parciales y asimismo, son recuperados en un acápite de consideraciones finales. Por último, se incluye una sección de bibliografía y anexos.

En la **Parte I** se da cuenta del abordaje teórico-metodológico que guió el proceso de investigación. En el Capítulo 1 se describen los Antecedentes, es decir, se recorren las principales investigaciones que conforman el campo de estudios de la partería profesional a través de la selección de: a) obras vinculadas a la caracterización del proceso de profesionalización de esa ocupación en diferentes partes del mundo occidental y b) producciones que tienen como objetivo el abordaje de las implicancias del trabajo obstétrico en los procesos y resultados de la atención a la SSYR. En el Capítulo 2, Materiales y Métodos, se describe de manera detallada el abordaje metodológico que orientó en el desarrollo de las diversas etapas de esta tesis: se presenta el trabajo empírico realizado, se caracterizan los enfoques teóricos y se fundamentan elecciones metodológicas que guiaron el trabajo de campo y el análisis de los resultados.

Las **Partes II y III** de esta tesis tienen por objeto la descripción de los Resultados y su Discusión. La Parte II, se organiza en 2 capítulos y se enfoca en el estudio de los procesos histórico-políticos vinculados a los años recientes de la partería en la PBA. Esto se hace

principalmente a través de la implementación de técnicas de entrevista y de observación participante y secundariamente a partir del análisis de fuentes documentales y normativas. En el Capítulo 3 se traza esta reconstrucción tomando como punto de partida para el análisis a los procesos asociativos y organizativos de la profesión, fundamentalmente a través del estudio del COPBA. Aquí se trabaja sobre los principales hechos, eventos y procesos de la historia reciente de la profesión y se incluye un análisis acerca de la labor de las organizaciones profesionales en los procesos normativos y formativos vinculados a la partería profesional. El Capítulo 4 se propone describir y analizar la construcción política del campo ocupacional obstétrico a través del estudio de dos jornadas de discusión profesional organizadas por obstétricas del COPBA en los años 2013 y 2014. En este acápite se examinan las relaciones desplegadas entre distintos actores involucrados en la construcción de los sentidos ligados al trabajo de las parteras y se presentan las principales discusiones, negociaciones y estrategias propuestas para el alcance de los objetivos deseados para la profesión. Por último, se incluye un Epílogo de la Parte II donde a través de la observación en un evento organizado por múltiples actores políticos para impulsar una ley nacional de ejercicio profesional de obstétricas en el año 2019, se presentan conclusiones parciales de esta segunda parte y se tejen puentes con las líneas y preguntas desplegadas en los capítulos siguientes.

En la **Parte III** se continúa con el análisis de los Resultados y la Discusión de los mismos, y resulta del trabajo etnográfico en el ámbito sanitario de la PBA, desarrollado entre los años 2014 y 2019 en una de sus Regiones Sanitarias: la RS XI. Se indaga acerca del campo de las prácticas profesionales de las obstétricas, abordando en particular el estudio de su quehacer en el subsector público. También incluye dos capítulos. El primero de ellos, el Capítulo 5, se centra en la caracterización socio-sanitaria de la RS XI y se presenta de manera general la organización del trabajo asistencial obstétrico y las políticas sanitarias que lo enmarcan. Además, se caracteriza el campo donde se ha realizado el estudio etnográfico. Para ello, se identifican los lugares y condiciones de trabajo de las parteras al mismo tiempo en que se van desovillando hilos de la trama del quehacer obstétrico en la Región seleccionada. En el Capítulo 6 se despliega un marco teórico-metodológico de elaboración propia para el análisis de la labor obstétrica y sus alcances vinculados a los procesos y resultados de la atención a la SSYR. Este modelo propone el estudio del trabajo obstétrico a partir de la construcción de cuatro variables producto del análisis del material empírico recolectado en espacios de atención de la RS XI. Se espera poder dar cuenta a través de ello de las implicancias del quehacer de la partera en relación a su propia profesión, a la accesibilidad y a la calidad de atención brindada en el subsector público del sistema de salud bonaerense.

En el capítulo final, de Conclusiones y aportes para políticas, formación e investigación en salud, se encontrarán conclusiones generales, reflexiones y posibles aplicaciones de resultados. Este apartado se propone: a) dar cuenta de los hallazgos centrales de la investigación, b) ponerlos en discusión con la literatura científica previa vinculada al campo ocupacional obstétrico, c) delinear posibles aplicaciones de los resultados al ejercicio, ordenamiento y campo formativo de la profesión obstétrica y, d) presentar las líneas de investigación futuras que podrían ser desprendidas del presente estudio.

Por último, se lista la **Bibliografía y fuentes** referenciadas en el trabajo. Y se presentan, ordenan y enumeran **Anexos** a los que se refirió en alguno o algunos de los capítulos de la tesis, elaborados para presentar y acompañar resultados en cada una de las secciones que conforman esta obra.

PARTE I

Estado del arte del problema de investigación y propuesta teórico-metodológica

Capítulo 1. Antecedentes

La investigación sobre partería profesional

Los procesos vinculados a la sexualidad y la reproducción humana y su atención han sido parte de los estudios de la antropología desde sus orígenes y se vieron plasmados en las obras de algunos de sus exponentes clásicos: Mead [1928] 1961; Malinowski [1929] 1975; Levi-Strauss [1958] 1977). A partir de la década de 1970, comenzaron a desarrollarse corrientes de estudios socio-antropológicos vinculadas específicamente a la investigación acerca de la reproducción humana y su atención. Los primeros estudios etnográficos atendieron al análisis de los sistemas de nacimiento en distintos escenarios culturales y consideraron tanto aspectos fisiológicos como psicológicos, de interacción social y socio-ecológicos, preguntándose respecto de lo que hay de universal en lo biológico y de lo que existe en particular en cada sistema sociocultural. El trabajo pionero fue el estudio comparativo de la antropóloga estadounidense Brigitte Jordan, *Birth in four cultures* ([1978] 1993) que abordó la atención del nacimiento en cuatro comunidades diferentes: Yucatán (México), Holanda, Suecia y Estados Unidos. La autora en esta obra impulsó la noción de conocimiento autorizado para hacer referencia a una serie de conocimientos y saberes predominantes en un contexto histórico y socio-político particular que gozan de mayor prestigio y legitimidad para dar respuesta a la atención del nacimiento. A través de esta categoría, Jordan propuso la existencia del dominio de determinados sistemas de conocimiento y saberes que tienen mayor fuerza que otros porque producen explicaciones más eficaces o porque responden a modelos hegemónicos de prácticas y saberes.

A partir de este trabajo se desplegaron nuevos estudios que se propusieron analizar cómo se desplegaba la noción de “conocimiento autorizado” en distintos escenarios socioculturales y en modo en que esto se traducía en prácticas, posicionamientos y saberes alrededor de la atención de los nacimientos (número especial del *Medical Anthropology Quarterly*, 1996; Davis-Floyd, 1994). Si bien estos trabajos avanzaron en la conceptualización de la reproducción humana y su atención como procesos simultáneamente biológicos, psicológicos, sociales, ideológicos y culturales, cabe destacar que entre ellos predominaba un enfoque de tipo culturalista que concebía al nacimiento como un proceso biológico, natural

y universal al que se significa y atiende desde diferentes matrices socio-culturales.

No obstante, el foco en la especificidad de las culturas permitió un gran desarrollo de cuestiones tales como el análisis del escenario transnacional, responsable de inequidades que producen prácticas y políticas que afectan a los contextos locales. En esta línea, se recuperan los aportes que han hecho Ginsburg y Rapp (1991), quienes establecieron una multisituada y sintética perspectiva de distintas voces y aspectos de los estudios de la reproducción como parte importante de la teoría antropológica contemporánea. Las autoras abordan las transformaciones de los procesos de atención del embarazo y los nacimientos a partir de los procesos de medicalización del siglo XX, planteando que estos procesos, legitimados a partir del descenso de las tasas de morbi-mortalidad materno infantil, sometieron a juicio moral tanto las conductas de las mujeres durante el proceso de embarazo, parto y posparto como también otros modos tradicionales de atención. Para esta tesis se recupera su propuesta, en tanto sostienen que para comprender la construcción social de la atención local de los procesos reproductivos se requiere atender tanto a los sistemas políticos y religiosos globales, como también las luchas, los procesos sociales y las prácticas de pequeña escala. Asimismo, en otra obra posterior, estas antropólogas propusieron un abordaje de la estructuración de la reproducción en las intersecciones entre lo global y lo local (Ginsburg y Rapp ed., 1995). Esta obra compila diversos trabajos que desarrollaron nociones fundamentales para estos enfoques, como la de “reproducción estratificada” (Colen) y temáticas tales como los modos de regulación estatal e institucional de la reproducción de los conjuntos sociales (O'Neil y Kaufert; Browner y Press), como así también a la distribución desigual de las tecnologías biomédicas de control y atención de la reproducción (Mullings; Daas).

A partir de entonces, algunos estudios vinculados a estos temas se fueron centrando en la historia, el desarrollo y el ejercicio de la partería en distintos escenarios de los últimos doscientos años. En Europa y Estados Unidos se destacan las obras de Towler y Bramall (1986), Davis Floyd y Sargent (1997), Marland y Rafferty (1997), Kirkham (1998), Davis Floyd et al. (2009), Montes Muñoz (2012). En estos trabajos, se describen y analizan los sentidos y roles que históricamente se han atribuido a la partería en un contexto de consolidación de la biomedicina en la atención de los procesos obstétricos. A partir de allí, se analizan los roles que se fueron tejiendo para las parteras en relación a las constricciones o aperturas que se dispusieron alrededor de su ejercicio, su formación y sus competencias profesionales en la atención obstétrica institucionalizada. Estos estudios permiten dar cuenta de la diversidad de expresiones que tiene el ejercicio de una misma profesión en diferentes países, incluso dentro de un mismo continente. Pese a que la mayoría coincide en que el Siglo XX fue escenario de la consolidación de una “doble desigualdad” entre médicos y parteras y entre varones y

mujeres, también se evidencian regiones -como los países nórdicos, el Reino Unido e Irlanda- donde la profesionalización de las parteras elevó su estatus y les permitió disputar protagonismo en la organización de la atención.

Por su parte, en América Latina, el proceso de profesionalización de la partería también fue explorado en los últimos años, sobre todo a partir de estudios de la historia social. Los trabajos desarrollados en Latinoamérica estuvieron vinculados al desarrollo de la profesión entre los Siglos XIX y XX en el marco de la creación y consolidación de los Estados-nación que coincidieron con la emergencia de la teoría microbiana, el afianzamiento de la profesión médica y la institucionalización de la atención obstétrica. Se rastrearon estudios que dieron cuenta de la organización de los espacios formativos para las parteras -hasta entonces formadas empíricamente-, de los modos en el que se insertaron dentro de los espacios de atención hospitalarios y acerca de cómo obtuvieron -o no- reconocimiento y legitimación de dos organismos emergentes: la Medicina y el Estado. Se recuperan los trabajos de Malavassi (2002) en Costa Rica, Carrillo (1999) en México, Clark (2012) en Ecuador, Mott (2001, 2002) en Brasil, Restrepo (1995) en Colombia y el estudio de Quiróz Pérez (2018) en Perú. La matriz de las obras coinciden en que las prácticas y los saberes de las parteras fueron marginados, desvalorizados, subordinados e incluso desaparecidos dentro del “despegue” médico (Foucault, 1977). Bajo resultados analíticos similares, se considera que las autoras referenciadas sostienen miradas totalizantes del “avance sobre los cuerpos femeninos” por parte del Estado a través de la legitimada biomedicina. De este modo, la consolidación de la profesión médica como la encargada de comandar la atención obstétrica en el continente, implicaba de manera homogénea el disciplinamiento de los cuerpos femeninos a través de la maternidad y dejaba para las parteras una absoluta derrota en los escenarios de atención latinoamericanos.

En contraposición a estas miradas, las historiadoras Zárate (2007a, 2007b, 2018) y Martín (2018) proponen advertir la importancia de incluir miradas analíticas que permitan evidenciar matices en el contexto latinoamericano. Bajo este propósito, las autoras trabajaron en Chile y Argentina -respectivamente-, complejizando escenarios y alejándose de posicionamientos esencialistas que definen a la partería como “buena”, “natural” y “subordinada”, por contraposición a la medicina: “mala”, “intervencionista” y con absoluta hegemonía: “obturando la posibilidad de describir procesos de mediación, disputa y transformación históricas” (Gilligan, 2019: 61).

Por un lado, María Soledad Zárate (2007a) plantea que el S XIX fue escenario del traspaso de la “ciencia hembra” a la ciencia obstétrica, matizando la idea del dominio médico absoluto sobre las parteras en Chile. De acuerdo a los resultados de su investigación, el trabajo de las

parteras empíricas no fue desplazado sino que fue transformado a través de la legitimación otorgada por la instrucción formal que las convertía de “parteras” a “matronas” -tal como se denominan a las parteras profesionales en ese país-. Así, pese a que se reconoce un relativo dominio masculino en la medicina, encuentra a las obstétricas *no del todo fuera* de los espacios de atención validados, brindando atención obstétrica a las mujeres y ocupando lugares de trabajo a los que los médicos no llegaban -por no ser suficientes para cubrir las demandas de la población o por encontrarse alejados de sectores urbanos en los que las matronas sí vivían-. De este modo, la autora comenzaba a marcar contrapuntos con la literatura científico-social habitual que considera a la falta de autonomía del trabajo obstétrico y a una progresiva limitación de sus funciones como cualidades de la profesión extendidas en toda Latinoamérica a lo largo de los S XIX y S XX. Partiendo de esto, en una publicación posterior, Zárate (2018) se pregunta acerca de por qué en las fuentes documentales, la asistencia al parto en Chile durante el S XX desconocía el papel de las matronas. Por ello, se propuso visibilizar y documentar parte de su historia hacia mediados del S XX vinculada a sus procesos formativos, asistenciales y a su participación en la consolidación de la institucionalización de la atención del parto chileno en el marco del Servicio Nacional de Salud (SNS), política extendida entre los años 1952 y 1979. La historiadora concluye que el trabajo de las matronas fue pieza fundamental para el logro de la cobertura hospitalaria del parto a través de la conformación de relaciones sólidas de confianza entre la población femenina y estas profesionales:

“Al documentar el trabajo que estas profesionales realizaron, es posible matizar el habitual juicio respecto de su completa subordinación a los profesionales médicos. Las matronas ejercieron, en frecuentes ocasiones, su oficio en servicios suburbanos y en zonas rurales sin supervisión médica, por tanto, inevitablemente algunas de sus decisiones y prácticas se ejercieron con un grado importante de autonomía, cualidad clave de su entrenamiento clínico y también del proceso de profesionalización de su oficio impulsado por el SNS. Sin desconocer que tanto el proceso formativo como el ejercicio del oficio de matrona estaban bajo la supervisión médica, lo cierto es que su trabajo no debe ser entendido únicamente como un trabajo subordinado como se desprende de la información y análisis de las fuentes consultadas” (Zárate, op. cit.: 37)

En este sentido, señala que la escasez de fuentes documentales que podrían evidenciar el rol activo que han tenido las matronas, no debería llevar a inferir que esto supone una completa subordinación de su trabajo al protagonismo médico. Así, se refiere a la escasa documentación producida por matronas como una limitante que tiende a invisibilizar sus aportes científicos y técnicos a la historia de la atención obstétrica. De esta manera, considera que la falta de producción de tesis, artículos científicos y publicaciones periódicas propias, dificulta la difusión de las particularidades del proceso de profesionalización de la partería chilena. No obstante, sí refiere haber encontrado ponencias compiladas de los dos primeros

Congresos de matronas en Chile (años 1951 y 1959) como documentos que constituyen una fuente de gran valor para el acceso y posterior puesta en valor de “su propia voz”.

Por otro lado, y en la misma línea que su colega, Ana Laura Martín (op. cit.) indaga el trabajo de obstétricas y enfermeras en Buenos Aires entre fines del S XIX y principios del S XX. Martín sostiene que la enfermería y la partería -tareas casi exclusivamente realizadas por mujeres- se consolidaron como tareas específicas en el contexto en que el parto y las tareas de cuidado comenzaron a convertirse en cuestiones de interés para el Estado y sus principios higiénicos y sanitarios del momento. Así, afirma que el “partear y cuidar”, “encuadraron entre oficios calificados” suponiendo educación formal y saberes específicos legitimados formalmente que se distanciaban de saberes previos “improvisados” e “inexpertos” que ponían a la población en riesgo. Entonces, la “jerarquización” a través de la capacitación, mejoraba la atención y suponía también una mejor eficiencia en los resultados sanitarios a través de los puentes extendidos entre mujeres y saberes médicos a través del trabajo de las parteras profesionales. De este modo, dentro del proceso de medicalización, se volvía de interés público la educación que recibían las obstétricas y la delimitación de sus funciones dentro del esquema de atención sanitaria, incipientemente institucionalizada. Como consecuencia, la formación profesional, la institucionalización de la atención y el ordenamiento del ejercicio, lejos de *hacer* desaparecer a la disciplina, comenzó a configurarla como profesión. Por consiguiente, se las consideraba capacitadas para mantener una “actitud expectante y paciencia” ante partos “normales” y hábiles para rastrear dificultades y complicaciones que debían derivarse: siendo “el principal nexo entre parturienta y médico” propiciando intervenciones tempranas ante situaciones de riesgo.

La falta de un corpus sólido de producción científica propia de la profesión obstétrica, a la que hacía mención María Soledad Zárate (op. cit.), continúa hasta estos días en el escenario latinoamericano. Con excepción de unos pocos estudios recientes en Chile y Brasil que se expondrán hacia el final de este apartado, no se encontraron antecedentes de investigación producidos por parteras acerca de su propia profesión. En contraposición, en Europa y Estados Unidos se han producido investigaciones sociosanitarias que registran el trabajo de obstétricas y revelan sus consecuencias en la organización y en los resultados de la atención. Desde allí, se visibiliza que la partería profesional no ha quedado del todo subsumida bajo la voluntad y el poder biomédico y se demuestra la potencialidad del trabajo de las parteras en los servicios de salud.

En el Reino Unido se destaca una gran tradición de producción científica producida por *midwives* -parteras profesionales- y por investigadoras sociales desde la década de 1980, coincidente con las declaraciones de organismos internacionales que proclamaban la idoneidad de las obstétricas para la atención de los procesos reproductivos “normales”. A partir de entonces, se revela en la literatura científica una serie de artículos y publicaciones periódicas que comenzaron a preguntarse acerca de la profesión obstétrica y de las características de su ejercicio asistencial. Sarah Robinson (1985) indagó acerca de la división del trabajo obstétrico entre médicos generalistas u obstetras y obstétricas, remarcando resistencias a la definición de roles de atención delimitados y diferenciados que pudieran formalizar la distribución del trabajo: la “normalidad” para obstétricas y la “patología” para médicos. De acuerdo a sus resultados, la autora sostuvo que la falta de delimitación generaba roles profesionales heterogéneos para las obstétricas de acuerdo a los centros de atención donde se desempeñaban, ya que en algunos de ellos, debido a la superposición de sus tareas con las de los médicos, se veían limitadas: desdibujando sus saberes, capacidades y alcances profesionales. Por consiguiente, empezaron a publicarse varios estudios que proponían dar cuenta de quiénes eran, qué hacían, qué sabían y creían las obstétricas que se desempeñaban en distintas instituciones médicas. En relación a esto, se recupera la serie de cuatro volúmenes de *Midwives, research and birth* ((1) 1989, (2) s/f, (3) 1994, (4) 1996) editados por Sarah Robinson y su colega Ann M. Thomson. En estas obras, se publicaron más de una decena de ensayos por volumen vinculados a temáticas relacionadas con la profesión como las vinculaciones entre parteras y otros profesionales, las implicancias de esto en la organización y práctica de la atención obstétrica y acerca del acompañamiento a la lactancia y crianza. Asimismo, también se publicaron capítulos desde donde se remarcó la relevancia que reviste la producción de investigaciones y de datos científicos propios para la partería profesional.

Por otro lado, la antropóloga Sheila Kitzinger (1988) iniciaba una línea de estudios que trazaba diálogos entre las ciencias sociales y la partería para el abordaje de los sentidos y prácticas que rodeaban al ejercicio profesional de obstétricas en el mundo “occidental”. A través de un estudio comparativo en varios países -industrializados y en desarrollo- propuso un recorrido por el modo en que se desplegaba la profesión en diferentes escenarios de atención que prevalecían en cada sitio. Desde aquí, indicó que las parteras contaban con competencias para “tocar armónicamente los dos mundos: el de los instintos y el cultural”, sugiriendo que era preciso reconocer el valor de esta profesión para la obtención de resultados perinatales satisfactorios. De acuerdo a sus conclusiones, cuando las parteras eran reconocidas y legitimadas para trabajar de manera autónoma, lograban resultados obstétricos que daban cuenta de un menor uso de tecnologías y equipamientos como así también de la reducción de la tasa de cesáreas.

En adelante, diversos trabajos científicos se sumaron en Estados Unidos, Irlanda y Reino Unido, contribuyendo a la consolidación de una rama de estudios sociosanitarios vinculados al análisis de la partería profesional en las instituciones de salud.

Annandale (1988) analizó las dinámicas de atención del trabajo de parto a través de los acuerdos y desacuerdos entre obstétricas y médicos obstetras en una maternidad de Estados Unidos. Allí dio cuenta de los modos en los que cada especialidad definía, entendía y manejaba situaciones “de riesgo” y cómo esto impactaba sobre las decisiones que se tomaban en cada caso de acuerdo a si se definía -o no- como “normal”. De acuerdo a la autora, la obstétrica se mostraba dispuesta a valorar y fomentar “lo normal”, rebelándose contra “errores e injusticias del control profesional médico” que tendía a patologizar situaciones que ellas no consideraban “de riesgo”, como por ejemplo, 42 semanas de gestación en una mujer con ciclos menstruales habitualmente “largos”.

En la misma línea, se recuperan dos obras de la investigadora irlandesa Murphy-Lawless (1991, 1998) quien realizó estudios cualitativos para aproximarse a los modos en los que se organizaba la atención de acuerdo a si los modelos eran gestionados por obstétricas o por médicos obstetras. Como resultado, sostuvo que se evidenciaba un fomento de lo “normal” por parte de la obstétrica, al mismo tiempo en que señalaba habitual su obstrucción por parte de modelos centrados en el “riesgo” propuestos desde la tocoginecología. En su investigación, señaló que los obstetras podían ver a un nacimiento “exento de riesgo” sólo de manera retrospectiva, volviendo así “pacientes propias” a toda persona embarazada y dejando a las parteras sin posibilidad de reclamar un objeto exclusivo de intervención profesional.

En Europa, McCrea (1993) indagó cómo las parteras en Irlanda del Norte construían sentidos alrededor de las relaciones que tejían con las usuarias durante las prácticas de atención y cuidado. Battersby y Thomson (1997) estudiaron el modo en que médicos generalistas y parteras desplegaban rutinas de atención durante los controles prenatales en el primer nivel de atención (PNA) del sistema de salud pública inglés. En este trabajo, las investigadoras reconocieron tres dimensiones salientes del ejercicio de la partería: a) el acompañamiento y monitoreo de los aspectos clínicos del embarazo, b) el soporte emocional y c) la educación en pautas de cuidado y alarma vinculados a los eventos obstétricos. Pese al valor de la integralidad del trabajo obstétrico, las autoras remarcaron que las parteras no se encontraban habilitadas para solicitar la derivación al segundo nivel de atención (SNA) u a otro profesional y tampoco para la prescripción de órdenes para estudios complementarios o medicamentos, complicando la referenciación de esta profesional como aquella “responsable” de los controles prenatales “normales”.

Por su parte, Kirkham (1999) examinó la “cultura de la atención” brindada por obstétricas en instituciones del Servicio Nacional de Salud inglés. A esta “cultura” la caracterizó atravesada por un ideario vinculado a prácticas de acompañamiento, soporte y cuidado que fueron tradicionalmente subvalorados. No obstante, sus resultados consideran que pese a esto, estas dimensiones comenzaban a adquirir mayor reconocimiento, sosteniendo que la valoración de las herramientas particulares del ideario de la práctica obstétrica se traducirían en un mayor reconocimiento de los derechos y deseos de las usuarias. Por último, se recupera el trabajo de Lavender y Chapple (2004), quienes realizaron un estudio acerca de cómo las obstétricas valoraban su propio trabajo, los modelos de atención que dispensan y su filosofía de cuidado en Inglaterra.

Volviendo a los Estados Unidos, hacia fines de la década de 1990 y principios de los años 2000, estudios como los de MacDorman y Singh (1998) y Kennedy y Shanon (2004), procuraron demostrar la incidencia del trabajo de las enfermeras-obstétricas en los resultados de la atención materno-infantil. Estos trabajos dieron cuenta de que la presencia de obstétricas se traducía en una reducción de las muertes neonatales, en mayor peso al nacer, mayor sensación de confianza para las usuarias, un mayor registro de los deseos y emociones de las mujeres y una menor tasa de cesáreas como resultado del “fomento a la normalidad” que propiciaban las parteras. Pese a esta evidencia, señalaron que solamente entre un cinco (MacDorman y Singh, op. cit.) y un diez por ciento (Kennedy y Shannon, op. cit.) del total de los partos eran atendidos por obstétricas, aunque estas contaran con competencias y licencias para asistir partos de manera adecuada actuando con “paciencia sin sacrificar la atención segura del parto” (ibid.).

Estos estudios sentaron las bases para las discusiones respecto a aquello que la partería profesional podía ofrecer como competencias exclusivas. Asimismo, se mostró, a partir de ellos, el escenario de disputa y negociación de la profesión con la medicina y con los gestores de los sistemas de salud locales, en un marco internacional que propiciaba la valorización de la partería como ocupación clave para la atención de la SSYR de bajo riesgo.

Como resultado de estas investigaciones, los años posteriores fueron protagonistas de nuevas preguntas de investigación.

Si previamente se había “mostrado al mundo” *quiénes eran* las obstétricas y -de manera incipiente- comenzaban a presentarse algunos datos acerca de la incidencia de su trabajo en los procesos y resultados de la atención: en los años siguientes, estos intereses “crecieron en escala”, impulsando investigaciones de mayor alcance.

En el año 2014 se publicó en la revista *The Lancet* una serie especial sobre partería coordinada por la obstétrica y académica inglesa Mary Renfrew. El propósito de este número fue construir evidencia acerca de la contribución al buen estado de salud de madres y niños

que aportaba el trabajo de las obstétricas de varias regiones del mundo, a través del análisis de indicadores epidemiológicos, estudios de caso y de proyección de impacto. La finalidad de la publicación procuraba aportar a la discusión acerca de los valores, filosofía y organización que los sistemas de salud deberían ofrecer para garantizar prácticas de cuidado y atención materno-infantil de calidad.

Como resultado saliente de esta serie especial, se destaca -a partir del estudio de Homer et al.- que el trabajo de las obstétricas podría evitar hasta el 83% de las muertes maternas y neonatales si estas fueran las encargadas de dispensar la atención de SSYR de bajo riesgo desde el período preconcepcional hasta el neonatal. Asimismo se señala que la partera profesional tiene competencias para desplegar prácticas de atención integrales capaces de optimizar la normalidad biológica, psicológica y sociocultural de los procesos obstétricos a través de habilidades clínicas como también de aquellas vinculadas a la comunicación y al reconocimiento de saberes de la comunidad. Pese a estos resultados, las publicaciones del número reflejan que las funciones y aportes de las parteras no suelen ser demasiado reconocidas al mismo tiempo en que no cuentan con un lugar de preeminencia en la mayoría de los países del mundo.

En este sentido, se concluye que es necesario seguir construyendo evidencia para demostrar el modo en el que el trabajo de obstétricas, insertadas formalmente en los centros de atención, contribuye a una mejora en la calidad de atención y consecuentemente en la optimización de indicadores sanitarios.

De acuerdo a esto, se presenta, en el citado número, un artículo (Renfrew et al.) donde se elabora un marco teórico-metodológico para el análisis del alcance y la contribución del trabajo calificado de obstétricas y el impacto del mismo sobre la calidad de atención materno-infantil, con la finalidad de orientar las políticas públicas de organización de los servicios sanitarios.

Asimismo, Van Lerbergh et al. indican que en países con alta tasa de mortalidad materna, la puesta en valor del trabajo obstétrico ha logrado reducirla. De este modo, se insta a desarrollar investigaciones que demuestren cómo la inversión en el fortalecimiento de los espacios de trabajo, educación, regulación y organización profesional de las parteras, podría mejorar sustantivamente la calidad de la atención en comparación con los resultados que se obtienen a partir de la implementación de modelos de atención no centrados en la partería (ten Hoope-Bender et al.).

En relación a esto último, se destaca el trabajo de Jane Sandall (2016), obstétrica y cientista social inglesa que se propuso coordinar un estudio comparativo de la atención obstétrica entre modelos centrados en partería y otros no centrados en ella -como aquellos compartidos entre obstétricas y médicos o los centrados en médicos generalistas y/o tocoginecólogos-. El punto

de partida de esta investigación refería a la falta de información sistematizada acerca de las diferencias entre indicadores de resultados de atención obstétrica de bajo riesgo de acuerdo al tipo de profesional que realizaba las prácticas en instituciones de salud. Sandall et al., hicieron su pesquisa a través del análisis de ensayos publicados en cuatro países: Australia, Canadá, Irlanda y Reino Unido. Sus hallazgos indican que las mujeres que recibieron atención dispensada por obstétricas: precisaron de menor cantidad de analgesia y de episiotomías, tuvieron una mayor cantidad de partos espontáneos, menor índice de prematuridad y muerte fetal y neonatal. Asimismo, hallaron que el modo de atención llevado adelante por obstétricas recogió una mayor tasa de satisfacción materna como así también un ahorro en los costos en comparación con otros modelos de atención profesional. Así, las autoras concluyen que la mayoría de las mujeres -que cursan embarazos sin complicaciones- deberían ser atendidas bajo modelos de atención organizados por los saberes y prácticas de la partería.

En Latinoamérica, son escasos y recientes los estudios acerca del despliegue de la partería profesional y sus consecuencias en la organización de la atención y en los indicadores sanitarios.

Se encontró un dossier sobre estudios relacionados con el parto en un número de la “Revista Estudios Feministas” (2002, 10 (2)). Un grupo de artículos presentados en este compendio (De Moraes; Tornquist; Mott) se centraron en la atención del parto en Brasil y en ellos se sugiere a la partera como figura clave para una atención menos medicalizada, menos farmacologizada y menos intervenida a través de su contribución a la reducción de cesáreas. Asimismo, investigadores vinculados a las ciencias de la salud y a la atención obstétrica en particular comenzaron a producir datos con el propósito de demostrar que el trabajo de enfermeras-obstétricas y obstétricas⁹ constituían una alternativa a la atención biomédica, impactando positivamente en los procesos y resultados de la atención. Vargens et al. (2008; 2017) realizaron estudios cualitativos en instituciones públicas de Río de Janeiro acerca de los significados que adquirirían para las enfermeras-obstétricas las particularidades de su profesión. Como resultados, obtuvieron una tendencia al impulso de prácticas “desmedicalizantes” y al reconocimiento y valoración de la fisiología de los eventos obstétricos. En este sentido, sostuvieron que las parteras se representaban a sí mismas como instrumento de transformación de la práctica hospitalaria habitual a la que presentaron como “medicalizada en exceso”.

⁹ En Brasil existe una sola casa de estudios en San Pablo que ofrece desde 2005 una formación integral en obstetricia de cuatro años. El resto de los institutos educativos imparten formación en “enfermería obstétrica”, es por ello que de acuerdo a dónde se haya estudiado, se determina la denominación del título adquirido (Gualda et al. 2013).

Por otro lado, también en Brasil, Gualda et al. (2009) exploraron líneas vinculadas al cuidado de la salud materna y a la formación de profesionales sanitarios. De acuerdo a sus hallazgos, la mayoría de los contenidos formativos de las Facultades de ciencias de la salud se orientan hacia la transmisión de saberes biológicos, centrados en patologías, procedimientos técnicos y con poca “práctica humanitaria”. Partiendo críticamente de esto, propusieron alternativas a la formación que contempla la dimensión de integralidad que supone el cuidado humano. En este sentido, sostuvieron que las enfermeras-obstétricas cuentan con habilidades y saberes que producen mejores resultados a través de modelos de atención centrados en el respeto, la prevención, la educación y la empatía. Conforme a esto, concluyeron que la responsabilidad de la atención del parto “normal” debería ser transferida a las obstétricas dejando a los médicos la atención de casos “de riesgo”, tal como lo proponían los organismos internacionales.

Por último, se recupera la publicación de da Gama et al. (2016) desde donde se describe la participación de enfermeras obstétricas en la atención al nacimiento en Brasil y se analiza su influencia en la reducción de “intervenciones innecesarias”. El estudio arroja que solamente un 16,2% del total de los partos eran atendidos por obstétricas aunque en ellos se observaban con mayor frecuencia “mejores” prácticas de atención como el movimiento durante el trabajo de parto, una menor utilización de analgesia y anestesia y un menor índice de episiotomías y cesáreas.

En Chile, -a través de investigaciones de los últimos años coordinadas por la matrona Lorena Binfa de la Universidad de Chile-, se están produciendo avances en la exploración científica de los aportes del trabajo de obstétricas en los procesos y resultados de la atención a la SSYR en las instituciones sanitarias. En un primer estudio (Binfa et al., 2013) -realizado tres años después de la publicación de la “Guía clínica de atención humanizada del trabajo de parto y parto”-, se evaluaron: a) los procesos de atención dispensados por matronas y obstetras, b) sus consecuentes resultados perinatales y maternos y, c) las percepciones de las mujeres que fueron atendidas en hospitales de Santiago de Chile. Además, se exploraron las percepciones de los profesionales en relación a la organización de su trabajo asistencial. Como resultado se demostró que el 92,7% de las mujeres tuvieron trabajo de partos inducidos médicamente y casi un tercio de ellas reportó un descontento con la atención recibida. En este sentido, las matronas refirieron que el sistema estaba organizado de manera jerárquica y centrado en la medicalización, no encontrando predisposición por parte de los médicos obstetras para modificar el modelo de atención vigente.

En un trabajo posterior que persiguió idénticos objetivos, Binfa et al. (2016a) ampliaron el campo a evaluar y escalaron el mismo estudio a siete regiones territoriales chilenas. Allí se evidenció que los hospitales que participaron del relevamiento presentaban altos índices de desviación del cumplimiento de la Guía de recomendaciones para la atención humanizada

propuesta por el gobierno chileno. De acuerdo a esto, se indicaron altas tasas de partos inducidos -pese a que eran de “bajo riesgo”-, de ruptura artificial de membranas, monitoreos fetales continuos, episiotomías, anestesia y analgesia de rutina, falta de movimiento libre durante el trabajo de parto e imposibilidad para que las mujeres elijan la posición para parir. Las barreras que se encontraron como limitantes de las implementaciones de nuevos modelos de atención respondieron a una inadecuada estructura del sistema de salud y a inadecuadas prácticas y actitudes profesionales. Las matronas entrevistadas referían haber tenido escaso entrenamiento para su implementación mientras que los obstetras alegaban no haber recibido instrucción alguna. Pese a este escenario, en aquellas regiones donde el personal sanitario refería una buena colaboración entre los miembros del equipo, la adherencia a las recomendaciones de la guía aumentaba.

En un esfuerzo por replicar el estudio en otros países y poder comparar los resultados de las investigaciones locales y regionales, Binfa et al. (2016b) impulsaron un estudio similar multisituado en Argentina, Brasil, República Dominicana, Perú y Uruguay que no contó con financiamiento pero sí con la voluntad de los profesionales de partería de dichas naciones latinoamericanas¹⁰. El estudio recupera datos cuantitativos que describen resultados obstétricos y neonatales y se identifica el nivel de bienestar materno producto de la atención de parteras. Los resultados mostraron cierto grado de heterogeneidad en las prácticas aunque un sustrato común de atención “muy medicalizada” pese a pautas y recomendaciones locales e internacionales que señalan la importancia de reconocer y valorar los tiempos y modos fisiológicos de los procesos obstétricos de “bajo riesgo” y de escuchar las voces de las mujeres. Como conclusión, el estudio invita a seguir apostando al desarrollo de la investigación de las parteras en Latinoamérica a fin de comprender por qué se sostienen niveles de prácticas medicalizadas tan altas en contextos de “normalidad” donde no revisten mejoras en resultados de la atención.

En lo que respecta a la Argentina, se encontraron solamente dos trabajos que permitieron un acercamiento al ejercicio reciente de la partería en el país. Por un lado, el trabajo de Grashinsky y Rodríguez Giles (1994), quienes a partir de entrevistas en profundidad a obstétricas de la ciudad de La Plata -capital de la PBA-, abordaron distintos aspectos relacionados con el ejercicio de la partería, su rol profesional, las condiciones de trabajo, su formación profesional y su participación gremial a principios de la década de 1990. El estudio tuvo como uno de sus objetivos conocer los conflictos que atravesaban a la partería en ese momento y visibilizar las estrategias que las obstétricas desplegaban en defensa de su campo

¹⁰ Por la Argentina participaron tres obstétricas. Actualmente dos de ellas trabajan en el SNA bonaerense. Las tres son docentes universitarias, participan activamente del COPBA y fueron entrevistadas en el marco de esta tesis.

ocupacional frente a una realidad que las autoras caracterizaban como restrictiva del ejercicio profesional y tendiente hacia la progresiva eliminación de la partería como profesión autónoma y legitimada jurídicamente. Por otro lado, Badillo Romero (2018) indaga el rol contemporáneo de profesionales obstétricos/as de la provincia de Santiago del Estero. La autora considera que la obstetricia es una ocupación que pese a su profesionalización, se presenta “subalterna” a la profesión biomédica en los espacios de atención. En relación a esto, sostiene que se ven perjudicadas tanto mujeres usuarias como parteras, quienes ven subsumidos sus intereses, saberes y creencias bajo rutinas de atención que considera “medicalizantes” y “patologizadoras” y tendientes a la reproducción sistemática de situaciones de violencia obstétrica. Pese a este escenario, indica que los/as obstétricos/as podrían contribuir a la eliminación de escenarios de atención mediados por la violencia si revisaran sus prácticas, pusieran en valor sus funciones, fortalecieran su identidad y autonomía y finalmente retomarían “los orígenes” de sus prácticas.

En contraposición a los resultados de los estudios centrados en Argentina referenciados, la autora de esta tesis publicó un artículo que pondera positivamente el aporte del trabajo de obstétricas en la atención obstétrica en la PBA (Salsa Cortizo, 2020). Sin desconocer el avance de la atención biomédica en el campo de la SSYR, se reconoce que en el último cuarto de siglo nuevas políticas y legislaciones ampliaron las incumbencias de las obstétricas en dicho distrito, mejorando asimismo su estatus legal y abriendo su participación a nuevos ámbitos y niveles de atención. A través de un abordaje de tipo etnográfico, se reconoce la contribución del trabajo de la obstetricia a la accesibilidad a los servicios de salud y a la calidad de atención. Los resultados arrojaron que las obstétricas de la PBA llevan adelante tareas orientadas hacia un modelo de atención integral que supone un abordaje y acompañamiento clínico, sociocultural y emocional. De este modo, se observó una mayor adherencia a tratamientos, acceso a insumos y recursos, contribuyendo positiva y activamente a la calidad de la atención. En las siguientes páginas, se espera profundizar los hallazgos de este avance preliminar.

Capítulo 2

Materiales y métodos

En este capítulo se describe de manera detallada el abordaje metodológico que orientó el desarrollo de las diversas etapas de esta tesis. Aquí se presenta el trabajo empírico realizado, se caracterizan los enfoques teóricos y se fundamentan elecciones metodológicas que guiaron el trabajo de campo y el análisis de los resultados.

1. Posicionamientos e hipótesis iniciales que guiaron el proyecto de investigación

Existe consenso en sostener que el proceso de medicalización de la reproducción reconfiguró los objetos y campos de intervención de las ocupaciones sanitarias en la atención de la SSYR. A partir de allí, se suele afirmar que la construcción de la medicina como saber legítimo y hegemónico implicó que comadronas y parteras empíricas -anteriormente únicas encargadas de la atención de la mujer embarazada y parturienta- se transformaran en parteras diplomadas cuya actuación debía volcarse hacia actividades de colaboración a pedido de médicos ginecólogos y obstetras (Nari, op. cit.). Así, se construye la idea de que la medicalización de la atención de los procesos reproductivos contribuyó al desplazamiento, la subalternización y la desautorización de las prácticas y sentidos de ocupaciones “no médicas” (Di Liscia, op. cit.).

Pese a estos planteos, se considera que las prácticas y saberes biomédicos deben interpretarse en relación a las prácticas a las cuales subalterniza, pero que no erradica ni elimina (Menéndez, 1988). En relación a ello, María Epele (2013: 14) afirma que es necesario reorientar la agenda de investigación y que es “ineludible problematizar la medicalización, tanto en su temporalidad lineal y, por consiguiente, universalidad, como en la materia en apariencia homogénea”. De este modo, la antropóloga propone poner en cuestionamiento “la naturalización de la medicalización como proceso homogéneo y como crítica *per se*” y recuperando a Rose (op. cit.), plantea que la medicalización puede ser “el punto de partida del análisis, [...] pero no el resultado o conclusión de un estudio” (Epele, op. cit.: 13).

En este sentido, esta tesis parte del supuesto de que una mirada totalizante del proceso de medicalización de la reproducción sobre las ocupaciones tradicionalmente definidas como “subalternas” a la medicina -entre ellas la partería profesional-, obstruye, limita y condiciona el despliegue de estudios sobre otros modelos de atención. Por consiguiente, se propone abordar desde un enfoque etnográfico a la atención de la SSYR y al campo obstétrico bonaerense, procurando recuperar espacios de resistencia y visibilizar propuestas alternativas al llamado “modelo médico hegemónico”¹¹ (Menéndez, 1988) emprendidos por parteras.

¹¹ “Modelo Médico Hegemónico” hace alusión a una construcción teórica propuesta por el antropólogo Eduardo Menéndez (1988: 452) quien ha caracterizado al modelo a partir de una estructura de relaciones que se presentan entre distintos rasgos que lo constituyen: “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico”.

A partir de esto, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

1. Pese al avance de la medicalización que demuestra la literatura, nuevas políticas y legislaciones de los últimos treinta años permitieron ampliar las incumbencias de las obstétricas, mejorar su estatus legal y participar en nuevos ámbitos y niveles de atención.
 - 1.1 En consecuencia, las obstétricas se transformaron en trabajadoras de la salud integral de las mujeres, son referentes importantes para ellas y sus familias y su trabajo tiene una fuerte impronta territorial. Estos hechos inciden de manera positiva en los procesos y resultados de la atención de la salud.
2. La figura de la obstétrica se construye discursivamente como una profesional autónoma, fuertemente comprometida con la valoración de *lo fisiológico* por sobre la *patologización* de la SSYR.
 - 2.1 A partir de esto, se reconocen cualidades consideradas inherentes a su profesión: la obstétrica humaniza, naturaliza, deja ser, acompaña, no interviene excesivamente con procedimientos, fármacos ni tecnologías.
3. La combinación de los procesos histórico-políticos con la creciente valoración social del rol de las obstétricas en el equipo de salud, conducen a otorgarles la misión política de “devolver” aquello que hay de “natural” y “fisiológico” en la SSYR.
 - 3.1 Esta caracterización política es utilizada por las obstétricas como recurso para disputar una mayor jerarquización y valorización de su trabajo en los espacios de atención.

2. Encuadre teórico-metodológico

La investigación propuesta recupera el potencial heurístico de la metodología y escala de análisis de la Etnografía. El objetivo central de los abordajes de tipo etnográfico es dar cuenta de los procesos microsociales que tienen lugar en contextos particulares, privilegiando los puntos de vista de los sujetos que participan de dichos contextos. La etnografía se basa en la observación *in situ* y el registro descriptivo de los sucesos de la vida cotidiana. A través de ello, es posible recuperar los saberes y prácticas locales, como fuente primaria de datos para la interpretación y la construcción de hipótesis y teorías sobre procesos sociales a mayor escala. De este modo -y aplicado a los objetivos de esta tesis- constituyen el eje de la caracterización etnográfica: a) la observación y registro de espacios de atención-cuidado y de organización para la práctica obstétrica, b) las formas de interacción social en el marco de los servicios de salud y, c) las narrativas de las obstétricas acerca de sus perspectivas, experiencias y saberes específicos. La participación de la investigadora en estos escenarios son la condición *sine qua non* para la identificación y caracterización de procesos y variables relevantes al problema de investigación, a partir del establecimiento de *rapport* y empatía con los sujetos en el campo.

En tal sentido es preciso remarcar que la etnografía no se reduce a un conjunto de técnicas, sino que es una forma de hacer investigación que requiere de ponerse en condiciones

necesarias para acercarse y conocer a los otros. Así, es posible producir una descripción de sus prácticas, saberes y valores que se funde en este conocimiento situado y no en la contrastación de supuestos *a priori* (Remorini, 2009). El sentido de la investigación etnográfica es producir un conocimiento nuevo y una mayor comprensión de procesos que han sido estudiados a otras escalas y por otros medios (Rockwell, 2009).

Así, el proceso de construcción de hipótesis y categorías analíticas es fundamentalmente abductivo y no deductivo.

La observación etnográfica -y otras técnicas cualitativas- si bien parten de preguntas e hipótesis preliminares (Malinowski, 1975) buscan descubrir hechos y relaciones entre los hechos, más que subsumirlos a un patrón o regla, ya que su interés está en la singularidad de los procesos locales. De este modo, *a posteriori* podrán dar lugar abductivamente a hipótesis y teorías que deberán contrastarse deductivamente. Asimismo, este enfoque se destaca por su productividad para descubrir también cuáles son las preguntas relevantes y adecuadas en función de la especificidad de los contextos estudiados (Glaser y Strauss, 1967). De manera que se trata de un proceso de investigación flexible, que requiere poner en juego todos estos mecanismos de generación y validación del conocimiento, donde los datos empíricos son cuidadosa y sistemáticamente contruidos a partir de la información obtenida en el trabajo de campo. El trabajo analítico con los datos genera *insights*, hipótesis y también origina preguntas que serán respondidas a través de nuevas instancias de recolección de datos. Mediante este proceso, son desarrollados conceptos que van siendo testeados y articulados hacia el final de la investigación (Glaser y Strauss, op. cit.; Schwandt, 1997; Cresswell, 1998).

El valor de la descripción sincrónica, en profundidad y detallada de las prácticas, se enriquece con su contextualización histórica. De manera que el enfoque etnográfico requiere ser complementado con otras técnicas y datos para poder construir interpretaciones sobre procesos sociales, políticos e históricos que se articulan en la explicación de las continuidades y transformaciones en las prácticas observables en los contextos locales. Así, en el nivel de las prácticas, se podría dar cuenta de la repercusión de la historia general en el presente -ahora historizado- y considerar las continuidades, las rupturas y “los fermentos secretos de la historia que anticipan ciertos cambios” (Achilli, 2005: 21).

Con base en estas consideraciones, la orientación metodológica producto de esta complementariedad de enfoques permitirá abordar tanto la trama histórico-política del proceso de inclusión de las obstétricas en los distintos sectores del sistema de salud bonaerense, como el campo actual de sus prácticas profesionales y los sentidos y significados contruidos por diversos actores alrededor de ellas.

Poner foco en el sentido en que los sujetos otorgan a la profesión obstétrica, a sus alcances y especificidades y a las organizaciones que las nuclean, permitirá reconstruir: a) el papel de

los sujetos como productores históricos de las instituciones sociales, b) los sentidos construidos alrededor de la partería y c) los procesos de atención a la SSYR.

La presente investigación intentará configurar un campo desde donde se puedan dar cuenta las relaciones entre las distintas voces de actores implicados en la problemática construida y las múltiples esferas que atraviesan y conforman el campo de estudio. Entre ellas: el marco legislativo, los sistemas de salud, la historia de la profesión y el rol de organismos internacionales, de referentes de políticas públicas y de profesionales de la salud.

Se considerará central atender a las estrategias políticas, gremiales e individuales que se han desplegado para construir y delimitar un espacio de intervención profesional que distinga a las obstétricas y que permita dar cuenta de su aporte a los procesos y resultados de la atención. De acuerdo a esto, se propone dar visibilidad a los campos en los que las personas involucradas producen sentidos y prácticas sin dejar de lado las ambigüedades que puedan estar presentes.

De este modo, se recupera la perspectiva de Sahlins (1988) en sus diálogos con la teoría de la estructuración (Giddens, [1984] 1995) y se considerará a los sujetos y actores sociales en tanto agentes históricamente condicionados *pero* con capacidad de transformación y admitiendo que “lo estructural” entra en juego en las acciones sociales “como potencia y como acto”. Es decir, no de manera prescriptiva, sino performativa, asociada a intereses y a valores instrumentales detentados por los sujetos actuantes:

“Los individuos reexaminan creativamente sus sistemas convencionales. Y en esa medida, la cultura se ve históricamente alterada en la acción. [Así,] lo que los antropólogos llaman “estructura” es un objeto histórico.” (Sahlins, op. cit.: 9)

La acción -a partir de Giddens (op. cit.) entendida como “estructuración”- reviste un carácter dual como proceso dinámico que involucra al agente y a la estructura social en una relación de interdependencia en términos de espacio y de tiempo. En este sentido, la teoría de la estructuración recupera y pone en diálogo dos tradiciones teóricas sociológicas contrapuestas: el estructural-funcionalismo y el interpretativismo. El enfoque de Giddens propone un marco conceptual para el estudio de los modos en que los actores sociales producen continuidades y rupturas en el mundo histórico-social a través de su participación activo-reflexiva. Asimismo, el sujeto no podrá eludir que para llevar a cabo las acciones, será necesario contar con determinados recursos¹². De este modo, el poder no se presenta ilimitado y de uso totalmente voluntario. Por el contrario, sólo existe “en relación”. Así, la

¹² A través de la teoría de la estructuración (Giddens, op. cit.) se entienden como recursos aquellos saberes, formales -como la educación- o informales -intereses personales, trayectorias biográficas, relaciones sociales con otros, creencias políticas, posicionamientos morales- que permiten conocer el lenguaje, las instituciones, los modos adecuados para el trato con “otros” y otorgan la habilidad para saber cómo actuar ante situaciones de amenaza o riesgo. A partir de estos recursos, los agentes tendrán la posibilidad de desplegar prácticas que les permitan accionar tanto sobre objetos como por sobre otros.

posibilidad de que actores del mundo social puedan operar de acuerdo a sus intereses, siempre responderá a los recursos que estén a su disposición¹³.

La creatividad y la coerción se ponen en juego en los espacios sociales en los que el antropólogo participa. En el campo de investigación podrá observarse cómo los sujetos despliegan estrategias para conseguir recursos que les permitan “interpretar las normas y las interacciones para actuar y reaccionar frente a ellas” (Batallán, 2007: 32-33) y posicionar así, sus intereses -de transformación o reproducción- a través de la negociación con otros.

En esta tesis, se intentará dar cuenta de esto en al menos dos niveles: a) organizacional/corporativo a través de las actividades impulsadas desde el Colegio profesional de obstétricas y, b) institucional a partir del acercamiento a distintos espacios de atención.

A partir de esto, se abren los siguientes interrogantes:

¿Qué prácticas y sentidos heterogéneos despliegan y detentan quienes forman parte -y conforman- el campo disciplinar obstétrico? ¿Qué experiencias y voces del presente y del pasado aparecen evidenciadas a partir del acercamiento etnográfico? ¿*Qué quieren* las obstétricas bonaerenses y *qué hacen* para conseguirlo? ¿Con qué recursos cuentan para traccionar sus intereses y qué sostienen que se conseguiría si logran imponer sus motivaciones? ¿Cuál es su horizonte de posibilidades latentes para crear nuevas formas de escapar de mecanismos coercitivos dentro de los límites y condiciones presentes? (Achilli, 2005: 27). Y por último, ¿las obstétricas bonaerenses son “sujetos de aguante” (Menéndez, 2000: 97) que reproducen modelos de atención centrados en los saberes y prácticas biomédicas o despliegan acciones para transformar la realidad?

Sobre la base de los interrogantes presentados, el objeto de esta tesis será la construcción del campo ocupacional dentro del escenario -en tensión y constante negociación- de configuración y puesta en práctica de la atención a la SSYR en la PBA. El campo ocupacional obstétrico será analizado a partir de tres dimensiones: a) político-normativa, b) organizacional y, c) asistencial, sobre las cuales las parteras despliegan sus acciones y disputan e intentan posicionar sus intereses. Por otro lado, el trabajo estará enmarcado en los siguientes niveles de análisis:

- 1) la reconstrucción histórica de la configuración de la profesión obstétrica en la provincia en relación a: a) el marco regulatorio, b) la formación y c) el ejercicio, poniendo el foco en d): los procesos de agremiación de la partería en la PBA,

¹³ Entendidos estos recursos también como posibilidades de tejer alianzas con aquellos actores que sí lo tienen.

- 2) la descripción analítica de políticas, normativas y organización del sistema de salud vinculadas a la atención de los procesos de SSYR, atendiendo particularmente a sus implicancias para el ejercicio profesional de la partería en la PBA y,
- 3) el análisis de posicionamientos, sentidos, estrategias y saberes desplegados por las obstétricas en relación a: a) las regulaciones y normativas alrededor de la partería, b) sus alianzas con otros actores para posicionar sus intereses, c) al campo de sus prácticas asistenciales profesionales y, d) a los vínculos con otras profesiones que conforman los escenarios de atención.

3. Perspectiva etnográfica: recolección y análisis de datos

Los estudios socio-antropológicos recuperan y trabajan a partir de las perspectivas con las cuales los actores organizan, representan, ponen en marcha y disputan sentidos, acciones y la propia construcción de sí mismos dentro de campos de acción social (Guber y Rosato, 1989; Guber, 2004). De acuerdo a esto, el enfoque antropológico considera clave el trabajo empírico-etnográfico, de “estar allí” donde la vida cotidiana discurre (Malinowski, [1922] 1986; Rockwell, 2009). En este sentido, el trabajo de campo ha sido la marca de profesionalismo y la función disciplinaria central de la antropología (Clifford, 1999):

“Sólo una perspectiva que postule como punto de partida metodológico analizar la producción de las relaciones sociales desde el interior de dicho campo puede darse los medios para llegar a ello. [...] Sus interlocutores lo incorporan en su mundo cotidiano y, a partir de la posición que ellos le imponen, él construye su perspectiva analítica, su saber antropológico.” (Hernández, 2006: 59)

En los estudios antropológicos resulta clave la participación prolongada y el registro escrito de la “realidad social no documentada” en aquellos espacios donde los agentes delimitan, clasifican y cuestionan aquello que les es propio y ajeno:

“En las sociedades modernas lo no-documentado es lo familiar, lo cotidiano, lo oculto, lo inconsciente. Es la historia de los que han logrado la resistencia a la dominación y la construcción de movimientos alternativos. Pero también es el entramado real de los intereses y poderes de quienes dominan, es aquella parte de su propia realidad que nunca ponen por escrito.” (Rockwell, op. cit.: 20)

En el marco de esta tesis, hacer etnografía supuso permanecer cerca -psíquica y socialmente- de las rutinas y actividades desplegadas por las obstétricas de la PBA con la finalidad de a) comprender aquello que consideran significativo y, b) interpretar aquellas condiciones -en tanto posibilidades y restricciones- que interpelan sus experiencias (Emerson et al., 1995). La centralidad del trabajo empírico en la tradición antropológica implica que la elaboración teórica que guía los estudios sea un ejercicio constante que se va construyendo conjuntamente con el registro y análisis de los procesos observados.

Un aspecto central de la metodología etnográfica es la producción y sistematización de

registros que documenten lo observado y lo narrado por los sujetos en el trabajo de campo. Tanto el análisis de los registros como la escritura de los resultados es un proceso iterativo, reflexivo y en espiral (Hammersley y Atkinson, 1994) que requiere una articulación constante entre las instancias empíricas y analíticas. Precisa de un esfuerzo sistemático por identificar -en el amplio volumen de información empírica- dimensiones, aspectos y propiedades emergentes que puedan actuar como variables de hipótesis conceptualmente “densas y fundadas en los datos” (Creswell, op. cit.) que se fueron generando y contrastando a lo largo de la investigación (Remorini, op. cit.). Fundamentalmente el proceso de registro permite revisitar y reconstruir lo visto, descifrar lo significativo que hay en cada situación y relevar aquello que los agentes consideran importante. Partiendo de ello, el análisis procura desenmarañar las estructuras de significados, haciendo texto -transcripción, registro o nota de campo- aquello que se construye como poco evidente. En la práctica etnográfica, interpretar y describir van juntos:

"Reconocer esa relación no significa negar la especificidad de la descripción, ni avalar un registro que pierda contacto con lo observado o escuchado y documente sólo 'la lectura' del observador, sino comprender que la descripción de lo observado y escuchado se hace desde algún lugar". (Rockwell, 1989: 14)

De este modo, en el enfoque etnográfico la teoría y sus categorías analíticas se vuelven proceso, producto y aporte para la transformación de los modos desde los que “se mira y se describe la realidad” (Rockwell, 2009: 25) y no un punto de partida apriorístico e inequívoco a contrastar.

De acuerdo a lo expuesto, la perspectiva etnográfica definida en esta tesis implicó un diseño metodológico basado en la implementación complementaria de dos técnicas de recolección de información: la observación -estructurada y no estructurada- en espacios de atención, formación y organización profesional y la entrevista -exploratoria y en profundidad- a funcionarios públicos, referentes de organizaciones profesionales, obstétricas y otros profesionales. Asimismo, los datos obtenidos a partir de su implementación, consideraron la revisión de fuentes normativas y documentales afines a la atención a la SSYR y a la profesión obstétrica.

3.1 El trabajo de recolección de datos

Se propuso la realización de este estudio en profundidad en una muestra intencional construida según un criterio teórico, no probabilístico de obstétricas y otros profesionales y funcionarios de programas de salud. Asimismo, el criterio de saturación teórica (Glaser y Strauss, op. cit.) orientó la decisión de ampliar o limitar la indagación y/o el tamaño de la

muestra a lo largo de la investigación¹⁴.

A partir del análisis de los resultados de esta muestra, se espera dar cuenta de las relaciones entre las distintas voces de actores implicados en la problemática construida y las múltiples esferas que atraviesan y conforman el campo de estudio, entre ellas: las prácticas profesionales, el marco legislativo, los sistemas de salud, la historia de la profesión, el rol de organismos internacionales, de los referentes de políticas públicas, de las casas de estudio y de los profesionales de la salud -sean obstétricas u otros-.

En este sentido, desde una aproximación de tipo etnográfico se exploraron los modos en que sujetos, organizaciones e instituciones se encuentran relacionados.

Asimismo, a partir de los resultados del trabajo empírico, se consultaron fuentes documentales producto de las acciones emanadas de áreas, políticas, programas y datos epidemiológicos de diversos organismos referidos a la SSYR en general y a la atención obstétrica y al cuidado de la salud del binomio madre-hijo en particular. También fueron objeto de estudio los organismos, legislación y antecedentes normativos que participan y dan forma al campo de ejercicio de la disciplina obstétrica y sus incumbencias profesionales en la región.

Esta investigación implicó el acercamiento a espacios donde las obstétricas llevaban adelante sus prácticas profesionales cotidianas vinculadas a actividades asistenciales, pero también de gestión y educativas. En este sentido, el trabajo empírico significó *estar ahí*. En una multiplicidad de escenarios y ambientes donde las profesionales interactuaban entre ellas, con otros profesionales y con usuarias de distintos servicios de salud bonaerenses. Esto supuso la visita a oficinas de organismos públicos, consultorios, salas de internación, aulas o salones de conferencias. La participación etnográfica en distintas rutinas, eventos y escenarios profesionales junto a la documentación de lo observado y conversado, constituyeron el material para el análisis que se presenta en esta tesis.

Las actividades de campo comenzaron a desplegarse a principios del año 2013 a partir de una entrevista exploratoria con la Presidenta y con la Vicepresidenta del COPBA. En esta instancia, se les comentó a las referentes los intereses de investigación y a partir de este vínculo inicial se pudo entrar en contacto con cuatro de sus colegas -obstétricas y participantes activas del Colegio- para sumarlas a participar de entrevistas en profundidad sobre sus trayectorias profesionales. Asimismo, a partir de este acercamiento inicial se gestionó una invitación a participar de dos Congresos organizados por el Consejo Superior

¹⁴ Inicialmente, en la versión original del proyecto de tesis, se había considerado incluir metodologías de la investigación cuantitativas y realizar y analizar encuestas. No obstante, se considera que los datos obtenidos a partir del relevamiento realizado desde el enfoque etnográfico y el análisis documental aportan evidencia suficiente en términos de los objetivos y alcance de esta tesis.

de dicho Colegio en 2013 y 2014¹⁵. Tanto las primeras entrevistas como los registros observacionales producto de la participación en las jornadas de discusión profesional, conforman una primera etapa de recolección de datos de la investigación y sus resultados - vinculados a las dimensiones político-organizativas de la partería bonaerense-, pueden encontrarse en la “Parte II” de esta tesis.

Luego de procesado ese material, en 2017 se inició una segunda etapa de recolección de datos que se extendió hasta el año 2019. Esa instancia no estuvo orientada hacia las profesionales del COPBA ni a las actividades que realizaba la institución, sino que se centró en los espacios de trabajo asistencial en el subsector público de una de las RS en las que se encuentra dividida la provincia de Buenos Aires, la RS XI. Este trabajo se vio favorecido por el cambio de residencia a una de las ciudades que forman parte de dicha RS, lo que facilitó el desplazamiento y acceso frecuente a estas instituciones. Para esta etapa, se estableció el contacto tanto con la Coordinadora de obstétricas de la RS seleccionada, como con quien en ese momento se desempeñaba como Coordinadora de la LOB en la UNLP -situada en la RS XI- y con algunas de las Coordinadoras obstétricas de los municipios y de los hospitales de la RS XI. A partir de estos contactos, se fue construyendo el muestreo intencional a través de la técnica bola de nieve (Blanco y Castro, 2007) y se llegó a la mayoría de los municipios -14 sobre un total de 18- que conforman la Región seleccionada. Las estrategias que permitieron el contacto con obstétricas de distintos municipios fueron diversas y supusieron complejidades, acercamientos formales e informales. En la mayoría de los casos, a partir de un contacto inicial con personas referentes del Colegio Profesional, del Ministerio de Salud Provincial, de la UNLP y de algunas personas clave en diferentes municipios: se logró ir expandiendo la red de contactos a entrevistar y con quienes concretar visitas a sus lugares de trabajo. Asimismo, cada uno de estos encuentros posibilitó la expansión de la red de contactos y permitió la accesibilidad a una mayor cantidad de personas e instituciones sanitarias. Los resultados vinculados al análisis de la dimensión asistencial del trabajo obstétrico se presentan en la “Parte III” de este documento.

En total, se llevaron a cabo 125 instancias de campo -desarrolladas aproximadamente durante 206 horas de trabajo de campo- que conforman el corpus empírico de este trabajo. El criterio para el agrupamiento de los registros fue temático. En el [Anexo 1](#) se listan, clasifican y codifican de acuerdo a cinco grandes agrupamientos que se describen a continuación:

¹⁵ La inscripción a estos eventos fue eximida de pago gracias a la voluntad del COPBA. El organismo mostró su apoyo continuo a esta investigación por considerar que los resultados producidos podrían ser de utilidad para el Colegio en particular y para la profesión en general.

a) Registros de campo producto de la observación en jornadas de discusión profesional

Observación y participación durante el “I Congreso Nacional de Obstétricas con alcance Latinoamericano” del año 2013 y en el “Encuentro Nacional de Obstétricas y I Curso Intensivo de Actualización” del año 2014. Estas jornadas fueron organizadas por el Consejo Superior del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires y se desarrollaron en la ciudad de Mar del Plata -PBA- durante tres días y en la ciudad de Buenos Aires durante dos, respectivamente.

Durante estos eventos, se registraron 60 horas de actividades y se produjeron 33 registros documentales de campo a partir de:

- La observación en espacios de discusión:
 - formales: en actos inaugurales, mesas redondas, conferencias, presentación de trabajos de investigación y mesas debate e,
 - informales: en espacios de uso común como comedores, puertas de entradas, sector de acreditaciones y stands de patrocinadores.
- La observación participante en:
 - conversaciones informales con obstétricas organizadoras, expositoras y asistentes y en,
 - talleres de actualización profesional ofrecidos como parte de las actividades de las jornadas.

La concurrencia a estos eventos permitió: a) el acercamiento a las temáticas que conformaban la agenda político-organizativa de las obstétricas bonaerenses, b) la llegada a algunas de ellas para conversar de manera informal, conocerlas, entrevistarlas o coordinar encuentros posteriores, c) participar de debates y discusiones que surgían espontáneamente entre las obstétricas luego de las presentaciones en los salones y escuchar sus comentarios durante las disertaciones -por lo bajo algunas veces e imponiéndose públicamente otras-, d) observar los momentos en los que las actividades eran más o menos concurridas y, e) atender a las dinámicas de autoridad y uso de la palabra que circularon por el Congreso, a los modos en que se presentaban los participantes y a los tiempos y espacios que eran destinados para cada una de las actividades¹⁶.

b) Registros de campo producto de la visita a obstétricas en instituciones sanitarias de la RS
XI

¹⁶ En la “Parte II” de esta tesis, se presenta con mayor profundidad el trabajo de campo producto de la participación y observación en los eventos presentados.

Se produjeron 34 registros de campo entre el año 2014 y el año 2019 a partir de la observación -en unas pocas ocasiones participante- en el campo de las prácticas profesionales asistenciales de las obstétricas de la RS XI en instituciones de salud públicas de primer, segundo y tercer nivel de atención (TNA).

La duración mínima de estas visitas fue de 60 minutos, habiéndose extendido algunas de ellas por más de seis horas, siendo 120 minutos la duración promedio de cada una y generando un total de 70 horas de observaciones que pueden agruparse del siguiente modo:

- Dinámicas de atención gineco-obstétricas en Servicios de Maternidad de hospitales provinciales y municipales. Fueron escenarios de estas observaciones: salas de internación, salas de parto, pasillos, oficinas de admisión y salas de descanso de profesionales de guardia,
- espacios de atención en consultorios de instituciones de PNA, SNA y TNA provinciales y municipales. Allí, se observaron consultas pre y posnatales, monitoreos fetales y consultas de SSYR integral, entre las que se destaca la consejería en métodos anticonceptivos (MAC),
- jornadas de capacitación y actualización profesional en instituciones asistenciales de la RS XI organizadas por obstétricas y,
- reuniones periódicas de equipos de obstétricas municipales en sus lugares de trabajo¹⁷.

Pese a que el abordaje etnográfico se caracteriza por propiciar espacios de observación con participación activa en las actividades que los sujetos realizan de manera cotidiana (Malinowski [1922] 1986; Guber, 2011), esto se ve limitado en los escenarios de atención sanitaria ya que el antropólogo no cuenta con las licencias profesionales para la realización de prácticas sanitarias. En este sentido, en la mayoría de las instancias registradas, la participación fue mínima. No obstante, sí se participó de las instancias de discusión y debate en jornadas de capacitación y en reuniones de equipo, incluso en algunos encuentros posteriores a la atención donde se discutían los casos atendidos. Asimismo, en ocasiones, se participó de los diálogos durante las consultas, motivados por la interpelación de las profesionales o de las usuarias.

c) Entrevistas en profundidad a obstétricas bonaerenses orientadas a sus trayectorias profesionales

Durante los años 2013 y 2019 fueron contactadas 32 obstétricas que accedieron a ser entrevistadas para conversar acerca de sus trayectorias laborales. Algunas entrevistas se dieron dentro de sus espacios de trabajo -durante guardias hospitalarias o en sus consultorios

¹⁷ En la "Parte III" de esta tesis, podrá encontrarse un despliegue más detallado y amplio de los resultados observacionales en distintas instancias de trabajo en el sector asistencial.

en los Centros de atención primaria a la salud (CAPS)-, otras se llevaron a cabo en sus domicilios particulares, en la sede del Colegio profesional provincial, en alguna oficina ministerial o incluso en un rincón del salón del Encuentro Nacional de Obstétricas de 2014.

La totalidad de las participantes fueron mujeres con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años: algunas habían egresado hacía más de cuatro décadas y otras lo habían hecho en los últimos años -31 en la UNLP y 1 en la Universidad de Buenos Aires-. A excepción de una, dedicada a tareas de gestión y docencia, todas se desempeñaban como trabajadoras en el sector asistencial de la PBA, 29 de ellas en la RS XI.

Las obstétricas entrevistadas pertenecen a 23 instituciones sanitarias diferentes del subsector público de la RS XI. Por otro lado, además de su desempeño profesional en este subsector, algunas comentaron que también lo hacían en el ámbito privado o que se dedicaban a otro tipo de tareas que complementaban sus ingresos salariales -docencia, venta de productos y servicios, microemprendimientos o actividades de secretariado en consultorios médicos-.

En promedio cada una de las entrevistas tuvo una duración de 60 minutos, algunas extendiéndose hasta 200 minutos distribuidos en dos encuentros. En total, fueron transcritas 45 horas de entrevistas en profundidad. Fue prevista la utilización de una guía de preguntas, aunque en varias oportunidades fueron las entrevistadas quienes armaron su propio ordenamiento narrativo y guiaron el argumento y reconstrucción de su trabajo a lo largo de su biografía.

A través de las entrevistas se propiciaron espacios de reflexión sobre las prácticas y fue posible a partir de ello recuperar sus trayectorias, historias de vida, memorias y “verdades subjetivas” (Piña, 1988; Bourdieu, 1997). La revisión sobre su propio pasado y quehacer permitió a las obstétricas reflexionar sobre las continuidades y cambios que atravesaron a su vida profesional y las posicionó como participantes activas y críticas del ordenamiento de las dinámicas de atención (Vargens et al., 2008).

La construcción de trayectorias profesionales a partir de los relatos implicó dar cuenta del campo en el que se ha ido configurando el ejercicio profesional obstétrico en la RS XI, atendiendo tanto al conjunto de relaciones y agentes que han atravesado a las entrevistadas, como a los posicionamientos que los agentes -en este caso, las parteras- desplegaron en los escenarios donde se desarrollan sus prácticas. En este sentido, trabajar con relatos y trayectorias permitió el abordaje de la experiencia individual y subjetiva como material para el análisis tanto de la propia práctica cotidiana como para la construcción socio-histórica y político-ideológica de la partería bonaerense.

Asimismo, esto fue insumo para la recolección y análisis de datos vinculados a los aspectos ideológicos y posicionamientos teóricos y políticos que dieron cuenta de la definición y disputa por la especificidad disciplinar y de los saberes, prácticas y valores asociados a la sexualidad y reproducción humana.

d) Entrevistas con actores claves para el campo profesional obstétrico y de atención a la SSYR

Entre los años 2013 y 2019, se pautaron 19 entrevistas exploratorias y semi-estructuradas con actores clave del campo ocupacional obstétrico y del campo de atención a la SSYR, tanto para la construcción del problema como para el desarrollo de esta tesis. Han sido entrevistados -a través de protocolos adecuados al área de trabajo de cada consultado- profesionales de la obstetricia y de la medicina que se desempeñaban o se habían desempeñado como:

- referentes del COPBA,
- trabajadores de diversas áreas de los Programas y Direcciones de Maternidad e Infancia de los Ministerios de Salud provincial y nacional,
- funcionarios públicos provinciales y municipales referentes de programas nacionales y provinciales que contratan obstétricas (Seguro Público de Salud provincial -SPS- y Programa Médicos Comunitarios -PMC- nacional),
- coordinadoras obstétricas de la PBA y de la RS XI,
- coordinadoras de la LOB de la UNLP,
- residentes en obstetricia e instructoras de residencias situadas en la RS XI y,
- profesionales de la medicina que trabajan en algunas de las instituciones hospitalarias de la Región que formaron parte de los centros asistenciales visitados.

Estas entrevistas fueron de variable duración: algunas fueron breves, de unos 10 minutos y otras se extendieron por más de 2 horas, contabilizándose un total de 15 horas de conversaciones registradas. Las locaciones donde se llevaron adelante también han sido diversas: algunas fueron en los domicilios particulares de los y las entrevistados/as, otras en oficinas de organismos oficiales como la Universidad, los Ministerios de salud, la sede de la RS XI o una secretaría de salud municipal. También han sido escenarios de estas entrevistas: hospitales, la sede del Consejo Superior del COPBA y hasta una cafetería.

Estas entrevistas fueron semiestructuradas y tuvieron como finalidad obtener información acerca de la organización del campo ocupacional y organizativo de las obstétricas bonaerenses así como explorar las políticas públicas vinculadas al desarrollo y ejercicio de esta disciplina. Asimismo, estos acercamientos permitieron conocer los posicionamientos de actores clave en relación a la profesión obstétrica entendida tanto desde sus dimensiones asistenciales como formativas, normativas y organizacionales.

e) Instancias de campo que no pudieron incorporarse a alguno de los apartados anteriores por falta de afinidad temática

Se llevaron a cabo 7 instancias observacionales que no pudieron incluirse dentro de los ítems a) o b). Estas incluyeron:

- observación de actividades desarrolladas en ámbitos universitarios. Una en el marco del dictado curricular de la asignatura “Antropología y Obstetricia” de una Universidad Nacional. Otra extracurricular y abierta a la comunidad académica para la difusión del quehacer profesional obstétrico. Y dos -en dos Universidades Nacionales- donde se presentó el estado de situación actual alrededor de políticas y modelos de atención orientados a la erradicación de la violencia obstétrica y a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos,
- observación de reuniones a través de la participación en una sesión ordinaria del Consejo Superior del COPBA y en un encuentro entre obstétricas y funcionarios de la Secretaría de Salud de un Municipio de la RS XI,
- observación de una jornada de visibilización de la importancia de la sanción de una Ley nacional marco para el ejercicio profesional de las obstétricas, organizada por legisladores nacionales, organismos internacionales y organizaciones de obstétricas de todo el país.

La participación en estas actividades se dio tanto al inicio como al final de la etapa de recolección de datos y conformó un corpus de registros de 16 horas.

Así como la observación de una clase curricular en el año 2012 permitió plantear las primeras líneas e intereses de investigación, la presencia en 2019 en un acto político donde diferentes actores reclamaron la sanción de una Ley nacional de ejercicio profesional obstétrico, contribuyó a la construcción de las conclusiones que se presentarán en esta tesis.

Asimismo, el acercamiento a cada una de estas instancias abrió la posibilidad de encuentro con diferentes profesionales y se pudieron establecer contactos para la concreción de otras instancias de trabajo empírico.

3.2 Organización y procesamiento del material empírico producido

Ante la necesidad de distinguirse del incipiente modo de hacer antropología, Malinowski (op. cit.) -etnógrafo pionero- exigía que el investigador presentara los resultados de una investigación científica haciendo referencia a los métodos que lo han guiado, describiendo las circunstancias en las que se efectuaron las observaciones y que constituirían el corpus de su etnografía.

Las entrevistas, previa autorización, fueron registradas con un soporte técnico, desgrabadas por la autora de esta tesis de manera textual y siguiendo convenciones estandarizadas de transcripción. Se codificaron señalando lugar de realización, fecha y nombre ficticio otorgándoles un número por orden de realización. Los registros de campo se confeccionaron combinando transcripciones textuales y reconstrucciones aproximadas de dichos, con interpretaciones personales del momento y contexto. Se elaboraron en base a una estructura normatizada bajo las mismas reglas de transcripción que las entrevistas, señalizados con el

día, mes y año de su realización y ordenados numéricamente de acuerdo al orden cronológico (Ver [Anexo 1](#)).

El procesamiento del material fue realizado de forma manual, y siguiendo un criterio de análisis de contenido a través del rastreo de grandes temas y de la construcción de variables, dimensiones e indicadores. La codificación manual del material empírico registrado supuso tematizar y categorizar cada fragmento de campo y tejer diálogos con categorías de análisis más generales y previamente desarrolladas por otros autores.

La labor analítica manual implicó un largo proceso de lectura, selección de fragmentos, escritura, relectura, revisión de lo seleccionado previamente y reescritura. Esto posibilitó la definición y reelaboración de categorías analíticas durante todo el proceso de investigación y análisis, modificándose incluso algunos de los criterios, recortes y puntos de partida propuestos inicialmente.

Siguiendo a Emerson et al. (op. cit.), los resultados presentados en esta tesis intentan tender puentes entre fragmentos descriptivos *de campo* e ideas y puntos teóricos vinculados al área de estudios desplegada, siendo el “fragmento-comentario”, la unidad básica de la escritura. A los fines de facilitar la lectura de este trabajo, los fragmentos de campo -registros observacionales y pasajes de entrevista- se disponen visualmente dentro de cuadros y con un interlineado menor que el resto del texto, distinguiendo en *itálica* aquellos pasajes recuperados de manera textual.

Quienes participaron del trabajo de campo para esta tesis, lo hicieron de manera voluntaria y dieron su consentimiento oral para poder ser aceptadas como participantes de la investigación. Asimismo, con la finalidad de proteger el anonimato de las personas y de sus lugares de trabajo, se ha optado por otorgar nombres alternativos tanto a sujetos participantes como a las localidades donde se realizaron visitas a instituciones de salud.

El protocolo de estudio fue aprobado por la Coordinación obstétrica de la PBA y de la RS XI, por la Presidente y Vicepresidente del COPBA, por la Coordinación de la LOB de la UNLP y por las distintas coordinadoras obstétricas de cada municipio y hospital visitado. Asimismo, fue evaluado y aprobado por el Comité de Bioética de la FCM de la UNLP y se incorporó en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

PARTE II

La construcción del campo ocupacional obstétrico bonaerense. Procesos políticos y organizacionales vinculados a la partería de los años recientes (1994-2019)

Presentación

La segunda parte de esta tesis tiene por objeto el estudio de los procesos histórico-políticos vinculados a los años recientes de la partería bonaerense. Recuperando lo presentado en la introducción de este trabajo, se considera que el campo de atención a la SSYR ha sido escenario de constantes cambios en las últimas décadas.

Esta primera sección parte del supuesto de que dentro de este contexto, los sentidos ligados a la profesión obstétrica se encuentran en permanente disputa y construcción, es decir: son políticos y complejos.

Al tratarse de un estudio etnográfico, el abordaje metodológico de este estudio implicó el despliegue de estrategias de recolección de datos afines a este enfoque. En las siguientes páginas se intentará dar cuenta de los principales hechos, eventos y procesos de la historia reciente de la profesión que fueron recuperados a través de la realización de entrevistas a referentes de organizaciones de obstétricas y funcionarios públicos del área materno-infantil, y de la observación participante durante eventos de discusión disciplinar organizados por obstétricas de la PBA.

La posibilidad de que una profesión se organice, construya asociaciones profesionales y despliegue estrategias para intentar posicionar sus intereses: forman parte de las prácticas ocupacionales. De este modo, al ser objeto de esta tesis el estudio de una profesión, se torna adecuado el análisis de estos procesos en tanto prácticas que inciden en la construcción del campo ocupacional de la partería profesional. Dar cuenta de esto, será el objetivo central de esta segunda parte.

Capítulo 3

La organización profesional en clave etnográfica. El caso del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires

Recuperando los aportes de trabajos referidos en la introducción y en la sección de antecedentes de esta tesis, se propone analizar los procesos de profesionalización de la partería en el marco del “despegue” médico y sanitario (Foucault 1977) y de los procesos de medicalización de la reproducción. Se entiende que a través de estos procesos se transformaron los modos de conceptualizar, abordar y regular la atención del embarazo, parto y posparto así como también los saberes y ocupaciones autorizadas y legitimadas por el Estado para intervenir en la atención de los procesos de SSYR (Ginsburg y Rapp, 1991).

Se considera al estudio de la (bio)medicalización de la atención obstétrica y a sus implicancias para la partería como un proceso inacabado y en constante transformación que no se presenta de manera totalizante, unidireccional ni universal. Se parte de la consideración de que la definición y la construcción de los procesos de SSYR como eventos que necesitan de prácticas y categorías médicas, son resultado de procesos históricos, sociales y políticos vinculados a la estructura de poder en un determinado período histórico (Conrad y Schneider, 1985).

En este capítulo se presentan algunos aspectos del proceso de profesionalización de la partería en Argentina a partir de las clásicas dimensiones señaladas por Elliott Firedson (op. cit.) y recuperadas por Marta Schapira en el país (2003). Se atenderá a: a) los procesos de formación profesional -a partir de la inserción en las universidades-, b) el accionar de asociaciones gremiales, c) las relaciones con el Estado, con otras profesiones y ocupaciones del campo de la salud y, d) a las normativas y leyes de regulación de profesiones y ocupaciones.

Se abordará el estudio de hechos históricos como indicadores de procesos con dimensiones políticas e históricas complejas que denotan la profesionalización de la partería en un contexto de puja de poderes alrededor de la disputa por la definición de nichos de actuación profesional. Los acontecimientos vinculados a la historia de la partería en la PBA serán entendidos como eventos con propiedades “objetivas”, no obstante se analizarán en tanto sucesos interpretados y situados en relaciones diversas (Sahlins, 1988).

La delimitación de los campos de actuación de las profesiones son producto de negociaciones, cambios y disputas (Abbott, 1988). Se sostiene que para que estas transformaciones sean viables, las asociaciones profesionales son clave para el devenir de las ocupaciones en tanto negocian con otros actores sociales sus propios intereses.

En relación a esta premisa, existe una escasez de estudios que indaguen el accionar de este tipo de organizaciones; no obstante, se hallaron y retoman dos trabajos que abordan sus implicancias. Greenwood, Suddaby y Hinings (2002) lo hacen en relación a su incidencia en la transformación de los campos y en la legitimidad de los cambios, mientras que la obra de Chamberlain et al. (2003) analiza el aporte que pueden hacer las organizaciones de profesiones vinculadas a la atención obstétrica en relación a la reducción de la mortalidad materna.

Greenwood, Suddaby & Hinings (op. cit.: 59) sugieren que las asociaciones profesionales son agentes regulatorios clave porque juegan un papel significativo al impulsar acciones, negociaciones y gestiones que se proponen legitimar cambios y generar innovaciones en sus campos de acción de acuerdo a sus intereses: “primero negociando y gestionando el debate dentro de la profesión; y segundo, replanteando las identidades profesionales a medida que se presentan a otras personas ajenas a la profesión”.

Los autores consideran la importancia de las asociaciones profesionales en tres sentidos:

- 1) Son arenas a través de las cuales se delimitan dominios profesionales. Por un lado se define jurisdicción y exclusividad “hacia el afuera” y por el otro se especifican condiciones para ser y mantenerse “dentro”.
- 2) Son organizaciones desde donde se legitima quiénes y cómo forman parte de la profesión. Se espera que a través de ellas, las personas miembro sean representadas ante “otros” en cuestiones vinculadas a sus intereses y valores.
- 3) Velan por el cumplimiento de las normativas y expectativas esperadas para el desarrollo de la profesión que hayan sido sancionadas coercitivamente (Greenwood, Suddaby y Hinings, op. cit.: 61, 62).

Pese a que a partir de esto podría suponerse que las asociaciones tenderían a la reproducción más que al cambio de lo que ya ha sido establecido y consensuado, también impulsan cambios que consideran favorables tanto para su colectivo profesional como para las personas y comunidades con quienes trabajan (Greenwood, Suddaby y Hinings, op. cit.). En relación a esto último, el trabajo de Chamberlain et.al. (op. cit.), expresa que las asociaciones profesionales de obstétricas y ginecólogos pueden desplegar un rol vital en la reducción de la mortalidad materna a lo largo del mundo. Según sugieren, esto puede alcanzarse a partir de la realización de acciones (*lobbying*) que tiendan a visibilizar la importancia del reconocimiento y garantía de que las mujeres puedan acceder a sus derechos y a una atención sanitaria de calidad. Por otro lado, suponen que estas acciones deberían ser sostenidas por una “obligación ética” que deben cumplir todas las asociaciones de profesionales de la salud en pos de promover la salud de las mujeres (Chamberlain et al., op. cit.).

De este modo, reconocen que las acciones impulsadas desde las asociaciones profesionales permiten: a) centralizar demandas de la población ante los tomadores de decisiones políticas,

b) delinear políticas sanitarias que generen mejoras en la calidad de atención de los servicios de salud y c) participar en la definición de agendas internacionales vinculadas a la temática (Chamberlain et al., op. cit.).

A partir de las lecturas referenciadas, se considera que las asociaciones profesionales son organizaciones que emprenden “cruzadas institucionales” que suponen favorecer los intereses tanto de las personas miembro de la profesión a la que representan, como a los de la población que se “beneficia” de su trabajo. Al considerar al ejercicio de la partería como una tarea que tiende a la mejora de la salud de la población, se entiende que las “cruzadas” desplegadas desde sus organizaciones profesionales, son “cruzadas morales” (*moral entrepreneurs*) porque tienen como fin una impronta “humanitaria” (Freidson, 1978).

Becker (1963) sostiene que existe entonces un doble interés en este tipo de emprendimientos: lograr que los demás hagan lo que se “considera correcto”, a razón de esperar que si se hace “lo correcto”, será “bueno” para ellos. Asimismo, aunque el beneficio de determinada acción parezca evidente para quienes la impulsan, es necesario que su sentido objetivo pueda ser descubierto e identificado por la opinión pública (Becker, 2009). Es decir, que pueda ser “puesto en agenda” (Wargas y Mattos, 2015).

Para indagar cómo se incorporan en la agenda pública los temas que se consideran importantes para un grupo, McInerney (2008) considera central el estudio de los “emprendedores institucionales” (*institutional entrepreneurs*), en tanto actores organizacionales o individuales que buscarán posicionar sus intereses a través de acciones determinadas. Estas estrategias deberán tener en cuenta condiciones histórico-políticas para alcanzar los fines a los que representan (Di Maggio, 1988).

En relación a lo expuesto, se parte del supuesto de que una organización como un Colegio profesional propicia el mejoramiento, el bien común y el interés colectivo de una ocupación. En este sentido se sostiene que la creación del COPBA en el año 1995, impulsó el inicio de acciones que se tradujeron en una mayor consolidación de la partería en la región, asociada a la idea de que esto propiciaría mejoras para la salud de la población.

De acuerdo a lo dicho hasta aquí, el propósito de este capítulo será reconstruir algunos de los hilos de la trama histórico-política en la que se configura el proceso de profesionalización de la partería en el ámbito de la PBA. Se propone trazar esta reconstrucción tomando como punto de partida para el análisis a los procesos asociativos y organizativos de la profesión.

A tal efecto, los objetivos de este apartado son:

- 1) Caracterizar la configuración histórico-política de la profesión obstétrica bonaerense a partir del análisis etnográfico del COPBA, en tanto organismo que regula el ejercicio profesional de la totalidad de las parteras matriculadas en la jurisdicción y,

- 2) describir y analizar las implicancias de dos líneas de trabajo impulsadas desde el Colegio, vinculadas a dos de las dimensiones de la profesionalización: a) la regulación del ejercicio y, b) la formación profesional.

Tal como fue expuesto en la sección de antecedentes de este trabajo, no resultó sencillo encontrar bibliografía vinculada al análisis histórico de la partería en la Provincia ni tampoco en relación a sus procesos de organización profesional. Es por ello que en el presente capítulo se propone una reconstrucción de procesos históricos y políticos de la profesión, fundamentalmente a partir del análisis de registros y entrevistas producto del trabajo de campo realizado en el marco de esta tesis. Será a la luz de estos datos etnográficos que se analizarán las fuentes normativas y documentales vinculadas a los ejes de análisis a desarrollar.

En Argentina, la regulación del ejercicio de las profesiones corresponde a las autoridades sanitarias de cada provincia. En el caso de algunas de ellas esta regulación se encuentra delegada a los Colegios profesionales.

Esto supone que no todas las profesiones se encuentran colegiadas y que pese a que en algunas provincias una profesión cuenta con un Colegio, en otras puede no existir este organismo. De este modo, se genera una heterogeneidad en las condiciones organizacionales tanto a nivel profesional como a nivel jurisdiccional (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2019).

Partiendo desde aquí, se considera que el proceso por el cual una profesión consigue colegiarse es un producto histórico de negociaciones e intereses vinculados a que un determinado grupo ocupacional logre legitimar ante el Estado su potestad para el control del ejercicio de su profesión.

A diferencia de las asociaciones profesionales o de las sociedades científicas, la afiliación a un Colegio no es voluntaria. Por el contrario, los profesionales de una disciplina que cuente con un Colegio profesional tienen la obligación de matricularse en la institución que representa a sus egresados como requisito legal para el ejercicio de su actividad profesional. No hay voluntad de asociación: hay obligación de colegiación. Asimismo, las funciones de un colegio tampoco son las mismas que las de un sindicato. Mientras el primer tipo de organización tiene como finalidad defender los intereses de un colectivo en tanto trabajadores, un Colegio es un organismo que regula el ejercicio de una profesión.

El COPBA fue creado en 1995 a través de la Ley provincial 11.745 “de regulación del ejercicio profesional de la obstetricia”. Esta normativa dejó establecida a través de la creación del

organismo su estructura y funcionamiento¹⁸. Al mismo tiempo, sancionó y dictaminó las condiciones, obligaciones y prohibiciones de las matriculadas en la PBA. Desde entonces, esta Ley contó con cuatro modificaciones subsiguientes que han ido adaptando las condiciones y regulaciones del ejercicio profesional a nuevos contextos ocupacionales¹⁹.

El Colegio tiene funciones que son fundamentales para el ejercicio legal de la obstetricia en la PBA. Como organismo encargado de otorgar y controlar la matrícula exige a toda partera que quiera ejercer, colegiarse para que sus actividades se encuentren amparadas legalmente.

Pese a que el COPBA se creó en el año 1995, las iniciativas impulsadas por obstétricas para organizarse como colectivo profesional se gestaron previamente. A partir de las entrevistas realizadas a las representantes del Colegio con mayor antigüedad, se pudo rastrear que desde los primeros años de la década de 1970 un grupo de parteras y estudiantes de obstetricia que trabajaban en un Hospital bonaerense asumieron como propósito constituir una entidad que las nucleara.

A partir de una entrevista con Liliana, referente del Consejo Superior del COPBA²⁰ (Registro C2), se pudo saber que este grupo de obstétricas a mediados de 1973 abogó por la propuesta de que “lo ideal sería sacar un Sindicato de Obstétricas”. Esta posibilidad surgía a partir de un contacto con José Ignacio Rucci -por entonces líder de las “62 Organizaciones”²¹ de la Confederación General del Trabajo (CGT). Esta oportunidad impulsó la redacción de un estatuto y una reunión con representantes de la CGT, de los cuales no existe registro escrito. Liliana durante el Congreso de Obstétricas del año 2013, comentó que en esta reunión las

¹⁸ El Colegio Provincial se encuentra actualmente constituido por seis distritos: el Distrito I con asiento en la ciudad de La Plata; el II, en la ciudad de Mar del Plata; el III en Pergamino; el IV en Bahía Blanca; el V en San Isidro y el VI en Quilmes. Cada uno de estos distritos centraliza la matrícula y el control del ejercicio profesional de varios municipios de la PBA. Las autoridades de cada uno de los distritos componen el Consejo Superior del Colegio provincial, órgano que sesiona mensualmente. Son las presidentas de cada distrito quienes votan para elegir en manos de qué presidencia distrital quedará el Consejo Superior del COPBA. Desde su creación, la presidencia de este Consejo ha estado en manos del Distrito I. Tanto los Colegios distritales como el Consejo Superior funcionan a través de la administración de un gobierno propio que organiza y regula la institución a partir del funcionamiento de secretarías, comisiones revisoras de cuentas, tribunales de disciplina, etc. Su financiamiento es a través del pago anual de la matrícula y de la habilitación de consultorios, multas, donaciones y subsidios.

¹⁹ Las leyes que fueron modificando a esta normativa son la 12.194 de 1998, la 12.808 de 2001, la 13.509 de 2008 y la 14.802 del año 2015. Pese a que las tres primeras supusieron cambios mínimos, la última modificatoria arrojó novedades sustanciales para el ejercicio profesional y será desarrollada con mayor profundidad en el siguiente apartado de este capítulo.

²⁰ A lo largo de esta segunda parte de la tesis, se presentará en varias oportunidades la labor de Liliana en favor de lo que considera que son los intereses del colectivo profesional de la partería. En este sentido, y como una de las mayores referentes del COPBA, será considerada como una “*institutional entrepreneur*” (McInerney, op. cit.).

²¹ Las 62 organizaciones nacieron como un brazo del partido justicialista (vinculado a Juan Domingo Perón) en el ámbito gremial de la Confederación General del Trabajo (CGT). Fue conformada en 1957 por un conjunto de sindicatos afines al peronismo.

recibió Rucci, quien les estaba “dando una mano” para crear un Sindicato de Obstétricas que quedaría adherido a la CGT (Registro A14). Pese a la iniciativa, un hecho inesperado dejaría trunca la oportunidad:

"Creo que íbamos a ser 'Las 63 organizaciones de la CGT' /risas/ y bueno, pasa que matan a Rucci, me acuerdo bien que fue el 25 de septiembre [de 1973] porque el 26 yo entro en trabajo de parto, por eso me acuerdo la fecha, no porque me acordaba de la muerte de Rucci /risas/. [Yo] entro en trabajo de parto y me acuerdo que mi marido estaba justamente porque habían dado 'duelo nacional' [y no tenía que ir a trabajar]. Mi hijo nació el otro día, nació el 27... y bueno, esto quedó ahí, se murió Rucci y no siguió esto del sindicato...".
(Liliana. Registro C2)

Tras la fallida inclusión en las 62 Organizaciones por la muerte de Rucci y con la irrupción del Golpe de Estado Cívico Militar de 1976 y la imposición de un Gobierno de facto que se extendió hasta 1983, no fue sencillo conformar una organización profesional.

No obstante, Liliana señaló que durante ese período un grupo de obstétricas jóvenes decidió darle nuevamente vida a “una vieja” Asociación de Obstétricas de la Ciudad de La Plata desde donde se fueron impulsando espacios de encuentro y discusión en los que participaron asociaciones conformadas a nivel local dentro de la Provincia como el Círculo de Obstétricas de Morón, la Asociación de Obstétricas de Bahía Blanca y la Asociación de Obstétricas de Avellaneda²².

Con el regreso de la democracia en 1983, estas asociaciones le dieron impulso a la creación de la Asociación de Obstétricas Bonaerenses y comenzó a abrirse nuevamente el debate en torno a la importancia de generar una entidad que representara a las obstétricas y que contribuyese a la profesionalización y el reconocimiento de la disciplina. Al respecto, durante el Congreso de Obstétricas de 2013 Liliana reflexionaba:

"El hecho de estar nucleadas en cualquier profesión o en cualquier otra tarea que nosotros podamos juntarnos, siempre eso va a fortalecer, así nosotros nacimos primero desde lo que era una Asociación. En ese momento que estábamos viviendo en esa época del país [bajo un gobierno de facto y] no podíamos tener nuestro Colegio. Entonces nos fuimos fortaleciendo desde lo que eran las Asociaciones". **(Registro A14)**

Al ser consultada en una entrevista posterior acerca de las razones por las que se planteaba la necesidad de crear un Colegio, Liliana comentó que respondía al hecho de que previamente

²² No se ha podido obtener información acerca de estas Asociaciones ni en las entrevistas realizadas ni en la revisión de material de archivo y bibliográfico consultado, por lo que la reconstrucción histórica de este proceso se hizo a partir de la recuperación de los relatos de las obstétricas entrevistadas durante el trabajo de campo para esta investigación.

no contaban con respaldo alguno, siendo incluso no reconocidas como profesionales en algunos lugares, pese a ser egresadas universitarias. En este sentido, y resguardándose en una normativa jurisdiccional que establece que “todas las profesiones universitarias se van a colegiar”, sostuvo que era imperiosa la creación del Colegio, que por distintas causas “nunca terminaba de salir” (Registro C2).

Pese a las distintas estrategias emprendidas a lo largo de los años, la consolidación de una organización profesional surgió algunos años más tarde, a partir de un hecho que podría considerarse azaroso: “tuvimos la ventaja de que la hermana de una colega era Senadora y el esposo era Diputado”, sostuvo Liliana. Así, “lo que tardó 30 años, salió en cuatro meses” (Registro C2).

En agosto de 1995 las obstétricas agrupadas en la Asociación de Obstétricas Bonaerenses trabajaron junto con los legisladores provinciales con quienes habían tomado contacto y se impulsó en la Cámara de Senadores un Proyecto de Ley (E.0130/94/95) para la creación y reglamentación del Colegio.

La posibilidad de que una ocupación como la obstetricia en el ámbito de la PBA haya accedido a la consolidación de algún tipo de organización no sólo obedeció a decisiones hacia el interior de su colectivo, sino también a condiciones políticas e históricas coyunturales. Haciendo un balance acerca de los pasos iniciales del COPBA, Liliana durante una conferencia del Encuentro Nacional de Obstétricas declaraba que hubo “un antes y un después del Colegio”, al considerar que este organismo permitió “apertura” y reconocimiento” (Registro A30).

Los resultados recuperados durante la realización del trabajo de campo permiten considerar que la constitución del Colegio profesional habilitó la posibilidad de empezar a discutir -con actores sociales y políticos ajenos a la profesión-, el estatus de la ocupación y la relevancia de su posicionamiento. Este nuevo estatus permitió legitimar la importancia de que las obstétricas sean consultadas por los tomadores de decisiones para la conformación de políticas sanitarias vinculadas a la SSYR.

Para indagar al respecto, en el marco de esta investigación se han entrevistado a representantes de organismos públicos vinculados a la planificación y ejecución de políticas de maternidad e infancia a nivel nacional y provincial. Desde la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, su representante obstétrica sostuvo que el Consejo Superior del COPBA es considerado un organismo al que se le consulta y pide colaboración permanentemente para el armado de Guías de recomendación y demás instrumentos dirigidos a los equipos de salud de las provincias. Asimismo, también indicó que la Dirección se ofrece ante el Colegio como un espacio al que acudir en caso de que el organismo lo considere oportuno (Registro D5).

Por otro lado, la representante obstétrica del por entonces Programa Materno Infantil (PMI) de la PBA, también señaló que entre el PMI y el Colegio, existía “conexión permanente” ya que las iniciativas y Guías impulsadas desde el Ministerio de Salud provincial, eran consensuadas con el órgano de colegiadas. “Todo lo que hacemos tratamos de que ellos estén enterados y [de lo que] ellos [hacen], también nosotros”, dijo la obstétrica referente del PMI provincial (Registro D4).

En entrevistas realizadas a obstétricas representantes del COPBA, se remarcó la importancia de ser una institución de referencia para estos organismos en la confección de Guías. En este sentido, se sostiene que al mismo tiempo en que desde los organismos estatales se reconocía la importancia de consultar al Colegio ante el diseño de políticas públicas, esto operaba también en relación a lo que el Colegio comunica a sus colegas respecto de la legitimidad que el organismo construía frente a los gestores de políticas sanitarias locales e internacionales:

“Siempre se nos convoca desde las entidades, porque somos una entidad que somos muy representativa [...] y estamos representando a todas las obstétricas de la provincia de Buenos Aires [...] no hay otra entidad en la provincia de Buenos Aires [...] que pueda venir a intervenir para defender a una obstétrica o para defender intereses colectivos de nuestra profesión; defender los intereses profesionales propiciando condiciones inalienables para el ejercicio legal de la profesión.” (Liliana. Registro A14)

“El Colegio se visibiliza como portador de saber y es consultado desde distintos organismos estatales y multilaterales para ejecutar acciones y campañas. [...] El Colegio no es un sindicato, ni un gremio, pero tiene que velar por los derechos y porque la colega esté matriculada como corresponde: al día; que tenga un seguro de responsabilidad, que obviamente se capacite. [...] Yo creo que si se entiende esto se van a dar cuenta de que es un poco jerarquizar la profesión, el trabajo, enaltecer el servicio que uno brinda. [...] La institución, como Colegio, tampoco tiene por parte de las colegas el reconocimiento, más allá de las críticas, que las críticas constructivas son re-contra bienvenidas, pero no es reconocido. Entonces, que a mí una colega me diga ‘pero a mí el Colegio no me da nada’, cuando sabemos que el Colegio en cierta manera ha venido dando mucho, pero que quizás para esa colega no representa nada porque no es económico...” (Marcela, representante del Consejo Superior del COPBA. Registro C1)

Pese a que la mayoría de las entrevistadas colegiadas en el COPBA opinaron favorablemente respecto a este organismo, algunas voces remarcaron divergencias con las líneas y modos

de trabajo de la institución²³. No obstante, la mayoría encontraba al Colegio como una institución que permitió jerarquizar y dar visibilidad a la profesión en los últimos años:

"Lucía. Y la verdad que costó... pero... un avance para nosotras enorme.

Victoria. Y por qué creés que costó?

L. /suspira/ No sé. Pero como que... Yo no sé si somos nosotras que nos tiramos para abajo o qué pero como que siempre el médico [está] allá arriba y nosotras [estamos] allá abajo... pero ahora, con el respaldo del Colegio de Obstétricas, que tenemos las nuevas incumbencias, las nuevas leyes... eso hace que estemos...

V. Jerarquizadas...

L. Sí, sí." (Lucía, trabajadora del PNA de la RS XI. Registro C16)

"Yo tengo experiencia que de repente venían a tejer o a hacerle mate al médico interno porque nos quedamos con una generación que se quedó esperando sin hacer nada y dejó lo académico para otro momento. En algún punto esa historia iba a cambiar y el Colegio tiene gran parte de implicancia en que esto cambiara. ¿Por qué? Porque corregir o mantener vigilada la parte académica y profesional de las obstétricas: lo hace el Colegio. [...] El que se preocupó y se ocupó de nuestro ejercicio profesional y de nuestro saber académico, fue el Colegio. La función que cumple es muy importante, no lo visualizan aún la mayoría de las obstétricas. Muy pocas se dieron cuenta del cambio que está generando el Colegio... que es un Colegio muy nuevo." (Rosa, trabajadora de un efector de SNA de la RS VI, representante del Distrito V del COPBA. Registro C6)

"Toda esta lucha, todo esto se lo debemos al Colegio. Y el hecho de estar colegiadas también, porque antes no existía el Colegio de Obstétricas. [...] Aparte me parece fundamental tener un Colegio que nos avale, que nos defienda, que nos represente." (Viviana, trabajadora de un efector de SNA de la RS XI, coordinadora de obstétricas en su municipio. Registro C11)

"Marcela [representante del Consejo Superior del COPBA] es una colega que en cualquier entrevista que le hagan o algo te deja bien representada, para mí es un orgullo. Pero bueno, yo creo que se necesita siempre una oposición en todo y hace años que vienen las mismas personas. Nunca hubo oposición. Yo creo que es una falencia, tiene que haber una oposición, no puede haber una monarquía. Pero bueno, de acá a unos años quizás se gestione... qué se yo... yo sería parte... no de una oposición como contra, pero sí para aportar o para ver un cambio... con lo que ellas vienen arrastrando, seguirlo, convertirlo...". (Pilar, trabajadora de un efector de SNA de la RS XI.

²³ Algunas obstétricas alegaron no sentirse representadas o respaldadas ante situaciones conflictivas como por ejemplo la falta de cobro de sus honorarios -particularmente cuando éstos se hacían a través de contrataciones que regulaba el Colegio-. Otras sostuvieron que encontraban al cobro de la matrícula como la única función del organismo, aunque reconociendo que a partir de su existencia, las obstétricas "cobraron mucho espacio". Por otro lado, se remarcó cierto malestar por no sumarse "caras nuevas" a la gestión del Colegio por ser "siempre las mismas" y se indicó que en varias oportunidades los cursos y jornadas que se organizaban desde allí, eran poco accesibles en términos de dinero en relación a los salarios que percibían las matriculadas.

Registro C15)

"Para mí fue fundamental [la creación del COPBA]. [...] Yo era la primera que criticaba desde afuera [...] y me metí [...]. Y me sorprendieron cuántas cosas no se pueden transmitir a la población de obstétricas y cuánto se reniega, cuánto se pelea porque hay que sentarse a mesas con Diputados... hay que sentarse con Directores, con Secretarios de Salud, con Ministros. Hay que sentarse a hablar, pelearse y defender el rol de la obstétrica. Porque quienes hicieron este Proyecto [de Ley de ejercicio profesional sancionado en 2015] y trabajaron con los Diputados fueron [las representantes del COPBA]. [...] Son ellas quienes hicieron esta Ley. [...] Se sientan con todas las organizaciones y con las diferentes asociaciones e intersectorialmente. [...] Es una Ley que te regula y te ampliaron y pusieron nombre y apellido a muchas cosas que vos hacías ilegalmente que en el momento de tener alguna situación, vos no podías ampararte ante nada. [...] La importancia que tiene Liliana a nivel internacional, nadie la ve. Nadie la ve. [...] También es la referente a nivel nacional porque cualquier otra Provincia que está conformando su colegiatura: levantan el teléfono o por mail y la contactan a Liliana para que los asesore." **(Verónica, trabajadora del PNA de la RS XI. Registro C17)**

"Creo que el Colegio es importante. A nosotros se nos abrió la puerta en un montón de aspectos porque la profesión creció. Antes cuando vos decías 'soy partera', lo primero que asociaban es que eras abortera, la palabra 'partera' se asociaba con 'aborto', como que parecía una mala palabra, y ahora no. [...] O sea, el tema de tener una figura legal como respaldo para todas las obstétricas realmente es importante porque el Colegio es una figura que nos representa a todas las obstétricas. [...] Antes no estaba la figura de la obstétrica porque no teníamos representación, entonces a partir del Colegio es como que se han abierto un montón de puertas, muchas puertas. [...] Realmente se ha levantado la profesión: se ha mejorado, está mejor vista que lo que era antes" **(Clara, trabajadora del sector privado y representante de uno de los Distritos del COPBA. Registro C3)**

El Colegio respalda, representa, defiende y posiciona a la obstétrica en tanto profesional idónea para la atención de los procesos de SSYR. A partir de su creación se sostiene que se impulsaron cambios que propusieron roles más activos en los espacios sanitarios, amparados en mejoras en la formación académica y en la adecuación de la legislación que regula el ejercicio profesional. A partir de los relatos recuperados, se considera que la posibilidad de ser una profesión colegiada en virtud de la creación del organismo, adquirió una significativa importancia para las obstétricas. Desde allí, suponen configurarse relaciones, disputas y cruzadas con distintos actores y organismos frente a los que se ponen en juego dimensiones como el "reconocimiento", la "representatividad" y la construcción de "legitimidad" como elementos clave para definir un campo de actuación y un objeto disciplinar propio.

En relación a los campos donde el COPBA incide o busca incidir a partir de su participación,

los resultados del análisis del material empírico han permitido distinguir cuatro grandes áreas de acción impulsadas desde el Colegio: a) actividades vinculadas a la legislación profesional, b) referidas a la formación de obstétricas, c) al ejercicio profesional²⁴ y, d) a las relaciones con otras instituciones y organismos.

En este sentido y considerando que el COPBA es una institución que trabaja en pos del “interés y bien común de los colegiados”, se propone en las siguientes páginas el estudio en profundidad de dos de sus líneas de trabajo recuperadas a partir del trabajo etnográfico. Por un lado, se abordará el análisis de las acciones desplegadas alrededor de la regulación del ejercicio profesional y por el otro, se indagará respecto a las negociaciones vinculadas en torno a la formación de las parteras en la región.

1. El COPBA y la cruzada por una legislación profesional adecuada

Como ya se ha indicado, se considera que los procesos de profesionalización deben estudiarse atendiendo a dimensiones como: a) las relaciones entre las profesiones y el Estado, b) las formas de organización, c) las relaciones entre profesiones y, d) la negociación del estatus profesional (Faccia, 2015). Asimismo estos procesos tienen sus implicancias en el ordenamiento legal de las profesiones. Para ello, la acción parlamentaria se constituye como escenario de disputa en el que intervienen profesiones, funcionarios públicos, políticos y actores de la sociedad civil (Biernat y Ramacciotti, op. cit.).

Los eventos y procesos históricos que dieron forma al campo de atención de la SSYR en el último siglo -presentados en la introducción de esta tesis- tendieron a delimitar a los eventos obstétricos patológicos o potencialmente patológicos como un objeto a ser abordado por la medicina. Esto no solamente implicó la consolidación de un objeto médico sino también la redefinición del ordenamiento legal y político de las profesiones implicadas históricamente en la atención obstétrica (Ver [Línea de tiempo 1](#) y [Anexo 2a](#): “Cronología de eventos vinculados a la legislación”).

Los ordenamientos legales distribuyen saberes, prácticas, alcances y limitaciones de las profesiones y ocupaciones de acuerdo a un objeto jurídico modelo (Lock, 2002) en el que se refleja la división del trabajo. En el caso de la atención obstétrica, el proceso de medicalización

²⁴ En el campo del ejercicio profesional, el organismo ha impulsado y logrado convenios con el SPS dependiente del Ministerio de Salud la Provincia para que se incluyan a las obstétricas como prestadoras; impulsaron la participación de las obstétricas tanto en la Ley 10.471/86 de Carrera Profesional Hospitalaria como en la Comisión Permanente de Carrera Profesional Hospitalaria provincial creada por dicha legislación; y se ha defendido e impulsado la convalidación mediante el Decreto 2553/01 del Ministerio de Gobierno provincial de los honorarios éticos mínimos para las diferentes prestaciones que puede brindar una obstétrica. El Colegio también intervino en la creación de las Jefaturas obstétricas en los hospitales públicos. Asimismo, desde el COPBA se habilitan consultorios de prestaciones privadas y establecen, reconocen y aprueban a nivel provincial, especialidades según la formación, desempeño profesional y cursos que hayan realizado las obstétricas.

de la reproducción implicó otorgar a la partería el reconocimiento para la atención de “lo normal” y sostener la exclusividad en el tratamiento de condiciones patológicas para la profesión médica.

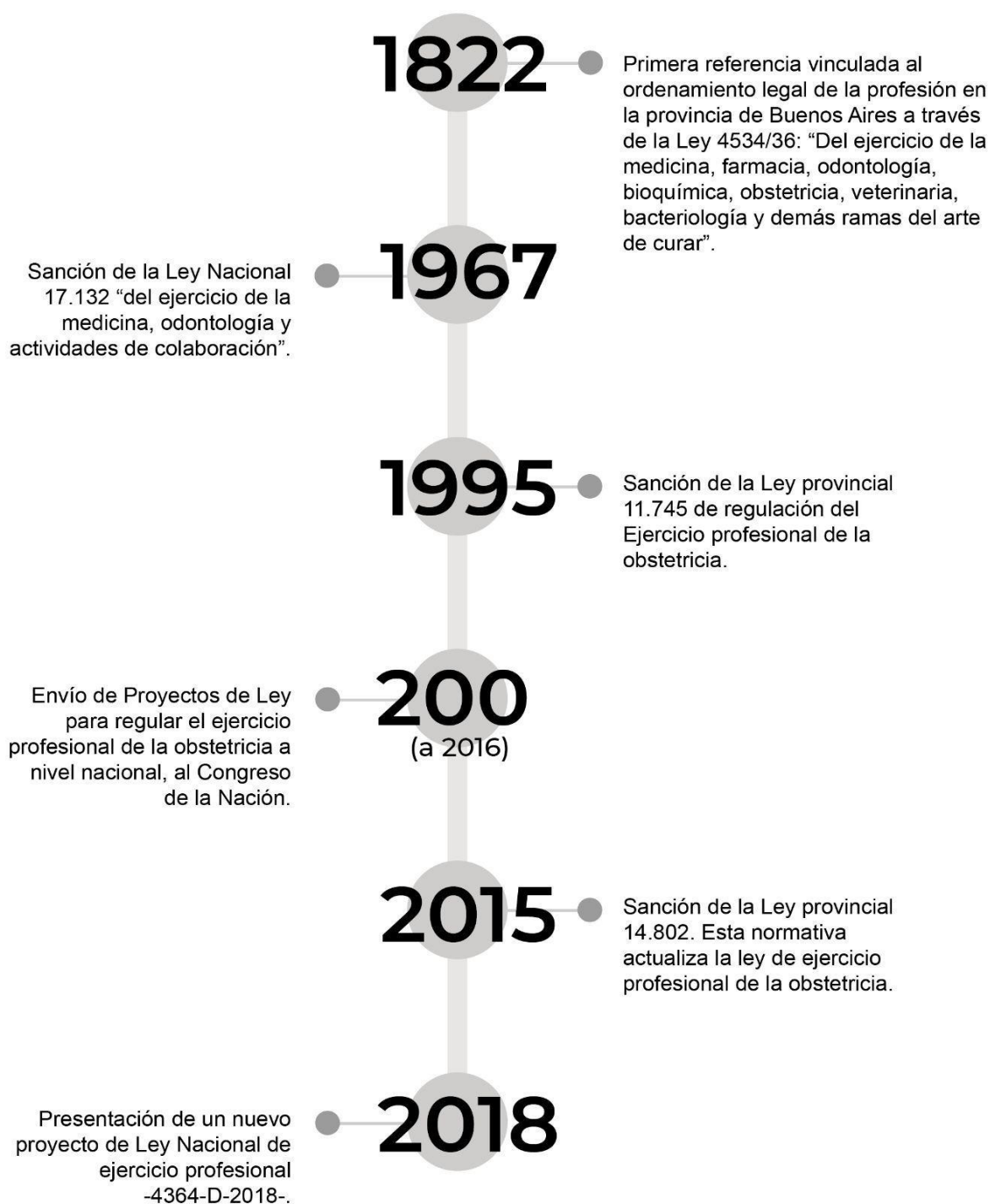
Existe una delimitación clara del campo ocupacional de la medicina al ser esta profesión la única con la potestad para intervenir en situaciones “patológicas”²⁵. Ahora bien, la medicina puede abordar tanto procesos que implican “anormalidad fisiológica” como trabajar sobre aquellos que se encuentran dentro del marco de lo definido como “normal” o “de *bajo* riesgo”. En este sentido, el ordenamiento legal del ejercicio de la partería se vuelve un objeto con limitaciones para definir un campo ocupacional exclusivo. Bajo estas condiciones, se sostiene que los límites y alcances del ejercicio profesional de la partería se encuentran entramados dentro de definiciones y negociaciones histórico-políticas complejas en las que intervienen organismos y actores emergentes con intereses diversos y cambiantes.

Pese a que resulta complejo encontrar potestad exclusiva en relación a un delimitado campo de atención para la partería, se ha referenciado en la introducción de esta tesis -y se presenta con mayor profundidad en el [Anexo 2b](#)²⁶- un fuerte llamado de las organizaciones internacionales vinculadas a la SSYR a fortalecer a la partería y reconocer a la profesión como “la más adecuada” para la atención obstétrica “de *bajo* riesgo”. Estos discursos contruidos a nivel global, también son retomados a nivel local por parte de las obstétricas bonaerenses para construir un marco político de reconocimiento hacia su profesión partiendo de la idea de ser consideradas una profesión clave para el logro de una buena calidad en la atención.

²⁵ El Artículo 8 de la Ley de ejercicio profesional de la partería en la provincia de Buenos Aires (11.745/95) hace referencia a los límites de la incidencia de las tareas que las parteras pueden realizar “*de manera independiente*”. Establece la prohibición de: “*prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológicos, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente determinen las reglamentaciones que a estos efectos se establezcan, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deber requerir la asistencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia.*”

²⁶ En este anexo, al final del trabajo, se encuentra la “[Cronología 2b](#) de eventos vinculados a la partería y a la atención de la salud sexual y reproductiva en el escenario internacional”.

Línea de tiempo 1. Eventos vinculados a la legislación del campo ocupacional de la partería a nivel nacional y de la PBA



Fuente: Leyes provinciales 4534/1936, 11745/1995, 12194/1998, 12808/2001, 13509/2006, 14802/2015; Cillo, 2004; Nari, 2004; Di Liscia, 2005; material empírico recolectado para esta tesis y de la provincia de Buenos Aires

De este modo, en este apartado se caracterizará históricamente el ordenamiento jurídico de la partería a nivel local -atendiendo al estudio de la legislación nacional y provincial-, analizando escenarios, relaciones y actores vinculados a su configuración (Ver [Línea de tiempo 1](#)). Se hará hincapié en las estrategias desplegadas por el COPBA -como organización local y como miembro de la Confederación Internacional de Matronas (ICM)²⁷ (Ver Box 1), en tanto se considera que este organismo se ha erigido como una organización clave en las iniciativas y alianzas políticas vinculadas a la adecuación de las normativas locales vigentes en relación a los postulados de los organismos internacionales propuestos en las últimas décadas (Ver [Línea de tiempo 2](#)).

Box 1

La Confederación Internacional de Matronas ICM

En 1919 más de 1.000 parteras se reunieron en Bélgica con el fin de discutir acerca del ejercicio de su profesión y los estándares y condiciones de trabajo. De esta reunión nació la Confederación Internacional de Matronas "con el propósito de apoyar el continuo desarrollo de la profesión". Esta Confederación actualmente se encuentra conformada por 143 asociaciones de obstétricas de 124 países y se propone fortalecer las asociaciones profesionales existentes mediante la promoción de la profesión a través de acciones conjuntas con varios organismos especializados de Naciones Unidas y con organizaciones que nuclean otras profesiones vinculadas a la salud sexual y reproductiva de las personas.

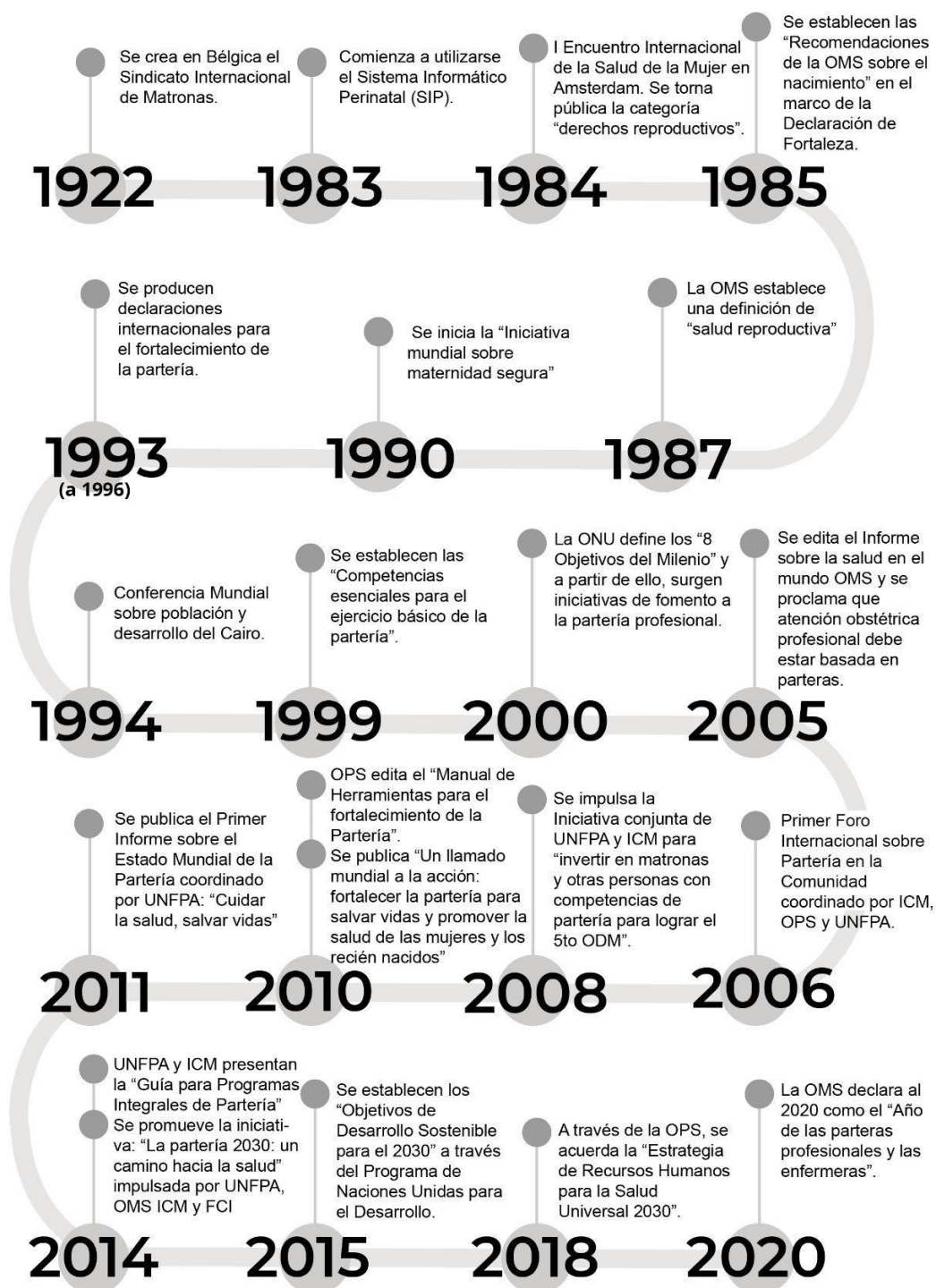
Actualmente, las metas y objetivos que se despliegan son:

Metas	Objetivos
- Sistematizar el desarrollo de la profesión en cada uno de los países - Elaborar el perfil de la partería en Sudamérica - Documentar y elaborar una historia y el estado de la cuestión de la propia situación	- Actualizar y ampliar competencias para el ejercicio profesional - Equiparar legislaciones que lo regulen - Hablar de competencias esenciales para todos - Fortalecer las asociaciones - Generar estándares globales para la práctica

Fuentes: UNFPA, 2014; Sitio web de [La Confederación Internacional de Matronas \(ICM\)](#); Registro A15

²⁷ La Confederación Internacional de Matronas (ICM) es un organismo internacional que nuclea organizaciones de obstétricas de diversas partes del mundo. El COPBA es la única institución argentina que forma parte de la Confederación Internacional de Matronas. Desde el Colegio se reconoce y remarca la importancia de ser parte de la ICM al considerarse que esta incorporación ha permitido que el Colegio se instituyera como asociación de referencia para organizaciones que apoyan a la Confederación como OPS y UNFPA, proveyendo al Colegio de respaldo político.

Línea de tiempo 2. Eventos vinculados a la partería y a la atención de la salud sexual y reproductiva en el escenario internacional



Fuente: OMS, 1985; OPS, 2010; UNFPA, 2011; ONU, 2014, sitio web de la Confederación Internacional de Matronas; material empírico recolectado para esta tesis

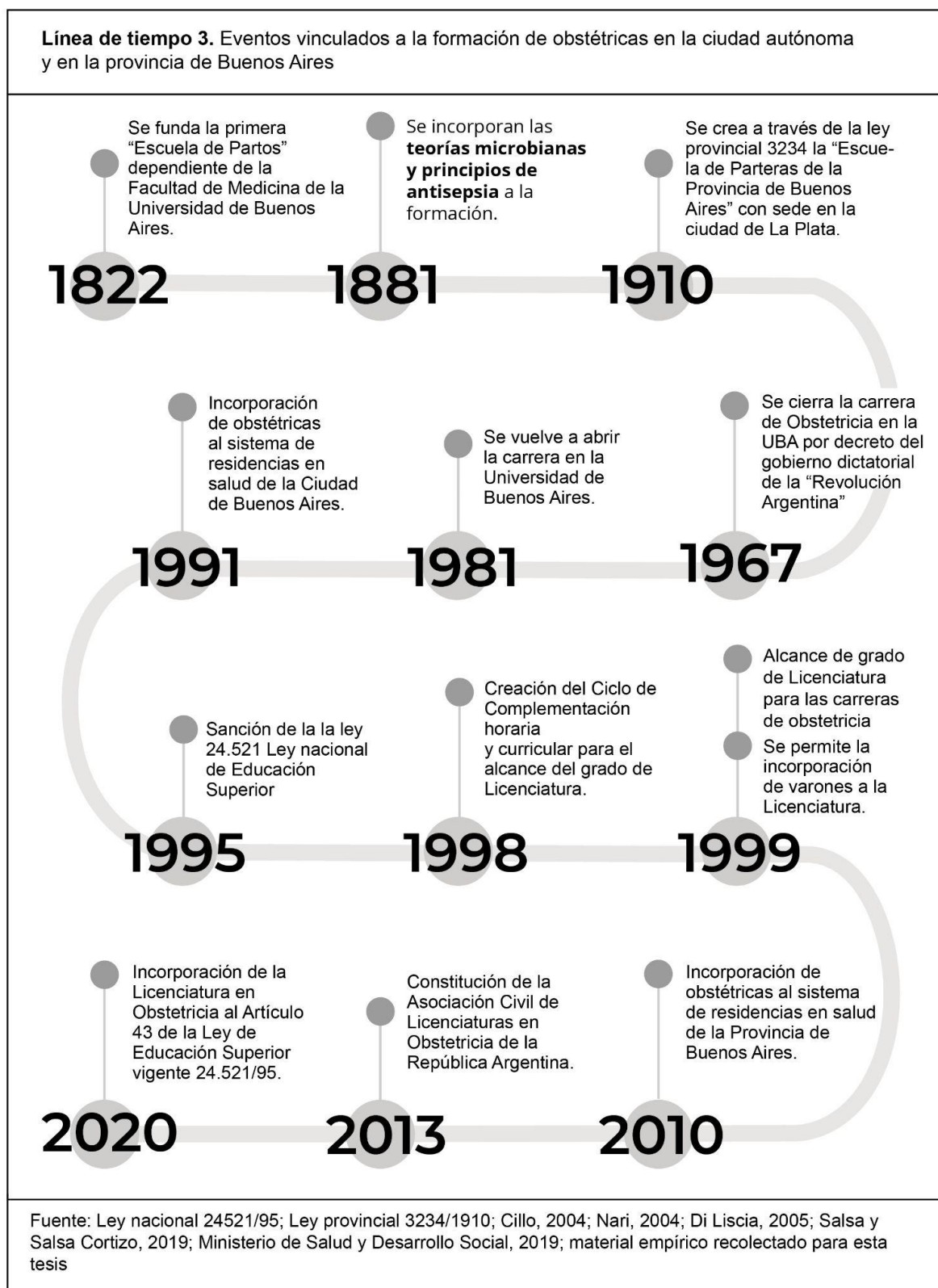
Se ha recuperado en el apartado anterior que las obstétricas bonaerenses consideran a la primera Ley de ejercicio profesional sancionada en el año 1995 como un hito fundamental en la disputa por un mayor reconocimiento para su profesión. Se sostiene que esta normativa contribuyó a que la partería de la PBA contara con un respaldo legal como herramienta central en la disputa por un papel más protagónico, autónomo y competente de los procesos de SSYR.

La creación de esta Ley implicó que el ejercicio profesional de la obstetricia dentro de la jurisdicción provincial quedara sujeto a lo que allí se dispone para la ocupación. Al respecto se estableció que:

“Se considerará ejercicio profesional a las actividades que las obstétricas 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 mediano normales. Es considerado asimismo ejercicio profesional la preparación psicofísica- profiláctica del embarazo y post-parto, y la ejecución de tareas destinadas a la promoción, fomento y/o control de la lactancia materna”.
(Artículo 2, Ley 11.745)

Se parte del supuesto de que esta primera normativa generó un impulso para la realización y consolidación de dos “cruzadas” posteriores llevadas adelante por el COPBA:

- 1) Esta Ley provincial -pionera en el país para el reconocimiento de la autonomía profesional- se erigió como un modelo para la gestión de una Ley marco a nivel nacional que permita equiparar las incumbencias del ejercicio de la partería en todo el territorio nacional
- 2) La nueva normativa junto a las iniciativas internacionales y a una serie de reformas en la formación en obstetricia en la década de 1990 (Ver [Línea de tiempo 3](#)), fomentó la necesidad de incorporar en la legislación provincial incumbencias profesionales adecuadas a la formación vigente y a las recomendaciones globales.



1.1 El ordenamiento jurídico de la partería a nivel nacional

En el año 1967, durante el gobierno dictatorial de la Revolución Argentina -presidido por Juan Carlos Onganía-, se sancionó la Ley Nacional 17.132 "de ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración" y quedó reglamentada bajo el Decreto 6.216.

Esta Ley hace referencia al ejercicio profesional legal de la medicina, la odontología y una serie de ocupaciones a las que se considera sus “colaboradoras” y “obligadas a limitar su actuación a la prescripción y/o indicación recibida” por un “profesional responsable”. Entre esas ocupaciones se encuentran señaladas obstétricas, kinesiólogos, enfermeros, fonoaudiólogos y terapistas ocupacionales. Tanto kinesiólogos como enfermeros, fonoaudiólogos y terapistas ocupacionales, cuentan actualmente con una Ley de ejercicio profesional nacional propia que regula específicamente su ejercicio (24.317/1994, 24.004/1991, 27.568/2020 y 27.051/2014 respectivamente). A diferencia de estas ocupaciones, a nivel nacional la obstetricia sigue teniendo vigente a la Ley 17.132 como la legislación marco.

Se considera que este ordenamiento legal fue en línea con aquello que desde fines del S XIX venía gestándose respecto a los modos en los que las profesiones y ocupaciones deberían distribuir sus alcances y limitaciones vinculadas a la atención de la SSYR. Al mismo tiempo, establecía coherencia con un modelo en el cual la medicina era considerada la profesión con mayor poder para organizar y atender los problemas de salud-enfermedad mientras que el ejercicio de la partería quedaba subsumido a sus saberes y prácticas, considerados más adecuados para el abordaje de los eventos obstétricos.

Según datos actualizados producidos por el Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud dependiente del Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2019), pese a la vigencia de esta Ley a nivel nacional, diecinueve provincias han sancionado normativas que incluyen regulaciones para el ejercicio profesional de la partería. No obstante:

- 1) Solamente cinco de ellas cuentan con normativas específicas para el ordenamiento jurídico del ejercicio de la obstetricia: Santiago del Estero (Ley 4.619/1978), Chaco (Ley 4.131/1995), Entre Ríos (Ley 7.897/1987), Provincia de Buenos Aires (Ley 14.802/2015) y Neuquén (Ley 2.731/2010).
- 2) Se encuentran en vigencia normativas -específicas de la partería o dentro de leyes que regulan a más profesiones- que no están en línea con los alcances actuales de la formación profesional. Según datos producidos por el Ministerio de Salud y Desarrollo Social en 2019, sólo ocho provincias contaban con normativas acordes: las provincias de Neuquén y Buenos Aires (a través de las legislaciones mencionadas), Rio Negro (Ley 4.095/2006), Misiones (Ley 1-169/2019), Jujuy (Ley 6.101/2018), Catamarca (Ley 5.549/2018), La Rioja (Ley 10.102/2018) y Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur (Ley 1.056/2015). Asimismo, en diciembre de 2020 la provincia de Chaco ha actualizado su normativa, declarando a la profesión autónoma a través de la Ley provincial 3.290-G.

Según los registros de campo, desde su creación el COPBA ha participado, impulsado y colaborado en la gestión de diversos proyectos de Ley -que continuaron su curso o caducaron- relacionados con la cuestión del ejercicio profesional tanto en el ámbito nacional como en las provincias. En los relatos de las parteras entrevistadas, se rastrea una fuerte preocupación por la falta de adecuación de la normativa nacional que regula las profesiones

y disciplinas sanitarias (Ley 17.132/67) con respecto a los nuevos alcances e incumbencias que se otorgaron a partir de las modificaciones en la formación universitaria con la apertura del grado de Licenciatura a fines de la década de 1990 (Ver [Línea de tiempo 3](#)).

Frente a esta situación, desde el año 2007 el COPBA en conjunto con otras asociaciones, colegios y organizaciones de parteras -y con el apoyo de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, de la OPS y de LOB de Universidades de gestión estatal y privada-, han impulsado Proyectos de Ley de regulación del ejercicio profesional que tuvieran en cuenta las “incumbencias para las que las obstétricas se han formado y que son alentadas por organismos internacionales como OMS e ICM” (Ver [Línea de tiempo 2](#)).

Con respecto a la Ley Nacional en vigencia, estas organizaciones han publicado un documento (COPBA, et al., 2007: 10-12) donde sostuvieron que: “tal como se encuentra redactada actualmente, muestra a todas luces, que se trata de una violación a la libertad de trabajar”. De acuerdo a esta declaración, debido a que los alcances de los títulos universitarios son producto de la formación en competencias que permiten trabajar de manera autónoma, de no regularse la autonomía, se perpetuaría un “conflicto normativo entre la legislación sobre educación universitaria nacional y el título expedido en base a esas normas: que impide lo que aquella autoriza”.

En línea con esto, en el año 2013 Liliana, como representante del COPBA, envió una petición²⁸ dirigida a la Cámara de Diputados de la Nación en referencia al Proyecto de Ley 0958-D-2012 del Ejercicio Profesional de la Obstetricia para impulsar su tratamiento y que se reconociera las nuevas incumbencias para el ejercicio profesional de la obstetricia. Desde allí sostuvo que la ley nacional marco vigente -sancionada durante un gobierno militar- se encontraba obsoleta y contaba con propuestas de actualización impulsadas por obstétricas, diversos organismos y actores políticos desde el año 2007, aunque ninguna había logrado estado parlamentario. Asimismo, en esta petición se alegaba que de continuar así, la población materno-infantil seguiría siendo perjudicada.

Además de ampararse en los alcances formativos y en la construcción de un perfil profesional novedoso que se venía construyendo en los últimos años con la llegada de la obstetricia al PNA y al sistema de Residencias para profesionales de la salud, en esta misma petición se consideró la importancia de regular el ejercicio de la partería apelando al fomento de una mejora en los indicadores y en la salud de la población:

“Nuestro país, no logra descender la meseta de la tasa de Mortalidad Materna, la que se mantiene en 44 x 100.000 nacidos vivos, y no llegará a cumplir con los

²⁸ Esta petición fue publicada en el sitio electrónico “change.org” y se puede acceder a través del siguiente link: <http://chnng.it/ZSwC85BKLM> [consultado el 11 de enero de 2021].

Objetivos del Milenio²⁹. [Asimismo] el “Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes” contempla dentro de sus objetivos específicos para reducir la mortalidad materna y mejorar la calidad de atención obstétrica: la aprobación de la ley de Ejercicio Profesional de Obstétricas/os.”

De acuerdo a lo expuesto en la presentación de esta tesis y tal como se despliega en la Cronología del [Anexo 2b](#) y en la [Línea de tiempo 2](#), los organismos multilaterales se comprometieron con el fortalecimiento de los servicios de partería y reconocieron a las profesionales obstétricas como el personal de salud aliado en la mejora de los indicadores de salud materno-infantil:

“El UNFPA y la ICM señalan que cuando las parteras están en condiciones de poner en práctica sus aptitudes y desempeñar todas sus funciones durante el embarazo, el parto y el postparto, ellas pueden prevenir un 90% de las muertes maternas. Las parteras desempeñan un papel de importancia crítica en la provisión de planificación de la familia, asesoramiento y prevención de la transmisión del VIH de la madre al hijo.”³⁰

“Las leyes, los criterios para la concesión de licencias y las políticas nacionales y locales deberían cambiarse para que las parteras profesionales puedan ampliar su función y sus responsabilidades a los campos que anteriormente eran del dominio de los médicos y personal de otra índole. [...] La formulación de normas para el ejercicio de la partería es una manera ideal de fortalecer el ejercicio profesional”. (OPS, 2010: 17)

Pese a las iniciativas locales y a los apoyos globales, no se logró -hasta el momento de revisión de esta tesis en septiembre de 2021- una respuesta efectiva a la sanción de una nueva Ley de alcance nacional que regule el ejercicio profesional de la obstetricia. Estas razones viraron desde la imposibilidad de llegar a un acuerdo debido a la falta de acuerdo para regular la atención del parto en domicilio, hasta a causa de indicaciones que venían “*mucho m s arriba*” según lo referido por representantes del COPBA en algunas entrevistas. Pese a este escenario, en los primeros años de la década de 2010 se volvió a intentar impulsar el debate en el recinto y se presentó un nuevo Proyecto de Ley bajo el número 2895, tratado en diciembre de 2014 en comisiones parlamentarias afines a la temática. Como resultado, su discusión dio lugar a dos dictámenes, uno de mayoría que aconsejó la sanción del proyecto y otro de minoría que alegó motivos constitucionales para no sancionar la ley. Frente a esta situación, Liliana como representante del Consejo Superior del COPBA elaboró

²⁹ A comienzos del Siglo XXI, los Estados miembro de la Organización de las Naciones Unidas se comprometieron al cumplimiento de determinadas metas contenidas en 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio estableciendo una serie de indicadores que deberían alcanzarse antes del fin de 2015 en relación a diversas problemáticas que atraviesan a las poblaciones humanas (Ver [Cronología 2b](#) en el apartado de Anexos).

³⁰ Extracto del mensaje conjunto de la Directora Ejecutiva del UNFPA y de Secretaria General de la ICM en el marco de la celebración del “Día Internacional de la Partera” en el año 2010. Disponible en: [“El mundo necesita parteras ahora más que nunca” Día Internacional de la Partera, 5 de mayo de 2010 - SNU](#) [11 de enero de 2021].

un Informe explicando las razones por las cuales nuevamente el proyecto perdía estado parlamentario. Se consideró que el pedido era contradictorio a la Constitución Nacional y al régimen federal de gobierno, al estar bregando por la posibilidad de que sea el gobierno nacional quien asuma el “poder de policía” y la “facultad para dictar leyes reglamentarias del ejercicio de las profesiones liberales” que se encuentran delegados a las provincias³¹. En este informe, se concluyó que cada provincia debería promover la sanción de leyes provinciales adecuadas y se ofrecía como ejemplo para su armado, la propuesta de normativa jurisdiccional de la PBA impulsada por el COPBA, organismo que ofrecía su “apoyo institucional” al resto de las provincias para su consecución³².

De este modo, se reforzaba la construcción del Colegio Profesional bonaerense como una asociación profesional de referencia para el alcance de los horizontes esperados en pos del mejoramiento de la profesión y en consecuencia también, para la mejora de la salud de la población.

Así, el COPBA se fue referenciando como institución de apoyo y consulta para otras asociaciones profesionales alrededor del país que se proponían reformar sus legislaciones. Finalmente, en el año 2018 -a partir de una iniciativa gubernamental y con apoyo de varios organismos internacionales-, se volvió a presentar un proyecto de regulación marco. Acerca de esto, se profundizará en el epílogo de la primera parte de esta tesis.

1.2 El ordenamiento jurídico de la partería a nivel provincial

Del mismo modo en que el COPBA se involucró en las gestiones por la formulación de una ley nacional para el ejercicio profesional de la partería, fue también impulsor de acciones para el logro del reconocimiento de incumbencias profesionales en el ámbito de la PBA.

A pesar de que la Ley provincial de ejercicio profesional -sancionada en 1995- estableció condiciones para el ejercicio y dejó asentadas obligaciones y prohibiciones: ni su redacción original ni las tres modificatorias subsiguientes -vigentes durante los tres primeros años de trabajo de campo para esta tesis-, contaban con la regulación de los alcances y actividades del ejercicio profesional.

De acuerdo al análisis del material empírico recolectado para este trabajo, este hecho fue

³¹ Al momento de su sanción, la Ley nacional 17.132, disponía la regulación de los ejercicios de las disciplinas ligadas a las ciencias de la salud solamente en las jurisdicciones del país que en ese entonces respondían a la administración nacional -la Capital Federal y la provincia de Tierra del Fuego-, dando autonomía a las provincias para dictar sus propias normativas. Sin embargo, aquellas provincias que no cuentan con una ley de ejercicio profesional propia, se rigen por lo establecido en esta ley marco.

³² Este informe se encuentra disponible en el sitio web del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires y se puede acceder al mismo a través del siguiente link: [Informe sobre Proyecto de Ley Nacional](#) [consultado el 11 de enero de 2021].

duramente resistido por parte del COPBA. Una de las líneas de trabajo fuertemente rastreada, consistió en impulsar estrategias para petitionar a la legislatura provincial la revisión de esta normativa. Finalmente, esta situación se revirtió en la última modificación de la ley que ha sido sancionada a fines del año 2015.

En los primeros años de la década del 2010, la modificación de la normativa vigente fue muy esperada por las obstétricas representantes del Consejo Superior del Colegio, quienes intentaron tejer vínculos políticos clave para su consecución. A partir de estas acciones, consiguieron en el año 2012 el apoyo de una senadora provincial -que en aquel momento respondía al partido oficialista- para impulsar un Proyecto de Ley -118-2012/2013- que incluyera en la legislación las incumbencias universitarias. Este Proyecto fue aprobado en noviembre de ese mismo año por la Cámara de Senadores e ingresó en diciembre a la Cámara de Diputados provincial con el apoyo de esa misma senadora.

Durante una conferencia en el Congreso de Obstétricas del año 2013, una representante del Consejo Superior del COPBA rememoraba cómo habían sido esas gestiones y comentó al público presente las dificultades y desafíos que esta situación le generaron:

“Ustedes no saben lo que fue tener que ir a discutir nuestra Ley provincial ahora. Nos encontramos realmente con gente que... Yo pensé que nos íbamos a encontrar con abogados, con gente que sabía del tema, ¡no!... En la Comisión de Salud hay cualquier persona que no entiende nada de nada. Tengo que agradecer a la Senadora [que nos apoyó]. Siento todavía su mano que me sostenía para tranquilizarme porque yo creo que me ‘los comía a todos’. Tal es así que salimos tan nerviosas, temblando. [...] Estuvimos tres horas sentadas en un café porque no podíamos calmarnos ninguna de las dos [referentes del COPBA que fuimos]. Y eso no te lo paga nadie, no te lo paga nadie... Pero bueno, la satisfacción es que conseguimos la media sanción y que vamos a conseguir la sanción definitiva. Eso es con lo que una se acuesta, apoya la cabeza en la almohada y duerme tranquila sabiendo que ‘estamos haciendo las cosas bien’. [...] Así que luchemos todos juntos, tiremos para el mismo lado porque es así, sino no vamos a llegar nunca a nada.” (Registro A14)

En el año 2014, a pesar de que el Proyecto contaba con media sanción y restaba discutirse en dos comisiones de la Cámara de Senadoras para su sanción, la iniciativa quedó archivada y ante las consultas del COPBA a la senadora aliada, no obtenían respuesta. Pasados unos meses, consiguieron averiguar que la legisladora había cambiado su afiliación a otro partido político, por lo que “se tuvo que contactar con nuevos legisladores” para lograr acuerdos y compromisos para lograr la discusión y aprobación parlamentaria del proyecto (Registro A30). Finalmente, el 30 de septiembre del año 2015 quedó sancionada la actualizada Ley de ejercicio profesional 14.802, con las modificaciones que las obstétricas del Colegio habían impulsado. De acuerdo a los alcances de los Planes de Estudio de la formación de grado en

obstetricia y a las “Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería” (Ver Box 2), en esta normativa se incluyeron 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.

Box 2

“Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería”

En 1999, en la reunión del Consejo de la ICM en Manila -con el apoyo de UNFPA y OMS- se elaboró un documento en el que se establecieron las “*Competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería*”. Este documento sentaba las bases de aquello que se considera tarea de una partera profesional y se construía como herramienta de información para los gobiernos y decisores de políticas “*que a menudo necesitan comprender mejor lo que hacen exactamente las parteras profesionales y la forma de prepararlas para el ejercicio de la profesión*” (OPS, 2010: 24).

Algunas de estas “competencias esenciales” señalaron que las obstétricas (OPS, op. Cit: 22):

- Tienen el conocimiento y las destrezas requeridas, de obstetricia, neonatología, ciencias sociales, salud pública y ética, [...] apropiado para mujeres, recién nacidos y familias en edad fértil.
- Suministran a todos en la comunidad educación en salud y servicios de alta calidad [...] para promover la vida familiar saludable, los embarazos planificados y la crianza positiva de los niños.
- Suministran cuidados prenatales de alta calidad para maximizar la salud durante el embarazo, lo cual incluye la detección temprana y el tratamiento o la derivación de complicaciones.
- Suministran cuidados de alta calidad, apropiados culturalmente, durante el trabajo de parto, realizan un parto limpio y seguro y manejan situaciones de emergencia selectas para maximizar la salud de las mujeres y sus recién nacidos.
- Suministran a las mujeres cuidados posparto integrales, de alta calidad y apropiados culturalmente.
- Suministran cuidado integral de alta calidad al recién nacido esencialmente sano, desde el nacimiento hasta los dos meses de edad.
- Proveen una serie de servicios de salud individualizados y apropiados culturalmente relacionados con el aborto, para mujeres que requieren o experimentan una interrupción del embarazo o una pérdida, congruentes con las leyes y regulaciones aplicables y de acuerdo a los protocolos nacionales.

Fuente: OPS, 2010

Esto supuso que a nivel legislativo las parteras ya no sólo trascendían los límites de la sala de partos sino que también sus tareas excederían el ámbito obstétrico al sumar incumbencias que reconozcan como tareas al asesoramiento, la consejería, la consulta, la atención y la asistencia de las mujeres –y de los/as recién nacidos/as- durante los períodos preconcepcional, concepcional y postconcepcional, el pre y post aborto y la perimenopausia (Salsa y Salsa Cortizo, 2019).

Asimismo, en esta última modificatoria, lograron regular las prácticas en torno a actividades que no habían sido contempladas previamente en las legislaciones locales y se incluyeron como incumbencias la indicación, extracción, toma de muestras e interpretación de diversos

tipos de análisis y exámenes diagnósticos; la inducción del trabajo de parto (según indicación médica); y la prescripción de fármacos, vacunas y métodos anticonceptivos según vademécum obstétrico.

Así, la partería en la PBA se transformó en una de las tres profesiones -junto a la medicina y la odontología- con la habilitación para prescribir fármacos.

Los resultados preliminares de este trabajo indican que la disputa por las definiciones normativas que hacen a la potestad de diagnóstico y tratamiento, posicionan a las obstétricas en un lugar activo en la dispensación autónoma de servicios de SSYR. En este sentido, se ha demostrado que la cuestión legislativa es un escenario de disputa desde donde es posible desplegar estrategias para procurar negociar tanto condiciones para el desarrollo de la profesión, como sentidos sociales y profesionales de lo que implica la partería como disciplina en relación a sí misma, a otras profesiones, a los organismos gestores y ejecutores de políticas y a las mujeres y sus familias.

2. Cruzada del COPBA hacia la mejora en la formación profesional de las parteras

Cuando comenzó el trabajo de campo para la realización de esta investigación, la LOB se podía estudiar en tres universidades en el ámbito de la Provincia y de la Ciudad de Buenos Aires: en dos de gestión estatal y en una de gestión privada -la UBA, la UNLP y la Universidad Católica de La Plata (UCALP)-. Recientemente, la carrera ha sido sumada a dos centros de estudio más en la PBA: a la Universidad de Morón -de gestión privada- en el año 2016 y a la Universidad Nacional de Hurlingham -de gestión estatal- en el año 2020³³.

Pese a que no se incluye entre los objetivos de esta tesis el análisis en profundidad de la formación profesional de las obstétricas, se considera de importancia el desarrollo de este apartado como contribución breve a la presentación de algunas estrategias impulsadas por el COPBA en relación a las posibilidades y condiciones de la formación en partería en la Provincia.

Durante la primera etapa de recolección de datos -entre los años 2013 y 2015-, se ha trabajado fuertemente en el relevamiento de información vinculada a las tareas desplegadas

³³ Según la Guía de Carreras Universitarias dependiente de la Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación Argentina, actualmente se dicta la LOB en catorce Universidades argentinas, en seis de gestión privada y en ocho de gestión estatal distribuidas entre la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y ocho provincias del país -San Luis, Buenos Aires, Misiones, Santa Fe, Mendoza, Entre Ríos, Santiago del Estero y Tucumán-. Se puede acceder a esta información a través del siguiente link: [Guía de Carreras Universitarias](#) [consultado el 12 de enero de 2021].

por el Colegio, tal como se fue presentando. Los resultados del análisis de este material indicaron una fuerte preocupación por parte de las referentes de la organización profesional en relación a las condiciones académicas de la carrera en la UNLP.

En relación a ello, en una visita a la sede del Consejo Superior del Colegio en el año 2013 (Registro D3), sus representantes comentaron que la UBA y la UCALP contaban tanto con una “Dirección de Carrera” encabezada por una Licenciada en Obstetricia como por profesoras titulares de cátedra en su mayoría obstétricas. En oposición, según lo comentado en referencia a la UNLP, el responsable académico de la carrera y la totalidad de los titulares de Cátedra, eran profesionales de la medicina y la LOB no contaba con un Departamento propio. Esto implicaba que las docentes obstétricas de la carrera no pudieran acceder a formar parte del claustro de profesores del cogobierno universitario³⁴.

Hasta el año 2019 la LOB que se dicta en la UNLP dependía de la llamada “Escuela Universitaria de Recursos Humanos del Equipo de Salud” (EURHES) del Rectorado de la UNLP y desde ese mismo año forma parte de la FCM. Mientras la carrera formó parte de la EURHES, funcionó en el edificio de la FCM y la Dirección Académica estuvo a cargo de un médico, no contando con profesionales obstétricas entre las autoridades con potestad para definir las condiciones y la organización de la enseñanza.

El descontento respecto a esta situación fue fuertemente marcado por las referentes del Colegio que participaron en el trabajo de campo (Registros C2; D2; D3). En el año 2013, al momento de ser entrevistada, Liliana se desempeñaba como Jefa de Trabajos Prácticos de una materia del último año de la carrera. Mientras recordaba su trayectoria por la institución, hizo mención a una situación que encendió su alarma: cuando el titular de la asignatura abandonó su cargo, “naturalmente” ella quiso participar del concurso docente para tomar su lugar. Pese a su deseo, al momento de querer inscribirse a la prueba, las autoridades universitarias le informaron que eso no podía ser posible debido a que los titulares de las asignaturas debían “haber alcanzado el título de Doctor”.

Ante esta respuesta, la obstétrica optó por revisar las resoluciones administrativas vigentes y encontró un artículo de una resolución que indicaba que solamente podrían alcanzar la titularidad de una cátedra profesionales que “hayan alcanzado el título más alto de su especialidad”, por lo que en ese caso, al no contar las obstétricas con un título académico más alto que el de Licenciadas, ella sostenía que debía poder estar habilitada para concursar³⁵.

³⁴ Como resultado de la Reforma Universitaria de 1918, en Argentina las universidades y facultades se organizan a través de gobiernos tripartitos con representantes de tres claustros: el de profesores, el de graduados y el de estudiantes. En la FCM de la UNLP también se incluye un cuarto claustro: el del personal no docente.

³⁵ Hasta el año 2018, solamente podían inscribirse al Doctorado de la FCM egresados de las carreras de: Medicina, Veterinaria, Antropología, Bioquímica y Biología. Las personas egresadas de las licenciaturas que se dictaban en la EURHES -Nutrición y Obstetricia-, no eran admitidas al programa de doctorado.

Asimismo, las entrevistadas comentaron que la carrera en la UNLP no contaba con un Departamento ni una Dirección o Cátedras propias desde donde fuera posible definir la formación de las obstétricas. Al momento en que se realizó la entrevista, la EURHES tenía como Director a un Médico Especialista en Cirugía Pediátrica. Esta situación supuso discusiones al interior del cuerpo académico de la FCM, debido a que las obstétricas sostuvieron una posición según la cual, este rol debía ser ejercido por alguien de su especialidad que conociera y valore las incumbencias propias. Numerosos testimonios dieron cuenta de la necesidad de defender esta posición frente a lo que consideraban una ocupación de espacios profesionales por parte de representantes de la medicina, quienes en palabras de las entrevistadas podían “saber mucho de su especialidad, pero no tienen idea de nuestro trabajo y nuestra formación”. Finalmente, pocos años más tarde, todas las carreras dependientes de la EURHES, lograron contar con la figura de un coordinador o coordinadora. No obstante, las decisiones académicas vinculadas a las carreras dependen de la Secretaría Académica de la FCM, encabezada por un profesional médico.

Por otro lado, las obstétricas graduadas de esta casa de estudios hasta hace algunos años, no eran consideradas graduadas de la FCM por haber cursado su carrera de obstetricia en la EURHES y porque la mayoría no contaba con un título de “Licenciadas” ya que las primeras lo hicieron en el año 2003, cuatro años después de la apertura de la LOB. De acuerdo a esto, no figuraban en los padrones que habilitaban a los votantes de dicho claustro.

Frente a esto, según representantes del COPBA, en 2005 optaron por hacer una presentación a la Universidad para que les permitieran sufragar. Este trámite, dijeron en sus relatos las entrevistadas, tardó unos cinco años en obtener un dictamen favorable y fue en el año 2009 que les otorgaron el reconocimiento como graduadas y les “permitieron votar” en las elecciones de representantes para el Consejo Directivo por el claustro de graduados. De este modo, pese a que no podían hacerlo como profesoras, a la posibilidad que sí tenían históricamente en tanto estudiantes, se le sumaba una nueva oportunidad como graduadas de la FCM.

Sin embargo, a partir de los dichos de las entrevistadas, las condiciones de la primera votación no fueron consideradas adecuadas, ya que de acuerdo a sus testimonios, les pidieron sufragar en una urna exclusiva para obstétricas, evidenciando una clara oposición a la lista oficialista y generando consecuencias que limitaron algunos de los beneficios con los que contaba la profesión hasta el momento, como por ejemplo el Ciclo de Complementación Curricular que permitía a egresadas de la carrera de tres años de “Obstetricia” -tecnicatura-, conseguir el grado de “Licenciadas”.

Sumada a esta situación sentida desde su experiencia como docentes y graduadas, en tanto

representantes de un organismo como el Colegio profesional, una de las acciones impulsadas desde allí respondió al señalamiento de la importancia de la adecuación de los alcances del título de la LOB dependiente de la UNLP, que al momento de las primeras entrevistas realizadas, no daban cuenta de aquellas incumbencias que por Ley habían quedado establecidas en el año 1995 a partir del ordenamiento del ejercicio profesional en la Provincia. En este sentido, en el año 2003 desde el COPBA se presentó un proyecto de cambio de plan de estudios para la carrera en la UNLP definiendo un nuevo perfil, alcances e incumbencias del título, contemplando funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación. Según lo referido por las representantes del Colegio, por resolución del Consejo Superior de la Universidad, habían quedado aprobadas las incumbencias definidas por su presentación, que incluían tareas de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, preparación psico-profiláctica durante el embarazo, control del embarazo y del parto, así como competencias para la ejecución del parto y alumbramiento de bajo riesgo, la atención inmediata del recién nacido y el puerperio normal.

Pese a esto, en las entrevistas hechas en el marco de este trabajo, las obstétricas relataron una problemática que consideraban de gravedad. Según los dichos de las parteras, “las autoridades de la Facultad han decidido quitar una de las incumbencias fundamentales del ejercicio histórico de la partería, que es la atención de parto”. Desde el año 2010 el perfil de la egresada de la LOB de la UNLP había quedado definido de la siguiente manera según la página web de la casa de estudio:

“El Licenciado en Obstetricia es un profesional en el área de la salud materno-infantil, habilitado para la atención primaria de la misma, preparación psicoprofiláctica durante el embarazo y parto, así como el control y asistencia del embarazo normal y puerperio, en hospitales, centros de salud e institutos especializados”³⁶.

De este modo, en función de los alcances que figuraban en el sitio oficial de la institución universitaria, la obstétrica que allí se formaba no tenía contemplado explícitamente entre sus alcances, la realización de tareas durante el proceso de trabajo de parto y el parto. Recordando el evento, una de las referentes del Consejo Superior, refirió que ante esta situación desde el COPBA se inició un reclamo al entonces Director de la EURHES.

Según el relato de la obstétrica, esta autoridad les contestó en un primer momento que debió haberse tratado de “un error de tipeo”, es decir, un error involuntario. No obstante, al momento en que la lista de incumbencias fue aprobada por el Ministerio de Educación nacional,

³⁶ Este fragmento textual podía encontrarse en el siguiente enlace que a la fecha de escritura de este apartado [13 de enero de 2021], se encuentra como sitio no encontrado dentro del portal de la FCM de la UNLP: “<http://www.med.unlp.edu.ar/index.php/grado2/lic-en-obstetricia/introduccion>” [sitio consultado el 20 de enero de 2016]. A la fecha de consulta, la información disponible en el portal da cuenta de las materias del Plan de Estudio vigente y de reglamentación vinculada a la tesina final de grado.

observaron que los alcances también estaban recortados en ese documento. Ante esto, nuevamente consultaron a las autoridades de la Escuela y desde allí se alegó que entonces se había tratado “de una decisión del Ministerio sacarlo”.

Sin embargo, según los dichos una representante del COPBA, las obstétricas rebatieron esta nueva explicación que daba la FCM diciendo que el Ministerio de Educación “no aprueba sino que registra³⁷” las incumbencias que se definen desde cada una de las Facultades, deslizando así la posibilidad de que la situación no haya respondido a un error involuntario sino a una decisión institucional.

Frente a esto, el análisis de los datos recolectados indican que se han emprendido diferentes estrategias para intentar generar un contrapeso ante situaciones que consideraban un atropello para la calidad de la formación de las profesionales a las que eventualmente matricularían y que se desempeñarían en las instituciones sanitarias.

En primer lugar, se optó por declarar ante las autoridades de la Facultad que “si [la LOB de la FCM] no tiene las competencias que exige [la Ley de Educación Superior de 1995] o que va a exigir la Ley [de ejercicio profesional], no se sabe si se las va a poder matricular”. Finalmente, en el año 2019 entró en vigencia un nuevo Plan de Estudios para la carrera que sí se encuentra adecuado a las competencias profesionales definidas por la Ley aprobada en el año 2015.

Por otro lado, paralelamente comenzó a gestarse una Asociación de Carreras en Obstetricia con el propósito de fortalecer la formación de grado en partería a lo largo del país. Pese a que el COPBA no es un organismo que pueda vincularse formalmente a una asociación de carreras en tanto Colegio profesional, sí se encuentra fuertemente implicado en su fomento debido a que una de sus autoridades también es autoridad de una de las LOB dictadas en una Universidad con asiento en la PBA.

Respecto a los inicios de esta acción, durante el Encuentro de Obstétricas de 2014 (Registro A29), Liliana recordaba que en el año 2007 se presentó al Ministerio de Educación de la Nación una iniciativa para el fortalecimiento de la partería. Como producto de esta reunión, fue sugerida desde el organismo ministerial la importancia de incluir a la profesión dentro de

³⁷ Al momento de la entrevista, la obstetricia se encontraba dentro del Artículo 42 de la Ley de Educación Superior. Esto suponía que el Ministerio de Educación de la Nación, registraba textualmente lo informado por las universidades como incumbencias profesionales. La Ley de Educación Superior vigente -sancionada en 1995-, señala que sólo aquellas profesiones que se encuentran dentro del “Artículo 43”, revisten interés público. Solamente las profesiones contempladas en dicho artículo requieren que los alcances de los planes de estudio de cada una de las Universidades estén definidos como producto del consenso entre todas las casas de estudio de manera conjunta con el Ministerio de Educación Nacional. Aquellas profesiones que están dentro del “Artículo 42”, registrarán sus incumbencias legalmente ante el Ministerio, presentando lo que las casas de estudio consideren adecuado. Como se despliega en la “[Cronología 2c](#)” del Anexo, en el año 2019 la LOB, alcanzó el estatus de “carrera de interés público”, por lo que desde ese año forma parte de las profesiones dentro del “Artículo 43”.

aquellas consideradas de “interés público” -a través del “Artículo 43” de la Ley de Educación Superior-. De acuerdo a sus dichos, esta iniciativa impulsó la reunión de varias carreras de obstetricia existentes en diferentes provincias del país para comenzar a tejer redes con organismos como OPS Argentina y los Ministerios nacionales de Salud y de Educación, de quienes -según Liliana- contaban “con el apoyo”.

Pese a la iniciativa y al reconocimiento que se recibía por parte de otros actores políticos y gubernamentales, la referente del COPBA comentó durante la misma disertación que existieron dificultades monetarias para la concreción de la Asociación, debido a la complejidad para el financiamiento de reuniones entre representantes de las diferentes carreras del país. Frente a esta situación, señaló que el Colegio profesional que representaba “decidió ayudar para la creación de esta Asociación”, ofreciendo un espacio durante el Congreso de 2013 para su armado y aportando asesoramiento letrado “gracias al aporte del Colegio” para la firma del estatuto.

De este modo, la Asociación Civil de Carreras de Licenciatura en Obstetricia de la República Argentina -ACLORA-, quedaba conformada en el marco de un evento organizado por el COPBA -el I Congreso Nacional de Obstétricas en marzo de 2013-.

Entre sus propósitos iniciales se incluyeron el desarrollo, consolidación y perfeccionamiento en la formación universitaria de los profesionales en obstetricia. Al momento de escritura de esta tesis, a estas iniciativas se le sumaban también acciones tendientes a petitionar la sanción de una Ley de ejercicio profesional ante la legislatura nacional. En este marco, durante el año 2013, desde la ACLORA se ha emitido una solicitud al Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Senadores para solicitar el tratamiento del Proyecto de Ley que cuenta con media sanción de la Cámara de Diputados, tal como se presentará en páginas siguientes³⁸.

Apuntes finales

Pese al avance y la consolidación de la profesión médica en la atención a la SSYR que se ha desplegado durante el S XX, en este capítulo se ha podido dar cuenta de que también se impulsaron ámbitos y acciones que demuestran que este avance no fue total ni moldeó de manera completa a la disciplina obstétrica como subordinada a la medicina.

Durante las últimas décadas se emprendieron cruzadas relacionadas a los intereses profesionales de las parteras que tendieron a impulsar modificaciones alrededor de la organización profesional, de la regulación del ejercicio y de la formación universitaria. Estas

³⁸ Se puede acceder al documento a través del siguiente link: [Hacia una Ley Nacional: ACLORA solicita la aprobación y sanción](#) [consultado el 14 de enero de 2021].

iniciativas permitieron demostrar -ante sí mismas y ante otros actores políticos- que pueden influir en los escenarios de definición político-profesionales y que cuentan con una sólida intención de autodeterminación para influir en las decisiones vinculadas a su campo ocupacional.

En relación a lo trabajado en este capítulo, en las siguientes páginas de este trabajo se profundizará en la presentación y el análisis de las estrategias emprendidas por el COPBA para la construcción y disputa de sentidos vinculados a su profesión dentro de ámbitos de discusión profesional. Para ello, en el siguiente apartado se propone presentar y analizar dos jornadas organizadas por el Colegio en los años 2013 y 2014.

Capítulo 4

Jornadas profesionales como espacios de construcción del campo ocupacional obstétrico

En este apartado se describirán y analizarán dos jornadas profesionales destinadas a obstétricas que fueron organizadas por el COPBA. Se espera documentar -partiendo del análisis de los registros producidos a través de observación participante- los sentidos construidos por las personas participantes en relación a lo que se consideraba relevante para el campo ocupacional obstétrico al momento de la realización de los encuentros.

Se presentarán algunos núcleos problemáticos construidos a partir del trabajo de campo realizado en el año 2013 durante el “I Congreso Nacional de Obstétricas con Alcance Latinoamericano” -realizado en la sede un Hotel sindical de la Ciudad de Mar del Plata, PBA- y en el “Encuentro Nacional de Obstétricas/os y I Curso Intensivo de Actualización” de 2014 -llevado a cabo en el salón de convenciones de una entidad obrera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-. Ambas jornadas fueron organizadas por el COPBA y contaron con el auspicio de diversos organismos, empresas e instituciones (Ver [Anexo 3](#): “Caracterización de eventos registrados organizados por el COPBA”).

En relación a estudios socio-antropológicos que abordan el análisis de este tipo de eventos, no pudieron rastrearse trabajos vinculados a esto. Sí se encontraron dentro de las corrientes neo-institucionalistas de las teorías organizacionales (Di Maggio y Powell, 1983, 1981; Scott, 1995) una línea de estudios que aborda el análisis de jornadas corporativas profesionales y comerciales. Entre ellas, se recuperan para esta tesis los estudios de Meyer, Gaba y Colwell (2005) y un trabajo coordinado por Lampel y Meyer (2008).

Para dar cuenta de la injerencia de los procesos históricos en el análisis de los campos organizacionales, Meyer, Gaba y Colwell (2005) proponen definir y analizar determinados escenarios desde donde es posible observar procesos de construcción de campos donde distintos actores sociales elaboran patrones de interacción, intercambio de información, conciencia mutua y sentido colectivo. Para intentar precisar estos espacios, presentan la categoría de “Eventos configuradores de campo” (“FCEs”, por sus siglas en inglés: *Field Configuring Events*) a los que definen como “escenarios donde personas de diversas organizaciones sociales se reúnen temporalmente, con la intención colectiva y consciente de construir un campo organizacional” (ibidem: 467).

A partir de este incipiente trabajo, Lampel y Meyer en el año 2008 coordinaron una publicación donde se presentan varios estudios vinculados a esta categoría. Aquí se propusieron dar cuenta del modo en que los FCEs, como producto y productores de cambios histórico-políticos, propician la vinculación entre las dimensiones que sostienen a los campos

organizacionales, desde las acciones individuales hasta los sucesos coyunturales a nivel “macro”:

“Creemos que los FCEs representan un mecanismo importante pero poco estudiado en relación a cómo toma forma, surge y se despliega el desarrollo de tecnologías, mercados, industrias, y profesiones. [...] Son organizaciones sociales temporales, como ferias, reuniones profesionales, concursos de tecnología y ceremonias de negocios que encapsulan y dan forma al desarrollo de profesiones, tecnologías, mercados e industrias (Meyer et al., 2005). Son entornos en los que personas de diversas organizaciones y con diversos propósitos se reúnen periódicamente, o por única vez, para anunciar nuevos productos, desarrollar estándares de la industria, construir redes sociales, reconocer logros, compartir e interpretar información y realizar transacciones comerciales. [...] Reconociendo esto, sus organizadores a menudo diseñan FCEs con la intención de influir en la evolución del campo.” (Lampel y Meyer, op. cit.: 1025-6)

En este sentido, resulta relevante recuperar de esta compilación el estudio de McInerney (2008). Este autor propuso abordar el modo en el que emprendedores institucionales “buscan dar forma a los campos e influir en las instituciones que los gobiernan” (ibidem: 1089). Partiendo desde aquí, sostuvo que los FCEs son ocasiones clave para que los académicos puedan estudiar las estrategias que se proponen los *institutional entrepreneurs* para dar forma a los campos de acuerdo con sus intereses (ibidem: 1093).

De acuerdo a lo anterior, el supuesto central que ha guiado la participación en este tipo de eventos como parte del trabajo de campo para esta tesis, respondió a la consideración de que en estos eventos se construyen definiciones profesionales que están estrechamente vinculados a procesos históricos y relaciones políticas implicadas en el devenir de las ocupaciones. En este sentido, son eventos propicios para analizar relaciones que se construyen entre distintos actores involucrados en la construcción de un campo ocupacional determinado. También lo son para discutir, negociar e intentar construir colectivamente sentidos alrededor de la profesión.

La observación participante en estos eventos permitió registrar estrategias y alianzas que se construyen en pos de desplegar acciones que tiendan a posicionar determinados intereses propuestos por representantes de diferentes organizaciones. Estas observaciones fueron registradas a través de notas de campo y de grabación de audio en varios de los espacios formales que se desarrollaron en los eventos. Asimismo, se registraron a través de notas posteriores algunas conversaciones informales con obstétricas participantes y observaciones no sistemáticas de lo que sucedía “entre bastidores” (Ver [Anexo 1](#): “Registros de campo”). A estos registros se sumaron otros materiales que formaron parte del corpus de los documentos de análisis: programas impresos con información respecto a las actividades propuestas en los eventos y material de difusión distribuido por la organización y por las instituciones y marcas que se encontraban patrocinando las jornadas.

Estas instancias de observación participante hicieron posible un primer acercamiento a personas vinculadas al campo obstétrico que fueron posteriormente seleccionadas como parte de la muestra de entrevistados -por ejemplo, representantes de direcciones de maternidad e infancia de distintas jurisdicciones y obstétricas de varias regiones de la PBA-. Se considera que el hecho de que estos eventos hayan sido organizados por un Colegio profesional implica un diálogo que se dirige en dos direcciones que forman parte del campo de configuración profesional de la partería: por un lado, hacia el interior de la profesión -fomentando diálogo entre colegiadas- y por el otro, hacia el exterior a través de las alianzas que se tejen con actores institucionales y políticos clave.

En este sentido, resultó de interés recuperar voces, espacios y discusiones en los eventos que dieran cuenta de: a) relaciones e intereses vinculados a actores políticos y, b) dimensiones que interpelan a obstétricas que se desempeñan en los servicios de salud.

A continuación los resultados se organizan en dos apartados temáticos. Por un lado, se analizarán las implicancias de las conferencias que tuvieron como participantes a representantes de organismos internacionales, gubernamentales y académicos y, por el otro, se trabajará acerca de lo producido en espacios de discusión y definición profesional entre obstétricas.

1. Conferencias y actos inaugurales como espacios de definición profesional contruidos en alianza con actores políticos

Una profesión construye su identidad profesional a partir de procesos políticos y sociales atravesados por relaciones de poder desplegadas en escenarios donde una “retórica convincente tiene mayor importancia que el carácter objetivo del conocimiento, la educación y el trabajo” (Freidson, 1978: 90). En este sentido, se consideró clave la observación y participación en Jornadas como el Congreso Nacional con alcance Latinoamericano y el Encuentro Nacional de Obstétricas de los años 2013 y 2014 -de ahora en adelante “Congreso de 2013” y “Encuentro de 2014”-. Esto, permitió reconstruir los núcleos discursivos más salientes en relación a las definiciones alrededor de lo que es “ser una obstétrica”, tanto desde discusiones hacia el interior de los organismos que las nuclean, como en relación a aquellos relatos contruidos junto a otros actores políticos globales y locales.

A propósito de esta última dimensión, se considera clave recuperar las conferencias y actos inaugurales de ambos eventos para dar cuenta -a partir de ellos- de la construcción política del rol disciplinar a través de las alianzas que se tejen con diversos actores externos a la profesión que participaron de los eventos.

1.1 Definiciones y alianzas durante la jornada inaugural del Congreso Nacional de Obstétricas 2013

La primera jornada del Congreso se desplegó durante doce horas. Además de talleres y de mesas debate, hacia la finalización de la tarde se realizó la primera Conferencia y el Acto Inaugural. Pese a que el día había sido largo y con muchas actividades, el salón principal del evento se encontraba casi completo en su capacidad y fue el momento más convocante de los tres días que duró el encuentro.

Al Acto que dio comienzo formalmente al Congreso fueron invitados oradores de varias organizaciones y agencias políticas (Registro A6):

Orador/a	Organización a la que representaba
Obstétrica	ICM Latinoamérica
Médico (Dr. Rinaudo)	OPS Oficina Argentina
Obstétrica (Obst. Dorita)	PMI dependiente del Ministerio de Salud de la PBA
Obstétrica (Lic. Liliana)	Consejo Superior del COPBA

Pese a las improntas discursivas particulares de cada uno, los oradores coincidieron en la importancia de que las obstétricas se agrupen, se organicen y lleven adelante eventos e instancias de capacitación para “seguir fortaleciendo la profesión”.

La primera oradora del Acto Inaugural fue la representante de la ICM quien señaló que el organismo alentaba este tipo de eventos no solamente por considerarse espacios formativos, sino también por ser ocasiones que propiciaban el análisis, la reflexión y la disputa política:

“Es una oportunidad para poder intercambiar experiencias, información, cuestionar -por qué no- algunas políticas que se vienen dando en el país y en la región, pero también es un desafío porque nos permite con esta información, con esta socialización, de temas importantes de salud sexual y reproductiva, poder tomar decisiones”. **(Coordinadora de ICM Latinoamérica. Registro A6)**

Asimismo, caracterizó al COPBA -en tanto organismo coordinador del evento- como un agente político que “puede tomar decisiones para lograr cambios, [una] transformación en [el] desempeño profesional, [el] desarrollo de la carrera y la transformación de los servicios de salud” y señaló la importancia del reconocimiento y de la autonomía de la profesión para mejorar los indicadores de salud materno infantil:

“El lema de ICM es: ‘hoy más que nunca el mundo necesita de obstétricas porque salvan vidas’. Hay que fomentar el poder autónomo como las profesionales de la salud más adecuadas para atender a las mujeres fértiles y para ello, empoderar a las matronas en pos de su autonomía.” **(Coordinadora de ICM Latinoamérica. Registro A6)**

Por último, hizo mención a una limitante: la “poca producción en investigación y publicaciones propias y [la] falta de [investigaciones publicadas en] revistas indexadas”. Este comentario, poco a poco se iría repitiendo en algunos espacios que se sucedieron posteriormente. Pese a que en varias ocasiones se hizo mención a la importancia que tenía el trabajo desplegado por las obstétricas para la mejora de la atención sanitaria, también se fue remarcando que no se contaba con suficiente evidencia científica que permitiese dar cuenta de esto en tanto “datos objetivos”.

Por su parte, el representante de la OPS llevó “el saludo de OPS Argentina que acompaña, apoya y valora el esfuerzo y las obras por lograr esto” y comentó que “con la nueva administración de OPS se ha señalado como prioritario todo lo relacionado a la salud materno infantil” y que en ese sentido, el fortalecimiento y reconocimiento del papel de la obstétrica y su regulación normativa adecuada sería algo importante dentro de su gestión:

“Desde OMS y OPS esperamos mucho de ustedes. Sabemos –y esto no es una cuestión demagógica- que son agentes de cambio fundamentales en el sistema de salud. [Traigo] el mensaje de comprometerlas activamente en ser agentes de cambio y promotoras cotidianas de buenas prácticas de atención. Y por último [quisiera] transmitirles la disposición de OPS Argentina a apoyar toda iniciativa que se nos presente [...] para que de una buena vez por todas y para siempre se legisle la ley de obstétricas en la República Argentina.” **(Representante de OPS Argentina. Registro A6)**

- En la misma línea que las anteriores exposiciones continuaron las siguientes oradoras. Dorita, la representante del Ministerio de Salud provincial habló de la importancia de contar con obstétricas como “ pilar fundamental para trabajar en la reducción de la mortalidad materna y perinatal” y señaló la necesidad de que se sancione una Ley nacional, cuestión que remarcó que desde el PMI bonaerense “se viene alentando y acompañando”.
- Quien cerró el acto fue Liliana, en calidad de representante del Consejo Superior del COPBA. Al inicio de su discurso remarcó la urgencia de que el proyecto de Ley nacional se sancionara “pronto” y enumeró algunas de las organizaciones que “brindan su apoyo” a la profesión en Argentina y que se manifestaron a favor de la regulación normativa y de

la realización del Congreso. Entre los organismos mencionados nombró al Ministerio de Salud de la Nación y a la -por entonces llamada- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; al Ministerio de Salud de la Provincia, su PMI y su SPS³⁹ y a UNICEF Argentina⁴⁰.

Por otro lado, durante este acto anunció la creación de la “Asociación Universitaria de Licenciaturas en Obstetricia de la República Argentina” (AULORA) que contaba con el apoyo de OPS Argentina, del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación nacionales, tal como fue señalado en el capítulo anterior⁴¹.

En tanto avanzaban las disertaciones, comenzaban a manifestarse aquellos puntos nodales que parecían atravesar la construcción política del rol de la obstétrica en el escenario local: “autonomía”, “reconocimiento”, “legislación acorde” y “alianzas con otros actores”.

En relación al despliegue y la implicancia de estos sentidos hacia “adentro” de la profesión, se recuperan las palabras finales del discurso con el que la representante del COPBA cerró el Acto Inaugural de este Congreso:

“Mientras sigamos siendo actividad de colaboración, porque así la Ley [nacional vigente] lo indica, va a seguir reproduciéndose el modelo biomédico hegemónico y se va a seguir repitiendo este modelo de atención que nos deja como meras colaboradoras.” (Liliana. Registro A6)

La declamación de la profesión como una actividad de colaboración se presentaba en los discursos como algo a modificar, a disputar y a intentar revertir. Esto se proclamaba dentro de un escenario donde la profesión médica era señalada como la ocupación que definía los modelos de atención dominante y donde una legislación acorde a lo que las obstétricas consideraban, garantizaría la posibilidad de revertir esto.

³⁹ El Seguro Público de Salud es un programa dependiente del Ministerio de Salud de la PBA que surgió en el año 2000 como Seguro de Salud proporcionado por el Estado provincial para brindar cobertura de atención a la salud a personas que no cuentan con seguro médico, contratando a profesionales que se desempeñan en el subsector público o privado. Participan como efectores de este programa profesionales de algunas especialidades médicas, odontólogos, obstétricas y bioquímicos. La participación de las obstétricas en el mismo, se desarrollará con mayor profundidad en la Parte III de esta tesis.

⁴⁰ Además de apoyar la realización del Congreso, tanto UNICEF, como el SPS y la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia otorgaron becas para que algunas obstétricas pudiesen tener cubierta monetariamente su participación en el evento.

⁴¹ Al año siguiente, durante el Encuentro Nacional de Obstétricas, Liliana compartió el balance de situación de la Asociación y aclaró que el nombre había cambiado de “AULORA” a “ACLORA” -Asociación Civil de Carreras de Licenciatura en Obstetricia de la República Argentina-: “No nos aprobaron que se llame AULORA y ahora se llama ACLORA, ¿por qué?, porque cuando se presenta a la Inspección General de Justicia nos observan este término y nos dicen que es redundante... nosotras desde el año de que siempre queremos demostrar esto de que somos universitarias [...]. Si es una Licenciatura en Obstetricia se sobreentiende que es Universitaria, entonces por eso se saca [la U], decidieron ellos” (Registro A23).

El tinte político en los discursos no fue exclusivo del acto inaugural. La actividad que precedió a este espacio fue una mesa redonda denominada “Situación y políticas de salud materno-infantil en la República Argentina. Influencia de los determinantes epidemiológicos y sociales e incidencia del rol de la obstétrica” (Registro A5). La conferencia fue anunciada por la obstétrica moderadora como “una mesa de excelencia, donde lo mejor lo encontrarán acá”. Llamativamente, y a pesar de la temática que se abordaría, no contaba con ninguna partera entre los cuatro disertantes. Los invitados fueron cuatro médicos varones que se desempeñaban en distintas áreas de trabajo: hospitales públicos, organizaciones científicas y/o organismos internacionales.

Particularmente, dos de las disertaciones tuvieron como objetivo impulsar la discusión acerca de cómo construir agendas de trabajo que permitieran visibilizar a la profesión obstétrica y disputar un mayor reconocimiento de sus labores y el impacto de sus tareas en los resultados de la atención. En este sentido, se recuperan para el análisis las presentaciones de dos médicos:

- 1) la del Doctor Gustavo Campos, impulsor y ex-referente del PMI de la PBA, actual miembro de reconocidas sociedades científicas y académicas y,
- 2) la del Doctor Rinaudo, por entonces Jefe de docencia e investigación de un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires quien fue en representación de la oficina de OPS Argentina y participó también como orador durante el Acto Inaugural.

La elección de Campos como orador no parecía ser casual. Este médico había sido el impulsor de la llegada de las parteras al PNA en la PBA en la década de 1990 a partir de la implementación del PMI, programa que coordinó durante varios años. Su exposición fue particular: mientras el resto de las personas que hablaron en el Congreso se dirigieron al público presente utilizando un tono pausado y ameno, Campos le habló a un auditorio repleto de obstétricas con un tono elevado, vivaz y motivador cuya finalidad parecía ser alentar a las profesionales para que desplegaran estrategias tendientes a visibilizar el valor que -él consideraba que- tenía la partería:

“[Voy a] pedirles por favor que hagan un esfuerzo y que no se pongan en público que escucha una presentación. Sino ver de cada cosa que se va a decir: en qué medida los atraviesa en su vida profesional y en qué medida ustedes sienten que lo que se está diciendo, las toca y podrían de alguna manera modificar el contexto en el que están trabajando. [...] Para [luego de hecho eso,] volver al punto original [y reflexionar sobre]: el posicionamiento de la obstétrica. Ya no como un dilema, sino como un desafío. [...] Cada uno cuenta la historia de acuerdo a su conveniencia, y este es un llamado de atención para que ustedes como obstétricas vean cómo se posicionan en este escenario”.

(Dr. Campos, ex referente del PMI de la PBA. Registro A5)

Considerando en su discurso al embarazo y al parto como “eventos normales”, sugirió que se “cambió el curso de la historia y terminamos medicalizando y patologizando una situación [normal]”. A partir de esto, instó a las obstétricas a que se “pregunten a sí mismas cómo se posicionan frente a la atención”. Como respuestas posibles, planteó dos vías alternativas:

- 1) la de la medicalización-patologización, “que no es ni más ni menos que transformar en un acto médico algo natural: considerar como un problema algo que también es normal” o,
- 2) si en cambio estaban interesadas en implementar prácticas de atención que fueran “hacia otro punto que va de la mano de la humanización o la normalización [...] como una forma de volver al curso normal”.

De inmediato, el médico sumó una nueva dimensión a este “dilema” y reconoció que posicionarse frente a la disyuntiva y ejecutar estrategias reviste complejidad “porque nadie puede negar que la industria farmacéutica es muy poderosa, es como la industria de armamentos, y ‘ellos’ no quieren perder mercado”. Luego de afirmar esto, hizo una pausa y preguntó al auditorio si se entendía su mensaje, a lo que todas las presentes contestaron a coro “sí, sí” y prosiguió con su argumento alentando a las obstétricas a tomar posición y actuar en pos de la “normalización” de la SSYR:

“Entonces la pregunta viene acá de nuevo: ¿pueden las obstétricas actuar para reorientar esta tendencia? O sea, de alguna manera, tirar la balanza hacia un lugar más humanizado, menos medicalizado, menos patologizado. Esta es la pregunta del millón que les [consulto] a ustedes. Entendiendo que dentro del proceso de normalización hacia la medicalización obviamente está la barrera que es la atención hospitalaria... [...] Hoy este espacio está ganado en cuanto al rol de la obstétrica en la atención ambulatoria pero creo que perdemos batalla cuando estamos entrando al ámbito del campo de la intervención.” (Dr. Campos, ex referente del PMI de la PBA. Registro A5)

Campos continuó con su argumento y sumó algunos datos acerca de la inclusión de las obstétricas en la atención de los procesos reproductivos señalando que su presencia en los servicios conllevaba a una mejora en los indicadores de salud materno-infantil. En este sentido, reconoció que debería reforzarse la importancia de la carga de datos en el Sistema Informático Perinatal (SIP) utilizado en todas las instituciones de salud pública y alentó a las obstétricas a asumir esta responsabilidad para utilizar la información contenida allí como herramienta para que las obstétricas “lo utilicen a su favor” para disputar un mayor reconocimiento de sus tareas:

“[Esto está] sustentado [por] la evidencia científica, positivista, con datos duros. No tengan miedo y úsenlo como un argumento ante los médicos y ante los decisores políticos.”

Las obstétricas tienen que pasar de la carga pasiva de información, y las estoy llamando a subvertir el sistema, a ser realmente agentes de cambio con poder transformador” (Dr. Campos, ex referente del PMI de la PBA. Registro A5)

Por un lado, la industria farmacéutica, el mercado, la medicalización y la patologización de lo “normal”. Por el otro, el “llamado” a recuperar “el curso normal” de los eventos obstétricos, a construir una versión alternativa de la historia, a *batallar* contra el modelo de atención que se presentaba hegemónico. En medio de ambos frentes: las obstétricas, invitadas por un referente de las políticas materno-infantiles a posicionarse y construir un modelo de atención alternativo que buscaba mejorar los indicadores de salud. El escenario: el I Congreso profesional organizado por la agrupación de obstétricas más grande del país.

La primera jornada del evento comenzaba a cerrarse y aquellos espacios formativos y académicos que habían dominado las primeras horas se veían interrumpidos por uno de los momentos con mayor tinte político del Congreso.

Como último orador, se presentó el enviado de OPS quien destacó la importancia de posicionar a las obstétricas como profesionales que requerían de la atención de los decisores políticos.

Al comenzar su exposición agradeció especialmente a dos obstétricas: a la presidenta del COPBA y a la coordinadora de la mesa, a quienes se refirió con sus nombres de pila. Inicialmente esto no pareció algo significativo a tener en cuenta. No obstante, años de trabajo reconsideraron estas primeras reflexiones: la obstétrica que había coordinado la conferencia era Elena, profesional que fue nombrada por muchas de sus colegas en varias entrevistas realizadas posteriormente para esta tesis. Durante varios años, Elena había estado a cargo de la coordinación de obstétricas de la PBA cuando a mediados de la década de 1990 se implementó en la jurisdicción el PMI y a través de él, la llegada de las parteras al PNA a partir de la propuesta del Dr. Campos:

“Muchas de las que están acá, son compañeras de ruta. Y cuando digo esto, no me refiero sólo a la práctica obstétrica, porque con algunas hemos compartido guardias... y también he aprendido de ellas... sino también compañeras de ruta de investigación, del abordaje de los problemas y de las políticas públicas.” (Dr. Rinaudo, representante de OPS Argentina. Registro A5)

La exposición del médico en esta conferencia giró alrededor de la situación de la salud materna y perinatal en Argentina tomando como ejes las dimensiones de mortalidad materna y los problemas de morbilidad materno-infantil:

“Cuando hablamos de mortalidad materna no hablamos de un problema de salud sino que hablamos de un problema de derechos humanos [...]. Tiene que ver con determinantes, con derechos y con accesibilidad. Y por otro lado, con capacidad resolutive del servicio, con calidad de atención.” **(Dr. Rinaudo, representante de OPS Argentina. Registro A5)**

En este sentido, parte de la construcción del rol profesional que se puso de manifiesto en esta conferencia, excedía a la aplicación de procedimientos clínicos tendientes al acompañamiento de los eventos obstétricos e incluía cierta obligación moral por parte de los trabajadores de salud en relación a garantizar y velar por los derechos de las mujeres y sus familias. Y para ello, el trabajo activo de las obstétricas en los servicios de salud, se volvía una pieza clave.

En relación a esto, el médico compartió algunas ideas para “establecer base para una inclusión efectiva de obstétricas en el abordaje integral del proceso reproductivo [y] no estar limitadas solamente al momento del parto”:

“¿Cómo podemos hacer que ustedes, una población esencial del cuidado de las mujeres, se conviertan en un agente activo y efectivo para transformar esta realidad? Para cada uno de los momentos hay intervenciones efectivas que se conocen que tienen impacto en reducción de morbi-mortalidad. En todas y cada una de ellas ustedes como obstétricas tienen un rol para jugar. No están solamente para dar el curso de parto o para acompañar a la mujer durante el trabajo de parto o para servir el café en las guardias de los obstetras. Esto lo digo porque lo he vivido, lo hemos vivido. Esto es fundamental porque a partir del manejo de la información ustedes tienen elementos para condicionar los cambios en cada uno de los servicios donde se desempeñan. Y por supuesto, incidir en las políticas de salud que es el motivo de esta mesa.” **(Dr. Rinaudo, representante de OPS Argentina. Registro A5)**

En etapas iniciales del análisis del material empírico de esta tesis, el hecho de que no hayan sido anunciadas oradoras obstétricas en esta mesa redonda había resultado algo a cuestionar. No obstante, los dichos de este médico, junto a lo que había expresado el expositor anterior, matizaron el cuestionamiento inicial. Pese a que podría definirse como inadecuada la falta de parteras entre las expositoras, no se puede afirmar de manera taxativa que la selección de cuatro oradores médicos sea un claro símbolo de “subalternidad” o de “paternalismo”. También podría considerarse como un indicador de apoyo político al reconocimiento del rol de la obstétrica en tanto trabajadora de la salud perinatal⁴².

⁴² Quedará para próximos trabajos indagar acerca de porqué pese a que el ejercicio de la partería profesional está fuertemente vinculado con el género femenino, las personas involucradas en las decisiones políticas vinculadas a la salud materno infantil, suelen ser varones.

Así, la perspectiva de la construcción del rol profesional de la partera como el de una trabajadora de la salud integral de las mujeres y sus familias no se trataba solamente de la opinión personal de un médico sino también del posicionamiento marcado desde OPS que se venía desarrollando desde la década de 1990, tal como se presentó anteriormente en esta tesis. Al hacer referencia al auspicio del Congreso por parte del organismo, dijo:

"Cuando fue la reunión en OPS, para discutir sobre el auspicio a este Congreso, [me preguntaron] '¿qué hacemos con esto?, ¿auspiciamos o no auspiciamos?' Bueno, obviamente que tenemos que auspiciar. '¿Vamos a ir?'. Y yo les digo, 'necesariamente tenemos que ir'. La función de OPS es acompañar el esfuerzo que ustedes [las obstétricas] están haciendo, es muy importante lo que ustedes como proveedoras de salud hacen para beneficiar la salud de las mujeres y los niños en Argentina, es por eso que no solamente estoy contento por estar acá acompañándolas, sino que también siento una obligación moral." (Dr. Rinaudo, representante de OPS Argentina. Registro A5)

En este sentido, además de espacios de formación y discusión académica hacia el interior de un campo profesional, eventos como este permiten el encuentro entre colegas y el tejido de alianzas con actores que se consideran clave en tanto facilitan a los colectivos disciplinares, la construcción estrategias para alcanzar los objetivos deseados para la ocupación.

En este Congreso, los discursos de actores vinculados a espacios de definición de políticas de salud materno-infantil locales y regionales, se posicionaron en relación a dos ejes centrales:

- 1) acerca de la importancia de los espacios de discusión profesional en tanto escenarios que posibilitan definiciones hacia el interior de la disciplina para disputar cambios en las condiciones de la organización de la atención de los procesos de SSYR y,
- 2) respecto a la relevancia que tiene la presencia de la obstétrica en los servicios de salud en tanto que sus prácticas impactan positivamente en los indicadores de salud.

Asimismo, estos planteos justificaron que se tornara necesario construir condiciones para la consolidación de una mayor autonomía profesional. En este sentido, se proclamó que este reconocimiento fuera plasmado de manera urgente en una reforma legislativa a nivel nacional que contemplara el perfil profesional adecuado para la consecución de aquello que los actores presentados en este apartado proponían para la partería.

1.2 El acto inaugural del Encuentro de 2014: posicionamientos, necesidades y peticiones

Promediando la primera jornada del Encuentro de 2014 se realizó el Acto Inaugural del evento (Registro A23) y contó -al igual que el año anterior- con la participación de Liliana del COPBA y de Dorita del PMI de la PBA. Además, las acompañaron el representante de un laboratorio

privado de medicamentos -que auspiciaba el evento-, un representante de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y otra del Ministerio de Gobierno de la PBA.

Comenzó hablando la referente del Colegio. Sus dichos expresaron cierta continuidad con respecto a lo dicho en el mismo espacio durante el evento anterior. La partera fue recorriendo algunas dimensiones acerca de la “situación global” de la profesión al mismo tiempo en que presentó información sobre las particularidades locales de la obstetricia. En línea con los discursos de los organismos internacionales, afirmó que la presencia de obstétricas en las instituciones de salud generaba una mayor “accesibilidad de las mujeres a los servicios de partería de alta calidad”.

Asimismo -y recuperando las definiciones internacionales construidas en los últimos años para la profesión- comentó que la obstetricia era reconocida como el “centro de las atenciones mundiales para la vigencia de los derechos de la mujer y de la salud durante el embarazo y el parto” recibiendo apoyo durante las Asambleas de la OMS y “otras reuniones de alto nivel” desde donde se proponía “asegurar que las obstétricas estén en el lugar adecuado, en el momento correcto”. De acuerdo a sus dichos, si esto se lograba y se disponía de la infraestructura necesaria, los medicamentos y el equipo de salud necesario, se lograrían “progresos respecto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio” vinculados a la salud materno infantil -mejoramiento de la salud materna y reducción de la mortalidad infantil-.

El discurso global en la presentación de la obstétrica fue recuperado como estrategia para ofrecer un contrapunto al describir el escenario local para la partería. Este campo fue caracterizado en disonancia con lo propuesto desde las recomendaciones internacionales. En este sentido, Liliana sostuvo que la profesión en Argentina no tenía definida de manera homogénea el ejercicio de la partería profesional por lo que en algunas jurisdicciones el quehacer profesional se encontraba reducido a escasas tareas. Pese a eso, reconoció procesos políticos e históricos recientes que parecían acercar la situación argentina a las recomendaciones de los organismos de salud internacional:

“Las Universidades [...] han comenzado a darle a esta profesión un lugar de preeminencia. [...] Falta que el estatus universitario tenga un reconocimiento pleno de la sociedad, particularmente de los miembros integrantes del sistema de salud. El marco legal es contradictorio, porque nos encontramos con una legislación marco a nivel nacional que ubica a los profesionales de la obstetricia como auxiliares de la medicina. Sin embargo, algunas provincias [...] han reconocido su derecho a la colegiación como profesión independiente y autónoma con plena constitucionalidad.” (Liliana, representante del Consejo Superior del COPBA. Registro A23)

En ese sentido, y coincidiendo con los discursos inaugurales del Congreso del año anterior, hizo hincapié en la importancia de consolidar una Ley de obstétricas a nivel nacional que

contemplara las incumbencias consensuadas a nivel internacional y que este proceso fuese acompañado por un fortalecimiento de la formación académica en aquellas provincias que aún no contaban con personal de partería en los espacios de atención.

La presentación de Liliana fue seguida por la de los tres funcionarios presentes, quienes expresaron ideas similares a las de la obstétrica. En sus discursos, los representantes estatales remarcaron que el trabajo de las obstétricas “tiene mucho que ver” con la “mejora” en la calidad de atención y en los indicadores de salud materno-infantil: como la mortalidad materna, infantil y también en lactancia materna. Además, coincidieron en que, pese a que “las obstétricas y los obstétricos son un recurso humano fundamental para poder lograr esto, muchas veces no tienen el reconocimiento adecuado”.

Siguiendo lo expuesto, se considera que espacios como las conferencias inaugurales de los eventos de discusión profesional como los que fueron presentados operan como escenarios estratégicos desde donde se presenta un marco discursivo para intentar disputar apoyo y reconocimiento que permita acercar los horizontes profesionales de las organizaciones de obstétricas a los intereses de las agendas de los decisores políticos:

“Las cruzadas morales necesitan transformarse en reglas y que lleguen a los espacios de discusión legislativa y para ello los empresarios morales deberán contar con el apoyo de expertos que puedan transformar los valores de sus cruzadas en leyes que legitimen aquello que proponen. [...] La consecuencia más obvia del éxito de una cruzada, es la creación de una nueva serie de reglas. Pero se supone que esto debería ir de la mano con el establecimiento de ciertas organizaciones que institucionalicen la cruzada.” (Becker, 1963: 11-12)

La partería se construye como una profesión con la tarea política de generar espacios desde donde se ponga en cuestionamiento al modelo de atención hegemónico, sosteniendo que un mayor reconocimiento de sus tareas, implicaría una mejora en los procesos y resultados de la atención. De este modo, la consolidación de este tipo de alianzas se transformaría en herramienta capaz de brindar sostenibilidad política a la cruzada por la mejora de la calidad, accesibilidad e indicadores de salud materno-infantil. Ahora bien, vale preguntarse si acaso el alcance de la sostenibilidad política será suficiente para consolidar la cruzada.

2. Definiciones sobre la profesión “entre colegas”

La especificidad, la potestad y el control de una determinada tarea es condición para detentar autonomía profesional (Freidson, op. Cit.; Camargo, 2005). Asimismo, son dimensiones clave para construir reclamos vinculados al estatus profesional: a) la autonomía y el control sobre el propio trabajo, b) un monopolio sobre un área determinada y, c) cierta base de conocimientos (Abbott y Meerabeau, 1998).

En el caso de la práctica obstétrica, delimitar un área exclusiva de intervención es algo complejo debido a que la atención en SSYR de bajo riesgo puede ser dispensada tanto por personal de partería como por personas egresadas de la carrera de medicina.

En relación a esto, Conrad y Schneider (op. Cit.) sostienen que cuando las designaciones médicas están en competencia con otras designaciones, se suele esperar una hegemonía de las definiciones de la medicina: una aceptación de la autoridad médica como *real* al mismo momento en que se declinan otras “realidades potenciales”. No obstante, en las últimas décadas -como se desarrolló en el capítulo anterior-, desde organismos internacionales, científicos y asociaciones de obstétricas, se desplegaron estrategias y acciones que pusieron en cuestionamiento modos de atención que suelen asociarse al modelo biomédico. Simultáneamente y en contraposición, se enaltecen valores asociados a la práctica obstétrica: la figura de la partera se construye como aliada clave para la mejora en la calidad y acceso a la atención de la SSYR.

Partiendo desde aquí, en este apartado se presentarán resultados y discusiones alrededor de:

- 1) los modos en que se define y construye un modo de hacer propio de la partería en un campo de atención compartido con otra profesión: la medicina,
- 2) la especificidad que se construye discursivamente en espacios de discusión profesional y,
- 3) las estrategias que las obstétricas despliegan frente a la configuración actual del campo de atención obstétrico -que las incluye tanto a ellas como a otras ocupaciones-

2.1 “Antes de empoderar a las mujeres tenemos que empoderarnos nosotras”

Desde distintos espacios de discusión en los eventos a los que se concurrieron, uno de los puntos centrales giró alrededor de la especificidad profesional: de aquello que *sólo* puede brindar una obstétrica. Si una de las condiciones para conseguir “autonomía” es convertirse en la “la autoridad más confiable en la naturaleza de la realidad que se trata” (Freidson, op. cit.: 15), se propone a continuación describir y analizar en el material de campo los sentidos contruidos por obstétricas al definirse como las profesionales “más idóneas” para la atención de los procesos de SSYR “de *bajo* riesgo”.

Durante la participación en los eventos se observó la presentación de algunas ideas acerca de lo que definía al quehacer profesional vinculado a las “buenas cualidades” traducidas en “buenas prácticas de atención”.

Por ejemplo, en el debate surgido en la mesa redonda “Parto respetado: realidades en el Hospital Público, instituciones privadas y domicilio” (Registro A2) en el Congreso de 2013,

fueron apareciendo cuestiones ligadas a la defensa de un modelo de atención “alternativo al Modelo Médico Hegemónico”. Sin precisar taxativamente alguna definición, se hizo mención a modelos como el de “Obstétrica Hegemónica” o “Médico Humanizado” y se manifestó malestar por percibir una dificultad en “que los demás trabajen como lo hacen las obstétricas” y se enunció el deseo de que debería ser posible “lograr que los compañeros [médicos] acompañen este modelo” al considerar que el trato de ellas, las obstétricas, “no es el mismo”. Reconstruir de manera acabada las características del modelo alternativo al “médico hegemónico” no fue sencillo, aunque se rastrearon algunas caracterizaciones de prácticas en línea con éste, como la realización de “partos con banquitos⁴³ o partos acompañados” o la posibilidad de contar con equipos de “profesionales que acompañen a la mujer que quiere parir de otra manera y que puedan contar con tiempo para que el parto sea respetado”. En este sentido, y apoyándose en “las fortalezas de las obstétricas”, -aunque sin definirlas- una partera presentó su experiencia de trabajo en una clínica privada situada en la RS XI y comentó que fue convocada para “cambiar la mirada sobre el nacimiento, proponiendo trabajar de manera más natural y desde el respeto”. Según su relato, el equipo profesional de esta clínica, encabezado por un médico obstetra, consideró que “las parteras debían ser las encargadas de bajar las cesáreas”. A partir de esto, la profesional fue convocada para armar un equipo de trabajo que tuviera en cuenta “derechos, pero también deseos”. Según sus dichos, esta iniciativa logró fomentar un nuevo modelo de atención y se llegaron a modificar algunas prácticas como la reducción del uso de anestesia, sueros y camillas de parto, generando resistencia por parte de médicos anestesistas y neonatólogos.

Por otro lado, una obstétrica que ejercía su actividad asistencial en un hospital público de alta complejidad comentó que era frecuente que los trabajadores de la institución no comprendan la tarea de una partera en este nivel de atención por lo que solían preguntarle “qué tenían que hacer en un lugar de complejidad”. En respuesta a esto, resaltó la importancia de posicionar a su profesión en estos ámbitos, indicando fortalezas propias como “el respeto, la atención y la consideración” y marcando la necesidad de construir ambientes de atención respetuosos con las necesidades, identidades y cuerpos de las personas que estaban por parir: devolviendo “el protagonismo a las mujeres porque el nacimiento no es una enfermedad”.

⁴³ La expresión “partos con banquito” hace referencia a la posibilidad de parir en posición sentada o en cuclillas facilitando así la verticalidad del proceso. Esta posición implica que el o la profesional que acompaña el parto, lo haga arrodillado/a sobre el suelo para poder asistir el nacimiento y alumbramiento.

Tanto a partir de la mesa redonda referenciada como en otros espacios de ambos eventos, fue posible comenzar a hilvanar ciertas ideas ligadas a las definiciones acerca de lo que es “ser obstétrica” y de las cualidades asociadas a su ejercicio y saber profesional.

Algunas características que se presentaron al momento de definir las cualidades de “una buena obstétrica” giraron alrededor del “acompañamiento” a la mujer y su familia teniendo en cuenta algunos elementos como el respeto, el cuidado y la responsabilidad:

“La obstétrica debe acompañar, saber que el camino que hay que acompañar puede ser diverso y que hay que respetarlo.” **(Obstétrica trabajadora de una institución privada de la RS XI. Registro A2)**

“Una partera, -yo siempre uso el término partera-... yo me considero una partera más allá de los títulos universitarios... debería ser consciente de que su función es la de acompañar y estar atenta a ver si algo pasa”. **(Obstétrica con más de treinta años de ejercicio profesional en la atención de partos domiciliarios. Registro A12)**

“La partería consiste en el acompañamiento y la asistencia que las parteras brindan tanto a la mujer como al producto de la concepción. [Las parteras son] una figura íntegra y especial para el cuidado y la atención de las mujeres en edad reproductiva.” **(Obstétrica trabajadora de efectores del PNA y SNA en la PBA y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Registro A29)**

“Tenemos que estar en el cuidado del binomio madre-hijo, porque ahí está toda nuestra capacidad de guiar a la mujer en lo que elija: empoderarla y darle herramientas reales y comprobadas desde el conocimiento científico. [...] Estamos teniendo las herramientas políticas [...] y yo creo que acá aparece la responsabilidad de nosotras de empoderarnos en el rol. Todo esto vino a formar parte de la mejora de la salud integral de la mujer. [...] Me parece que tenemos que profundizar en todo el trabajo que tenemos que hacer nosotras, que estamos en condiciones de hacer y que tenemos el momento político de hacerlo.” **(Obstétrica trabajadora del SNA en la zona norte de la región metropolitana de Buenos Aires. Registro A12)**

“Debemos ejercer un trabajo responsable: primero es estar altamente capacitadas y después es tener esa paciencia y entrega y el escuchar y el conectarnos: pero cuesta mucho conectarnos con la paciente, y eso no se aprende de un día para el otro: eso de dejarla, de no hablarle, de solamente comunicarnos con la mirada o tomándole las manos.” **(Obstétrica del Consejo Superior del COPBA. Registro A13)**

"Somos funcionales a las mujeres, no solamente funcionales al sistema". (Obstétrica trabajadora del SNA público y del sector privado -institucional y domiciliario-. Registro A12)

Según estos discursos, el trabajo de la obstétrica "guía un camino", "monitorea el curso normal" de un proceso obstétrico, brinda sostén a las mujeres con paciencia, con escucha, con compromiso, con entrega. Al mismo tiempo remarcan que el acompañamiento, cuidado y asistencia que la obstétrica ejerce, forman parte de la atención integral a mujeres con el foco puesto en los deseos de éstas. En esta línea, se remarcó la urgencia de *guiar* al resto de los profesionales y a las instituciones para que adecuaran sus prácticas de atención a los valores que se muestran asociados a las cualidades de las parteras:

"Estamos en un momento de cambios, en un momento de una crisis profunda en cuanto a la identidad profesional. [...] No hay ninguna duda de que este cambio de paradigma lo tenemos que dar nosotras. ¿Por qué?, porque [lo] dice la Organización Mundial de la Salud. ¿Quién es el profesional mejor validado en costo-beneficio para la atención del embarazo, el parto y el posparto?: la obstétrica. Sin ninguna duda, dejando al médico especialista solamente la patología.⁴⁴" (Obstétrica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, representante de la Asociación de Obstétricas Municipales de la Ciudad y docente universitaria. Registro A12)

Por otro lado -profundizando en aquellas situaciones que no permiten que este modelo de atención pudiera ser llevado adelante-, se remarcó que en el día a día de los servicios asistenciales la realidad de la actividad dista de la posibilidad de que la obstétrica desempeñe sus tareas bajo la mirada rectora de los valores referenciados. Así, se señaló que "en algunos lugares las obstétricas sólo son administrativas, [que] solamente *hacen el piecito*⁴⁵ o escriben la historia clínica" (Registro A2).

Al respecto, una obstétrica con más de veinte años de experiencia en la actividad asistencial hizo una reflexión en torno a esta cuestión y expuso su opinión diciendo que son ellas mismas "las responsables de los lugares que se pierden" y llamó al resto de sus colegas a "revisar [el] trato hacia la paciente: el trato en el consultorio, en la sala de parto, el trato después, porque muchas a veces maltratamos".

⁴⁴ Pese a que parecían construirse definiciones acerca de la importancia que tiene la profesión obstétrica en la atención de los procesos de SSYR, vale preguntarse respecto a si esto es también reconocido por parte del resto de los profesionales en los servicios de salud y si cuentan con datos e instrumentos para su recolección que puedan dar cuenta de esto.

⁴⁵ "Hacer el piecito" corresponde a un código informal que hace referencia a la toma de la huella plantar de un recién nacido como método de identificación personal al momento del nacimiento.

Ante el llamado hacia la necesidad de reconocimiento y valoración de las cualidades de la partería, la mujer reflexionaba:

"Si necesitamos trabajar, si necesitamos ser reconocidas, si necesitamos tener un posicionamiento, ¿por qué dejamos los espacios? ¿Por qué abandonamos espacios que son nuestros? Y si amamos tanto esta profesión... porque para ser obstétricas tenemos que amar lo que hacemos, no somos millonarias... tenemos que amar lo que hacemos: ¿por qué lo dejamos? [...] Yo trabajo con muchas obstétricas que se están formando, y muchas veces se parecen más al toco-ginecólogo que a la obstétrica." **(Obstétrica trabajadora de sector privado y público con más de veinte años de ejercicio. Registro A12)**

La problemática acerca de los quehaceres profesionales no pareció agotarse en las posibilidades que tienen las profesionales para posicionar y enaltecer sus prácticas y modelos como los más apropiados para atender a las mujeres y sus familias. Por el contrario, se remarcó la dificultad de "volver realidad esos planteos" ya que en muchas oportunidades resultan horizontes y no realidades (Registro A4).

En línea con esto, la obstétrica expositora de la última mesa redonda que se presentó durante el Congreso (Registro A19), cerró su participación reflexionando: "¿De qué vale que una mujer se informe y se pase buscando todo el embarazo hospitales que trabajen desde un paradigma de parto respetado, humanizado, si igual va a ser violentada? Falta mucho por hacer".

Ante esto, una autoridad del COPBA sumó su experiencia y -con un tono emotivo pero firme- compartió con el público la razón que hizo que abandonara la actividad asistencial: "sentía que estaba engañando a las mujeres, porque se las preparaba para algo en el curso de preparación integral para la maternidad [conocido coloquialmente como 'curso de parto'] y después los médicos hacían cualquier otra cosa".

Lejos de agotarse este tema en el Congreso de 2013, al año siguiente durante el Encuentro se presentó una mesa debate abierta a todas las obstétricas que habían acudido a la jornada. Llevó como título: "La obstétrica: empleada o profesional" (Registro A31). Este espacio -propuesto para el final de la segunda jornada- se había promocionado durante los dos días del Encuentro como un momento para participar, reflexionar y llegar a acuerdos acerca de "las competencias profesionales, los lugares ocupados y los roles perdidos".

Durante esta mesa, las participantes discutieron alrededor de aquello que definía en particular a una obstétrica, de los lugares que ocupan y disputan en los servicios de atención y también conversaron acerca del grado de compromiso con el que se asume cada tarea emprendida.

Como punto de partida, la coordinadora -una obstétrica representante del COPBA- expuso algunas reflexiones iniciales que fueron seguidamente comentadas por algunas de sus colegas:

"Yo pienso que los lugares perdidos son los lugares que se dejan desocupados: ¿estoy en un lugar que me puedo plantar y decir 'me niego a esto y esto?', porque estudio y me capacito... o soy 'sí, doctor'. ¿Todas nos podemos plantar desde la excelencia académica? Si yo me puedo parar frente a alguien con capacidad científica y le puedo decir 'no, esta inducción no va', ese va a ser mi verdadero lugar". **Coordinadora de la mesa**

"Depende muy especialmente de nosotras... [...] si el anestesiólogo está durmiendo, vas y lo despertás y le decís 'doctor, usted está de guardia', porque sabés que lo necesitás porque tenés un asidero científico, pero si yo no me quiero ni defiando mi profesión no me voy a poder plantar ni con toda la evidencia que tengo ni con todas las capacitaciones, porque no le voy a poder decir a otro 'esto es así' o 'esto me parece que no lo tenemos que hacer por esto y por esto'". **Obstétrica trabajadora del SNA en una provincia de la Patagonia argentina**

"En nuestro hospital tenemos una contra muy grande, y es que la Dirección no quiere obstétricas, que considera que una obstétrica en vez de elevar a la maternidad, la disminuye. Pero también puedo decir, que a pesar de la contra, nosotras trabajamos. Esto es una lucha, pero también [...] no hay una cuestión de decir 'bueno, realmente este es nuestro trabajo y vamos a defenderlo...', es todo contra viento y marea y mucho empuje... y cuesta mucho... en la sala de partos hay carteles que dicen '¿intentó usted hacer un trabajo de parto sin episiotomía?', después de que me arrancaron esos carteles como 10 veces, pero todavía están pegados". **Obstétrica de hospital la zona oeste de la región metropolitana de Buenos Aires**

"La experiencia que yo tuve en otros hospitales es que nosotras siempre fuimos expulsadas, entre nosotras mismas y con el entorno, sea un médico, un trabajador social, es como que estuviéramos mal vistas. [...] Pensando un poco en lo que dijo la compañera que es de [un Municipio bonaerense], que no encuentra el lugar para conversar [e informar que hacen falta más obstétricas en el servicio de maternidad del hospital]. Le digo que también depende de nosotras, no sólo del Colegio. ¿En qué sentido?: si yo necesito una obstétrica más en mi guardia, tengo que reflejarlo en los papeles. Si yo no hago papeles, no hago una historia, no registro nada [...]. Si no depende de nosotras, ¿de quién va a depender?". **Obstétrica del SNA de la zona norte de la región metropolitana de Buenos Aires**

Este tipo de espacios de conversación fueron clave dentro de las jornadas en pos de comenzar a construir definiciones acerca de los modos en que podría conseguirse una mayor legitimidad de los saberes y quehaceres profesionales frente a otros trabajadores del equipo de salud. De acuerdo a lo registrado, algunas propuestas se sostenían en la puesta en valor

de la formación académica adquirida y en el respaldo de sus decisiones en los saberes científicos. No obstante, pese a esto, muchas de ellas no encontraban la posibilidad de ser escuchadas en sus espacios de trabajo y el valor particular de su profesión, parecía no ser tenido en consideración.

Abbott (1998: 8) propone que los estudios de profesionalización de ocupaciones socio-sanitarias deberían dejar de preguntarse acerca de si determinado grupo de trabajadores accede o no al estatus de profesión de acuerdo a una serie de características adquiridas. Por el contrario, sostiene que se vuelve fundamental una lectura del campo que dé cuenta de si las ocupaciones aspiran a conseguir el estatus profesional y qué significados e implicancias tiene este objetivo.

En este sentido, resulta pertinente preguntarse qué es lo que intentan construir las obstétricas en tanto “propio” y con qué objeto: si buscan delimitar un objeto de intervención exclusivo, un modelo de atención vinculado a su saber-hacer y/o un “trato” particular que se distinga de los de otras profesiones.

A partir de esto, se considera adecuado recuperar la categoría de “ideologías ocupacionales” (Mackay, 1998: 57) en tanto recurso que construye sentidos respecto al modo a través del cual los miembros de las ocupaciones configuran prácticas y sentidos en sus tareas laborales. Al ser ésta una categoría relacional y performativa, a través de ella se espera recuperar dentro de un grupo ocupacional e incluso para cada profesional, sentidos diferenciales que se le otorgan al trabajo. Esto implica que las ideas asociadas a cada tarea, no sean únicas y estáticas sino que presenten variaciones de acuerdo a intereses, estrategias, interlocutores, experiencias y procesos históricos.

En el Encuentro de 2014, una partera durante su disertación “La pelvis se mueve y se transforma” remarcó la importancia de reflexionar acerca de los propios posicionamientos al momento de compartir tareas asistenciales con otros profesionales:

“Muchísimos médicos y profesionales le temen al dolor. Le tienen miedo al dolor y en general anestesian a las mujeres porque ellos no quieren sentir dolor [...]. No saben cómo trabajar con una mujer que se manifiesta y se expresa en un trabajo de parto. Tratan de dormirla o de que no hable. Yo creo que la única manera que tenemos las obstétricas es trabajar sobre nosotras mismas. [...] Para poder trabajar con una embarazada tenemos que trabajar qué tanto nos duele a nosotros. [...] Yo no soy psicóloga ni nada de eso, pero a mí me importa mucho esa mujer que pare y siempre le digo a los médicos cuando me dicen ‘tengo una bolsa rota en la habitación dos’, -me pone de los pelos-, [les contesto]: ‘no es una bolsa rota, es una mujer’. [...] A mí me parece que esto es fundamental porque el lenguaje hace a lo que nosotros somos. Lo que nosotros hablamos: eso somos.”

(Obstétrica representante del COPBA, trabajadora del subsector privado en una ciudad del interior de la provincia de Buenos Aires. Registro A25)

De acuerdo a la expositora, Laura, las parteras tienen el deber de estar atentas a cómo trabajan y de qué modo acompañan y habilitan las manifestaciones físicas y emocionales de una persona que se encuentra en trabajo de parto o transitando su parto. En contraste con este posicionamiento profesional, sostuvo que los médicos ante el dolor o frente a signos propios del proceso de parto, optan por no dar lugar a la expresión de aquello que la mujer transita, incluso borrando la identidad de la usuaria para transformar su nombre en una manifestación clínica.

Siguiendo a Saussure (1945), los sentidos que denotan los signos son determinados por sus relaciones -contrastivas- con otros signos de un sistema lingüístico. Asimismo, el lenguaje no nombra de manera arbitraria a los objetos sino que interviene en su formación (Cassirer, 1979). De este modo, el sistema lingüístico es performativo y en consecuencia, histórico:

“En la acción, los individuos ponen sus conceptos y categorías en relaciones ostensivas con el mundo [y] el signo es determinado también como un interés, que es su valor instrumental para el sujeto actuante”. (Sahlins, 1988: 139-140)

Así, las ideologías ocupacionales construyen sentidos “para sí”, al mismo tiempo en que también se establecen visiones “acerca de sí” para compartir al resto.

En este sentido, vale preguntarse acerca del interés, en tanto cruzada moral, que la obstétrica enuncia al marcar distancia con la forma de nombrar y de acompañar y de asistir médicamente a las mujeres que están recibiendo atención.

Tal vez algunos indicios puedan encontrarse en las palabras que Laura había enunciado un año atrás en el Congreso durante una mesa debate acerca de la “cesárea a demanda⁴⁶” (Registro A11), en la que también había sido oradora.

Allí se había puesto en discusión la cesárea electiva y su conceptualización en tanto derecho/deseo o falta de acceso información/desconocimiento por parte de las usuarias. Al finalizar el tiempo de exposición de las disertantes principales de la mesa, se destinó un breve momento abierto a la participación de todas las presentes y pidió la palabra una obstétrica joven.

La partera que tomó la palabra indicó que en la clínica privada donde trabajaba, los nacimientos vía cesárea representaban el 90% del total. Ante esto, planteó que ella no encontraba el modo de poder contrarrestar este número que -de acuerdo a sus dichos-

⁴⁶ Se define “cesárea a demanda” cuando la práctica quirúrgica es elegida y solicitada por la persona gestante para que el parto sea programado previamente sin que haya alguna indicación médica que lo requiera.

respondía a decisiones del cuerpo médico que “muchas veces manda a cesárea porque tienen un cumpleaños o un partido de fútbol”, alegando que la cirugía respondía a cuestiones médicas como “ser chica de pelvis”.

La joven -única partera que alcanzó a participar del debate dado el breve tiempo destinado⁴⁷- se mostró frustrada e intentó encontrar en sus colegas “algún tipo de respuesta o de ayuda”, manifestando que se sentía “mal” y que no podía “hacer nada por [ser] sólo la partera”.

Ante lo que parecía el inicio de un debate que atravesaba la realidad laboral de algunas de las presentes, sorpresivamente luego de la intervención de la joven, la obstétrica que estaba coordinando la mesa contestó tajantemente: “eso no se discute acá porque esta es una mesa de cesárea a demanda y eso [a lo que referís] es otra cosa”.

Frente a esta situación, la oradora Laura, en un tono más ameno, sugirió que tal vez podría intentar empoderarse a la mujer “para que deje de ser objeto de alguien” y sea “sujeto de parir, de tomar consciencia de su cuerpo y de saber qué es lo que está pasando”.

Ante la intervención de Laura, inmediatamente, Liliana intervino afirmando que “antes de empoderar a las mujeres tenemos que empoderarnos nosotras [las obstétricas]”.

Al respecto de la noción de empoderamiento, Kirkham (1998) -obstétrica e investigadora escocesa- sostiene que pese a que es una categoría usualmente utilizada, es necesario reconocer que el poder no es algo que pueda simplemente ser “dado”, sino que se trata de algo que debe ser “tomado”. En esta clave, escenas como la anteriormente reconstruida evidenciaban que “el poder” para definir las condiciones de la atención obstétrica se encontraba por fuera del alcance de las usuarias de los servicios de salud y también parecía estarlo fuera de las obstétricas que las acompañaban.

En los distintos espacios de debate desplegados durante los eventos, la definición acerca de la especificidad profesional de las obstétricas se presentó como producto de históricas -tensas- relaciones con los saberes, definiciones y prácticas médicas de los que se manifestaban distantes, aunque como veremos más adelante, no sin matices. La construcción de una ideología ocupacional y de un campo de intervención propio para el ejercicio de su disciplina, las desafiaba -al menos discursivamente- a “empoderarse” y romper con el status de “colaboradoras”.

Ahora bien, ¿pueden estas definiciones trascender lo intencional sin atender a la consideración de los modos a través de los cuales se organizan las prácticas y servicios de

⁴⁷ Pese a haber sido anunciado como “mesa debate”, se proyectó un tiempo de cuarenta y cinco minutos en total para la exposición inicial de dos disertantes y un posterior debate abierto al auditorio. Se priorizó el tiempo de exposición individual, más que el intercambio abierto a todas las personas presentes. Finalmente el espacio abierto, quedó interrumpido para cumplir con los tiempos definidos para el resto de las conferencias programadas, que no se ofrecieron en simultáneo sino en continuado en un único espacio dispuesto para todas las actividades.

atención? Si la cruzada moral de la Medicina está orientada a la búsqueda y definición de enfermedad para construir respuestas para su atención (Freidson, op. Cit.; Becker, op. Cit.): ¿en qué consiste la cruzada que intenta posicionar a la obstétrica como la profesional más adecuada para la atención de los procesos sexuales y reproductivos bajo un paradigma de acompañamiento y respeto?

2.2 “La obstétrica es una: [todas] sabemos cuándo debemos cambiar de telón”

Al inicio de este capítulo se planteó la importancia de que las profesiones tengan la posibilidad de ejercer el control sobre su propio trabajo. Al respecto se señaló que la situación de la partería plantea cierta dificultad debido a la superposición de su campo ocupacional con el de la profesión médica.

Pese a que la atención de eventos y procesos patológicos vinculados a la SSYR es de ejercicio exclusivo para la medicina, el campo de atención obstétrico vinculado a la “normalidad” o el “*bajo riesgo*” puede ser compartido por médicos y obstétricas.

Durante el desarrollo del Congreso de 2013 y del Encuentro de 2014, las obstétricas han manifestado no entender al embarazo “como un problema médico, sino como un proceso fisiológico” y que tanto la hiper-especialización del ejercicio médico como una creciente patologización del proceso del nacimiento, produjeron cambios en las tareas y actividades desempeñadas tradicionalmente por ellas.

Por ejemplo en el Congreso, durante la mesa debate “Obstétricas/Doulas⁴⁸, ¿se conjugan?” (Registro A12), una obstétrica que estaba entre el público pidió la palabra y señaló que ella consideraba que son las obstétricas las responsables de cuidar los espacios profesionales conquistados. En este sentido recordó que tradicionalmente “siempre hubo una obstétrica explicando todo lo que tenía que ver con el puerperio y con la lactancia” y que eran ellas quienes acompañaban a las mujeres y sus familias desde los momentos iniciales de un embarazo, no estando solamente presentes en el momento del parto. Teniendo en cuenta esto, sostuvo enfáticamente que era necesario revisar “el trato hacia la paciente”, alegando que las obstétricas “a veces, maltrata[n]” y generando que “otros vengan y ocupen [el] lugar [de la obstétrica]”:

⁴⁸ Las doulas son mujeres que acompañan a mujeres embarazadas, parturientas y puérperas brindando contención y soporte emocional para ellas y sus familias, sin ocuparse de sus aspectos clínicos. En general las doulas han sido madres previamente y formadas en cursos breves brindados en espacios de educación no oficial.

“No tenemos que olvidarnos de nuestros orígenes, hoy nos capacitamos y somos distintas, pero eso quiere decir que sumamos para ser mejores, no [para] perdernos y ceder el espacio a otros”.

Las palabras de esta obstétrica resonaron y al día siguiente, durante la mesa redonda “Nacimiento en casa” (Registro A13), una representante del Consejo Superior del COPBA recuperó sus palabras e invitando a la reflexión, sostuvo que era necesario “volver a trabajar con responsabilidad”, implicando esto un combinado entre “estar altamente capacitada” y “tener esa paciencia y entrega y el escuchar”. De lo contrario, de acuerdo a su discurso, si la partera no recupera la habilidad para “conectar con la paciente”, estaría en riesgo de perder modos tradicionales de trabajo y replicar un modelo de atención “médico hegemónico”.

En relación con estos planteos -y en los meses posteriores al Congreso- esta tesista decidió consultar al respecto a una autoridad del COPBA en una entrevista. Durante el encuentro (Registro D3), la obstétrica consideró que en los últimos años muchas de las tareas que históricamente habían sido asumidas por obstétricas, se estaban delegando en la profesión médica, perdiendo así la mirada propia del quehacer obstétrico. De este modo, afirmó que existía cierta tendencia a creer que si la mujer y el recién nacido son asistidos por profesionales médicos y se realizan sobre ellos prácticas biomédicas, tendrían mayores oportunidades de recibir atención de calidad, desestimando así valores tradicionalmente sostenidos por la práctica obstétrica:

“Antes nacía el bebé y hasta se lo bañaba. Los tiempos han cambiado mucho. Lo cierto es que por ahí, atraen las patologías y pareciera que todo lo que era normal ahora es patológico, entonces parece que el neonatólogo, que tiene que estar en un área cerrada, con niños que están con gravedad, tiene que ir a asistir un parto normal donde el niño no tiene ningún problema. Entonces es como que uno patologiza toda la situación normal. [...] Ahora es como que todos los partos son patológicos, todos los recién nacidos necesitan que se los aspire, que se los agreda externamente, porque pareciera que si no se hace eso, no está bien. Y uno se crea esa cuestión [...]. Eso es de nosotros que hacemos que esto suceda [...]. Yo creo que el cambio lo hemos hecho nosotros, para mal, porque realmente esto no es bueno, es como retroceder todo lo que hasta ahora se había hecho.” **(Marcela, miembro del Consejo Superior del COPBA. Trabajadora del SNA de la RS XI. Registro D3)**

Recuperando a Jacono (1993), Kirkham (1998: 142) sostiene que “algunas cosas que deberían ser intuitivamente obvias sobre el cuidado se han perdido” a causa de la profesionalización de las ocupaciones vinculadas a la atención obstétrica y de la rutinización

de las prácticas de cuidado. Socialmente se incorporaron técnicas que posibilitaron mejores diagnósticos preventivos y prácticas técnicas tendientes a disminuir riesgos. No obstante, se remarca la importancia de hacer esfuerzos por conservar, alentar y fundamentar la relevancia de mantener aquellas tareas de cuidado vinculadas al trato amoroso que se dispensaban “mucho antes de la existencia de lo técnico”:

“Hoy en día existen problemas en el uso de este conocimiento por parte de las parteras que surgen de los efectos de lo que se ha llamado la regla “como sí...”. ‘Los obstetras están inclinados a tratar a todas las mujeres como si estuvieran a punto de volverse anormales’ (Oakley, 1993). No es de extrañar que esta inclinación es a menudo más poderosa y culturalmente más aceptable que la capacidad de las parteras para “fomentar lo normal”. (op. cit.: 141)

Frente a esto cabe preguntarse acerca de cómo podrían las obstétricas construir evidencia tendiente a validar un modelo de atención centrado en el fomento de “la normalidad”, en tanto ventajoso para abordar la atención de la SSYR “de *bajo* riesgo”. Para Kirkham (op. cit.) la respuesta estaría en la generación de datos -producto de la investigación científica- que permitieran respaldar las ventajas que supone la mirada de la partería por sobre otros modelos de atención. De acuerdo a ella, esto solamente requería de la voluntad política de las parteras para hacerlo (ibidem: 142).

Pese al hincapié en considerar a los embarazos y partos “de bajo riesgo” como procesos “naturales y fisiológicos” y a la partera como la profesional más idónea para su atención y fomento: durante los eventos relevados etnográficamente, la noción de “riesgo” fue apareciendo en distintas conferencias y mesas redondas matizando las ideas al respecto de la ideología ocupacional del quehacer obstétrico como defensor de “lo fisiológico”.

Como ya se ha expuesto, en algunos pasajes de las conferencias se remarcó la importancia de ponderar sentimientos, deseos, derechos y emociones de las mujeres y sus familias. No obstante, en otros espacios se planteó la importancia de “rastrear signos de lo eventualmente puede mostrarse patológico” y se hizo fuerte hincapié en la realización de prácticas que se encuentran ligadas al diagnóstico técnico biomédico. “Empoderar” algunas veces respondía a garantizar a las mujeres el acceso a prácticas “respetuosas” y otras veces tenía que ver con “fortalecer la profesión” a partir de la formación en medicina preventiva:

“Con toda la formación que tenemos vamos pasito a pasito en la disminución de los indicadores tan negativos en la medición de la mortalidad materno-infantil. [...] La incorporación de obstétricas en APS no modificó las estadísticas de morbi-mortalidad, no hicimos un súper salto, pero pudimos identificar más patologías, pudimos enseñar sobre

pautas de alarma, se invirtió más en el control prenatal que en la atención del parto y del puerperio inmediato. Pero, sigue siendo la prematuridad la mayor causa de mortalidad neonatal. Y la mortalidad neonatal depende directamente de la calidad del control prenatal y del seguimiento del embarazo que está en manos de nosotras". **(Obstétrica del SNA en la zona norte de la región metropolitana de Buenos Aires. Registro A12)**

Mientras las obstétricas debatían acerca de la importancia de formarse en los aspectos preventivos y estar atentas a cualquier tipo de complicación para poder derivar oportunamente, la especificidad profesional se encontraba empantanada entre las cualidades de "cuidado", "acompañamiento" y "respeto", y aquellas más ligadas a la capacidad para realizar una serie de controles clínicos para estar atentas al monitoreo del riesgo:

"La obstétrica es una, sabemos distinguir 'normal' de 'patológico', sabemos cuando debemos 'cambiar de telón', lo que nos sustenta es la formación académica". **(Obstétrica del SNA en la zona norte de la región metropolitana de Buenos Aires. Registro A2)**

"Actividad autónoma no es 'hacer lo que yo quiero', actividad autónoma es tener el poder de conocimiento y el poder de discernir qué es lo normal y qué es lo patológico, hasta dónde actúo y hasta dónde tengo que llamar y pedir la ayuda del equipo". **(Liliana. Registro A14)**

Un análisis apresurado podría advertir que la partería frente al avance de la mirada biomédica en la atención obstétrica pierde sus cualidades -ligadas a prácticas que acompañan procesos fisiológicos- y se subsume a los modos de hacer de otra profesión.

No obstante, puede considerarse que pese a la escisión discursiva que se manifiesta entre dos modos que se presentan como opuestos ontológicos: "normalización-respeto" versus "patologización-medicalización", la atención de los procesos de SSYR requiere de prácticas que incluyan tanto actividades ligadas al acompañamiento como aquellas que precisan intervención frente a sucesos que impliquen riesgos o complicaciones en los eventos obstétricos. Se sostiene que la obstétrica tiene aptitudes e incumbencias para atender ambas.

Un enfoque que no da cuenta de la complejidad del campo de atención obstétrico podría llevar a la conclusión de que la tarea de la obstétrica es solamente la de "recuperar la importancia de la defensa del curso natural y fisiológico". En este sentido, la obstétrica sería la representante de las mujeres dentro una cruzada moral que lucha frente al avance de un

paradigma que tiende a patologizar la “normalidad” y descuidar las dimensiones que quedan por fuera de las intervenciones biomédicas.

Por el contrario, se considera necesario reflexionar acerca de la posibilidad de reconocer que la ideología ocupacional de la obstétrica debería incluir tanto el valor por la adquisición y puesta en práctica de herramientas y respuestas sociotécnicas que puedan reconocer deseos y derechos, al mismo tiempo en el que se reconozca la relevancia de la formación para el reconocimiento de posibles “complicaciones”, situaciones de riesgo y patologías. A propósito de esto, en una de las mesas redondas desplegadas en el Congreso de 2013 una obstétrica abrió el debate afirmando que históricamente -en tanto mujeres-, siempre acompañaron a otras mujeres, señalando cómo esto incluso quedaba reflejado en el origen etimológico de la palabra “obstétrica”. Partiendo de la valoración de este lugar adquirido, la participante manifestó su preocupación porque, de acuerdo a su consideración, a la ocupación le había costado “un gran esfuerzo salir del empirismo para llegar a la profesionalización” que delegaba en ellas el cuidado del binomio madre-hijo:

“En los Siglos XIV, XV el no querer estudiar, el no querer profesionalizarnos, nos mantuvo como un ghetto oculto en donde sólo tratábamos a las mujeres y sólo nosotras sabíamos lo que pasaba con las mujeres... y eso hizo que la mujer terminara teniendo esta situación de oscurantismo. El conocimiento científico que iba teniendo el médico varón nos sacó el protagonismo de la situación del nacimiento, del parto, la crianza, la lactancia. Mantener un conocimiento cerrado sin sumarle los acontecimientos tecnológicos [como] el conocimiento del cuerpo humano [o] trabajar con medicina basada en la evidencia, hace muchos siglos ya nos había corrido de nuestra función primordial.” **(Obstétrica trabajadora del SNA en la zona norte de la región metropolitana de Buenos Aires. Registro A12)**

Si durante siglos la obstétrica había logrado conseguir una alianza con las mujeres en base a sus conocimientos empíricos, para la obstétrica expositora resultaba necesario ponerlos en valor a través de su combinación con nuevos conocimientos científicos ligados a los procesos de SSYR.

En relación a esto, vale recuperar el sentido que le otorga la antropóloga María Epele (2013) a la noción de “palimpsesto”. A partir de ello, se sostiene que la inclusión de la (bio)medicina en la atención a la SSYR no debería ser entendida como una totalidad que implica un modelo de atención homogéneo e impermeable. Por el contrario, la atención será siempre un “montaje entre fragmentos heterogéneos” de procedencias diversas tanto temporales como espaciales (Epele, op. cit.: 9-10).

Este palimpsesto es resultante de la articulación de “modos de tratar heteróclitos, técnicas, prácticas y saberes en tensión y/o contradicción entre sí (que se adicionan, yuxtaponen, generan, estratifican, oponen y amalgaman)” (ibidem). Siguiendo esta línea, la atención de los problemas de SSYR se despliega en un escenario complejo donde se encuentran y tensionan distintos fragmentos de modos de tratar, pese a que algunos se encuentren más legitimados que otros.

En este mismo sentido, Kirkham (op. cit.: 146) sostiene que: “mantener una posición como grupo oprimido no implica fosilizarse; por el contrario, requiere un ajuste constante a tono con los cambios de la medicina y la organización de los hospitales”.

Si la disputa por posicionar a la profesión implica “defender lo anterior” y desconocer los avances que aportan los descubrimientos científicos y las innovaciones técnicas, es probable que la partería no logre tener el apoyo suficiente ni los indicadores respaldatorios para conseguir mejoras en los términos en los que está posicionada su profesión dentro del campo de atención obstétrica.

Por ello, resulta oportuno preguntarse acerca de la relevancia que podría tener el estímulo a la investigación científica vinculada a la propia práctica profesional. En este sentido, pese a que durante los eventos se discutieron en varias mesas las ideas que giran alrededor de la profesión, los espacios destinados a divulgar resultados de investigaciones impulsados por obstétricas fueron escasos y ocuparon lugares poco relevantes dentro de las agendas y los espacios físicos donde se desarrollaron los eventos (Ver [Anexo 4](#): Presentación de trabajos en FCEs).

Apuntes de cierre para los Capítulos 3 y 4

Se ha demostrado que las acciones y discursos desplegados por distintos actores del campo ocupacional obstétrico proponen y disputan definiciones acerca de “lo que es”, “lo que hace” y el impacto que tiene la labor de una obstétrica.

Los resultados empíricos relevados en los primeros años de trabajo de campo de esta tesis y presentados en estos capítulos, supusieron mostrar el proceso de construcción del campo ocupacional obstétrico de los años recientes. Para ello, se ha dado cuenta tanto de los eventos más salientes como de las estrategias impulsadas por distintos actores involucrados en su configuración.

Espacios de difusión y discusión en Congresos, conformación de organizaciones profesionales, iniciativas por mejoras en la formación universitaria, alianzas con actores clave y búsqueda de mejoras legislativas, se transforman en procesos nodales para intentar posicionar a la partería en lugares visibles y reconocidos, lejos de espacios *oscurantistas* que relegan a la profesión al ser teñida de valores como la subordinación a la medicina, la ignorancia o la falta de formación adecuada.

Se mostraron las relaciones históricas y políticas que se presentaron entre las oportunidades y los intereses de quienes buscaban activamente posicionar sus ideas en favor de la profesión, suponiendo que esto se traduciría en una mejora en el acceso a la salud y en los procesos y resultados de la atención.

En especial, se caracterizó y analizó el modo en que el COPBA y sus representantes, en tanto “cruzadores institucionales”, buscaron a través de los años participar activamente en la conformación del campo ocupacional de la partería -tanto bonaerense como nacional-. Se ha reconocido también el fuerte lazo que esta institución construye junto a tomadores de decisiones políticas e instituciones gubernamentales e internacionales.

De acuerdo a lo dicho, se sostiene que este despliegue tiene implicancias en al menos tres escenarios:

- 1) el campo de las políticas, las normativas, la formación profesional y la planificación y ejecución de políticas públicas,
- 2) las organizaciones profesionales como Colegios y Asociaciones y,
- 3) la configuración del campo del ejercicio asistencial.

Acerca de los dos primeros puntos se trabajó en esta segunda parte de la tesis. Respecto al campo de ejercicio asistencial, se trabajará en la Parte III.

Epílogo de la Parte II

A modo de cierre de la segunda parte de esta tesis se presentan unas breves páginas que retoman escenas de la instancia de campo más reciente en el marco de este trabajo realizada en julio de 2019 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El último registro de campo fue confeccionado a partir de la observación de un Conversatorio denominado “La práctica profesional de los y las Licenciados en Obstetricia y su rol estratégico en la mejora en el acceso y Cobertura Universal de Salud⁴⁹” (Registro E6). El evento se realizó de manera abierta y gratuita en el Salón Dorado de la legislatura de dicha ciudad y contó con unos ciento cincuenta participantes.

Pese a que se había culminado el relevamiento empírico unos meses antes, se tomó la decisión de participar en esta jornada organizada por ACLORA, el Consejo Superior del COPBA, la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA)⁵⁰, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y organismos internacionales como OPS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, UNFPA y UNICEF.

Debido a los intereses de esta tesis y al hecho de que este evento se desplegó mientras el Proyecto de Ley de Ejercicio profesional nacional había conseguido su media sanción en la Cámara de Diputados, se consideró oportuno registrar los discursos presentados aquí y volver a documentar discusiones afines al ordenamiento y ejercicio de la partería.

Tal como se presentó en páginas anteriores, en el año 2007 surgió la primera iniciativa de Proyecto de Ley nacional de regulación del ejercicio profesional de la partería. Durante los once años posteriores seis intentos más llegaron al mismo destino: la pérdida de estado parlamentario y con ello la imposibilidad de ser discutido en alguno de los recintos.

En el año 2018, a través de la iniciativa de una ex funcionaria bonaerense -que había participado en la redacción de la normativa provincial-, se convocó a discutir un proyecto de legislación nacional a representantes de los Ministerios de Salud y de Desarrollo Social de la Nación. El objetivo de esta convocatoria respondía a la iniciativa de trabajar en conjunto con

⁴⁹ La Cobertura Universal de Salud (CUS) es una política impulsada por los organismos de cooperación internacional que dice proponer acceso universal, oportuno y efectivo a los servicios en el marco de sistemas de salud equitativos. En relación al rol que propone para la partería, la CUS promueve la implementación de las acciones del programa “Partería 2030: el camino hacia la salud” (Ver [Cronología 2b](#) del Anexo), propuesta que promueve modelos de atención centrados en la mujer y dirigidos por parteras, “consideradas personal vital en la política de Cobertura Universal de Salud” (UNFPA, 2014: 48).

⁵⁰ La FORA es una entidad originada en el año 1963 que agrupa y coordina actividades entre entidades que nuclean parteras con formación universitaria persiguiendo fines de mejoramiento profesional. Forman parte de ella seis colegios profesionales provinciales -entre los que no está incluido el COPBA-, tres sociedades obstétricas provinciales y dos asociaciones civiles -una provincial y otra de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires-.

organizaciones de obstétricas y con organismos internacionales en pos de consensuar aportes para la redacción de un Proyecto de Ley Nacional. Meses más tarde, fue acordada una propuesta final que contó con el aporte de tres legisladores afines a la gestión del gobierno nacional del por entonces presidente Mauricio Macri. Estos legisladores presentaron el Proyecto de Ley en la Cámara de Diputados hacia mediados de dicho año.

A finales de abril de 2019 la Cámara baja dio su aprobación al Proyecto con 167 votos a favor, 1 en contra y 3 abstenciones. Desde entonces -y al año 2021-, se encuentra en la Cámara de Senadores a la espera de ser llevado a recinto para su votación.

En el marco de esta media sanción y abogando por su tratamiento en la Cámara alta, a mediados del mes de julio de 2019 se llevó adelante el Conversatorio presentado en párrafos anteriores con el propósito de “dar visibilidad al rol de las y los Licenciados en Obstetricia” y trabajar por el reconocimiento de sus competencias profesionales.

En este Conversatorio se encontraban presentes diversas organizaciones vinculadas a los intereses ocupacionales de las obstétricas. No obstante, y a diferencia de los eventos registrados anteriormente, también se encontraban una diputada y un diputado nacional con posibilidad de incorporar el debate de la Ley de ejercicio profesional en el recinto legislativo. Una de las diputadas -quien por entonces era la presidenta de la Comisión de Salud de la Cámara-, remarcó en su discurso la importancia del fortalecimiento de la partería y de su reconocimiento por parte de los decisores políticos. La justificación al respecto respondía a una mejora en la calidad de atención y de acceso a los servicios de salud, implicando esto, mejores indicadores sanitarios:

“Las universidades en las que se estudia la Licenciatura en Obstetricia ya han incorporado nuevos contenidos y atribuciones en el estímulo de la profesión. En las últimas décadas avanzó en su complejidad a raíz de investigaciones científicas y desarrollo tecnológico al servicio de la actividad. Con este marco lo que queremos es garantizar el trabajo de quienes con su control y participación durante el parto, ayudan a reducir la mortalidad infantil y mejorar la salud materna, objetivo de desarrollo del milenio de la ONU. Además su acompañamiento es vital para morigerar los índices de intervenciones y de medicalización.”

Además de la diputada, entre las personas oradoras presentes se encontraban: 1) un médico uruguayo asesor del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) dependiente de OPS en materia de SSYR, 2) una obstétrica estadounidense, ex responsable mundial de ICM y actual asesora de UNFPA, 3) una obstétrica chilena presidenta de ICM Latinoamérica, 4) una obstétrica referente de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, entrevistada para esta tesis y que había estado presente en los dos encuentros relevados previamente en 2013 y

2014 y, 5) una obstétrica y ginecóloga chilena asesora regional de UNFPA Latinoamérica en SSYR y del Plan Nacional de Embarazo no Intencional en la Adolescencia.

Por otro lado, se anunció entre los presentes a funcionarios y funcionarias responsables de programas nacionales de SSYR y temáticas afines. Asimismo, se comentó que también se encontraban allí presidentas de varias asociaciones de parteras “de todo Latinoamérica”.

Durante su discurso el médico asesor regional de OPS sostuvo que Argentina estaba “desperdiciando un enorme recurso” al no reconocer legislativamente las incumbencias que podrían desplegar las obstétricas, desconociendo así el “interés común de la Nación”. Al reflexionar acerca de las causas que podrían motivar las resistencias para la aprobación de la normativa, indicó que tal vez esto podría deberse al posicionamiento de las agrupaciones de médicos, deslizado que los intereses corporativos estarían frenando los avances de profesiones como la partería:

“Quiero contarles una anécdota. De un argentino ginecobstetra [...] ex director del CLAP. En una situación parecida a esta estábamos reunidos con un Colegio de Ginecoobstetras y ahí nos plantearon nuestros colegas ginecólogos: ‘el médico de la mujer es el ginecólogo y antes de que esto pase tienen que pasar por sobre nuestro cadáver porque somos nosotros los médicos de las mujeres’. El Doctor, suelto de cuerpo le respondió: ‘me parece muy bien lo que usted está diciendo. Pero yo sólo voy a apoyar eso cuando haya un ginecólogo, un obstetra en cada lugar, una zona perdida, dispersa junto a una mujer, cuando haya un obstetra ginecólogo en una zona selvática junto a una mujer, cuando haya un obstetra ginecólogo atendiendo en un área rural a una paciente’.”

En sintonía con este primer discurso, los siguientes recuperaron la importancia de reconocer que la garantía del acceso a la atención estaba fuertemente ligada al trabajo que podría hacer la partera. La obstétrica en estos discursos aparecía representada como una profesional con competencias para acompañar eventos y procesos que viven las personas a lo largo de su vida sexual y reproductiva.

Remarcando el hecho de que los eventos patológicos debieran ser potestad de la atención de un médico, se afirmaba también que estos no son la norma ni lo único que necesita atención dentro del ámbito sanitario. En este sentido, se hizo fuerte hincapié en las dimensiones preventivas y en la detección de patologías como parte del trabajo que debe realizarse dentro del campo asistencial. A partir de ello, se sostuvo que las parteras tienen la formación adecuada para dar estas respuestas, justificando así la puesta en valor de sus tareas.

Al respecto, la ex Presidente de ICM mundial y por entonces asesora de UNFPA, sostuvo que el trabajo de las parteras cuenta con una fuerte impronta promocional de la salud que

mantiene el foco sobre la prevención y no sobre la atención de las enfermedades vinculadas a la SSYR. Asimismo, alegó enfáticamente que esta pericia es la que sustenta que las parteras profesionales salven vidas y mejoren sustancialmente los indicadores sanitarios, tal como ha comenzado a documentarse en los últimos años:

“La creación de servicios dirigidos por parteras profesionales y la partería profesional podría evitar el 80% de las muertes maternas y neonatales, incluidos las muertes fetales de acuerdo al Lancet de 2014⁵¹. ¿Por qué? Porque las parteras disminuyen las intervenciones innecesarias. Las matronas también pueden proporcionar el 87% de los servicios de salud esenciales para la salud sexual y reproductiva, salud materna, neonatal y de adolescentes.”

Así, la invitada estadounidense sostuvo que “las matronas son consideradas piezas clave en la salud” e instó a que los tomadores de decisiones regulen normativas que permitan a las obstétricas desplegar las competencias adquiridas durante su formación profesional: “escuchen a las mujeres, escuchen a las matronas que están tratando de cambiar la salud de esta Nación”, dijo sumando la dimensión moral al pedido.

Por último y llegando al cierre del evento, la obstétrica asesora técnica de UNFPA y del Ministerio de Salud nacional dio continuidad argumental a lo que había expresado su colega y remarcó la necesidad de reconocer que las parteras profesionales han recibido el entrenamiento suficiente para trabajar de manera autónoma y tomar de decisiones adecuadas para las mujeres y sus familias. A fin de argumentar su posicionamiento, basándose en el número especial de Lancet sobre partería de 2014 y en las diferentes iniciativas de apoyo a parteras por parte de distintos organismos internacionales, remarcó la existencia de evidencia sólida que demuestra la necesidad que las parteras sean incluidas, valoradas y jerarquizadas dentro de los servicios de SSYR porque “salvan vidas y cuidan de la salud de las y los adolescentes, de las mujeres y las familias en sus propias comunidades”.

De este modo, la salud de la Nación y de la población, fue la bandera enarbolada como pieza central para la puesta en agenda de la *urgente* necesidad adecuación de las normativas que regulan el ejercicio profesional de las obstétricas en el país. En vista de ello, las parteras fueron representadas por una multiplicidad de actores como grandes aliadas de las buenas prácticas de atención a la SSYR y consecuentemente las garantes morales de la mejora de los indicadores sanitarios.

⁵¹ Ver apartado “Antecedentes” en la Parte I de esta tesis.

A lo largo de esta segunda parte de la tesis se presentaron y analizaron distintos escenarios y estrategias desde donde se habilitaron discusiones en torno al rol de la obstétrica, su reconocimiento en tanto profesión autónoma y a la gestión de mejoras en relación a la educación y legislación que enmarcan su ejercicio profesional.

Las páginas anteriores evidenciaron la participación de diferentes actores sociales, políticos y profesionales que promovieron la pertinencia de la inclusión de las parteras en los espacios de atención, alentaron su valoración e instaron a que el gobierno local las reconociera del modo en que lo consideraban “más adecuado” -tanto para la propia profesión como para la población-.

Asimismo, y tal como fue presentado en la sección de antecedentes de esta tesis, en los últimos años se fueron produciendo investigaciones acerca del trabajo de las obstétricas en el ámbito asistencial, demostrando su incidencia en los resultados sanitarios vinculados a la SSYR. De este modo, algunos resultados científicos de estudios situados en otros países fueron recuperados por distintos actores vinculados a las políticas públicas en SSYR. De manera incipiente estas publicaciones se transformaron en insumos que robustecieron la propuesta de jerarquización de la profesión obstétrica para que esta pudiera llevar adelante su cruzada por la mejora de los indicadores de salud (Salsa Cortizo, op. cit.).

Frente a los resultados de esta segunda parte de la tesis, desprendidos de una primera etapa de trabajo de campo, al volver a la literatura científica producida en el país, no se encontraron registros de investigaciones que dieran cuenta de la labor obstétrica y el impacto de la misma en el ámbito sanitario. A partir de estos hallazgos se propuso continuar el estudio empírico del campo ocupacional obstétrico atendiendo a los espacios donde desarrollan sus prácticas laborales asistenciales, a fin de ofrecer evidencia acerca del impacto de su tarea en los procesos y resultados de la atención a la SSYR. La presentación y discusión de estos aspectos constituye el eje de la Parte III de este trabajo.

PARTE III

La labor obstétrica en la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires: construcción de un abordaje integral para la atención de la salud sexual y reproductiva

Presentación

De acuerdo a lo expuesto en las primeras dos partes de esta tesis, existe una multiplicidad de actores vinculados al campo de atención obstétrico que considera impostergable “jerarquizar” a la partería. Asimismo, se mostró que el argumento que sostiene a esta premisa refiere a que el trabajo de la obstétrica mejora los indicadores de salud. En este sentido, se torna preciso mostrar datos que validen estas afirmaciones.

Tal como se presentó en la Parte I de este trabajo, existen publicaciones internacionales que han construido evidencia en relación a esta afirmación. No obstante, no se han encontrado estudios en Argentina que permitan contrastar estos datos en el escenario local.

Teniendo en cuenta esto, en la Parte III de esta tesis, se propone profundizar en el análisis de las prácticas profesionales de las parteras bonaerenses en el ámbito de la atención en una de las RS de la PBA: la RS XI. Además, se establece como meta la construcción de un marco teórico-metodológico que permita caracterizar y explorar la labor obstétrica y sus alcances.

A la luz de la consideración de los datos producto del trabajo de campo etnográfico en 14 de los 18 municipios de la RS XI (Ver [Anexo 1](#)), en las siguientes páginas se analizará la labor de las obstétricas con el propósito de aportar al conocimiento de su quehacer profesional en relación a: a) las consecuencias que trae para el despliegue del trabajo de las parteras el modo en que se organiza el sistema de salud en la PBA, b) las dimensiones que conforman su actividad asistencial y, c) el impacto de su trabajo en los procesos y resultados de la atención a la SSYR.

Capítulo 5

La organización laboral obstétrica en el ámbito asistencial de la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires

En este capítulo se propone caracterizar a la RS XI y a las obstétricas que allí se desempeñan. Para ello, se han analizado fuentes documentales y estadísticas que colaboran en la descripción del sector salud, del ámbito sanitario de la PBA y de las particularidades de la Región seleccionada.

Además, en este apartado se presenta el campo etnográfico donde se ha realizado el estudio. Para ello, se caracterizan los lugares y condiciones de trabajo de las parteras al mismo tiempo en que se van desovillando hilos de la trama del quehacer obstétrico en la RS XI.

1. La organización del sistema de salud bonaerense: fragmentación y regionalización

El Sistema de Salud Argentino está compuesto por tres subsectores: el público, el de la seguridad social y el privado. El sector salud en Argentina se encuentra segmentado: volviéndolo así, complejo, heterogéneo y poco equitativo en cuanto a su organización, financiamiento y en relación al acceso a servicios (Chiara, 2019). Esto impacta en el modo en que las obstétricas trabajan y las personas usuarias de los servicios de salud reciben atención.

El sistema de salud en la PBA también se encuentra fragmentado en estos tres subsectores. El sistema federal de gobierno de Argentina implica que cada provincia sea quien coordine, gestione y financie gran parte de los gastos del subsector público del sistema de salud, sobre todo a través de la gestión de efectores de SNA y TNA. Asimismo, la PBA -compuesta por distritos municipales- delega en los gobiernos locales la gestión del PNA, siendo las secretarías de salud de los Municipios quienes administran los CAPS y los hospitales municipales de baja complejidad que brindan atención médica de acuerdo a sus posibilidades presupuestarias y planificaciones políticas (Maceira y Palacios, 2012; Chiara, op. cit.).

Este modo de organización permite que los municipios puedan establecer acuerdos con otros niveles de gobierno para recibir dinero u otro tipo de recursos a través de diferentes planes y programas que complementan -o han complementado- las partidas presupuestarias distritales. Por ejemplo:

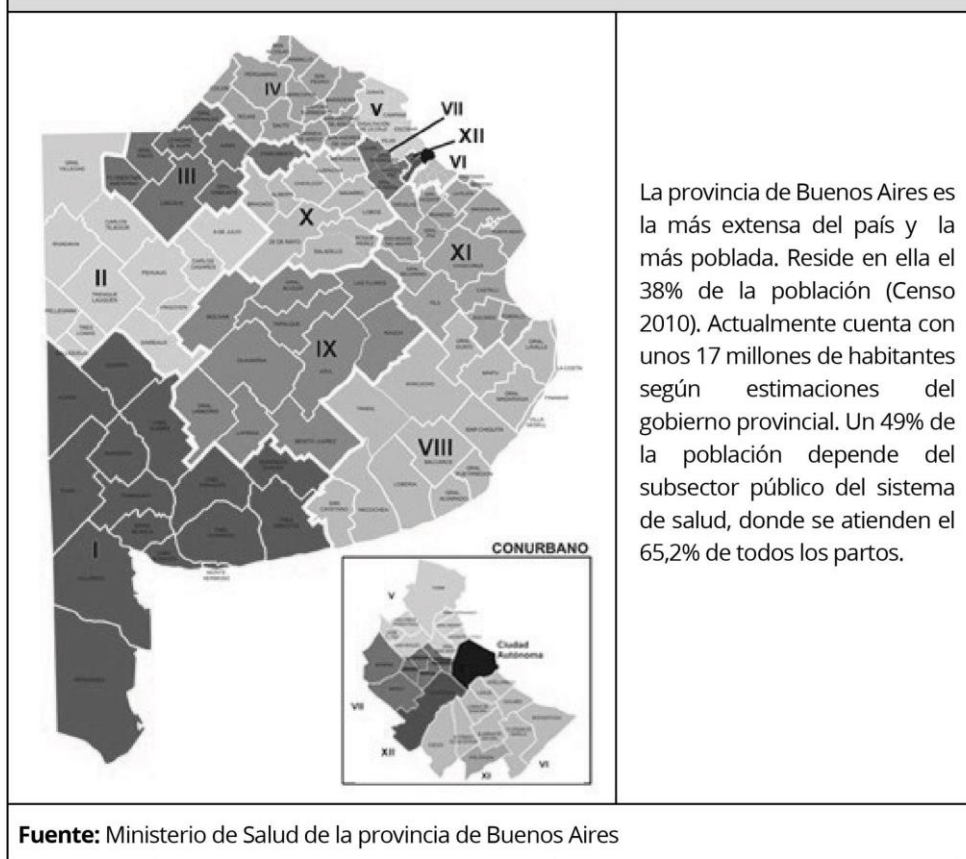
- El programa nacional “Remediar” permite a los CAPS contar con una cierta cantidad de fármacos, como anticonceptivos hormonales o pruebas de embarazo.

- El programa nacional “Médicos Comunitarios” suma la incorporación de profesionales de distintas disciplinas sociosanitarias -incluidas obstétricas- para trabajar problemáticas de salud desde un enfoque de APS.
- El programa provincial “Materno Infantil” permitió en la década de 1990, la contratación a través del gobierno bonaerense de obstétricas para que se desempeñen en el PNA y realicen controles prenatales.

Como intento de construir un sistema de gestión intermedio entre los municipios y el gobierno provincial, desde el año 1966 el subsector público de salud en la PBA se encuentra dividido en RS, de acuerdo a la Ley provincial 7.016:

“La regionalización tiene como sustento doctrinario la necesidad de integrar en un área todos los servicios de salud (cualquiera fuera su situación de dependencia) con la finalidad de brindar una medicina integrada, aprovechando los recursos disponibles, racionalizando su uso y evitando superposiciones. [...] Fundamentalmente implica la descentralización administrativa [...] con objeto de distribuir los recursos en función de los programas de salud [...] y coordinar todos los recursos humanos y materiales disponibles en la región a fin de obtener su mejor utilización y permitiendo la accesibilidad de toda la población.” (Salsa et al., 1977: 4)

Una RS es definida como un área geográfica donde se integran todos los organismos de salud pública con un concepto de atención integral que contempla la promoción, protección y recuperación de la salud. La última resolución ministerial que establece la vigencia del agrupamiento de distritos en RS es la Resolución N° 3.894 de 2008. Desde entonces la PBA se encuentra dividida en doce RS -numeradas del I al XII- (Mapa 1), desde donde se articula la gestión coordinada del gobierno provincial con los gobiernos municipales y con las autoridades de los distintos efectores sanitarios.

Mapa 1. Regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires

2. La Región Sanitaria XI y la organización de la atención perinatal

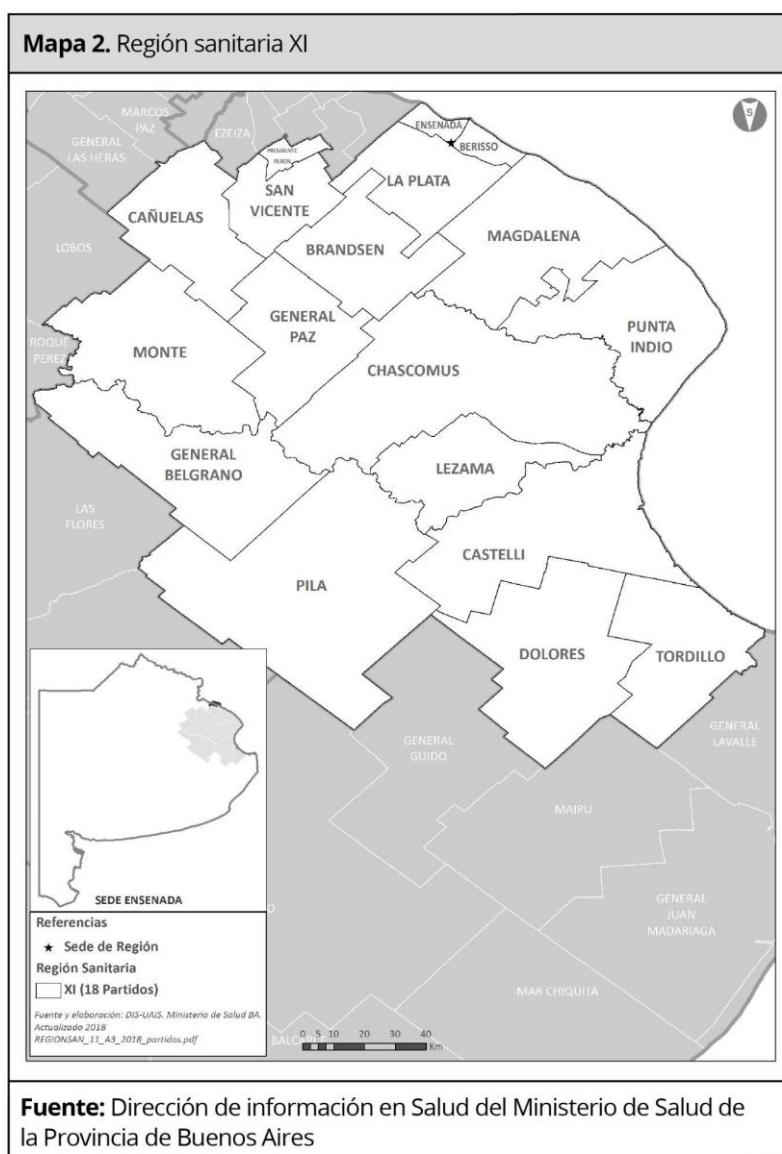
Dadas las condiciones territoriales y la compleja organización del sistema de salud bonaerense, se consideró poco adecuado realizar un estudio en profundidad acerca del trabajo que despliegan las obstétricas en tan vasto territorio.

Teniendo en cuenta esto, se seleccionó para el estudio una RS como criterio para delimitar un espacio de referencia para el establecimiento de contactos con obstétricas trabajadoras del subsector público del sistema de salud. Esta selección no implicó reconocer a una RS en tanto unidad territorial. En este sentido, se partió del supuesto de que dentro de la Región, no se condensan de manera homogénea las respuestas de atención y cuidado de las personas que habitan en los distritos que la conforman.

Sin embargo, en tanto organización que media entre las jurisdicciones municipales y la provincia, se consideró oportuno este recorte a fin de lograr un acercamiento en profundidad a un territorio que muestre heterogeneidades que pueden hacerse presentes en distintas localidades.

La RS XI es uno de los doce espacios descentralizados del gobierno provincial que se encargan de planificar y articular políticas de salud. Está compuesta por 18 municipios de la

porción sur de la región noreste de la PBA que cuenta con 135 distritos en total (Mapa 2). Abarca una superficie que ocupa un 8,4% del territorio provincial y según el Censo nacional de 2010 viven allí unas 1.180.119 personas, lo que representa un 7,4% del total provincial. Según datos del mismo Censo, la Región presenta una tasa de natalidad por encima de la media nacional y provincial. Esta tasa se correlaciona directamente con el porcentaje de personas con Necesidades Básicas Insatisfechas en cada Municipio.



La selección de la RS XI en marco de esta tesis obedeció a los siguientes criterios iniciales:

- 1) la configuración heterogénea de los distintos territorios de los municipios que conforman la región. Se pueden encontrar zonas alto conglomerado urbano, peri-urbanas, rurales, ribereñas, isleñas y la capital de la PBA,
- 2) la existencia de efectores de salud con cobertura de atención obstétrica que representan todos los niveles de complejidad (PNA, SNA, TNA),

- 3) el hecho de contar con dos casas de estudio donde se dictan las LOB: UNLP y UCALP y,
- 4) la inclusión de las Licenciadas en Obstetricia en el Programa de Residencias en Salud en dos hospitales provinciales.

Con respecto a la atención obstétrica, el subsector público de la RS XI cuenta con varios efectores de jurisdicción municipal o provincial que brindan respuestas de acuerdo a los distintos niveles de complejidad que los eventos de SSYR pueden requerir (Tabla 2).

Tabla 2. Categorización de los servicios de obstetricia y neonatología			
Nivel de complejidad	Características	Tipo de atención obstétrica	Tipo de atención perinatal
I	No contempla servicios de internación ni la realización de partos	Control de embarazo, detección de riesgo obstétrico	Control de recién nacido sano
II	Contempla internación dentro de un servicio general o especializado en maternidad. No tienen terapia intensiva pero sí cuentan con la capacidad instrumental, técnica y profesional para la realización de cesáreas	Embarazos y nacimientos de bajo riesgo	Recibimiento de recién nacidos de gestas mayores a 35 semanas, a cargo de pediatras
III A / III B	Asegura atención especializada -tanto programada como de urgencia-. Cuenta con servicio de terapia intensiva. Aquellas instituciones de nivel III B deberían atender solamente casos de alto riesgo y recibir derivaciones desde hospitales de otros niveles de complejidad	Se controlan embarazos de alto riesgo con acceso a especialidades médicas -nefrología, cardiología, endocrinología, entre otras-	Se atienden nacimientos de alto riesgo. En las A, se atienden gestas a partir de las 32 semanas y en las B se reciben embarazos con menor tiempo de gestación
Fuentes: Elaborado en base a Ministerio de Salud de la Nación, 2018; 2014			

Dada la extensión territorial de la RS y de la distribución de la población que allí vive, la mayor parte de los servicios de salud de alta complejidad se encuentran emplazados en la porción

norte de la región, aquella con mayor densidad poblacional. La RS XI cuenta con 186 efectores que brindan respuestas a la SSYR⁵².

Del total de las instituciones, 168 son de “Nivel de complejidad I” (165 de jurisdicción municipal y 3 del gobierno bonaerense). La mayor concentración de este tipo de efectores se encuentra dentro del Municipio de La Plata -capital de la PBA-, siete veces más poblado que el segundo con mayor población de la región (Presidente Perón).

Asimismo, el distrito capital concentra la mayor cantidad de efectores de SNA y TNA: 4 sobre un total de 18 distribuidos en 14 municipios. De los 18 hospitales que cuentan con internación obstétrica, 9 pertenecen a los gobiernos municipales y los 9 restante a la PBA, gestionando esta los 3 efectores de TNA con asiento en la RS XI. (Ver Tabla 3)

Tabla 3. Distribución de efectores para la atención de la salud sexual, reproductiva y obstétrica en la Región Sanitaria XI

Distrito	Información sobre la población			Información sobre la atención obstétrica en el subsector público de salud			
	Población (proyección al 2019)*	% de Población con cobertura de salud pública (2010)	% de Hogares con NBI (2010)	Efectores sin internación - I Nivel-**	Efectores con internación	Partos vaginales / Cesáreas (2019)	Tasa de cesáreas *
BERISSO	95.987	33,47%	11,2%	10 CAPS M	1 HP Nivel II	412/190	46,1%
BRANSEN	30.597	29,79%	8,4%	11 CAPS M	1 HM Nivel II	236/62	26,3%
CAÑUELAS	61.903	37,8%	10,2%	4 CAPS M	1 HP Nivel III A 1 HM Nivel II	713/353	49,5%
CASTELLI	8.633	26,01%	4,5%	1 HM 3 CAPS M	-	24/-	-
CHASCOMÚS	40.100	27,03%	4,3%	7 CAPS M	1 HM Nivel II	310/197	63,5%
DOLORES	28.576	26,52%	3,5%	7 CAPS M	1 HM Nivel II	190/127	66,8%
ENSENADA	61.346	34,79%	10,3%	14 CAPS M	1 HP Nivel II	326/167	51,2%
GENERAL BELGRANO	19.123	28,90%	3,6%	10 CAPS M	1 HM Nivel II	186/97	52,2%
GENERAL PAZ	11.719	28,24%	4,9%	5 CAPS M	1 HM Nivel II	118/80	67,8%
LA PLATA	708.733	29,53%	8,4%	1 HP 1 UPA P	1 HP Nivel II 1 HP Nivel II SRO	6178/2108	34,1%

⁵² Existen más efectores de salud pero se desestimaron por no cubrir la atención de interés para esta tesis.

				46 CAPS M	1 HP Nivel III A 1 HP Nivel III B		
LEZAMA***	6.259	-	-	1 UPA P 1 HM 2 CAPS M	-	-	-
MAGDALENA	20.493	34,82%	7,9%	6 CAPS M	1 HM Nivel II	159/102	64,2%
MONTE	23.699	31,66%	5,8%	9 CAPS M	1 HP Nivel II	214/125	58,4%
PILA	3.937	20,27%	4,4%	1 HM 3 CAPS M	-	3/-	-
PRESIDENTE PERÓN	103.597	49,20%	19,1%	8 CAPS M	1 HP Nivel II SRO	1157/344	29,7%
PUNTA INDIO	10.521	25,05%	6,4%	5 CAPS M	1 HM Nivel II	109/69	63,3%
SAN VICENTE	75.506	45,24%	15,5%	10 CAPS M	1 HM Nivel II	655/191	29,2%
TORDILLO	1.804	21,54%	7,9%	1 HM 1 CAPS M	-	-	
TOTAL RS XI	1.312.533	31,17%	8,02%	168	18	10.990/4.236	38,5%

Fuentes: Elaborado en base a Dirección de Información en Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; Dirección Provincial de Estadística; Nomenclador Perinatal de Alto Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias

Abreviaturas: CAPS, Centro de Atención Primaria de la Salud; HM, Hospital Municipal; HP Hospital Provincial; M, Municipal; NBI, Necesidades Básicas Insatisfechas; P, Provincial; RS XI, Región Sanitaria XI; SRO, Sede de Residencias para Obstétricas; UPA, Unidad de Pronta Atención

* Se toma como referencia el último año de trabajo de recolección de datos para esta tesis

** Se estima que no todas las instituciones de PNA cuentan con atención obstétrica y/o de SSYR

*** Lezama se constituyó como municipio en el año 2009, por lo que hay datos que corresponden a la situación del distrito dentro de los indicadores de Chascomús, municipio al que Lezama pertenecía.

Las instituciones de Nivel I suelen brindar atención primaria a la SSYR “de *bajo* riesgo”. En algunas de ellas, este tipo de atención está a cargo de las obstétricas. En otras, esta tarea es compartida con médicos ginecólogos o generalistas, dependiendo de la planta de trabajadores disponible en cada efector.

Respecto a las instituciones de Nivel II y III, todas cuentan con obstétricas que desempeñan tareas vinculadas a la atención perinatal de bajo riesgo, acompañamiento en el mediano y alto riesgo y acciones vinculadas a problemáticas de SSYR, entrega de MAC y apoyo a la lactancia.

El modo de organización de la atención supone que cada evento obstétrico sea atendido de manera oportuna de acuerdo al nivel de complejidad que revista. Esto implica al menos dos cuestiones: a) que cada efector de salud cuente con personal capacitado para realizar una correcta anamnesis y determinar el nivel de complejidad de esa consulta y, b) que estos

profesionales y/o los efectores puedan garantizar derivaciones a servicios y/o con recursos acordes a cada situación⁵³.

3. La organización del trabajo de obstétricas en el subsector público de la RS XI

En relación a las condiciones de contratación bajo las cuales las obstétricas se insertaron en los distintos espacios de trabajo, el análisis del material empírico recolectado evidenció un alto grado de heterogeneidad tanto entre niveles de atención como entre los distritos que conforman la RS XI.

La fragmentación del subsector público implica que las condiciones y modalidades de contratación y trabajo para las profesionales sean heterogéneas y cambiantes a través del paso de distintas gestiones de gobierno, efectores de salud y situaciones particulares de cada trabajadora. Como consecuencia de esto, no se ha podido precisar el número real de obstétricas que estaban trabajando en la Región durante el período de elaboración de esta tesis.

Asimismo, la organización de la oferta de servicios sanitarios es dispar entre distritos locales, agudizándose esto en el PNA al ser las administraciones municipales quienes desde finales del S XX tienen a su cargo la gestión y financiamiento de dicho nivel (Belmartino, 2005).

De acuerdo a Chiara (op. cit.), las divergencias entre gobiernos implican diferencias en al menos tres dimensiones: 1) en los grados de autonomía financiera respecto a otros niveles de gobierno, 2) en las posibilidades de invertir en recursos como equipamiento e infraestructura y 3) en las decisiones políticas sobre cómo se conforman y organizan los equipos de trabajadores de salud.

En este sentido, dar cuenta de las características de las modalidades de contratación de las obstétricas no puede desligarse de la forma en que el sistema de salud en la PBA se organiza.

La inserción laboral de las parteras que se desempeñan en el subsector público del sistema de salud de la PBA, puede organizarse de acuerdo a dos grandes criterios:

1. Según el nivel de atención donde se desempeñan:
 - a. PNA (CAPS, UPA y Hospitales Nivel I),

⁵³ Desde el año 2010 existe una intención de regionalización de la atención perinatal impulsada y coordinada por el estado nacional a través de la Resolución 348/2003 del Ministerio de Salud de la Nación. En la PBA esto implicó que desde la Dirección provincial de Perinatología (ex PMI), se comience planificar -lentamente- una estrategia de reestructuración de los servicios de maternidad de los hospitales según niveles de complejidad (Pierini, 2019) para que cada embarazo y parto sea atendido o derivado de acuerdo a las necesidades particulares que pueda tener. Dada la extensión geográfica de la jurisdicción y a la falta de efectores de alta complejidad en algunas zonas, la estructura de regionalización de la atención perinatal, no se solapa con la de las RS, sumando una nueva dimensión a la fragmentación de la oferta sanitaria.

- b. SNA (Hospitales Nivel II) y,
 - c. TNA (Hospitales Nivel IIIa y IIIb).
2. Según sus modalidades de contratación:
- a. *ad-honorem*⁵⁴,
 - b. por financiamiento tipo becas o estipendios por prestación de servicios provistos por Planes y Programas coordinados por el gobierno provincial o nacional,
 - c. por contratos temporales o permanentes estipulados por los gobiernos municipales y,
 - d. de acuerdo al régimen de Carrera Médico Hospitalaria establecido por Ley provincial 10.471/1986 y sus modificatorias que contempla modalidades de contratación en tanto:
 - i. planta permanente,
 - ii. planta temporaria o,
 - iii. régimen pre-escalafonario para concurrentes y residentes⁵⁵.

Asimismo, el recorrido por cada distrito y por varias instituciones puso de manifiesto la diversidad de tareas que las obstétricas realizan como parte de su trabajo y responsabilidades que asumen, en función de la conformación del equipo de salud y las características de los efectores y nivel de atención, las que se sintetizan en la Tabla 4⁵⁶.

⁵⁴ En unos pocos distritos, algunas entrevistadas concurrían -o habían concurrido- a trabajar sin percibir remuneración por las tareas realizadas. De acuerdo a sus dichos, optaron por trabajar en estas condiciones manifestando interés en desempeñar su labor al mismo tiempo en que consideraban difícil su inserción laboral bajo algún tipo de contratación. Permanecer en un lugar de trabajo pese a no recibir compensación monetaria implicaba para algunas de ellas la posibilidad futura de incorporarse como trabajadoras rentadas y otras utilizaban los espacios de atención como espacios de aprendizaje para estudiantes en el marco de tareas docentes que llevaban adelante en la formación de grado universitaria.

⁵⁵ La inclusión de obstétricas en el Sistema de Residencias hospitalarias de la PBA fue producto de largas negociaciones impulsadas a principios de la década del 2000 desde la coordinación de obstétricas provincial con el apoyo del COPBA. Diez años después, se logró su aprobación y se fueron incorporando sedes en diez de las doce regiones sanitarias. Durante las Residencias, las obstétricas cumplen un régimen de tres años de capacitación en servicio. De acuerdo a dichos de la ex-coordinadora provincial de obstétricas (Registro A7), la llegada de las obstétricas a los Hospitales "permitió que de estar en las salas de partos, se empezara a trabajar con controles perinatales, en la atención de la mujer embarazada. Generando en estos cambios de funciones, nuevos espacios de práctica formativa" dentro del SNA.

⁵⁶ Los resultados de este apartado son producto del análisis del material empírico recolectado para esta tesis. En este sentido, se optó por modificar los nombres de los lugares donde se realizaron las observaciones a fin de poder garantizar el anonimato, tal como fue expuesto en la introducción de este trabajo.

Tabla 4. Organización del trabajo de las obstétricas en la Región Sanitaria XI

Distrito	Organización de la atención			Condiciones de contratación
	Primer nivel de atención	Segundo y tercer nivel de atención		
		Tipo de guardias de obstétricas	Características de la atención	
TERRUÑO	En todos los CAPS hay parteras y realizan tanto controles obstétricos de bajo riesgo como atención primaria a la SSYR y actividades de promoción de la salud extramuros. Quienes se desempeñan en el PNA realizan encuentros mensuales entre colegas donde debaten y reflexionan sobre casos clínicos, proponen actividades de formación e investigación y discuten respecto a sus condiciones laborales	Activa	Las obstétricas participan de la atención de partos de bajo riesgo, realizan la admisión al hospital y los controles obstétricos de bajo riesgo que son derivados desde los CAPS durante las últimas semanas de gestación	No se obtuvo información sobre los cargos hospitalarios. La situación para quienes se desempeñan en el PNA resultó dispar: algunas forman parte de la carrera médico hospitalaria provincial, otras forman parte de la planta permanente o transitoria municipal y algunas perciben una o dos becas financiadas por distintos niveles de gobierno: SPS provincial y PMC nacional. Las personas que perciben becas como sueldo, reciben cargas patronales por parte del gobierno municipal.
AMENÁBAR	Destinan 12 horas semanales de sus cargos de 36 para la atención primaria en CAPS barriales o periféricos. Las tareas se reparten entre actividades de consultorio vinculadas a la atención primaria de la SSyR y controles obstétricos de bajo riesgo y actividades extramuro de promoción de la salud.	Activa	Las obstétricas atienden partos de bajo riesgo y realizan las admisiones de pacientes. Trabajan 36 horas semanales distribuidas en guardias de 24. Una de ellas destina las 12 horas restantes haciendo monitoreos fetales en el hospital. Cuentan con una coordinadora de obstétricas municipal que además es la encargada de cargar la información al SIP	Todas las obstétricas forman parte de la planta permanente del municipio y algunas de ellas complementan este salario con becas del SPS y del PMC financiadas por la provincia y la nación respectivamente
LOS ALAMOS	En todos los CAPS hay obstétricas que hacen atención primaria de la SSYR, controles prenatales de bajo riesgo y monitoreos fetales	Activa	Se atienden partos de bajo y mediano riesgo. Hay obstétricas de guardia activa todos los días de la semana, quienes atienden partos de bajo riesgo, realizan consultorios de anticoncepción y controles prenatales de bajo riesgo.	En el hospital trabajan obstétricas que forman parte de la carrera médico hospitalaria. Quienes trabajan en el primer nivel de atención, fueron recientemente incorporadas como parte de la planta transitoria del municipio luego de haber percibido sus pagos en el marco del PMC financiado por el estado nacional

LEBOYER	Existen tanto de jurisdicción municipal como provincial. En la mayoría de ellos trabajan obstétricas y realizan atención primaria de la SSYR, controles prenatales, consejerías en anticoncepción y actividades extramuro de vinculación con la comunidad	Activa	Tienen tareas diversas que responden a las características de la complejidad de los servicios donde trabajan. Cumplen un rol activo en la atención de partos de y en la realización de controles prenatales de bajo riesgo. Realizan admisiones hospitalarias sin complicaciones y coordinan cursos de preparación integral para la maternidad	Quienes trabajan en hospitales, suelen formar parte de la carrera médico hospitalaria. Algunas de ellas, pese a tener cargo en hospitales, destinan sus funciones a actividades de gestión en el gobierno provincial. Respecto a quienes se desempeñan en el PNA, la situación varía significativamente: algunas perciben becas financiadas por los estados nacional y/o provincial -PMC y SPS- y unas pocas forman parte de la planta permanente de la municipalidad
AZCUÉNAGA	Hay algunos centros periféricos que cuentan con ginecología por lo que las obstétricas que concurren se encargan de hacer entrega de MAC y de los controles prenatales de bajo riesgo	Pasiva	Se atienden partos de bajo riesgo. Muchas cesáreas se programan y la mayor parte la población cuenta con obra social por lo que no depende de este subsector para los controles prenatales pero sí para los partos, ya que es el único efector con internación del distrito. Las obstétricas realizan guardias pasivas y algunas de ellas trabajan en consultorios externos atendiendo controles prenatales, haciendo atención primaria de SSYR, entregando MAC y llevando adelante el curso de preparación integral para la maternidad	Las obstétricas que se desempeñan en el hospital perciben la mitad del monto salarial de un médico obstetra pese a que ambos hacen guardias pasivas y la obstétrica es la primera que llega ante una urgencia y hace la admisión de la paciente y define criterios. En caso de que no sea de alto riesgo, son ellas quienes atienden el nacimiento. La mayoría trabaja bajo la modalidad de contrato temporal que es renovado cada tres meses. Sólo una de ellas está como parte de la planta permanente municipal. Hay obstétricas en algunos CAPS periféricos y perciben un estipendio por tareas de atención primaria a través del PMC financiado por el estado nacional
EL PÁRAMO	Hay obstétricas que se desempeñan en el PNA municipal haciendo atención primaria de la SSYR y consultorios obstétricos de bajo riesgo	Activa	Se atienden partos de bajo y mediano riesgo. Las obstétricas realizan controles prenatales de bajo riesgo, consultorios de SSYR junto con médicos ginecólogos, consultas de admisión y cursos de preparación integral para la maternidad. Los cargos son de 36 horas distribuidas entre 24 horas de guardia y 12 horas de consultorio	El hospital pasó de ser de jurisdicción municipal a provincial recientemente. Algunas han concursado y obtenido un cargo de planta permanente, otras continúan bajo la modalidad de planta transitoria. Quienes trabajan en los CAPS reciben estipendios por becas financiadas por el estado nacional y/o provincial (PMC y SPS)

LAS GARZAS	Hay CAPS que funcionan en lugares periféricos y que cuentan con obstétricas para los controles prenatales, entrega de MAC y de leche en polvo fortificada	Pasiva	Tanto ginecólogos como obstétricas realizan guardias pasivas. La primera en concurrir, es a la obstétrica. No obstante, varias cesáreas son programadas previamente por los médicos. Durante los treinta días anteriores a la visita al hospital, todos los partos se habían resuelto vía quirúrgica. Las obstétricas hacen consultorio obstétrico de bajo riesgo todos los días	Todas las obstétricas están dentro de la planta permanente de la municipalidad salvo una de ellas que cobra como si ejerciera cargo de mucama (luego de años de trabajar ad honorem). Quienes cuentan con trabajo fijo, tardaron años en conseguir estabilidad laboral. Todas cumplen cargos por guardias pasivas de 24 horas y algunas de ellas suman horas haciendo consultorio externo en el hospital o atención primaria en CAPS
VILLA CORDONE	Hay CAPS pero no cuentan con atención obstétrica ni ginecológica	Pasiva	El hospital no cuenta con quirófano ni con internación. Todos los partos se derivan y la encargada de esta tarea es la obstétrica. La totalidad de las consultas de atención primaria de SSYR, los controles prenatales y puerperales y el curso de preparación integral para la maternidad, los realiza la obstétrica	El cargo de obstetricia es en calidad de planta permanente municipal
LOS PATOS	Hay obstétricas en los CAPS que realizan controles prenatales de bajo riesgo. Un gran porcentaje de la población cuenta con obra social por lo que se atiende en el sector privado de un municipio cercano	Pasiva	Se atienden partos de bajo riesgo y cesáreas programadas. Las obstétricas realizan guardias de 36 horas y consultorios de atención prenatal y de SSYR de bajo riesgo 2 horas a la semana	Tres de ellas cuentan con cargo de planta permanente y una es contratada. Su salario es menor que el de los médicos tocoginecólogos
ALTO DEL SOL	Hay dos obstétricas que trabajan en APS distribuyendo sus tareas por más de un CAPS. La demanda de su trabajo no es grande porque en ese nivel de atención son los médicos generalistas quienes abordan la SSYR de bajo riesgo	Activa	Cuenta con guardia activa tanto de ginecólogos como de obstétricas. Las obstétricas atienden embarazos, partos y pospartos de bajo riesgo, realizan el consultorio de admisión con sus derivaciones correspondientes y el curso de preparación integral para la maternidad	Dos tercios de las obstétricas tienen cargo de planta permanente a través de carrera médico hospitalaria mientras que el resto tiene modalidad de contratos temporales. Hay parteras en los CAPS que perciben becas financiadas por el gobierno nacional como remuneración (PMC)

ANTARA	Hay CAPS periféricos, allí las obstétricas se encargan de la distribución de MAC	Pasiva	No se atienden partos. Todas las mujeres son derivadas hacia distritos vecinos. Hay obstétricas en el hospital que realizan controles prenatales de bajo riesgo y consultorio de SSYR en conjunto con médicos ginecólogos	En este distrito las parteras forman parte de la carrera médico hospitalaria
LIBERTAD	Las obstétricas hacen control prenatal de bajo riesgo y atención primaria de la SSYR en los CAPS municipales	Activa	Se atienden partos de bajo riesgo. Cuentan con guardias activas de obstétricas pero no se encuentran cubiertas la totalidad de guardias ginecológicas ni de anestesia por lo que no se realizan partos todos los días de la semana	Sin datos acerca de las condiciones de quienes trabajan en el hospital. Las que lo hacen en el PNA, cuentan con condiciones de contratación dispares: algunas tienen cargo de planta permanente, otras perciben becas nacionales y/o provinciales (PMC y/o SPS)
11 DE SEPTIEMBRE	Funciona un CAPS municipal periférico. Allí la obstétrica que trabaja también en el hospital, realiza tareas de atención primaria en SSYR	No se realizan	No cuenta con maternidad e internación. Sí se hacen controles prenatales en su gran mayoría atendidos por dos médicos tocoginecólogos quienes no derivan mujeres a la obstétrica. Sí lo hace un tercer médico que es ginecólogo pero que no se dedica a la obstetricia. Un gran porcentaje de la población cuenta con obra social por lo que se atiende en el sector privado de un municipio vecino. Allí trabaja una única obstétrica haciendo algunos controles prenatales de bajo riesgo y realizando monitoreos fetales	Tres de ellas cuentan con cargo de planta permanente y una es contratada. Su salario es menor que el de los médicos tocoginecólogos
ARAUJO	Hay dos obstétricas que trabajan en APS distribuyendo sus tareas por más de un CAPS. La demanda de su trabajo no es grande porque en ese nivel de atención son los médicos generalistas quienes abordan la SSYR de bajo riesgo	Activa	Se atienden casos de bajo riesgo. La mayoría de las obstétricas realizan una guardia de 24 horas y 6 horas que cumplen en consultorios externos. Una de ellas realiza una guardia de 24 horas y las 6 horas restantes la destina a la carga del SIP	La mayoría son empleadas de planta permanente y cobran por una guardia lo mismo que un médico. En caso de reemplazos, cobran la mitad

AGUIRRE	La atención primaria es de prestaciones básicas: se hacen controles obstétricos y ginecológicos de bajo riesgo. La atención de partos es derivada a otros distritos	No se realizan	No cuenta con instituciones de SNA	Sin datos
CURIE	Sin datos	Pasiva	Se realizan partos de bajo riesgo. Según referencias de obstétricas, es un distrito con tradición de atención médica por sobre la de las profesionales obstétricas	Sin datos
QUERANDÍES	Sin datos	Sin datos	Se realizan partos de bajo riesgo y las obstétricas realizan guardias. Según referencias de obstétricas, es un distrito con tradición de atención médica por sobre la de las profesionales obstétricas	Sin datos
RIO BAJO	Sin datos	Sin datos	Hay un hospital provincial de referencia para recibir derivaciones de casos de alto riesgo obstétrico. Sobre otras instituciones de salud de SNA, no se han obtenido datos	Sin datos
Fuente: para la confección de este cuadro solamente se ha utilizado información recabada durante el trabajo empírico de observación y entrevistas				

Como se desprende de esta tabla, los aspectos diferenciales y comunes de la actividad de las obstétricas dependen en gran medida de condiciones estructurales, las cuales son variables entre municipios, tales como nivel de complejidad, características sociodemográficas de la población, cantidad de efectores, condiciones de contratación, entre otros. En algunos casos, se registró que en el PNA existe dedicación a las actividades “extramuro”, de consejería y de acompañamiento a la población, que supone una dinámica de trabajo y de interacción social activa, cuyas consecuencias sobre los resultados en los procesos de SSYR se estiman positivas. En las siguientes secciones, y en el próximo capítulo se avanzará y profundizará sobre estos aspectos, centrales dentro la discusión sobre el alcance del trabajo de las obstétricas y acerca de su impacto en la organización y resultados de la atención de los procesos de SSYR.

4. A propósito de la fragmentación: modalidades de trabajo y contratación en el primer nivel de atención

Los resultados del análisis del material de campo indican que la heterogeneidad de condiciones de trabajo para las obstétricas se agudizan en el PNA, atravesado por modalidades contractuales financiadas y coordinadas por varios niveles de gobierno, producto de la fragmentación de la organización y gestión del subsector público del sistema de salud ([Tabla 4](#)).

Para dar cuenta de esto, se presentan y caracterizan en profundidad los distintos programas que -al momento de la recolección de datos empíricos para esta tesis- financiaban el trabajo remunerado de obstétricas en distintos efectores de salud de la Región:

4.1 Programa Materno Infantil (PMI) provincial

En el año 1995 se impulsó el PMI en la PBA. A partir de entonces más de un centenar de obstétricas se incorporaron al PNA de varios municipios a través de becas otorgadas por el Ministerio de Salud provincial para financiar sus salarios. En el ámbito de la PBA, previo al desembarco de este Programa: “el área materno infantil era simplemente un escritorio que repartía leche y libretas sanitarias”, de acuerdo a los dichos del Doctor Luna, ex-funcionario del PMI (Registro D15).

El Programa surgió como una política provincial en línea con las recomendaciones y guías para la atención de bajo riesgo de las mujeres embarazadas y sus hijos, propuestas a principios de la década de 1990 por lo que en ese entonces era la “Dirección de Salud Materno-Infantil”, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

En ese momento, a través de la iniciativa de quien fuera Director Provincial de Atención Médica del Ministerio de Salud, se convocó para coordinar el área materno infantil y colaborar en la formación de equipos municipales del PMI al Doctor Gustavo Campos -cuya participación en el I Congreso Nacional de Obstétricas fue recuperada en la Parte II de esta Tesis- y al Doctor Luna, médicos pediatras y epidemiólogos.

Durante una entrevista realizada a Dorita (Registro D17) -coordinadora provincial de obstétricas por más de quince años-, fue facilitado un ejemplar impreso del Boletín informativo publicado por el PMI (Número 3, s/f). De acuerdo al documento, los objetivos del PMI eran: a) disminuir la morbilidad materno-infantil y, b) mejorar el acceso y la calidad de atención brindada a mujeres, niños y adolescentes a través de la implementación de un modelo de atención integral.

Teniendo en cuenta estos propósitos, se consultó al Dr. Luna y a la obstétrica Dorita, quienes trabajaron por más de quince años en la implementación del Programa, acerca de porqué se

optó por incluir obstétricas como profesionales clave para la gestión e implementación territorial de esta política. En líneas generales, ambos indicaron que la obstétrica tenía habilidades particulares que no eran sostenidas por el resto de los profesionales, sobre todo vinculadas a la calidad de los controles prenatales:

"Algunos decían 'es mano de obra barata' y no, en realidad no era así... eh... se dio como que por ahí la obstétrica tenía mucha más capacidad de escucha, hacía más prevención, más promoción, cosa que los médicos no... ¿entendés? [...] Aparte que la OMS había sacado la [Declaración] de Fortaleza y empezaban como a decir 'la importancia de la obstétrica...' y el impulsor de todo esto fue Campos... Gustavo Campos" (Dorita. Registro D17)

"A través de todo este movimiento que se hizo, los Intendentes y Secretarios de Salud [municipales] gracias a este encantador de serpientes [Gustavo Campos], descubrieron que tenían una mina de oro y que no la estaban usando: eran las obstétricas. Descubrieron que el control del embarazo era más importante que la atención del parto y del recién nacido: que se jugaba todo ahí y empezaron a aparecer. Empezaron a aparecer [las obstétricas], siempre con cargos de muy poca monta... siguen siendo de muy poca monta. Y bueno, ahí empezaron a colocar obstétricas en Centros de Salud." (Doctor Luna. Registro D15)

Para llevar adelante esta propuesta, según los dichos de los ex funcionarios consultados, la estrategia del Dr. Campos fue en primer lugar consolidar equipos regionales (atendiendo a la estructura de RS) y el paso siguiente fue armar equipos en cada uno de los distritos.

La llegada de las obstétricas a la atención primaria coincidía con la descentralización de los Centros de Salud y su consiguiente municipalización. En este sentido, su implementación dependía de una adecuada articulación entre tres niveles de gobierno distintos: la gobernación, las RS y las intendencias municipales.

Asimismo, la conformación de equipos no resultó tarea sencilla debido a la resistencia de algunos profesionales de la medicina en incorporar obstétricas para las tareas de atención perinatal de bajo riesgo:

"Yo cuando iba a hablar con el jefe del servicio de un hospital me decía: 'vos no sos médico: entonces, ¿qué me venís a enseñar a mí?'. Y yo le digo 'no, yo no le vengo a enseñar nada... yo vengo a querer consensuar protocolos del PMI'. Y bueno, así era en un principio... fue bastante complejo para nosotras el instertarnos en el primer nivel [de atención]". (Dorita. Registro D17)

"Era la primera vez que se llamaba a las obstétricas. Generó un revuelo grande en los [médicos] obstetras [que preguntaban]: '¿por qué ellas?!'". (Doctor Luna. Registro D15)

Pese a este escenario, las obstétricas que formaron parte del PMI -entrevistadas para esta tesis-, remarcaron la importancia de su llegada a nuevos espacios de atención. Se ponderó positivamente el *salir* de la sala de partos, el *trascender* el hospital y el acercamiento a los barrios, las comunidades y las familias bajo un paradigma de “promoción de la salud”. Por otro lado, también reconocieron que esta política les permitió encontrarse entre ellas y conformar espacios de aprendizaje y de creación de estrategias de intervención. También consideraron que su inclusión en el PNA hizo que la carrera empiece a “jerarquizarse y visibilizarse más” porque desde entonces las obstétricas trabajaban con las mujeres desde “el primer mes hasta que terminen su parto y vuelta al puerperio”.

Con los años, algunas obstétricas que formaban parte del PMI fueron absorbidas como parte de la planta municipal de personal de salud, otras pasaron a trabajar en hospitales provinciales haciendo controles prenatales allí y unas pocas continúan desde entonces bajo la modalidad de contratación de beca inicial.

En el año 2019, momento de finalización de la recolección de material de campo para este trabajo, el PMI ya no funcionaba como un Programa. Su estructura provincial funcionaba en el marco de la Dirección Provincial de la Mujer, Infancia y Adolescencia, conformada por las áreas de perinatología, lactancia y adolescencia entre otras. La RS XI sí conservaba el equipo regional materno infantil, conformado por una médica pediatra, una enfermera, una médica infectóloga y una obstétrica -coordinadora regional de parteras- que aún percibía la beca del PMI como contraprestación por el cumplimiento de sus funciones.

4.2 Programa Médicos Comunitarios (PMC) nacional

Si el PMI había acercado a la obstétrica al PNA, el PMC intentaba reforzar la presencia de un equipo interdisciplinario en la atención primaria municipal, impulsando la conformación de equipos que cada distrito tendría que ir consolidando como parte de su planta de trabajo, estableciendo una diferenciación y complementación de tareas en dos ámbitos: el institucional y el comunitario.

A este Programa -impulsado a principios de la década de los 2000- accedían las obstétricas y otros profesionales de la salud -como médicos, trabajadores sociales y psicólogos-, una vez completado un Ciclo de Posgrado en Salud Comunitaria ofrecido por el Ministerio de Salud de la Nación junto a Universidades nacionales. Mientras el personal de salud iba egresando, los gobiernos municipales recibían partidas de dinero de la Nación destinadas a la contratación de profesionales para trabajar en los CAPS.

Respecto a la decisión de incorporar obstétricas como profesionales parte del PMC, se consultó al médico referente del Programa de uno de los municipios de la RS XI quien explicó que la decisión de la inclusión fue del gobierno nacional. Asimismo, señaló que dada la organización del PNA, no resultaba usual que médicos ginecólogos formen parte de los CAPS

y que los médicos generalistas, quienes también podrían dedicarse a tareas vinculadas a la atención obstétrica, solían estar abocados a controles pediátricos o seguimiento de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos, por lo que consideró adecuado que la obstétrica “se aboque a las gestantes y que el generalista satisfaga la atención de niños y adultos”, reconociendo que “en muchos casos uno ve una adherencia al control obstétrico mayor en la obstétrica que en algunos médicos” (Registro D18).

Pese a que estas becas se originaron con la finalidad de que al cabo de dos años los Municipios beneficiados deberían absorber a los profesionales formados, esto no sucedió en todos los distritos por lo que se presentaron situaciones dispares que generaron que en algunos municipios estas becas fuesen un suplemento del sueldo principal y en otros: el único ingreso para las obstétricas.

Algunas intendencias consideraban a las becarias como “trabajadoras de planta temporaria” y les hacían los aportes correspondientes por jubilación y obra social. En uno de los distritos relevados, sí se utilizaba como estipendio complementario destinado a la realización de tareas comunitarias planificadas mensualmente por el gobierno local y desarrolladas por todos los equipos de salud de atención primaria municipal.

Resulta de consideración remarcar que al momento de la realización del trabajo de campo: a) los estipendios percibidos a través de este Programa no se habían actualizado por largos meses pese a la tasa de inflación monetaria del país, b) los contratos debían ser renovados cada tres meses y, c) algunas profesionales perdían su contratación debido a que habían sobrepasado el tiempo en que el Estado nacional financiaba su salario y aún no habían logrado su incorporación como parte de la planta municipal de trabajadores.

4.3 Seguro Público de Salud (SPS) provincial

Este Programa surgió a principios de la década del 2000 como “Seguro de Salud” proporcionado por el Estado de la PBA para brindar atención a personas que no contaran con cobertura médica. A través del SPS el Estado contrataba -vía Colegios profesionales- a personal de salud -entre ellos obstétricas- para brindar asistencia en CAPS municipales. Por las tareas realizadas, las profesionales prestaban sus servicios al COPBA a través del régimen tributario de trabajadores autónomos -el Monotributo-. El organismo colegiado era el encargado de depositar el dinero a los profesionales cuando el gobierno provincial destinaba la partida presupuestaria para cubrir los gastos de dicha contratación.

De este modo, el gobierno provincial participaba de la conformación de los equipos de salud que se desempeñaban en los municipios a través de la contratación indirecta de personal de salud. Al momento de la realización del trabajo de campo para esta tesis, las parteras

prestadoras de este Seguro sufrían una demora de su pago de más de 18 meses. Para algunas de ellas, este era su único ingreso.

Respecto de la razón por la que se incluyeron obstétricas en este programa -que inicialmente contrataba a médicos, odontólogos y bioquímicos-, uno de los responsables del SPS refirió en una entrevista que se había considerado que las parteras brindaban una mejor calidad de atención prenatal, generando esto discusiones con organismos de profesionales médicos:

“Los tocoginecólogos no son buenos obstetras y menos en el ámbito estatal. [Por la inclusión de obstétricas] hubo una “peleíta” [discusión] en ese momento con la Federación Médica [de la provincia] porque ellos querían poner tocoginecólogos y nosotros lo que dijimos fue: ‘mirá, tocoginecólogo que ingresa, ingresa como para hacer una especie de derivación... si querés tenemos cinco, seis obstétricas [y] pongo un tocoginecólogo para que ellas le manden a él todo lo que es complejidad, lo que no puedan resolver, pero no es para hacer atención en el primer nivel’”. (Registro D6)

4.4 Consecuencias de la organización de la modalidad del trabajo de obstétricas a nivel local: los casos de Terruño y Leboyer

La organización del sistema de salud descrita en los primeros párrafos de este capítulo y profundizada en las páginas anteriores, tiene un impacto directo sobre la situación contractual de las profesionales. Para dar cuenta de esto, se toma como ejemplo la situación laboral de las obstétricas que se desempeñan en el PNA de dos de los municipios de la RS XI: Terruño y Leboyer.

Con respecto a la situación en Terruño, al momento de la realización del trabajo de campo, una decena de obstétricas se desempeñaban en las distintas unidades de PNA con condiciones de contratación heterogéneas y dispares. Algunas de ellas trabajaban allí desde hacía más de veinte años. Del total de esas profesionales:

- dos estaban nombradas por la Municipalidad y eran las Directoras de los CAPS donde cumplían sus tareas,
- del resto, solamente una contaba con un cargo de planta permanente de carrera médico hospitalaria provincial y,
- las obstétricas restantes recibían remuneraciones en el marco de contratos inestables sostenidos por dos programas estatales: el PMC y/o el SPS. En su totalidad, desempeñaban trabajos informales para poder alcanzar un ingreso que les permitiera cubrir sus gastos de vida.

La importancia de recibir remuneraciones acordes a la formación y a las tareas realizadas cotidianamente fue manifestada por la totalidad de las entrevistadas de ese distrito, quienes

coincidieron en remarcar que la situación de inestabilidad laboral impactaba en las condiciones de la atención. Asimismo, en las observaciones realizadas en el marco de sus reuniones mensuales coordinadas por la referente municipal de obstétricas, este tema resultó recurrente y fuertemente discutido.

En el caso de Leboyer, las obstétricas que allí trabajaban también contaban con condiciones de contratación diversas: algunas pocas formaban parte de la planta de trabajadoras municipales mientras que la mayoría percibía sus salarios a través del PMC y/o del SPS, siendo su situación laboral precaria y poco estable.

Pese a la congruencia entre ambos distritos, Leboyer contaba con una particularidad: independientemente del régimen de contratación de cada obstétrica, todas formaban parte de un programa municipal de atención primaria perinatal.

Este Programa, en funcionamiento desde el año 2008, implicó la incorporación de obstétricas para el seguimiento nominalizado de las embarazadas que acudían a los CAPS.

Con el objetivo de mejorar los indicadores de morbilidad infantil, cada obstétrica tenía a su cargo una cápita de embarazadas a quienes acompañaba durante toda la gestación y el puerperio. De acuerdo con Marín et al. (2011), la evaluación de resultados del primer año de implementación del programa arrojó cero muertes maternas de mujeres embarazadas nominalizadas bajo programa.

Durante una entrevista realizada a un ex funcionario municipal, impulsor del Programa, explicó que su creación se sostuvo a partir de la valoración positiva del perfil de la obstétrica en tanto incluyen las dimensiones de cuidado e integralidad en su trabajo asistencial:

“La obstétrica tiene un perfil de cuidado, la ética de cuidado, que perdió el médico hace años. El médico si no ve una paciente, no se le ocurre ni ir a la casa, ni nada. [...] En cambio una obstétrica [...], ese perfil de la ética de cuidado, lo sigue manteniendo. [...] La propuesta fue hacer un programa en el cual la obstétrica nucleara todo lo que hubiera dando vuelta de salud materna. [...] Tenías ‘Programa Médicos Comunitarios’ que por ahí venía un recurso humano, pero después tenías: ‘Plan Materno Infantil’ de la Provincia, ‘Plan Materno Infantil’ de la Nación, ‘Plan Nacer’ en ese momento [actual Sumar], ‘Seguro Público’ [de Salud Provincial]. [...] Cada uno tenía un responsable [...] y lo peor es que la gente recibía atomizado todos esos beneficios. Entonces se me ocurrió hacer esto: todo lo que tenemos, sin inventar nada, lo único que tenemos es llamar obstétricas y que la obstétrica sea la responsable de llevar todos los programas adelante.” (Registro D14)

Entre las tareas de las obstétricas se incluían los controles prenatales periódicos, la captación temprana y búsqueda activa de embarazadas en caso de ausentarse a las consultas, la indicación y otorgamiento de turnos para exámenes complementarios garantizados dentro del PNA, la vinculación con el nivel hospitalario y la vuelta a la consulta puerperal. Asimismo,

informaban los resultados de la atención a la coordinación central del programa, con base en la Secretaría de Salud municipal y desde allí se sistematizaban los datos de los resultados y se realizaban reuniones periódicas para su evaluación.

Como parte de las actividades incluidas dentro del trabajo de campo, durante el año 2018 se concurrió a una de las reuniones periódicas de evaluación de resultados del programa (Registro B24). En comparación con aquella experiencia de los primeros años relatada por su impulsor, el posicionamiento de los funcionarios municipales presentes al momento del registro no parecía ponderar y valorar positivamente el trabajo cotidiano de las parteras en el PNA. Por el contrario, el encuentro consistió en la presentación de datos estadísticos, sin espacio para debate o preguntas y atravesado por un constante clima de maltrato hacia las trabajadoras por parte de los funcionarios. Además, el encuentro estuvo fuertemente marcado por un ambiente de malestar por parte de las parteras debido a que durante el inicio de la reunión, la persona que la coordinó, sin saludo o presentación mediante, informó que aquellas obstétricas contratadas vía el PMC, perderían su continuidad laboral y que el Municipio se haría cargo de incorporar solamente a un tercio de ellas como parte de su planta de trabajadores.

Los recorridos etnográficos por distintas experiencias de organización del trabajo obstétrico y de sus modalidades de contratación en los distritos que conforman la RS, permitieron dar cuenta de las consecuencias de la fragmentación del subsector público de salud de la PBA. Pese a que existen voluntades -algunas veces temporales- impulsadas desde el gobierno nacional, provincial o municipales, la heterogeneidad de posibilidades, decisiones y circunstancias terminan por construir políticas de atención sanitaria dispares que pierden continuidad y articulación entre los distintos niveles y gestiones de administración de gobierno.

La falta de condiciones de contratación homogéneas para todo el subsector público del sistema de salud y la falta de articulación entre distritos y niveles de gobierno supone que no en todos los territorios y espacios de atención las obstétricas realicen tareas coordinadas y similares. En este sentido, además de situaciones laborales diversas, esto implica que las tareas que se cumplen sean diferentes entre los distritos de la misma RS ([Tabla 4](#)). Quedará para una investigación futura indagar respecto del impacto de ello en las condiciones de atención, en los mecanismos de organización y coordinación asistencial, en indicadores sanitarios y en la asignación y organización del uso de recursos e insumos.

5. La conformación de redes de obstétricas

Pese a la atomización de los lugares de trabajo producto de la fragmentación del sistema de salud, las obstétricas de la PBA han construido dispositivos de coordinación y encuentro profesional a nivel provincial, regional y municipal.

A partir de una propuesta de Dorita cuando se desempeñaba como referente de obstétricas en un distrito del Conurbano bonaerense en la década de 1990, surgió la primera iniciativa regional -en una RS de alto conglomerado urbano- para la conformación de una red de obstétricas que se desempeñaban en los distintos niveles del subsector público de atención sanitaria. De acuerdo a sus dichos, esta primera experiencia supuso reuniones periódicas entre coordinadoras de hospitales y de municipios donde se discutían cuestiones que atravesaban a la profesión y se organizaban espacios de encuentro y capacitación (Registro D17). En el año 2001, por iniciativa de quien por entonces era el Director del PMI provincial, se le propuso a Dorita extender esta red regional a toda la PBA (Registro D16). Desde entonces, y hasta mediados de la década del 2010, cuando se reestructuró el PMI, Dora coordinó la red provincial de obstétricas conformada por: 1 Coordinadora provincial, 1 Referente por cada RS, 1 Referente por cada hospital y 1 Referente del PNA de cada distrito. Asimismo, dentro de cada municipio comenzó a funcionar una red de obstétricas distrital.

De acuerdo a las obstétricas entrevistadas para esta tesis, en algunos de ellos este mecanismo de coordinación resultó una herramienta clave para el fortalecimiento de la profesión en sus lugares de trabajo. Por otro lado, la conformación de estas redes -además de oportunidades para el encuentro y la actualización profesional periódica- permitió aunar criterios, consensuar protocolos y definir derivaciones entre instituciones y niveles como parte de la política de regionalización de la atención perinatal propuesta desde el Ministerio de Salud nacional (Registro D17).

En el marco del trabajo de campo para esta tesis se entrevistó en la Sede de la RS XI a Amanda, coordinadora obstétrica de la RS XI, quien al momento del encuentro en 2018 se encontraba cumpliendo ese rol desde hacía cinco años (Registro D9). Al consultarle acerca de sus funciones, explicó que incluían:

- el contacto y articulación con los 18 municipios de la RSXI,
- la coordinación, monitoreo y acompañamiento de las obstétricas que trabajan en la Región,
- el seguimiento del trabajo en el PNA en relación a los controles de embarazos de bajo riesgo,

- la evaluación del trabajo en los distintos efectores hospitalarios municipales y provinciales de la región,
- la articulación y mediación entre niveles de atención y,
- el análisis de la calidad de atención a través de los resultados arrojados por la sistematización de datos del SIP.

De acuerdo a sus palabras, esto implicó el acercamiento a los diferentes efectores de cada distrito, incluyendo algunos con los cuales había nula comunicación previa. Este tipo de encuentros resultaban propicios para visibilizar situaciones vinculadas al ejercicio profesional en algunos distritos donde el rol de la obstétrica no era activo o era poco valorado por parte de las autoridades de las instituciones sanitarias. Asimismo, esto habilitaba la discusión de la situación de manera colectiva y permitía planificar acciones en pos de revertir escenarios restrictivos para el ejercicio de la partería en algunos servicios:

“El año pasado hubo una capacitación muy linda en [un hospital de la RS XI] que la hizo Nivel Central del Programa de Salud Sexual [y Reproductiva] para la Región XI y participaron un montón [de distritos]. Hablamos desde lo que era nuestro rol [como obstétricas] y de todo lo que podíamos hacer y lo que no. Y bueno, [lo] dimos como obvio, se dio como obvio. Y salta una [obstétrica joven] y dijo 'no, en mi Municipio no se hace eso, no se entregan libretas, los embarazos los atienden los médicos'. Entonces vienen con ese planteo y me preguntan qué podemos hacer. Les digo 'vos vas a ir a tu Municipio, le vas a contar a la autoridad cómo trabaja todo el mundo menos ustedes'. Y [le dije] que de parte nuestra tenían todo el apoyo y lo que ellas necesitaran. Bueno, se incentivó [...] y logramos una reunión que fue en el Municipio de Querandés [...]. Fuimos a presentar de cero cuál era nuestro lugar y qué programas podíamos ofrecer, cuál era la forma de trabajo, cuál era el rol de la obstétrica porque tenían un Jefe muy antiguo, muy viejo, duro, que las [obstétricas] no podían hacer nada [para cambiar la situación]. Entonces les presentamos cómo era la forma de trabajar, para qué servía la libreta sanitaria, cuándo tenían que derivar a un segundo nivel, cuándo es necesaria una derivación, cuándo hay que ir fuera del Municipio a un tercer nivel... se habló de la parte de las enfermedades infecciosas, de las perinatales, se habló de salud sexual, hicimos un pantallazo general y bueno empezaron a reflotar un poco... y así es como nos vamos enterando, por ejemplo de que tal municipio no participa. Ahora por ejemplo Río Bajo, Curie y Libertad son los municipios que nos cuesta mucho⁵⁷.” (Amanda. Registro D9)

Más allá de la red formal de comunicación que implica la notificación de datos epidemiológicos y de reuniones de capacitación, la coordinación habilitaba el encuentro entre colegas para acercar inquietudes y problemáticas vinculadas al ejercicio de su trabajo. Pese a las dificultades para su conformación dadas las particularidades y distancia entre los municipios

⁵⁷ La dificultad señalada por la obstétrica respecto al acercamiento a algunos Municipios, se vio reflejada en la conformación del campo empírico en el marco de esta tesis, volviendo inviable o complejo el trabajo de recolección de datos en ciertos distritos.

de la RS XI, la red de obstétricas regional permitía el acercamiento a distritos alejados de la capital provincial, dejando esto en evidencia la disparidad de tareas que las obstétricas cumplían en sus lugares de trabajo, incluso dentro de la misma RS y bajo un mismo marco normativo de ejercicio profesional.

Apuntes finales

La organización del subsector sanitario bonaerense presenta una marcada fragmentación. Esta fragmentación se traduce en un bajo nivel de coordinación y decisiones, dificultando la conformación de un campo de atención a la SSYR articulado. En este contexto, tanto las condiciones de contratación como las modalidades de trabajo y las tareas realizadas por obstétricas se presentan de manera divergente entre los distintos efectores de salud -incluso entre aquellos que forman parte de un mismo distrito-.

Pese a la existencia de “datos duros”, normativas y estructuras organizacionales de distintos niveles de gobierno, el trabajo de campo etnográfico puso en evidencia la complejidad que reviste la caracterización de la organización del trabajo de obstétricas en el sector asistencial. Partiendo de esto, en el próximo capítulo se propone describir y analizar cómo se construye cotidianamente la labor de las parteras que se desempeñan en diferentes instituciones del subsector público de la RS XI.

Para ello, se considera de importancia construir un marco teórico-metodológico que permita: a) dar cuenta de las respuestas sanitarias emprendidas por las obstétricas, b) describir los modos de atención que caracterizan a su quehacer y, c) analizar su contribución a la salud de la población en la Región.

Capítulo 6

El trabajo de las obstétricas en la Región Sanitaria XI: abordaje integral de la atención de los procesos de salud sexual y reproductiva

La obstétrica, indicó tratamiento para parasitosis a una mujer que llegó a la guardia. Se encargó de pasar por la sala de internación de puerperio donde estaban tres mujeres con sus bebés recién nacidos. Charló con ellas. Brindó consejería en métodos anticonceptivos, en lactancia materna, dio indicaciones específicas para una chica con anemia, les habló sobre alimentación.

Fue a controlar el trabajo de parto de tres mujeres que estaban internadas en otra sala. Le dio indicaciones a la enfermera sobre la aplicación de medicación para una de las usuarias ingresadas, charló con la madre de una de las mujeres internadas.

Al terminar de hacer ese recorrido, dejó las salas para ir al área de descanso a llenar las historias clínicas para que las tres mujeres que ya habían parido se puedan “ir de alta”. También preparó los certificados de nacimiento.

Observé también su trabajo durante la asistencia a un parto junto a una enfermera.

Una sola vez se vio pasar a un médico por los pasillos de la guardia pero no se observó su participación en ninguna de las tareas que se presentaron en el servicio durante la estadía de campo -de seis horas de duración-.

La partera relató que pese a que tiene un buen vínculo con su compañero ginecólogo de guardia, hay tareas que podrían ser compartidas que recaen exclusivamente en ella. Por ejemplo, es ella quien carga todas las historias clínicas, quien hace la recorrida por las salas de parto y de internación, quien hace la consejería puerperal, etc. Además, señaló que -durante esa noche de guardia- mientras descansaban y surgió una cesárea, él para levantarse le dijo “bueno voy, pero vos preparame el desayuno”.

Durante la estadía en el hospital, se observó que la obstétrica era quien registraba e ingresaba pacientes al servicio, quien estaba atenta ante cualquier eventualidad o demanda.

Incluso se ha visto que asumió la tarea de averiguar qué había pasado con un objeto que una de las mujeres internadas había perdido. Para la usuaria esto resultó significativo ya que esto era importante por tratarse de unos zapatitos para su bebé recién nacido que le había regalado su suegra y temía que si no se los ponía a su hijo para salir del hospital, podría herir la sensibilidad de su pariente. **(Registro observacional de atención durante seis horas de una jornada de guardia en el Servicio de Maternidad de un hospital Municipal B10)**

El abordaje etnográfico desplegado en el marco de esta tesis permitió dar cuenta de prácticas y sentidos construidos alrededor del ejercicio profesional de las obstétricas. Las respuestas de atención clínico-terapéuticas, el trabajo administrativo, la activación de mecanismos de coordinación asistencial y la escucha y acompañamiento a las mujeres y sus familias, estuvieron presentes en la totalidad de las observaciones.

En la Parte II de este trabajo se mostró el escenario vinculado a la construcción político-organizativa de la disciplina a nivel provincial. En la presentación de esta tercera parte, se propuso describir y analizar el trabajo de las parteras en los espacios de atención sanitaria del subsector público sanitario de la RS XI de la PBA, atravesado por la fragmentación, atomización y heterogeneidad de su organización y traducido esto en modalidades y prácticas de atención diferenciales entre y hacia el interior de los efectores.

En este capítulo, se profundizará en ello a partir de la construcción de un marco teórico-metodológico para el análisis de las variables y dimensiones que conforman la tarea asistencial de obstétricas, de acuerdo a los resultados construidos a partir del trabajo de campo desplegado en la RS XI en el marco de esta tesis.

Para comenzar a construir un instrumento de análisis que permitiera dar cuenta de esto, se recuperó la propuesta de Merhy et al. (2004, 2016) para el análisis de los encuentros de atención y cuidado entre trabajadores de salud y usuarios en relación a la utilización de “cajas de herramientas tecnológicas” que se despliegan en los procesos de trabajo.

Más allá de las particulares dimensiones que puedan resultar del análisis del material empírico recolectado en cada trabajo de investigación, de acuerdo a este autor, existen tres tipos de “cajas de herramientas” de tecnologías de trabajo en salud, cuya combinación configura determinados modelos de atención (Tabla 5).

Tabla 5. Cajas de herramientas para la implementación de tecnologías de trabajo y cuidado en salud	
TECNOLOGÍAS DURAS	De razón instrumental. Ligadas a equipamientos, realización de procedimientos -como tocar, pesar, medir-, pruebas de laboratorio e imágenes, aplicación y prescripción de fármacos
TECNOLOGÍAS INTERMEDIAS	Implican la aplicación de técnicas para el procesamiento de saberes estructurados -como la clínica y la epidemiología- a través de la mirada del trabajador en relación a los procesos de salud del usuario. Quien trabaja puede hacerlo con una mirada donde predominen los procesos más estructurados y los procedimientos. De lo contrario, puede optar por decisiones ligadas a procesos menos instrumentales donde la clínica funciona como locus de intercambio, diálogo y encuentro
TECNOLOGÍAS BLANDAS	Centralidad en el cuidado del usuario y no en los procedimientos. Son relacionales, producto del espacio intersubjetivo y de escucha entre el personal de salud y los usuarios. A través de su utilización se construye interés, vínculos y confianza que ponen en evidencia demandas y necesidades individuales y colectivas de la población. Permite captar con mayor precisión la singularidad, el contexto y el universo cultural del usuario, ampliando el razonamiento clínico de los trabajadores
Fuentes: Merhy, 2004; Terenzi Seijas, Merhy, et al, 2016; Merhy y Feuerwerke, 2016	

Partiendo de la tabla presentada, se considera que el trabajo humano es una praxis que evidencia relaciones entre los hombres y el mundo dentro de procesos de producción. Así, toda actividad productiva conlleva procesos de construcción mental y posicionamientos subjetivos que le otorgan sentido e interés al trabajo (Merhy y Feuerwerke, 2016).

Por consiguiente, se parte del supuesto de que el trabajo sanitario incluye una dimensión técnica, al mismo tiempo en que se encuentra atravesado por procesos históricos, sociales y personales que conforman tanto trayectorias singulares, disciplinares y colectivas como situaciones cotidianas y disruptivas que configuran respuestas de atención.

De este modo, el trabajo en salud se desarrolla cotidianamente en un encuentro de uno con otros, poniendo acciones en relación (Franco y Merhy, 2012: 151), por lo que se vuelve necesario analizarlo en tanto acción práctica mediada por *alguien* trabajando: “para reconocer en aquel, la posibilidad crítica, creativa y valorativa de la razón” (Villa, Pedersoli, Martín; 2009: 6).

De acuerdo al enfoque teórico-metodológico de esta tesis y a los objetivos trazados, se considera que el trabajo que las obstétricas desarrollan incide en los procesos y resultados de la atención. Esto requiere estudiarlos desde un abordaje que permita dar cuenta tanto de la variedad de dimensiones que organizan la práctica obstétrica en la RS XI como de de las modalidades bajo las cuales esta se presenta. Esto implica contemplar el modo en el que las distintas tecnologías de trabajo se despliegan en diversos espacios de atención y cuidado - de acuerdo a las definiciones y posibilidades de quienes las llevan adelante-.

Para alcanzar este horizonte se consideró propicio construir un instrumento de análisis que permitiera dar cuenta de la integralidad del trabajo y de variables y dimensiones de la atención obstétrica: que no se agotan en resultados numéricos, medibles o cuantificables, ligados al producto de la implementación de tecnologías duras. De este modo, se propuso elaborar un instrumento de análisis cualitativo para el estudio de las prácticas profesionales de partería que facilitara el estudio de la aplicación de tecnologías intermedias y blandas relevadas en los espacios de atención durante el proceso de recolección de datos (Tabla 6):

Tabla 6. Marco teórico-metodológico para el estudio del trabajo de las obstétricas en la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires	
Variables	Dimensiones
Atención clínico-terapéutica	a. Atención y promoción de la salud sexual y reproductiva b. Atención prenatal c. Atención del parto y posnatal
Educación para la salud	a. Las “consultas” como espacios de promoción y educación para la salud b. Actividades extramuro vinculadas a la educación sexual integral
Promoción de la salud emocional y social	a. Apoyo emocional: el valor de la escucha b. Reconocimiento y valorización de aspectos socio-culturales
Filosofía del "estar ahí"	a. Gestión de accesibilidad a la atención b. Contención, acompañamiento y paciencia
Fuente: Elaboración propia en base al material empírico de esta tesis.	

La tabla referenciada refleja las variables y dimensiones construidas a partir del análisis del material empírico recolectado para esta tesis. Estos aspectos conforman un marco teórico-metodológico para el estudio del trabajo asistencial y de cuidado que llevan adelante en sus prácticas cotidianas las obstétricas. En los siguientes apartados, este marco será insumo para el análisis en profundidad de los diferentes elementos que hacen al trabajo de las obstétricas en la RS XI de la PBA, considerando tanto sus condiciones de trabajo como las consecuencias de su labor en los procesos y resultados de la atención a la SSYR.

1. Atención clínico-terapéutica

Llegué al hospital a la hora acordada: 9.30 de la mañana. Al principio fui al pabellón equivocado. Allí me indicaron dónde funcionaban los consultorios externos. Luego de caminar unos pocos metros, encontré el otro edificio. Me dirigí al sector donde estaban los servicios de obstetricia y ginecología. Se encontraban uno al lado del otro. En uno de ellos estaba atendiendo el médico, en el otro, las dos obstétricas.

Mientras esperaba a que ellas me reciban, anoté algunas cuestiones que me parecieron significativas:

- el ginecólogo terminó de atender a una mujer y le indicó dirigirse al consultorio de obstetricia para buscar el método anticonceptivo indicado
- la puerta del consultorio de obstetricia tenía un cartel con los horarios de atención, indicaciones para pedir los turnos y otro en el cual se informaba que allí se entregaban libretas sanitarias y métodos anticonceptivos.
- la puerta del consultorio de ginecología tenía un solo cartel exhibido que decía: “el Dr. atenderá solamente con turno y con historia clínica”. **(Observación de atención obstétrica en consultorios externos de un Hospital municipal. Registro B28)**

A lo largo de los años 2014 y 2019 se realizaron numerosas visitas a distintos centros sanitarios de la RS XI (Ver [Anexo 1](#)). Durante estas visitas, la atención clínico-terapéutica fue una variable del trabajo obstétrico fuertemente representada en los registros de atención conformados a partir de las instancias de campo. La sistematización de la observación de tareas vinculadas al trabajo asistencial observado en consultorios, salas de parto, parto y puerperio junto al análisis de pasajes de entrevistas, arrojó que las obstétricas desempeñaban una gran variedad de actividades que habilitaban respuestas vinculadas al abordaje de múltiples dimensiones de la SSYR.

En línea con lo que establece la ley de ejercicio profesional vigente al momento de revisión de esta tesis -septiembre de 2021- (Ley de la PBA 14.802/15), las obstétricas que trabajan en el subsector público de la RS XI realizan tareas de atención a la SSYR brindando respuestas vinculadas a la anticoncepción, preconcepción, embarazo, parto, posparto y de

prevención, diagnóstico, indicación de tratamiento -en aquellos casos que la normativa vigente lo habilita- y derivación de procesos vinculados a eventos gineco-obstétricos⁵⁸.

Considerando esto, se agruparon las distintas tareas ligadas a la variable “atención clínico-terapéutica” en tres dimensiones:

- 1) la atención y promoción de la SSYR, atendiendo particularmente a la APS ginecológica y a la accesibilidad a los MAC,
- 2) la atención prenatal y el seguimiento de embarazos y,
- 3) la atención del parto, el puerperio y las tareas vinculadas a la promoción y sostenimiento de la lactancia.

1.1 Atención y promoción de la salud sexual y reproductiva

Durante las instancias de visita a las instituciones e independientemente del espacio de trabajo en el que una obstétrica se encontraba atendiendo -durante una guardia hospitalaria o dentro de su consultorio en algún CAPS-, se observó la realización de tareas de atención primaria vinculadas a la salud ginecológica.

Pese a que algunos de los centros sanitarios visitados contaban con médicos especialistas en ginecología -sobre todo en hospitales-, se observó que en varios de ellos la obstétrica también realizaba tareas de diagnóstico y de derivación de problemas de SSYR.

El reconocimiento de su idoneidad para la realización de este tipo de tareas se tornó aún más relevante en el PNA, sobre todo en aquellos CAPS donde no era sencilla la accesibilidad a especialistas ni a servicios de complejidad de manera inmediata o de cercanía.

En este sentido, en varias entrevistas se valoró fuertemente la habilitación de prácticas como la toma de muestra de citologías vaginales (PAP), la indicación de estudios de laboratorio y ecográficos -ginecológicos y mamarios- y la entrega de métodos anticonceptivos; tareas que formalmente e históricamente estaban circunscritas a las funciones de profesionales de la medicina:

⁵⁸ La realización de este estudio fue previa a la sanción de la Ley Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo número 26.610 sancionada en el año 2020. Durante la realización del trabajo de campo, sí existía una reglamentación vigente vinculada a la Interrupción Legal del Embarazo para el acompañamiento y atención a personas que transitaban embarazos producto de relaciones sexuales no consentidas o que ponían en riesgo a su salud integral. No obstante, en los registros de campo y en las entrevistas, ninguna de las obstétricas que participaron de este estudio hicieron mención a la atención de abortos. Se considera oportuno para el abordaje de líneas de trabajo futuras, considerar esta cuestión.

"Todo se hace acá: control de la embarazada normal, controles anuales a las mujeres que no están embarazadas, muestra de la toma de PAP y [también] les pido los análisis de laboratorio, ecografía mamaria, ecografía ginecológica. Si es algo patológico, sí les digo que vean a un ginecólogo." **(Estefanía, trabajadora del SNA. Registro C28)**

"En la mayoría de los centros de salud no hay ginecólogos. Las obstétricas somos las que hacemos el control de prevención de cáncer a través del papanicolau. Les revisamos las mamas a las mujeres y les enseñamos el autoexamen de mamas." **(Lucía, trabajadora del PNA. Registro C16)**

"Acá como hay mucha zona rural, hay lugares a los que no llegan... que no hay médicos ginecólogos... que no van los ginecólogos. Entonces por ahí no toman o no hay quien tome la muestra de PAP y las obstétricas que están en esos lugares más alejados, lo hacen. [Además] las mujeres que viven en zonas alejadas del hospital, usan los CAPS para esto [y entonces así,] 'no perdés la oportunidad para hacerlo'." **(Viviana, referente de obstétricas de un distrito de la RS XI. Registro C11)**

El argumento de que el trabajo de la obstétrica permitía que las personas usuarias tuvieran acceso a prácticas que sin su presencia en los centros de salud no serían accesibles fue fuertemente valorado por las entrevistadas. Las parteras sostuvieron que una predisposición al otorgamiento de respuestas durante sus espacios de atención, permitía "no desaprovechar oportunidades" de accesibilidad a los servicios sanitarios y a partir de ello, se podrían acelerar procesos de diagnóstico tendientes a reducir barreras que podrían obstaculizar derivaciones requeridas y por ende, el atraso en el inicio de tratamientos oportunos:

"Si no tengo un ginecólogo y tengo una mujer que viene porque tiene, no sé... metrorragia, pérdidas de sangre fuera de la menstruación o menstruaciones abundantes, o tienen dolor en una mama o lo que sea. Y viene al centro de salud porque lo único que encontró más cercano a un ginecólogo fue a mí: no le digo 'no, yo no soy ginecóloga, váyase'. Hago atención primaria. [Entonces asumo la consulta y pregunto:] '¿qué tenés?, ¿dolor mamario? ¿Cuántos años tenés?, ¿45? Bárbaro. [Te doy] orden [para hacerte]: ecografía mamaria, mamografía'. Aprovecho y le pido además una rutina de laboratorio y una ecografía ginecológica. Le hago una toma de papanicolau o una toma de flujo o lo que crea necesario y la mando a ginecología del hospital. Entonces, mientras esa mujer se hacía todo, ya iba a llegar con todos los estudios hechos cuando llegue a la ginecóloga. [...] Hago atención primaria. Yo no estoy diagnosticando un cáncer de mama. Yo le pido los estudios y le acorto el tiempo. Porque si yo le digo a esa mujer 'vaya con su dolor de mamas a otro lado porque yo no soy ginecóloga', va a sacar un turno para la ginecóloga [en el hospital] y le van a dar para el mes siguiente. Al mes esa ginecóloga la va a ver y le va a pedir los mismos estudios que le pedí yo, que van a tardar otro mes. Y para verla va a tardar otro mes más. Entonces perdimos tres meses. [...] La atención primaria debe tejer redes, debe acortar tiempos y debe evitar barreras... con lo que tenemos. No importa. No tengo ácido

fólico acá... [le digo a la mujer:] andá a una unidad sanitaria y que te lo den'." (Agustina, trabajadora de una UPA. Registro C21)

Relatos como el de Agustina permiten reflexionar acerca de la importancia de que las obstétricas se encuentren habilitadas legalmente para la indicación de estudios complementarios. Esto también invita a valorar positivamente la regulación de la entrega de suplementos como el hierro y el ácido fólico utilizados en las etapas preconcepcionales y de embarazo. Pese a que estas acciones forman parte nodal de aspectos preventivos y promocionales vinculados a la atención perinatal, hasta el año 2014 se encontraban vedadas para las parteras y restringidas a la indicación de un profesional médico.

Para la totalidad de las obstétricas entrevistadas, la ampliación de las incumbencias profesionales y la creación de un vademécum obstétrico -recortado a suplementos y medicamentos vinculados a eventos de SSYR de bajo riesgo-⁵⁹ fueron considerados centrales para el fortalecimiento del acceso de las personas a los servicios de salud. Al mismo tiempo en que estas modificaciones fueron ponderadas en relación a la salud de las usuarias, también lo hicieron en relación al propio trabajo de la obstétrica, previamente no respaldado:

"¿Cómo no vamos a poder entregar hierro o ácido fólico o los anticonceptivos que son de venta libre? Yo por lo menos le puedo explicar cómo utilizarlos, si van a la farmacia y lo compran: no. Se pierde esa posibilidad. [...] Lo que dice la ley [vigente desde 2015] era lo que hacíamos siempre y el tema es que no teníamos el respaldo." (Romina, trabajadora del PNA. Registro C23)

"Y antes de esta ley, por ejemplo esto de los anticonceptivos o lo de indicar el hierro o algún estudio o dar un antibiótico [no estaba regulado]. Yo nunca tuve problema porque tenía el aval de mi compañero médico en el hospital. Entonces, si está con una infección urinaria y yo la estoy [atendiendo y] la detecto y [...] está [el médico] 'fulano de tal' que justo está ocupado y no la vio: perdemos tiempo. Entonces, [los otros profesionales] ya saben qué 'hay que dar esto, esto, esto, podés dar esto, esto...' y adelantás un montón. Entonces estás acá brindándole la accesibilidad, el antibiótico, después la citás a alto riesgo, listo, todo bien, ¿entendés? (Diana, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C12)

"Está genial. Genial porque... lo hacemos con un respaldo. Medicamos con un respaldo. [...] Y la verdad que costó pero [fue] un avance para nosotras enorme. [...] Ahora, con el respaldo del Colegio de Obstétricas, que tenemos las nuevas incumbencias, las nuevas leyes... eso hace que estemos... [...] o sea, 'te valoran'. Como que en los comienzos estabas

⁵⁹ El vademécum obstétrico fue establecido bajo la [resolución 2/2016 del Consejo Superior del COPBA](#) en el año 2016. Allí se definieron por primera vez para la profesión los medicamentos y vacunas que las obstétricas están autorizadas a prescribir o dispensar durante la etapa anti y preconcepcional, de gestación, parto, alumbramiento y puerperio.

en el centro de salud y eras lo peorcito que había... o sea, '¿lo peor dónde está?... en la salita'. Irisasí. En cambio ahora no. Si bien encontrás algún médico viejo o alguien que... pero la mayoría ve que en el centro de salud se trabaja, se trabaja a conciencia. Se ve con los resultados. O sea, de la única manera que se mide es con los resultados.[...] Pero bueno, hay que trabajar desde el barrio, digamos... embarrarse las zapatillas, estar al lado de la mujer.” (Lucía, trabajadora del PNA. Registro C16)

Así como el vademécum obstétrico -vigente al momento de escritura de esta tesis- permitía la posibilidad de prescribir algunos suplementos, antibióticos y medicamentos vinculados a la salud gineco-obstétrica de bajo riesgo, también establecía la autorización de la prescripción y dispensación de métodos anticonceptivos hormonales, químicos y de barrera. Esto permitió sumar dentro de las consejerías en anticoncepción, la entrega de preservativos, la derivación a otros servicios o instituciones para la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) o implantes subdérmicos (conocidos como “chips”)⁶⁰ y la habilitación para recetar MAC hormonales.

En relación a esto, durante la observación participante en espacios de atención, se pudieron presenciar varias consultas individuales o grupales en donde las obstétricas acompañaron a mujeres y sus parejas en la elección y sostenimiento de algún método para evitar embarazos. En algunas de las visitas, la cantidad de usuarias que se acercaron a buscar algún MAC superó al número de mujeres que asistieron para el control de un embarazo o puerperio:

La tercera y la cuarta paciente llegaron juntas, son dos hermanas extranjeras de 24 y 25 años. Ambas vienen con sus hijos de un año. La primera de ellas consulta por anticonceptivos hormonales inyectables y comenta que usó anticoncepción hormonal de emergencia porque no está usando ningún método desde el parto. Le realizan una consejería para optar por un método sistemático y mientras accede a uno, le dan preservativos para que tenga. La dinámica de consulta es muy horizontal y además de las voces de las mujeres, se escuchan con respeto y se complementan bien la médica generalista con la obstétrica, quienes coordinan el espacio. **(Observación de espacio de consejería en anticoncepción grupal en un CAPS municipal. Registro B31)**

Muchas vienen a buscar método anticonceptivo. De ocho consultas que se presenciaron, seis fueron para eso. Belén, la obstétrica, hace el chiste de que es un “dispenser de pastillas” y la paciente responde que “es mejor así y no otra cosa”, mientras ambas se ríen. **(Observación de atención obstétrica en un CAPS municipal. Registro B20)**

Pese que en algunas instancias lo observado estuvo fuertemente marcado por consultas de baja complejidad, no todos los momentos de atención observados o relatos recuperados a

⁶⁰ Durante la realización de este estudio, se ofrecían cursos de colocación de DIU e implantes subdérmicos, gestionados por parte del COPBA. Asimismo, este organismo se encontraba negociando con las autoridades sanitarias provinciales el reconocimiento para que las colegiadas puedan sumar estas tareas a sus incumbencias profesionales (cuestión resistida duramente por un sector organizado de la profesión médica de la PBA).

través de entrevistas remitieron a situaciones sencillas de abordar. El trabajo de las obstétricas vinculado a la accesibilidad a los MAC implicó, en algunas ocasiones, la gestión del acceso a derechos de usuarias que se presentaron vulnerados. En algunas ocasiones las barreras estuvieron referidas a situaciones de violencia que se daban en el marco de una relación de pareja, no obstante también se evidenció al sistema de salud generando barreras de accesibilidad que impulsaron acciones por parte de las parteras para contrarrestarlas:

"Nosotras tenemos una paciente allá que vive enfrente del [CAPS] y el marido la encerraba para que no [viniera]. La dejaba encerrada. Un día se escapó por la ventana, había [parido recientemente]. Tenía como cuatro cinco [hijos], no sé, un montón. Se escapó por la ventana, llorando, cruzó y me dijo 'Bárbara por favor hacé algo porque no quiero tener más hijos porque cada vez que viene [mi marido] me viola y yo no quiero tener más [chicos]'. ¿Sabés lo que hicimos con [mis compañeras]? Yo dije 'bueno, vos quedáte acá'. Fui a una farmacia, compré un test de embarazo [que dio] negativo. La llamo a la ginecóloga [...] que en ese momento había [...] y le digo: 'tengo una paciente así, así, así'. Ella venía a la hora y me dice 'listo, termino lo que tengo que hacer voy y le pongo el DIU'. Porque claro, el tipo le escondía las pastillas o le tiraba todo a la mierda, viste, o sea, había que hacer algo para que el [marido] no se enterara. Y que le resuelva su inmediatez, porque era ese momento... y [...] la [mujer] se fue con el DIU puesto, ¿entendés? Qué se yo... no sé, hay que estar ahí y ver qué solución le podés dar [...]. Hay que escuchar a la gente, la gente tiene un montón de quilombos [situaciones problemáticas] y no te digo que le vas a resolver la vida pero por ahí ese problema o esa situación que hoy le está carcomiendo la cabeza, capaz que uno puede hacer algo. Nosotras podemos hacer un montón de cosas, tenemos un montón de herramientas. Sé que hay un montón de cosas que son obstáculos para resolver porque a veces no podemos resolver todo o no tenemos poder de decisión para un montón de cosas. Pero [...] también hay un montón de falta de voluntades. A veces te encontrás con un montón de falta de voluntades..." **(Bárbara, trabajadora del PNA en dos distritos de la RS XI y del SNA en un hospital municipal. Registro C13)**

"Le digo yo al jefe del servicio 'soltá algunas cosas que tenés guardadas o sistemáticamente armadas para que las haga el médico... y que no las hace porque no puede, o porque por ahí no tiene tiempo, soltálas para que las haga la obstétrica si ahora tiene la potestad de hacerlo y además tiene ganas. [Le digo:] 'sacá todo lo que tengas archivado ahí que estaba archivado históricamente porque históricamente fue así'. Porque el médico guardaba el DIU y lo tenía guardado y el implante. [...] No tenés que tener nada guardado, se lo tenés que poner a la población porque sino se vence y sino, aparecen embarazos no deseados: miramos la estadística y hay un montón de embarazos no deseados... hay que ponerlos. Las inyecciones, las inyecciones mensuales... ¿para qué las tenés guardadas en una caja? Si las inyecciones las manda el Programa [Provincial de Salud Sexual y Reproductiva] en una caja para que se las demos a la señora. Si la señora elige, viene a la consulta y eligió la inyección mensual y está en condiciones de ponerse, se la doy. Que se la ponga y se terminó la historia... ¿para qué la voy a hacer volver otro día? [...] Se gastó tres [pasajes de ómnibus] la mujer." **(Lidia, trabajadora del SNA y coordinadora de obstétricas de ese nivel en su distrito. Registro C14b)**

“La usuaria tiene 32 años, llega a la salita en el mes de mayo. [...] Cuando viene a la primera consulta ya viene con un embarazo bastante avanzado de más o menos entre 18 y 20 semanas [...]. Ella está cursando su séptimo embarazo. De estos siete embarazos, uno fue un aborto espontáneo y de los cinco partos que tuvo, uno nació muerto, uno tiene autismo, uno tiene parálisis cerebral por una hipoxia y los dos más chicos, uno tiene tres años [...] y la nena más chiquita tiene cuatro meses, ahora debe tener seis meses porque ella quedó embarazada a los cuatro meses de su último bebé. Recuerdo que ese día [en el que asistió a una consulta puerperal luego de su sexto embarazo] yo le pregunté si usaba algún método anticonceptivo y ella me dijo que usaba pastillas pero que siempre se olvidaba de tomarlas entonces por eso siempre quedaba embarazada. En el último parto ella pidió que le hagan ligadura de trompas pero bueno, al final no se la hicieron y le dieron turno para que se haga [una cirugía] laparoscópica y en el medio de todo eso [...] cuenta que queda embarazada de nuevo. La usuaria acude a la salita en busca de más que nada que la ayudemos y que salga de este último parto con las trompas ligadas. Lo pidió por favor una y otra vez y bueno, [...] parece que el hospital por algún motivo que no podemos entender cuál es, no está cumpliendo con la Ley de anticoncepción quirúrgica⁶¹. Dice [la obstétrica jefa del CAPS] que el tema no es la dirección del hospital, [...] sino con... con los jefes del servicio de ginecología. Como que ahí está el problema, ellos están cerrados. [...] De hecho ahora está todo mal entre el Servicio y [la jefa del CAPS] porque dicen que ella los está presionando a que hagan ligadura de trompas. [La jefa del CAPS] a todas las derivaciones les adjunta la Ley 26.130, la abrocha y bueno, parece que el servicio de ginecología y obstetricia, se lo toman como que los están [presionando] para que hagan las ligaduras. (Melanie, estudiante avanzada de obstetricia que acompaña en las consultas a una obstétrica en el PNA. Registro D20)

Los registros permitieron dar cuenta de algunos sucesos que formaban parte de lo que cotidianamente hacía una partera durante su jornada y que excedían a los procedimientos vinculados al “hacer clínica” pero que permitían mejorar las condiciones y la calidad de la atención. Así, se puso en evidencia que su tarea incluía acciones tales como: el despliegue estrategias para conseguir insumos necesarios, la gestión de mecanismos de coordinación con otros profesionales y servicios y el *deber* de sentar posiciones propias frente a definiciones y decisiones de otros que resultaban restrictivas para el acceso a los derechos para las usuarias.

En el marco de esta investigación se consultó a las entrevistadas acerca de sus opiniones respecto a qué consideraban sobre la normativa vigente en la Provincia en lo que concierne a las tareas que podían realizar en sus consultas. En general, todas han coincidido en que si bien tenían en claro que su trabajo era “con la normalidad”, se incluían entre sus prácticas la posibilidad de resolver algunas situaciones como la entrega de antibióticos, los controles

⁶¹ En el año 2006 el Congreso de la Nación Argentina sancionó la Ley 26.130 del “Régimen para las Intervenciones de Contraconcepción Quirúrgica”. Desde entonces, todo ciudadano argentino puede optar por la ligadura tubaria o vasectomía sin más que su consentimiento personal y es obligación de todos los subsectores del sistema de salud garantizar las prácticas.

ginecológicos o la indicación de estudios por al menos dos razones: la primera, legalizar “la costumbre, lo que ya está, lo que los usos y costumbres hacen” y la segunda, facilitar el acceso de las usuarias a determinadas prácticas diagnósticas y tratamientos sin que “se pierdan por el camino” alegando que en algunas ocasiones, si no lo hacía la obstétrica, no se garantizaba la práctica:

“Hay muchos ginecólogos que no quieren que por ejemplo nosotras hagamos PAP. [...] Hay muchos que se oponen a esta situación pero tampoco ellos lo hacen. De repente se nos incorporan un montón de cosas más porque hay otras profesiones que dejan de hacerlo. Uno va a una capacitación y siempre en la capacitación nos piden más. Por ejemplo en la capacitación que fuimos en noviembre del año pasado que nos dio un mastólogo [...], él nos decía 'confiamos plenamente en ustedes no dejen pasar ninguna mujer en su consultorio sin que ustedes les revisen las mamas y si es necesario o hay antecedentes o lo que sea por favor pidan una ecografía, comiencen a pedir las mamografías y en lo que sea necesario nos derivan a nosotros'. [...] Nos incorporan las cosas porque el resto evidentemente no lo hace. [...] Nos siguen pidiendo cosas porque evidentemente lo hacemos y el resto por ahí no, no.” (Rosana, trabajadora del PNA. Registro C8)

Los resultados obtenidos a partir del análisis del material empírico recolectado indican que pese a la existencia de marcos legales que regulan el ejercicio de las profesiones y las prácticas sanitarias, las tareas ejercidas por las obstétricas obedecen tanto a posicionamientos personales como a dinámicas de atención propias de cada uno de los lugares de trabajo: a veces “lo que se hace” depende de voluntades personales, de cuestiones que habilitan -o no- otros profesionales, de la disponibilidad de recursos o de personal especializado. En este sentido, pese a la existencia de un marco legal, la construcción de alcances y límites entre profesiones y tareas ejercidas suele definirse performativamente, evidenciando tensiones, negociaciones y divergencias situacionales que se vuelven accesibles a través del trabajo etnográfico.

1.2 La atención prenatal

Gran parte del trabajo de observación participante fue en espacios de atención donde las obstétricas acompañaban a mujeres que se encontraban cursando un embarazo. La atención prenatal fue una de las tareas más frecuentemente observadas. Pese a que se visitaron más de una decena de distritos y a la heterogeneidad de los centros de atención, fue posible trazar algunas continuidades entre la labor de las obstétricas que participaron de este estudio.

El control prenatal “de *bajo* riesgo”, entendido como el trabajo de seguimiento del curso del embarazo sin patologías, forma parte de las tareas que históricamente se asocian con el ejercicio de la partería y el rol de la comadrona.

Pese a esto, varias obstétricas entrevistadas destacaron que su protagonismo como profesionales encargadas de este tipo de tareas en algunos casos era reciente y en otros, algo que resultaba una conquista porque solía quedar en manos de médicos obstetras reticentes a que fuera la partera quien asuma esta actividad pese a estar habilitadas para hacerlo:

“Nosotras acá estamos ganando un espacio importante que hacía años que se había delegado. La partera venía, asistía los partos, hacía los papeles y nada más. Ahora no, nosotras todas tenemos una actividad distinta, yo por ejemplo tengo el consultorio de admisión, es el primer contacto que tiene la embarazada con el hospital. Esa mamá que se hace el test de embarazo porque le falta su menstruación, se hace el test, le da positivo... a la primera que ve es a mí.” **(Pilar, trabajadora del SNA. Registro C15)**

“[El consultorio es nuevo] tendrá dos años. También fue una cosa que lo fuimos incorporando. Antes los controles [lo hacían] solamente los médicos. [Era algo que yo cuestionaba:] ¿cómo no podíamos hacer control de bajo riesgo, si estamos totalmente capacitadas...? Pero es por lo que te digo: que siempre la imagen de la partera es como la asistente del ginecólogo. Entonces yo veía todo eso, que allá [en el otro distrito donde trabajo] hacíamos de todo y acá no teníamos un consultorio, un lugar de consejerías, [o la posibilidad de hacer] el monitoreo... porque nosotras hacemos un montón de cosas. Pero bueno, tanto es así que si nosotras nos ponemos a controlar la cantidad de pacientes que vemos a la mañana, capaz que duplicamos los que ve el médico. Hoy a la mañana vi control prenatal, monitoreo, curso de parto, entregamos pastillas, libretas. Millones de cosas. Y siempre nos tomamos el tiempito para cada paciente. Vamos a dar charlas de educación sexual en las escuelas. Son un montón de cosas. Y todo esto que te digo por la mitad del sueldo que en otro lugar /risas/. ¿Por qué? Porque les cuesta valorarnos como profesionales. [...] Y además muchas veces somos las que ante una situación decimos ‘che, ¿mejor no es pedir el traslado? Che, ¿mejor no hacemos esto?’ [...] Pero siempre la última palabra la tiene el médico. Es un... un pueblo medio interesante en esa situación.” **(Felicitas, trabajadora del SNA. Registro C26)**

En aquellos efectores de PNA o SNA en donde las obstétricas tenían al control obstétrico “de bajo riesgo” como parte de sus tareas, solían ser las primeras en recibir a las mujeres embarazadas cuando acudían por primera vez a los controles prenatales. Además, eran las encargadas de la atención y cuidado integral de la salud hasta las semanas finales y algunas de ellas incluso realizaban los monitoreos fetales cuando se encontraban próximas la fecha probable de parto. En algunos centros de atención también acompañaban a profesionales de la medicina en las consultas prenatales de embarazos “de alto riesgo” o con algunas patologías que requerían del seguimiento conjunto. En muchas ocasiones, eran las obstétricas quienes detectaban la patología durante los controles prenatales y derivaban a las usuarias a las especialidades que cada caso requiriera -médicas, de salud mental, odontológicas o de servicio social-:

“Es un ámbito en el que se trabaja mucho las emociones. Muchísimo. Físico, hormonal y psicológicamente es el combo perfecto. Entonces manejamos mucho las emociones, manejamos mucho también el tema de la familia, porque no es nada más una panza... es una mujer que está embarazada, que tiene cambios físicos, hormonales... psíquicos y su familia que la acompaña.” **(Agustina, trabajadora de una UPA provincial. Registro C21)**

“Endocrinólogo no tenemos pero acá en la sala tenemos un médico que [atiende] diabetes. [...] Cuando yo las derivo al alto riesgo van a interconsulta con la médica de alto riesgo, interconsulta con el médico diabetólogo, interconsulta con nutricionista... interconsulta con todos. Somos las derivólogas de todo: las mandás a todos lados /risas/. Por ahí intento que cuando se vayan de acá antes de la primer consulta ya tengan una hemoglobina glicosilada, un perfil glucémico si tiene el aparatito... después eso se sigue allá [en el Hospital]”. **(Belén, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C20)**

“Sí, no es por nada... pero la partera que hace control prenatal lo hace mejor que nadie. Así nomás te digo... yo es como que me vendo /risas/. Son controles prenatales completos. La mujer viene a todas las consultas y se saca todas las dudas que necesita. Son controles que no duran diez minutos. Duran media hora. Nosotras damos turno cada media hora y un día la ginecóloga viene y me dice ‘¿qué hacen?, yo en media hora vi cuatro’. No [-le digo-], es un evento familiar, vienen solas la primera vez y después traen a la mamá, traen al marido. [...] Como te digo, le pedimos todo lo que por normativa del Ministerio [de Salud] hay que pedir y la mujer se hace todo. Y viene contenta, y trae una lista con preguntas... y yo creo que eso cuenta que la pasa bien en sus controles y en la casa siempre alguien quiere venir. Nosotras mismas les decimos que si quieren venir con alguien que vengan acompañadas. Saben que vienen acá si tienen alguna dificultad y se lo vamos a solucionar. Hay voluntad. [Si] perdieron el turno porque llovía o porque no tenían plata para el [taxi], nos golpean la puerta y le damos otro turno. Estamos pendientes de ellas. Es más, nosotras tenemos muchas pacientes con obra social, que vos decís: podrían ir a la clínica [privada]... y no. Vienen acá...” **(Fernanda, trabajadora del SNA. Registro C25)**

La integralidad del trabajo de atención y cuidado obstétrico incluía el ejercicio de la labor vinculado a dimensiones emocionales, afectivas, familiares, sociales, psíquicas y físicas. Ante el “desvío” de alguna de ellas, el rol de la obstétrica suponía activar mecanismos de derivación y/o trabajo junto a otros profesionales especialistas en el acompañamiento y/o tratamiento de las distintas problemáticas socio-sanitarias que podrían estar atravesando a los trayectos vitales de las usuarias.

Dentro de los espacios de atención observados en el marco de esta investigación, la atención prenatal consistió generalmente en una secuenciación de actividades que incluían el control clínico a través de la detección de factores de riesgo, indicaciones de exámenes, revisión de parámetros cuantitativos (tensión arterial, peso, altura uterina) y conversaciones entre usuaria

y obstétrica mediadas por dimensiones como la educación para la salud y el compromiso con aspectos de salud emocional y social de la vida de las personas gestantes y sus familias. Pese a particularidades que distinguían a los estilos de trabajo de las obstétricas, fue posible encontrar en todas las consultas la secuenciación de tres momentos presentes en la atención prenatal (Tabla 7):

Tabla 7. Momentos del trabajo de las obstétricas que conforman las consultas de atención prenatales en la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires	
PRIMER MOMENTO	En el escritorio. De un lado la obstétrica -en algunos casos acompañada por alguna practicante- y del otro la usuaria -muchas veces acompañada por algún familiar-. Realización de una entrevista clínica acerca de cómo la mujer se encontraba cursando la gestación en relación a: 1) síntomas asociados al embarazo, 2) su estado de ánimo y emocional, y 3) su situación laboral y familiar. Interpretación de estudios previos con la que la mujer acudía a la consulta: ecografías, estudios clínicos de sangre, serologías, prueba de glucosa, resultados de monitoreos, etc.
SEGUNDO MOMENTO	En una camilla. Examen físico. Valoración de indicadores <i>in situ</i> y <i>screening</i> de factores de riesgo: control de peso, medición de altura uterina, control de latidos fetales, toma de tensión arterial
TERCER MOMENTO	En el escritorio. Momento con fuerte impronta de educación para la salud y prevención de enfermedades: indicación de estudios complementarios, consejería en alimentación, conversaciones respecto a pautas de alarma vinculadas a patologías y a inicios de trabajo de parto, explicaciones respecto a procesos fisiológicos vinculados al embarazo y al parto, indicación para interconsultas con otros profesionales -odontología, nutrición, oftalmología, servicio social, endocrinología, salud mental, ginecología-. Llenado de documentación para el cobro de subsidios estatales por embarazo. Programación de cesárea para aquellos embarazos que lo requerían
Fuente: elaboración propia a partir del análisis del material empírico recolectado en el marco de esta tesis.	

La sistemática observación de espacios de práctica de atención entre los años 2014 a 2019 permitió la elaboración de un marco de análisis de referencia aplicable al estudio de diferentes rutinas de atención obstétrica.

Pese a las diferencias entre cada uno de los momentos caracterizados, los tres tipos de tecnologías de trabajo definidas por Merhy et al. (2004, 2016): duras, intermedias y blandas (Ver [Tabla 5](#)) se fueron combinando y entrelazando en cada actividad que se sucedía, adquiriendo alguna de ellas un mayor protagonismo en determinadas instancias pero sin anular la presencia de las otras:

La segunda paciente llega por el control prenatal de un embarazo avanzado -de unas 33-34 semanas-. Trae una ecografía y un PAP. Ambos estudios se los hizo en el hospital provincial del

distrito. Allí la atendieron ginecólogos con quienes Belén, la obstétrica, dice trabajar en equipo y que “ante un signo de alarma”, se comunican con ella. Charlan sobre los dolores que siente en ese momento de la gestación, sospechan que puede tratarse de una infección urinaria, da órdenes para un urocultivo y para un electrocardiograma. Siempre Belén trata a la mujer por su nombre y con mucha calidez. Luego de la primera parte de la consulta, pasa a la segunda: pesar a la mujer en la balanza, hacerla recostar en la camilla para medir la panza y escuchar los latidos, y finalmente hacerla sentar para medir la tensión arterial. Durante esta evaluación clínica surgen dos datos: el bebé sigue “de cola” pero Belén le dice que aún está a tiempo de acomodarse y que puede haber chances de que le suba la presión por lo que hace consejería en alimentación para evitar que esto suceda. Le toca las piernas porque la paciente refiere dolor, busca dónde le duele, palpa, toca. De esta parte clínica, se pasa de nuevo al escritorio y la mujer se lleva además una nueva orden: la de un sedimento urinario urgente frente a la sospecha de una posible infección, por lo que recomienda no esperar a un urocultivo. Belén le informa que ella le va a avisar a la obstétrica del hospital que está de guardia para que le mire el resultado. También toma muestra para el estreptococo y gestiona órdenes de derivación para el hospital.

(Observación de atención obstétrica en un CAPS municipal. Registro B20)

Guillermina, la obstétrica, le pregunta a la mujer embarazada cómo está y cómo se va a llamar la bebé de manera muy simpática y cálida. La partera le recuerda cosas que le habían pasado durante su embarazo anterior, como por ejemplo que le había dado asco la prueba de glucosa. Luego de esa primera parte de la consulta, van a la camilla: mide la panza, toca, busca latidos, toma la tensión arterial y le dice: “a vos que te gustan los gatos, está como gatito este [bebé]”. La ayuda a levantarse de la camilla, se ríen porque a la chica le sorprende que la ayude, la obstétrica le cuenta que ella lo hace porque cuando se atendió su embarazo, la médica la dejaba “despatarrada” y entonces desde ese momento, ayuda a subir. Le mide la tensión arterial, hablan acerca de que la hija de Guillermina está con fiebre. [...] La profesional mira unos análisis de sangre y una ecografía, revisa resultados, hablan sobre la posición en la que está el bebé, sobre el sexo, revisa el laboratorio, hablan acerca de los calambres, se ríen sobre lo feo del líquido de la prueba de glucosa, le pregunta si se hizo el urocultivo por la infección y le completa la libreta sanitaria. Mientras observo esta consulta reflexiono acerca de lo que Guillermina previamente había referido en la entrevista: de los tres médicos ginecólogos que trabajaban en el hospital, solamente uno de ellos acordaba con la posibilidad de que la partera hiciera controles prenatales por lo que su trabajo se encontraba seriamente limitado.

(Observación de atención obstétrica en un hospital municipal sin internación. Registro B34)

Los actos instrumentales y los tratos afectivos se entrelazaron en cada práctica observada, tecnologías duras y blandas se superponían en cada tarea realizada por las obstétricas. Pese a que esto pudo evidenciarse en la totalidad de las instancias relevadas y fue además fuertemente valorado como parte de “aptitudes” propias de las obstétricas en la gran mayoría de las entrevistas, algunas parteras refirieron encontrar ciertas dificultades en poder garantizar prácticas de escucha activa y profunda y momentos que permitieran generar un espacio de intimidad y confianza con las usuarias:

“Residente 1. *Sí, nosotras por ejemplo recién venimos de mi consultorio y yo tengo pacientes cada diez minutos... es decir ‘hola buen día’ y ‘chau nos vemos’. O sea en diez minutos es imposible hacer control de embarazo. Es imposible. Y no hay forma de que se cambie, o sea, no sé...*

Residente 2. *Te exigen una cantidad de pacientes...*

Residente 1. *Claro, ¿entendés? Vos decís... es como que estás capitando [cobrando por paciente visto] para una clínica... y estoy en un hospital público y no puedo hacer un control de embarazo... normal... y estamos todos los días.*

Residente 3. *Quince pacientes cada una tenemos.*

Residente 4. *Y en esas quince pacientes que vimos vimos: [vino] una abusada, un caso de violencia doméstica de género, un primer embarazo, hicimos consejería de anticoncepción para una ligadura tubaria. O sea, todo en diez minutos...*

Entrevistadora. *Claro, y además cargarte de todo eso y no poder ni siquiera procesar...*

/A coro con todos los presentes/ *Procesarlo*

Residente 4. *Tal cual, vos decís, en ese ratito es como que tenés que hacer así /chasquea los dedos/ y decir 'bueno gorda, tratemos de ir con esta solución...'. Y a veces te lleva un tiempo y a veces tenés una sola balanza que está metida adentro de un consultorio y tratás de contener a la paciente que está siendo violentada y pidiéndome permiso para [subir a la balanza y pesar] a otra persona, ¿entendés? Y la [mujer] llorando, es como que... no... no tenés espacio." (Entrevista a Residentes en obstetricia en un efector del SNA.*

Registro D19)

Pese a la intencionalidad de las entrevistadas por construir respuestas de cuidado integral y a la observación en espacios de atención que dan cuenta de ello, fue usual que en los relatos de obstétricas representantes de varias generaciones, se manifestaran dificultades para construir respaldo y aceptación por parte de otros profesionales para llevar adelante prácticas profesionales que consideraban específicas de su profesión y adecuadas para una buena calidad de atención:

"La integralidad supone entender que no hay dicotomía entre humanización e instrumentalización, sino que lo que debe haber es criterio adecuado para utilizar los recursos sin que esto supongan un avasallamiento a los derechos y a la fisiología. Hay que hacer un cambio, hay que perder el miedo, de las parteras particularmente, a enfrentarse a un sistema: al sistema médico. Pero [enfrentarse] con poder, con sabiduría. Ellos tienen sabiduría de la patología, dejános [a las obstétricas] el saber de lo que pasa con una mujer [...]. La enfermaron a la mujer embarazada, la patologizaron también, la intervinieron también. [Pero] no intervenís solo con instrumentos: intervenís [también] con la palabra, intervenís con la acción, entonces el embarazo es un proceso totalmente fisiológico que la medicina se encargó de avasallarlo -a mi gusto- bastante con demasiadas prácticas y poca observación desde lo emocional." (Angélica, trabajadora del SNA. Registro C10)

Si el profesional médico era presentado como un experto en la atención y abordaje terapéutico de la patología, la partera se construía a sí misma con la capacidad y *expertise* adecuada para gestionar respuestas de cuidado y atención ante procesos fisiológicos. Asimismo, estos procesos eran entendidos en tanto "multidimensionales", por lo que la idoneidad para la atención integral de la fisiología excedía la habilidad para la aplicación de habilidades duras y requería de respuestas para sostener intervenciones no instrumentales.

Así, la competencia para “saber qué le pasa a la mujer”, sobrepasaba la implementación de tecnologías duras e incluía otro tipo de habilidades como la aptitud para escuchar a las mujeres y saber qué decir en el momento adecuado.

Frente a relatos que proponían un modelo de atención propio de la partería, al que consideraban adecuado pero poco valorado en algunos servicios sanitarios, se consultó acerca de las estrategias desplegadas para definir, construir y sostener dinámicas de atención propias de la partería dentro de instituciones organizadas bajo la impronta de modelos de atención biomédicos. Ante este interrogante, surgieron dos tipos de respuestas: a) una vinculada a la importancia de la formación y actualización profesional constante para “demostrar saberes ante los otros” y, b) otra referida a la puesta en valor continua de la mirada humanística que consideraron que caracteriza al trabajo de la obstétrica.

Respecto a la primera opción, algunas obstétricas remarcaron la relevancia de que la obstétrica fortalezca su formación vinculada a las dimensiones más biológicas de los procesos de salud, ya que este tipo de conocimientos les permitiría ser validadas frente a otros profesionales de tradición mayormente biomédica al mismo tiempo en que estos saberes permitían realizar diagnósticos correctos, dimensión fuertemente valorada desde la práctica clínica y que habilitaba la activación de terapéuticas adecuadas:

“Nosotras vamos a estar a cargo de una paciente. Anatomía: [hay que saberla] entera. /le dice a la practicante que se encontraba en el consultorio y que se quejaba de lo difícil que era una materia como anatomía a la que no consideraba importante/. Nosotras no vamos a ver solamente un útero y un periné. Nosotras vamos a tener una embarazada que viene descompuesta del dolor de cabeza. Viene con dolor de cabeza, viene con náuseas, viene con diarrea, viene con vómitos... y ¿yo qué voy a creer? Que está embarazada y es una preeclampsia... ¿y si es una contractura? Y ¿si tiene 90/60 de tensión arterial? No tiene proteínas en orina, no tiene edemas: ¿por qué vomita esta chica del dolor de cabeza? Porque está contracturada. ¿Qué musculatura tenemos en la espalda? ¿Qué irriga? /La interrumpe brevemente la estudiante sosteniendo su postura inicial y la obstétrica continúa/

*Te hace falta [tiempo de estudio]. Mi carrera fue en [la Facultad de] Medicina y para mí es fundamental, y lo digo como alumna que me ha costado y he dicho que para qué quiero saber el epitelio estratificado... ¿para qué?, ¿sabés para qué lo quiero hoy? [...] Me sirve para defender mi título.”***(Observación de atención obstétrica en una UPA provincial. Transcripción textual de un fragmento de diálogo entre una obstétrica trabajadora *ad honorem* del lugar y una estudiante practicante. Registro C21)**

De este modo, la formación permitía “sentarse adelante de un médico y decirle: ‘yo ya sé cómo se llama este músculo, no soy una casi empírica de la obstetricia’”. Así, para un grupo de obstétricas el crecimiento de la profesión no podría escindirse de un fortalecimiento de la Licenciatura y un reconocimiento y defensa del colectivo profesional hacia el título

universitario, que debía contar “con un peso suficiente para después reclamar” ante situaciones que dejaban a estas profesionales en lugares subalternos.

Por otro lado, otro grupo de obstétricas se manifestó a favor de recuperar el valor particular del “trato” de la obstétrica, ligado al sostén y fomento de las dimensiones “emocionales” y “humanas”, traducidas en tareas de acompañamiento e integralidad como pilares de la atención clínica:

“El trabajo, uno lo va tecnificando todos los días y hacer todos los días lo mismo, por ahí te corre un poquito de la parte emocional, ¿no? Y es lo que uno a veces trata de mantenerse y tenemos una lucha continua con esto de no tecnificar tanto la cosa y verle el lado humano, o sea, mi planteo de ser obstétrica fue poder ser alguien útil en este proceso, en acompañar este proceso de lo que es la maternidad. [...] Nosotros tenemos este concepto de que la paciente ‘no es una panza’, o sea, nosotros tenemos una visión integral de la paciente y tenemos que saber que hay un montón de factores que influyen en la salud de esa mujer, entonces, desde ese punto de partida que vos decís: ‘¿a ver, por qué la paciente está anémica?’ Y... está anémica porque quizás en la casa es la única que trabaja, quizás tiene cuatro [hijos] más, quizás no tiene un marido que la acompañe, quizás lo que hay de comer se lo da a los hijos... o sea, hay un montón de factores que influyen. Si nosotros nos vamos a poner en que la paciente es una panza... estamos en el horno... ¿entendés?” **Bárbara, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C13)**

Los significados a partir de los cuales las parteras construyeron definiciones acerca de lo que consideran una “buena práctica obstétrica” de atención prenatal incluyeron habilidades para la realización de tareas protocolizadas y cuantificables, pero también dieron cuenta de otro tipo de actividades que ampliaban el alcance de su trabajo al sumarle una impronta ligada al “acompañamiento integral”. De este modo, esto suponía un compromiso profesional tanto con las dimensiones clínicas de la salud perinatal, como con aquellas vinculadas a los procesos emocionales y afectivos, así como con las circunstancias y condiciones sociales que conforman a las trayectorias de la vida sexual y reproductiva de las usuarias. Se sostiene que estas dimensiones permiten considerar la posibilidad de que la profesión pueda disputar un sentido de especificidad a sus prácticas y se seguirá profundizando al respecto en los siguientes apartados.

1.3 La atención del parto y posnatal

Llegué al hospital en el horario acordado. Sin embargo, Pilar no me podía atender. Justo había llegado a la guardia una mujer con un episodio de preeclampsia con un parto a término, toda una urgencia en obstetricia. Pilar era la encargada de contener ese caso y señaló que estaba

esperando a la ambulancia para poder subirse con la mujer y que pueda ser derivada al hospital de mayor complejidad de la RS XI, donde podrían recibir un caso de esa gravedad. En ningún momento mencionó a médicos obstetras ni a otro personal del hospital. Al volver del traslado, nos encontramos para una entrevista durante su guardia y reflexionó sobre lo que había ocurrido:

"Si esa paciente tenía un granito más [de presión arterial] y hacía una eclampsia, que es la aparición de las convulsiones, la teníamos que definir [operar] porque ya no sólo corría riesgo el bebé sino la mamá. No la íbamos a subir a una ambulancia, la íbamos a cesarear acá y se llevaba al bebé, se deriva[ba] al bebé al otro hospital. Pero bueno, lo primero que intentamos hacer es que se vaya el binomio entero [madre y bebé]. [...] Allí [en el hospital de mayor complejidad] perdimos mucho espacio nosotras [las parteras] /afirma con pena/. En el [otro hospital] maneja todo el [personal médico]. De hecho, [cuando llegué con] la paciente de recién, me recibió una médica, no me recibió una colega. Allí la partera hace los papeles, hace creo que puerperio y [sólo] si hay mucho trabajo al mismo tiempo asiste algún que otro parto o hace alguna internación⁶². Pero ahí la mayoría, la gran mayoría de la guardia la atiende el médico residente. Viste que tienen residencia de ginecología y obstetricia... pero bueno, si te ponés a pensar... a ver... no estaría mal que trabajen con equipo interdisciplinario y que la partera esté ahí activa como ellos." **(Observación de guardia obstétrica en un hospital provincial y entrevista con una de las obstétricas que allí trabajan. Registro C15)**

Pese a que las incumbencias profesionales de las obstétricas se encuentran delimitadas por normativas provinciales, el trabajo de las parteras vinculado a la atención del parto y posparto es definido -y disputado- en cada servicio sanitario de acuerdo al nivel de complejidad con el que cuenta, los profesionales disponibles, las voluntades individuales y las decisiones de quienes coordinan los espacios. El acercamiento observacional a las instituciones y las conversaciones que se mantuvieron con las profesionales acerca de la organización de las actividades realizadas durante sus guardias hospitalarias, dejaron en evidencia la complejidad de trazar una estandarización de las prácticas de atención entre todos los lugares de trabajo.

A pesar de esto, las tareas realizadas observadas y recuperadas a través de entrevistas se presentaron fuertemente asociadas a dos competencias profesionales: a) el acompañamiento integral hacia las usuarias y, b) la capacidad para reconocer situaciones de riesgo que comprometan la salud de las mujeres y sus hijos, activando mecanismos junto a otros de acuerdo a su criterio:

"Esta paciente, es una paciente que viene de otra guardia, con 41 semanas y lo único que hace el médico es decir[nos a las obstétricas] 'y qué tal chicas, ¿bien?'... o sino [puede venir

⁶² En relación a esta institución hospitalaria de Nivel IIIb de complejidad, se intentó contactar a algunas profesionales que allí trabajan para ser entrevistadas en el marco de esta investigación pero no fue posible. Ante esta situación, durante una entrevista a Dorita (Registro D17), se le consultó por la particularidad de este centro de atención en relación al trabajo allí realizado por las obstétricas y refirió algo similar a lo que señaló su colega Pilar: *"la obstétrica hace el certificado de nacimiento, no hace el parto: lo hacen los residentes [de tocoginecología], no atienden consultorio... no hacen... Yo les dec 'chicas no puede ser que ustedes no tengan un rol protagónico acá, un hospital que viste...'. Y la Jefa [del Servicio] estaba de acuerdo [conmigo] [...] pero no..."*

y decirnos:] 'no, hay que asignar sala'... y yo le digo 'no, pará, dejámela una horita más y vemos'. Y bueno... en cuanto al modelo hegemónico, hay, existe un modelo hegemónico siempre y cuando no exista del lado de las obstétricas sentirse un par, como un integrante de un equipo. Vos decís: 'sí patrón, sí doctor', cuando no le podés rebatir conciencia. Entonces si a mí me dice el médico: 'no, vamos a cesárea', [yo le digo:] 'no, pará, dejáme media hora porque tiene un cuello fino y voy a ponerle más oxitocina, podemos esperar porque los latidos están bien'. O puedo decirle: 'levantáte porque hay que hacer una cesárea'... y el médico dice 'sí, cómo no'... ni la tacta. ¿Por qué?, porque hay una trayectoria profesional avalada por ciencia, por humanización, por dedicación y por responsabilidad. Porque si vos me decís 'ponéle un goteo'... 'ah no, él me dijo que le ponga un goteo'... 'no, no, pará yo me hago cargo, esperá, dejáme una horita más, ¿no anda?, bueno, vamos a cesárea'... hay un ida y vuelta... Por ejemplo, puede ser que esta chica, en la guardia anterior estuvo todo todo el día, y nosotros vinimos y dijimos 'no, estoy hay que terminarlo', no es que está mal lo que hizo la otra guardia, lo hizo a su ideología... nosotros evaluamos con ella /refiriéndose a su compañera de guardia/ siempre todo: chica de 14 años. Hacía un día que estaba [internada]: ansiosa, chiquita, ¿qué es lo que quiere?, que se lo saquen, lo antes posible. Le pusimos un goteo, nosotras entramos 8.30 a la guardia y 11.10 de la mañana nació. Y ojo, por ahí vos no le ponías un goteo y la dejabas, la dejabas... y a la noche empieza con contracciones... pero tiene que ver lo otro. Tal vez seamos bastante intervencionistas, porque todo esto era aumentarle las contracciones... pero pongo en la balanza, '¿querés tenerlo?', 'sí sí sí, lo antes posible'. [...] Y si viene un médico y dice 'no, mirá, yo quiero todo natural, que vaya siendo solo... dos días de trabajo de parto...', no está mal, también está bien... pero, ¿lo quiere la paciente?... Si ella está de acuerdo, lo felicito, pero la que viene acá quiere tener el [bebé]. Por eso escuchar al otro y no imponerme que 'yo quiero un parto natural'... [...] escuchás al otro, no le imponés. [...] La escucha es fundamental, el cuerpo es el del otro. [...] Las obstétricas son formadas para esperar el parto y para acompañar, contener, ser pacientes y dar el tiempo necesario a las mujeres para que sus partos sean normales porque eso es lo que una buena partera tiene que saber: darle su tiempo, darle su espacio." **(Observación de guardia obstétrica en un hospital provincial y entrevista con Beatriz, una de las obstétricas que allí trabajan. Registro B5)**

"Acompañar, y espectral. Teniendo todos los conocimientos puestos a ese momento como si fueran llamadas de alerta pero no intervenir. Permitir. Y estar agradeciendo y estar rezando poniendo todos los santos en órbita para que no pase nada raro pero dejar que las cosas transcurran, observar con mucha atención pero no tocando... dejarlo... no malograr ese momento, no intervenir. O intervenir lo justo y necesario, porque en realidad no es 'los partos que hacemos', son 'los partos que acompañamos' y espectralos: lo hacen la mamá y el bebé. [Lo particular que tiene la partería es] la visión de lo patológico. [...] Porque en realidad todo lo que tiene que ver con la salud reproductiva es normal y es parte de la vida. Sino no habría habido nacimientos hasta que nació el primer médico o la primera cama de partos que se inventara. Entonces yo creo que es eso: es estar siempre esperando lo normal; sospechando lo patológico pero que no nos atraviese, no medicalizar tanto." **(Mary, trabajadora del PNA y coordinadora municipal de obstétricas de su distrito. Registro C7a)**

Más allá de estas generalidades, que serán ampliadas en el análisis de próximas variables, el tipo de trabajo que llevaron adelante y el alcance del rol de las obstétricas podría agruparse de acuerdo al rol que cumplen dentro de cada institución hospitalaria. La mayoría se desempeñaba en instituciones donde sus tareas eran altamente valoradas y eran consideradas “fundamentales” por ser “el primer contacto de las mujeres con la institución” y donde “prácticamente maneja[ban] el Servicio” de maternidad porque “pese a que los médicos están” son ellas “quienes conocen a las pacientes”.

En este tipo de instituciones hospitalarias, las obstétricas realizaban una gran variedad de tareas tales como: a) la admisión de pacientes al Servicio de maternidad, b) “la primera atención que es la anamnesis”, c) la “detección del riesgo por los antecedentes” y “la derivación oportuna”, d) el ingreso e internación, e) el acompañamiento del trabajo de parto, f) la atención del parto y el alumbramiento placentario, g) el fomento y apoyo a la lactancia, h) el control del puerperio inmediato durante la internación e, i) el puerperio medio y tardío en consultorio y la consejería en anticoncepción:

“En este hospital está como instalado que el parto es de la obstétrica, el control del trabajo de parto, el ingreso, el control de trabajo de parto normal, la detección de la patología y el parto, lo hace la obstétrica. [...] El médico está de guardia. Algunos profesionales asisten el parto, se levantan a las tres de la mañana, a las cuatro, a las cinco. Otros no, [son del:] 'llamáme si surge la patología'. Hay distintas modalidades que se manejan por guardia. Pero... normalmente el médico está y no tenemos prácticamente ningún problema con ningún profesional.” **(Lidia, trabajadora del SNA y coordinadora de obstétricas de esa institución. Registro C14a)**

“El médico como no sabe de la parte obstétrica, no hace tacto, no controla contracciones, nada. [...] El médico de guardia por ahí te ayuda con la derivación o por ahí con alguna medicación que nosotras no podemos manejar por el título. Después todo [lo hacemos] solas y nos acompaña una enfermera. [...] Es también un poco enseñarle a las enfermeras, a los médicos, porque los médicos a las embarazadas les tienen alergia. Ven una embarazada y se asustan, no hacen nada... a no ser que sea algo mínimo. [Si] viene una paciente a la guardia, en vez de llamar al médico de guardia directamente llaman a la partera. [...] En caso de que se derive mi rol es el de acompañar [...] yo las recibo, se hace el diagnóstico y si requiere derivación [a un hospital con internación] se llama a Región Sanitaria. Ellos te dan el lugar de destino, yo las acompaño, espero que las reciban, que constaten lo que yo digo y una vez que quedan internadas yo recién ahí me vuelvo y después los controles posteriores de puerperio también los hago yo.” **(Estefanía, trabajadora de un hospital municipal sin internación. Registro C28)**

Pese a la participación activa de las parteras en la resolución de eventos y procesos que se presenciaron en la mayoría de guardias de atención hospitalaria visitadas en la RS XI, en

algunas instituciones las dinámicas de atención se presentaron de forma diferente y denotaron un menor protagonismo por parte de estas profesionales.

Las diferencias entre los modos de atención y de organización y distribución de tareas entre profesiones no obedeció a algún criterio común. En algunos casos, se alegaron limitaciones para el rol de las obstétricas de acuerdo a: a) la distancia hacia otros centros de salud de mayor complejidad implicando mayor resolución quirúrgica de los nacimientos, b) la cantidad de personal especializado disponible o, c) las decisiones y determinaciones de otras profesiones -particularmente algunas especialidades médicas- mejor valoradas dentro de las instituciones:

"Ya te digo... nos cuesta mucho más desenvolvernó acá. [...] Está aumentando [nuestra participación] desde que damos el curso [de preparación integral para la maternidad] y hacemos un montón de intervención nosotras. Está aumentando mucho más el porcentaje de parto. Es más, me sorprendió porque hace poco hubo un montón de nacimientos y casi todos fueron partos. No tenemos ningún problema las que laburamos acá de estar un montón de horas controlando ese trabajo de parto. Pero el hecho de tener una guardia pasiva te condiciona a veces. Y otra cuestión, no tenemos neo[natología en este distrito]. Entonces, ante esa situación muchos de los médicos prefieren operar para no tener riesgo... ¿sí? No tener neo es una contra totalmente enorme y porque estamos lejos [de los centros de derivación]." **(Felicitas, trabajadora del SNA. Registro C26)**

"Yo cuando empecé a trabajar [...] era la época de la episiotomía y del rasurado y del enema y después las cosas fueron cambiando [...]. Yo siempre trato de cambiar y me parece que está bárbaro... cuesta mucho que todo el mundo cambie y ya te digo por más de que nosotras [las parteras] somos las que estamos en contacto con la paciente, siempre tenemos por orden jerárquico 'arriba' al médico, siempre el Jefe del Servicio es un médico. Vos tenés un Jefe de Servicio y tu superior siempre es un médico entonces a veces tenemos el apoyo, libre para tratar a la paciente como quieras y a veces no." **(Coordinadora de obstétricas de la RS XI y trabajadora del SNA. Registro D9)**

Durante el relevamiento empírico se destacó una institución en la que se referenciaron fuertes dificultades y resistencias para el sostenimiento de un papel activo por parte de las obstétricas en la atención de los partos. Una de las obstétricas de ese hospital municipal, que trabajaba allí desde hacía pocos años, refirió que durante los treinta días anteriores a la visita realizada en el marco de esta investigación, la totalidad de los doce nacimientos que se habían producido en el centro de salud habían sido a través de cesáreas -y no porque la totalidad de ellos tenían criterio de alto riesgo obstétrico-. Asimismo, señaló que encontraba serios condicionamientos para la valoración de su profesión por parte del resto del personal y que le resultaba dificultoso sentir que podía llevar adelante correctamente su trabajo. De acuerdo a su relato, esto condicionaba fuertemente a la posibilidad de que la atención de los partos

se produzca en un ambiente respetuoso de los tiempos y fisiología “naturales”, impactando también en el posparto, desalentando, por ejemplo, la lactancia:

“Acá ya digo, me costó bastante. La obstétrica no tomá decisiones. Si yo quisiera trabajar como a mí me gusta, yo me tomaría todo mi tiempo en el trabajo de parto, tranquila. Tratando de no adelantar, de no apurar la situación, dejaría que fluya porque espero, porque tengo la paciencia justa para quedarme al lado y demás. Eso va haciendo también que ellas [las usuarias] colaboren con todo el proceso y donde vos [como profesional] empezás a meter mucha mano, a romper bolsa, es como que ya... Pero bueno, siempre tenés a alguien que te está diciendo: ‘bueno, rompé la bolsa, bueno ponéle oxitocina’. Entonces ya está, no podés trabajar con tus propios criterios, con tu manejo. [...] Por ejemplo, si yo pongo música cálida, hago relajación, bajo la luz [...] y de repente ‘¿qué pasa acá y cómo vienen?!’, y te prenden la luz... No... todo lo que trabajé en estas horas... me lo cortaste... y ¿cómo hago para decirle que no entre? [...] ¿Cómo hago para frenar eso? ¿Cómo hago para decirles que no me hagan eso, que no interfieran en mi trabajo... [...] Siempre tengo a alguien al lado que está hablando por mí. Entonces termino yo callándome la boca, viendo a ver cómo sale y viendo que el resto haga lo que haga aunque no es la forma que más me agrada de trabajar. [...] Pero bueno, ya llega un punto en donde por un lado a veces te cansa porque es un todo también. Yo me esfuerzo para que no toquen ni una mamadera. Para darle ‘teta, teta, teta’. Pero también la enfermera, siente llorar a las dos de la mañana al bebé y para que haya silencio total en el hospital le [da] una mamadera. Y todo el trabajo que hice fue [sin sentido]. [...] Tengo una pediatra por ejemplo que también, pro lactancia materna y después hay tres pediatras más que no.” **(Carolina, trabajadora del SNA. Registro C31)**

Relatos como el de Carolina llevan a considerar las dificultades que reviste la delimitación de un campo de actuación profesional cuando varias ocupaciones se encuentran implicadas en la intervención de un mismo suceso. Tomando en cuenta la situación de la obstétrica en esta institución y recuperando experiencias de otras parteras con diversos recorridos en la RS XI, se puede afirmar que los distintos espacios ocupados por las parteras fueron en sucesivas oportunidades producto de complejas negociaciones con otros.

En este sentido, Lidia, obstétrica con más de treinta años dentro del Servicio de Maternidad de un hospital provincial, refería que su permanencia había requerido de “muchacha personalidad” y que pese al costo emocional que muchas veces suponía esto, había logrado cambiar algunas prácticas de atención que consideraba desfavorables para los buenos resultados de materno-infantil, aunque esto implicara discusiones con profesionales médicos. De este modo, y de a poco, en su guardia había logrado garantizar el contacto piel a piel luego del nacimiento:

“Con el contacto piel a piel [del bebé recién nacido y el pecho de su mamá] también tenemos ahí algunas cositas con el pediatra... hasta que lo acostumbré... Es este chico que venía charlando conmigo [antes de la entrevista, Pedro, que antes decía:] ‘no, que el

chico se enfría que hay que hacer esto...'. [Y yo le respondía:] 'no, no, no... mirá [Pedro], esto está demostrado, esto es la evidencia, esto se hace así, hay que poner al bebé antes de cortar el cordón arriba de la mamá, que tenga el contacto piel a piel, vos acá lo secás, le hacés esto... Se va a hacer así en la sala de partos... obviamente no le vas a dar un chico que te sale deprimido y todo lo demás que necesitás ligarlo rápido y dárselo para que él le haga una maniobra o algo y no te vas a poner a hacer eso... pero bueno, pero la gran mayoría de los partos... estamos sacando todos los chicos con un Apgar 9 o 10, dejáme de joder... [Asisto el parto de] todos los [bebés y nacen] con un Apgar de 9 o 10, ¿no me vas a dejar hacerle el contacto piel a piel?! ¡Si está bárbaro el chico! Bue[no], bue[no], y más o menos lo fuimos acostumbrando... y así de a poco... y una vez sí [accedió], una vez no... dos veces sí, dos veces, no... /risas/.” (Registro B14b)

En línea con el testimonio de Lidia, Cristina, otra obstétrica con más de treinta años en el Servicio de Maternidad de un hospital municipal con alta tasa de cesáreas, recordaba las tensiones que tuvo que ir transitando a lo largo de su vida profesional respecto a su resistencia para la realización de prácticas e intervenciones “de rutina” que consideraba poco beneficiosas e innecesarias durante la atención del trabajo de parto, parto y posparto:

“Yo transité el uso de enema hasta que pude decidir y decir ‘bueno, no, no se le hace un enema a la paciente. La estoy controlando yo.’ Pero después venía un obstetra y me decía que no tiene el enema hecho... [...] Cuando vos tomabas una decisión como ‘no al enema’ o ‘no al rasurado’... rogá que no viniese otro a intervenir porque no pensaba de la misma manera. [...] Fue transitar todo eso y no fue fácil. Muchas cosas las hacían porque, por imposición y no porque estuvieses convencido... vos tenés que darle tiempo al bebé a que descienda por el canal del parto... pero vos tenés un pediatra al lado y con una compresa esperando que salga el chico... y... lo quiere ya. [...] Pero ahora por suerte, todo eso se está modificando y de hecho las chicas [obstétricas recientemente incorporadas] tienen la posibilidad de que la paciente cumpla su trabajo de parto, su parto, con los tiempos de la naturaleza. No tenemos reloj.” (Registro C27)

Frente a escenarios de atención como estos, las obstétricas alentaban a sus colegas a abrir debates por la instalación de cambios que consideraban positivos en los centros de atención. Por ejemplo, durante un Conversatorio que se realizó en la FCM de la UNLP acerca de “parto respetado” (Registro E5), representantes de una de las dos sedes de Residencias en Obstetricia de la RS XI sostuvieron que a partir de la llegada de residentes al hospital, se habían instalado cambios en el servicio de maternidad “que costaron” y que fueron producto de lucha. De acuerdo a la oradora, para el resto de la gente de la institución, ellas eran “bichos raros”. No obstante, indicó que esta “etiqueta” fue la que les permitió construir una identidad ocupacional que les dio contención para poder reclamar lo que consideraban correcto. Así, afirmó que lograron conseguir bancos de parto para reemplazar a las camillas, pese a que al principio se lo dejaban usar sólo en una de las siete guardias de la semana, y refirió

que desde su llegada al hospital, se hacían trabajos de parto en movimiento. “Nunca dejen de cuestionarse: el cambio es posible y hay que luchar por eso”, proclamó la obstétrica.

Esto último también fue apuntado por Flavia, una joven obstétrica entrevistada posteriormente, que se desempeñaba en un hospital municipal con una fuerte tradición de atención obstétrica por parte de médicos y con un alto índice de cesáreas. La habilidad de la palabra y la conversación entre las parejas gestantes y la obstétrica, la posibilidad de mantenerse en movimiento en los momentos previos al parto y la libre elección de la postura para parir fueron logros que Flavia consideró alcanzados luego de “diez años y de bastantes dolores de cabeza y de peleas”, sobre todo con uno de los médicos que siempre se quejaba de “sus ideas” (Registro C30).

El recorrido por distintos espacios de atención y las conversaciones con obstétricas con trayectorias diversas permitieron reflexionar acerca de la importancia de construir espacios de discusión entre pares sobre sus prácticas que permitan documentar y justificar el impacto de su trabajo y de las acciones que impulsan en pos del mejoramiento de los servicios.

En este sentido, la totalidad de las entrevistadas consideró que hay “una mirada compartida” acerca del modo en que las parteras “entienden” al embarazo y al nacimiento en tanto “hecho biológico que forma parte de un proceso de la mujer y de su familia que requiere de mucha observación y espera”. No obstante, pese este consenso, varias obstétricas sumaron una mirada crítica acerca de algunas consecuencias que trae aparejada la organización de la atención hospitalaria, fuertemente marcada por la utilización de tecnologías duras de trabajo que en ocasiones induce a las profesionales a desatender procesos de atención y cuidados que consideran exclusivos de su quehacer profesional, como el fomento a la lactancia o la no mecanización del trabajo de parto y parto. En este contexto, se vuelve nuevamente central el fomento a la discusión entre profesionales para aunar criterios acerca de cómo gestionar estas consecuencias que se presentan disruptivas para su campo ocupacional y poco beneficiosas para la población con la que trabajan.

2. Educación para la salud

La sala de espera tiene varios asientos, algunos en mejor condición que otros y las paredes están llenas de material informativo. Parte de estos materiales corresponden a folletería y cartelería producida por organismos de salud pública y otros tantos parecen elaborados de manera artesanal. Uno de los carteles que llama mi atención dice: “¡¡Cuidáte!! Tener relaciones es hermoso,

pero hacélo de forma SANA. No tengas dudas, ¡consultá! En esta salita recordá que te queremos sano."
(Observación en la sala de espera de un CAPS municipal. Registro C7a)

Los espacios de encuentro entre obstétricas y usuarias fueron usualmente atravesados por una fuerte impronta educativa: la partera “enseñaba” a las mujeres a ser madres, esposas y mujeres y aconsejaba a las familias acerca de cómo deberían tomar determinadas decisiones a fin de favorecer a su salud. La obstétrica brindaba información sobre cuestiones tan diversas como pautas nutricionales adecuadas, el acceso a MAC, el inicio de las relaciones sexuales, el cuidado de la salud sexual, la promoción de la lactancia humana y aspectos vinculados a la crianza.

El trabajo de las parteras, ligado a la transmisión de saberes en tanto pautas de cuidado, estuvo presente en distintos ámbitos de acuerdo a observaciones y relatos relevados.

Los momentos de consultas individuales dentro de los consultorios a los que acudieron mujeres en busca de atención para distintas dimensiones de su SSYR, fueron importantes escenarios de educación para la salud. Asimismo, las entrevistadas han referido otros espacios como talleres en escuelas o centros comunitarios como grandes oportunidades para trabajar la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde un enfoque educativo.

En este sentido, a continuación se organiza la información presentada al respecto de esta variable en dos dimensiones que dan cuenta de escenarios diferentes donde las obstétricas despliegan tareas vinculadas a la educación para la salud individual y colectiva: los espacios de consulta como espacios de promoción y educación para la salud y actividades extramuro vinculadas a la educación sexual.

2.1 Las consultas como espacios de promoción y educación para la salud

La descripción de aquello que se puede observar al participar de un espacio de consulta obstétrica puede resultar en una enumeración de tareas agrupadas dentro de tres momentos diferenciados que se van sucediendo a lo largo de cada encuentro (Ver [Tabla 7](#)). Acciones como preguntar, revisar, pesar, medir, tocar e indicar, pueden analizarse en tanto tareas vinculadas a la dimensión clínico-terapéutica del trabajo -como se vio en el apartado anterior- y también es posible considerarlas como acciones de educación para la salud orientadas a través de la utilización de tecnologías blandas e intermedias del trabajo (Ver [Tabla 5](#)) que permiten dimensionar la integralidad de la vida sexual y reproductiva de las personas:

- Un resultado de sífilis positivo podía ser el punto de partida para conversar acerca de las relaciones sexuales por fuera del vínculo de pareja principal y de la importancia del uso del preservativo.

- Una consulta acerca de las dificultades para el sostenimiento de la lactancia exclusiva introducía discusiones respecto a los roles que cumplen varones y mujeres en la crianza de sus hijos.
- El concurrir a una consulta puerperal junto a sus bebés recién nacidos y sus hijos mayores permitía a la obstétrica reconocer situaciones de maltrato que generaban alertas y suponían la necesidad de intervención de otros profesionales del equipo por poder tratarse de una situación de violencia familiar o de procesos patológicos de salud mental.

"No estamos para curar, estamos para promover: promover el estado de salud, promover y enseñarle a la gente qué puede hacer" **(Mary, trabajadora del PNA. Registro C7a)**

La atención primaria de la SSYR se ha descrito por las entrevistadas como "la puerta de entrada de las familias al sistema de salud". Al ser consultadas por las razones que creen que sustenta esta afirmación, sugirieron que esto obedece a una aptitud que consideran propia de la profesión que es el "acompañamiento" -categoría que se ampliará en siguientes apartados-. De acuerdo a sus relatos, esta aptitud habilitaba la posibilidad de generar espacios de consulta donde las usuarias podían expresarse con comodidad. Como resultado, suponían la facilitación de la escucha de aquellas sugerencias que hacían, impactando positivamente en los procesos y resultados de la atención:

"Les preguntamos a las mamás si el resto de sus hijos están siendo vacunados, por ejemplo. Entonces se logra tener una mayor cobertura de las vacunas porque ellas vienen y te escuchan y confían en vos... y como uno no los reta... entonces uno puede acceder y [...] se puede lograr una mayor cobertura porque hay una relación diferente." **(Rosana, trabajadora del PNA. Registro C8)**

"El rol fundamental es el acompañamiento. [...] Para... digamos, no sé si prepararlas, pero sí darles la información que ellas necesiten. Para que llegado el momento más importante de sus vidas que es el parto, tengan las herramientas para que nadie las maltrate en un hospital, para que se empoderen de su embarazo, ¿sí? Por ejemplo, no es lo mismo que llegue al hospital y que sepa que tiene que llevar su documento, que tiene que llevar su libreta sanitaria. Que sepan qué responder si les preguntan por las vacunas que se le dieron, [si les preguntan] 'cuándo te hiciste la ecografía, cuándo te sacaste sangre'. [...] A mí me gusta prepararlas para ese momento, [...] que ellas sepan cómo llegar a una guardia, cómo presentarse. [...] Entonces como que le voy dando responsabilidades... a ellas también. [A veces me dicen las pacientes], '¿te acordás que me habías dicho tal mes que teníamos que dar una vacuna?' Y les explicás para qué, o cuando le solicitamos los análisis, entre ellos el HIV, VDRL, lo que es sífilis que tenemos bastante entonces apuntamos a que la señora se saque sangre y si es posible su pareja también." **(Lucía, trabajadora del PNA. Registro C16)**

La construcción de espacios de atención como los que se evidencian en los fragmentos, permitió a las obstétricas erigir sentidos sobre su campo de actuación profesional en tanto ocupación que favorece las posibilidades de acceso a la salud y su mejora, facilitando para las usuarias la adquisición de herramientas para recibir información, decidir de acuerdo a sus deseos y acceder a prácticas que optimizarían su salud y la de su familia.

De acuerdo a lo observado, llevar adelante espacios de consulta prenatal requería del despliegue de tecnologías blandas e intermedias tales como explicar, recomendar e indicar, siempre acompañadas de la puesta en valor de la palabra de las usuarias. A modo de ejemplo, se transcribe un fragmento de una consulta prenatal en una Unidad de Pronto Atención (UPA) de la RS XI:

La primera paciente que atiende es una mujer embarazada de tres meses que fue con su pareja a la primera consulta. Fue sin turno, y Natalia, la obstétrica, le indica que no hay problema y que suele atenderlas igual. La obstétrica le ofrece atenderse con ella durante todo el embarazo y le explica que podrá acudir a la UPA hasta la semana 35, momento en que comenzaría a atenderse en el hospital con servicio de maternidad más cercano a su domicilio. [...] Natalia le pide algunos estudios de rutina y le explica algunas pautas de alarma. [...] La mujer pregunta si es normal que le “duela la panza”, comenta que trabaja en las quintas de producción frutihortícola y que cuando trabaja agachada, a la noche siente molestias. Natalia le dice que mientras lo pueda tolerar, es un dolor normal, que se quede tranquila, que se le contraen los músculos por estar arrodillada. La obstétrica le pregunta si sale a caminar, si tiene náuseas, si consume líquido -dice que “poco” y le recomienda “más”-. Le indica ácido fólico y hierro, le explica que lo va a tomar durante todo el embarazo, que “mal no hace”. [...] La mujer también consulta porque tiene acidez y la partera indaga sobre sus prácticas alimenticias y le explica que cuando el embarazo vaya avanzando, se va a sentir mejor. Le recomienda tomar el hierro una vez al día y le avisa que probablemente le produzca acidez. [...] Le indica cómo y cuándo tomarlo, le sugiere hacerlo junto con jugo de naranja y le explica por qué. [...] Le pregunta si ha tenido infecciones urinarias y le cuenta que es importante estar alerta a esto porque generan contracciones. Le manda una interconsulta con odontología y con cardiología, ambas especialidades que atienden en la UPA. Le informa cuántas ecografías le pedirá durante el embarazo, le pregunta sobre sus hábitos de tabaco y consumo de alcohol, si consume drogas, si vive en un ámbito en donde hay violencia, si se vacunó contra la rubéola y contra el tétanos y si fue hace poco al odontólogo. Natalia le explica a la pareja que una vez que tengan los resultados de la ecografía y la vuelvan a ver, podrán calcular la edad gestacional. Hace consejería sobre alimentación para “evitar la acidez”. La paciente le pregunta si “es normal el dolor de cabeza”, Natalia le dice que sí y que puede ser por falta de descanso, por cuestiones emocionales y que lo mejor es no medicarse por el dolor. Acuerdan el próximo control para dentro de cuatro semanas, la obstétrica busca un frasco para que se realice un urocultivo y le explica cómo debe tomar la muestra y le pregunta si entendió. Vuelve a recordarle todos los estudios que le pidió -grupo y factor, serología, hemograma- y le indica que debe ir a hacerlo al [hospital de referencia de la UPA], que debe pedir turno a la brevedad así pueden volver a la próxima consulta con los resultados. La paciente le pregunta si viajar supone algún tipo de riesgo, porque tiene intenciones de ir a Bolivia y Natalia le dice que no, que no hay problema, pero que no recomienda realizar viajes largos luego de la semana 32. La obstétrica le explica las pautas de alarma ante una pérdida y cuándo estas pueden ser esperadas. Se dirige a la paciente siempre por su nombre y le pregunta si quiere preguntarle algo más, lo mismo hace con el marido y él le vuelve a consultar por el tema del viaje. La mujer le pregunta si puede usar jean y Natalia le dice que sí, que mientras se sienta cómoda sí, y le recomienda mantenerse hidratada. Luego de media hora la consulta llega a su fin.

(Observación de atención obstétrica en una UPA. Registro B16)

Las consultas prenatales fueron espacios de atención observados donde la obstétrica compartía pautas y recomendaciones de cuidado de la salud y transmitía a la población usuaria aquello que consideraba necesario “controlar”. Asimismo, eran escenarios donde la partera “enseñaba” a la población acerca del funcionamiento del cuerpo humano, de la importancia que revestían cierto tipo de cuidados para el mejoramiento de la salud e incluso allí las mujeres podrían “aprender” cómo se organizaba el sistema de salud y cómo era conveniente comportarse dentro.

La educación para la salud en el campo de la SSYR “adquiere un matiz moral particular ya que el cuidado de la salud de las mujeres es percibido no sólo como un beneficio para ellas, sino también para sus hijos/as” (Gilligan y Salsa Cortizo, 2016):

Una mujer acudió a un control puerperal junto a su bebé recién nacido. La obstétrica le facilitó la receta para acceder al método anticonceptivo de su elección, realizó una consejería en lactancia y charló con ella acerca de cómo se estaba sintiendo. En un momento de la consulta la profesional le preguntó amablemente si su bebé tenía atada una cinta roja en la muñeca *“por el ojeo y la envidia”*. Ante esa pregunta, la usuaria respondió que sí y la obstétrica le sugirió que *“puede no darse cuenta y apretarle la manito al bebé”*. La mujer insistió en que ella controlaba eso y que sabía que había mujeres que se las ponían demasiado ajustadas mientras ella mostraba que su bebé no la llevaba así. La partera volvió a insistir en que eso no era lo más adecuado y optó por no desacreditar la práctica sino que le propuso coser a cada una de las prendas una cintita roja que, de acuerdo a su criterio, cumpliría la misma función. **(Observación de consulta obstétrica en un CAPS municipal. Registro B6)**

De este modo, las prácticas educativas que desplegaron las obstétricas como parte de sus actividades de trabajo se construían como legítimas apelando a fines morales de mejoramiento de la salud (Douglas, 1973). No se trataba de que las personas compartieran como correcto lo que proponían, sino de sostener la propuesta de que si se hacía lo que proponían como correcto, la población se beneficiaría (Becker, 1963). Así, la obstétrica preparaba -también- “para lo que viene”: un nuevo embarazo, un parto en una institución, un puerperio, una crianza, una nueva dinámica cotidiana familiar y de pareja:

“Mucha, mucha paciencia... por eso está bueno que la señora se prepare también en el centro de salud en cuanto a qué... son dos lugares diferentes... si una señora sabe por ejemplo cómo controlar el dolor.. enseñarle... enseñarle no... es... darle las pautas de cómo respirar, de cuándo le duele, las posiciones que puede utilizar para paliar ese dolor de las contracciones, eh... como que va a estar más empoderada con el trabajo de parto y en vez de estar gritando que le duele y le duele, va a estar concentrada. [...] Hoy por ejemplo fijáte que en la sala de partos puede estar su pareja. Y yo aclaro algo cuando va con la pareja le digo, por ejemplo si consumen [drogas]. Les digo ‘fijáte que si vos estás [drogado] en la sala de parto, te van a sacar. Tratá de disfrutar a tu hijo. [...] Si vos vas a hacer [lío] a la sala de partos, no vayas. Fijáte que para ella es el momento más importante de su vida, es la llegada de su hijo al mundo. No es sacar un apéndice. [...] Si ella empieza a gritar porque

le duele, ¿vas a romper todo? No, vas a tener que estar al lado de ella y decirle 'dale que podés', no patear las paredes y romper los vidrios, porque ahí ni vos vas a estar en la sala de parto y ella lo va a estar pasando mal y el resto de las personas también'." (Lucía, trabajadora del PNA. Registro C16)

"Yo creo que [la llegada de la obstétrica a la atención primaria] impactó en todo esto, ¿no? En la planificación de un embarazo, el seguimiento de un embarazo, el empoderamiento de la mujer, ¿no? [...] Si vos tenés una partera en cada unidad sanitaria con la posibilidad de que hable, charle y prepare, vos sabés que ese parto va a ser lo más natural posible. Va tener la menor intervención posible, va a ser una mamá que va a escuchar, va a ser una mamá que va a estar preparada, va a ser una mamá que no sea ignorante a lo que le está pasando porque tuvo toda la información que necesitaba. [...] Aún después, en la crianza de los hijos ellas siguen viniendo y uno sigue hablando con ellas de un montón de cosas: de cómo cuidarse, de sus relaciones con la pareja, de cómo comenzar nuevamente a incluir al varón dentro de la crianza de ese hijo... de darse cuenta de que necesita ayuda de los demás para poder criar al resto y cómo van creciendo esos hijos y ellas como mujeres, cosa que si eso quedara solamente en el hospital y en la sala de partos, todas esas cosas no vendrían, porque vendrían, buscarían una cajita de anticonceptivos y ya está... pero nadie se tomaría el tiempo de poder escucharlos. Lo que nosotras hacemos es el escuche que tal vez en otros lugares no se hace." (Rosana, trabajadora del PNA. Registro C8)

"[Somos] un referente comunitario hacia todo, porque, vos misma lo ves... vienen y te conversan de cualquier cosa. [...] Eso hacía la partera, la comadrona, como vos le quieras llamar y sabía 'cómo hacer'... y ahora bueno la Facultad nos da todo el conocimiento científico, que es maravilloso, [...] pero seguimos siendo eso, ¿no? Como la bruja del pueblo /risas/'. (Mary, trabajadora del PNA. Registro C7a)

“Preparar” con paciencia, dar pautas y orientar a las mujeres y sus familias en distintos aspectos SSYR, requiere de la utilización cotidiana de tecnologías blandas e intermedias en los espacios de trabajo. Las parteras que participaron de este estudio afirmaron que el despliegue de este tipo de tareas -habilitadas con la llegada al PNA en la década de 1990 y la posibilidad de asumir los controles prenatales-, les permitió reencontrarse con su rol de “comadronas”, de mujeres acompañantes de otras mujeres, de consejeras, de educadoras. No obstante, se trató de un retorno cualificado: obstétricas formadas en la universidad con un título de licenciatura y con capacidad para dar respuestas técnicas adecuadas a las tecnologías y conocimientos científicamente validados (Salsa Cortizo, 2021).

La posibilidad de recibir periódicamente en las consultas a mujeres y sus familias a lo largo de uno o de varios embarazos supuso evaluar positivamente el sostenimiento de espacios de atención que incluían rutinas complementarias a los procedimientos ligados a la implementación de tecnologías duras.

El sostenimiento de espacios de atención atravesados por una fuerte valoración a las dimensiones de educación para la salud permitieron a las obstétricas considerar que sus tareas tendían a favorecer la salud de las personas. En este sentido, Abbot (1998) sugiere que las profesiones de cuidado -entre las que se incluye la partería- apuntan a cambiar y controlar el comportamiento de la población al mismo tiempo en que ayudan a estructurar el contexto social y la vida cultural en un sentido más general. Esto implica sugerir que los profesionales de la salud tienen un conocimiento válido y legitimado para construir respuestas adecuadas y la capacidad y disposición para transmitirlos a las personas, aunque eso implique, en ocasiones, confrontar otros tipos de conocimientos y experiencias de las usuarias:

“Mayormente somos las primeras que las recibimos o si las ven los chicos de la guardia, la mandan [a la paciente] para acá [con las obstétricas]. Igual también trabajamos mucho en equipo. Yo, por ejemplo, embarazada que viene a un primer control: se va con un control odontológico, con un control cardiológico. [...] Y además lo que hago es que ella se controle lo más completo que se pueda porque vienen cuando están embarazadas y después desaparecen. Son muy pocas las mujeres que vienen al control posparto y que después hacen un control ginecológico anual. La mayoría vos le decís: ‘¿cuándo nació tu último bebé?’, [y te responden]: ‘hace cinco años’. [Les preguntás] ‘¿cuándo te hiciste tu último control?’, [y contestan] ‘cuando estaba embarazada’. Entonces esa mujer que está en edad reproductiva, que es sexualmente activa, hace cinco años que no conoce el estado de su cuello uterino. [...] Entonces cuando las veo les pido todo y cuando vienen con los maridos, aprovecho y le pido una rutina también a los maridos. Porque nosotras le pedimos el análisis de HIV a la embarazada, después nadie viene a hacerse un HIV porque sí. Menos un hombre. Entonces ya como que aprovecho y APS para todos”. (Agustina, trabajadora de una UPA provincial. Registro C21)

“Está totalmente demostrado, estadísticamente, que el rol de la obstétrica es fundamental para tener buenos logros. Desde la salud, desde el control del recién nacido... porque además vos intervenís. Por ejemplo, hay una mujer embarazada y la pregunta es: ‘¿tenés caries?’. Las caries están naturalizadas, andan por la vida con caries... entonces el hecho de sentarte y explicar y [...] que sepan que tienen que ir. Mientras esté adentro de la panza el bebé va a estar totalmente protegido pero cuando salga se puede llevar las bacterias esas y puede hacer una infección neonatal. O sea que corre riesgos la vida del niño, por eso [les digo a las pacientes:] ‘tenés que tomarte el tiempo’. Por eso la consulta no se puede pautar cada diez minutos un turno porque no sabés. Puede durar cinco minutos o puede durar una hora, porque vos tenés que estar abierta a todo lo que...”. (Cristina, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C27)

Así como los espacios de consulta prenatal se presentaron fuertemente ligados a la transmisión de saberes, los espacios de “consejería” también fueron escenarios marcados por una impronta de educación para la salud.

Algunos estaban vinculados al uso de MAC y se orientaba a mujeres y sus parejas acerca de las distintas opciones disponibles, sobre el modo correcto de utilización, su funcionamiento y los beneficios y desventajas de cada uno. En general, estuvieron centrados en las trayectorias y momentos del ciclo vital que cada mujer se encontraba atravesando.

Fue usual que la profesional consultara a la usuaria acerca de algún método de preferencia y reforzaban afirmaciones como “si la mamá no está segura, el método no funciona” o “siempre hay que buscar el que mejor se adapte a cada una”. En algunas ocasiones se acompañaba y validaba la opción que la mujer proponía, en otras se intentaba sugerir u ofrecer alternativas de acuerdo a lo que la partera consideraba más oportuno.

Los espacios de consejería también fueron oportunidades para “educar” acerca varios temas vinculados a la SSYR integral *-más allá* de los métodos para evitar embarazos-:

“La última paciente viene porque inició sus relaciones sexuales. Belén le habla acerca de las distintas infecciones de transmisión sexual y de los diferentes métodos anticonceptivos. Además le pregunta sobre el vínculo con su pareja, le consulta sobre su proyecto de vida. Le sugiere charlar con su pareja, invitarlo a una consulta y poder decidir entre los dos cómo cuidarse. Le muestra cómo se utiliza un preservativo y le habla sobre la importancia de la doble protección -el uso del preservativo junto a un método de anticoncepción hormonal-. Luego de toda la charla, Belén le pregunta cuál sería el método que ella elegiría y la chica le dice que ella prefiere pastillas. Le muestra un blíster de pastillas y además le explica acerca del implante subdérmico, de los anticonceptivos inyectables y del dispositivo intrauterino. La chica insiste en que su decisión sigue siendo la de usar pastillas. La usuaria le cuenta a la obstétrica que tiene obra social por lo que Belén le sugiere “aprovechar y usar las de la obra social y pedir pastillas con una combinación de drogas que sea menor”. Lo quiere consultar con su mamá por lo que la invitan a pasar al consultorio. **(Observación de consulta en el PNA. Registro B20)**

“El control ginecológico es importante. Hay una franja etaria, después que dejaron de ser fértiles, que no se controlan. Entonces van por otra causa al hospital y ahí yo las pesco y les digo que se hagan el ‘service’ anual. Yo siempre les digo que para las fiestas [de fin de año] tiene que estar hecho el service. [...] Pasa que si no se lo transmitís, la gente no sabe o no sabe cuál es la importancia”. **(Cristina, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C27)**

Se observaron consultas vinculadas al inicio de las relaciones sexuales, al uso del preservativo, a la protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) e incluso cuestiones vinculadas a trayectos específicos del ciclo vital como la elección de proyectos de vida en mujeres adolescentes o al fin de la etapa reproductiva con la llegada de la menopausia en aquellas de mayor edad. De este modo, el trabajo de la obstétrica no sólo trascendía los límites de la sala de parto sino que también acompañaba de manera integral, orientando en las distintas etapas y procesos de la vida sexual y reproductiva de las usuarias que acudían a sus consultorios, habilitando espacios de escucha tendientes a orientar a las personas para acceder a lo que se entendía como una mejora en sus condiciones de salud.

2.2 Actividades “extramuro” vinculadas a la Educación Sexual Integral

La ampliación de las incumbencias de las obstétricas a partir de legislaciones que les permitieron “trascender” las salas de parto y los muros de los hospitales, habilitaron el surgimiento de nuevos espacios de atención. Esto posibilitó tanto que sumen nuevos espacios de trabajo fuera de las salas de internación, como que intervengan sobre dimensiones de la vida sexual y reproductiva de las personas más allá de sus eventos obstétricos.

A partir de entonces, y como se presentó en el apartado anterior, se abrieron nuevas perspectivas de trabajo que se agregaron al acompañamiento clínico-terapéutico de los procesos de salud reproductiva. De este modo, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades desde un enfoque de educación para la salud, se volvió una de las tareas que las obstétricas incorporaron a sus espacios de consulta.

Durante el trabajo de campo se evidenció el valor que le otorgaron las profesionales a este tipo de actividades, tanto hacia el interior de sus consultorios como a espacios de educación para la salud “extramuros” y centrados en un nivel de intervención comunitario.

En algunas ocasiones, estas actividades denominadas “extramuro” -por trascender los límites edilicios de los centros de atención-, formaron parte de proyectos interdisciplinarios impulsados por el equipo de salud de una institución sanitaria. En otros casos, las obstétricas desarrollaron talleres de educación para la salud que fueron demandados por diferentes instituciones y referentes de la sociedad civil.

Pese a que algunas de las experiencias mencionadas incluían la puesta en marcha de espacios de encuentro comunitarios que abordaban problemáticas de salud integrales, la gran cantidad de trabajo extramural al que las obstétricas refirieron haber participado estuvo ligado a la “Educación Sexual Integral” (ESI).

En Argentina, desde el año 2006, la ESI cuenta con un marco legislativo (Ley 26.150) que indica que todas las personas que transitan los distintos niveles educativos -desde el nivel inicial hasta la formación terciaria- tienen derecho a recibir Educación Sexual Integral, entendida esta como un espacio de formación continua, científicamente validada y adaptada a los distintos trayectos educativos por los que las personas transitan a lo largo de sus vidas. Con la sanción de esta Ley, se propuso entender a la sexualidad como un aspecto intrínseco a la vida humana que debe abordarse atendiendo a las distintas dimensiones que la configuran. En este sentido, se inició y sostuvo el fomento de espacios de formación y encuentro desde donde se pudiera trabajar la sexualidad desde un enfoque integral

atravesado por cinco ejes en interrelación: el cuidado del cuerpo y de la salud, el enfoque de derechos, la perspectiva de género, la afectividad y el respeto por la diversidad.

Pese a que esta normativa estableció que la formación en ESI debería ser garantizada por el personal educativo de cada escuela, existe aún, de acuerdo a lo registrado, una demanda por parte de algunos establecimientos de educación hacia quienes trabajan en el ámbito sanitario para la realización de talleres de educación sexual.

Más de una decena de entrevistadas refirieron haber coordinado o participado de talleres de ESI en escuelas, tanto en el nivel primario como en el secundario así como en la modalidad de educación especial. Entre los temas desplegados en estos encuentros se mencionaron varios: la SSYR desde un enfoque de “procreación responsable”, el aborto legal, la importancia del uso del preservativo y su correcta utilización, el respeto y el cuidado de uno mismo y del otro, la valoración de la diversidad de orientaciones sexuales, los proyectos y elecciones de vida, las opciones de métodos anticonceptivos para que “cada mujer pueda elegirlo libremente y con herramientas”, las ITS, la ampliación del sentido de la “sexualidad más allá de la genitalidad”, los cambios puberales en la entrada a la adolescencia, el abuso sexual y el marco legal que acompaña derechos de niños, niñas y adolescentes en general y respecto a su SSYR en particular.

Uno de los propósitos más salientes de este tipo de actividades destacado por las obstétricas fue el “acompañamiento y acercamiento a los chicos, a las chicas y a la escuela desde el centro de salud” para constituirse como institución y profesión de referencia abierta a recibir jóvenes. Acerca de esto, señalaron que el encuentro entre la población joven y los efectores de salud, particularmente a través del trabajo de las obstétricas, contribuiría a la disminución de embarazos -intencionales y no intencionales- en la adolescencia, favoreciendo las posibilidades de emergencia de otros proyectos de vida por fuera de la maternidad:

“Yo por ejemplo embarazo adolescente tengo ‘para hacer mermelada’ [una gran cantidad]. Y no es nada más una nena de 15 que viene embarazada por primera vez... es ver una nena de 17 que viene con un tercer embarazo. O una mujer de 30 años con una novena gesta. No es embarazo adolescente, pero es novena gesta que tiene [a los 30 años]... entonces ahí estamos fallando mucho [...] en lo que es planificación familiar. [...] Está bueno tener la parte de educación sexual y brindarles un poco más... volcar la esperanza para otro lado. Más énfasis en el estudio, en un proyecto de vida sacando un hijo. [...] Mirá yo te voy a decir que el 98% de mis pacientes -como para no decirte el 100-... yo les pregunto: ‘¿estabas buscando el embarazo?’, ‘no’ [responden], [y entonces les pregunto:] ‘¿con qué te cuidabas?’, ‘con nada’ [me dicen] todas las pacientes. [Es] falta de educación, es básico, yo creo que la educación y la atención primaria van de la mano. [Las obstétricas] somos educadoras. También, bueno, eso que te decía que tengan otro proyecto de vida que no sea solamente... ‘¿qué hago? Tengo 16 años y mis tres amigas tienen bebés, voy a tener uno’. Que tal vez en algún punto son deseados, pero no deberían. Una

chica de 16 años tiene que estar haciendo otra cosa. No es porque yo lo digito como 'a lo dictadura', pero creo que merecen dirigir su vida a otro lado. Divertirse, ser sexualmente activas y estar protegidas. [...] Que puedan decidir si no tener un bebé o tenerlo, pero también tener algo más que no sea tener o no tener un bebé. Eso es importante creo".
(Agustina, trabajadora de una UPA provincial. Registro C21)

"Es un tema para que trabajemos porque es alto el índice de embarazo adolescente, es muy alto para lo que es la comunidad en sí. [...] Justo el otro día charlaba con el secretario de salud para el año que viene hacer algo, porque es una cosa en la que como distrito estamos fallando. Hay muchas pibitas [niñas y jóvenes] de 13 a 19 años con embarazo. [...] Yo estuve en [...] un paraje rural que está acá a unos cuantos kilómetros: fui a dar una charla a los chicos de la secundaria de todas las edades y me encontré con que [...] era todo nuevo para ellos. Y también había chiquitos de 13 años y chicos de 17 y 18 que ya estaban incursionando en esto de las relaciones y demás. [...] De alguna manera hay que hacerles entrar en la cabeza que se tienen que cuidar, con lo que sea pero que se tienen que cuidar. [...] Y se empezó a correr la bola de [estos talleres] y ya me llamaron de la otra secundaria, me llamaron de otro pueblo [...]. Me recorrí prácticamente todo el distrito en dos meses dando clases. [...] Así que aproveché también esa oportunidad para acercarme a los pibes y comentarles que nosotros estamos acá [en el hospital], que vengan a hablar con nosotros, que se acerquen, que no tengan miedo. [...] Les abrí un poco las puertas del hospital para que por lo menos los lunes que estoy yo de guardia vengan a verme y a charlar un poco de métodos anticonceptivos."
(Flavia, trabajadora del SNA. Registro C30)

El salir de la institución y llegar a la comunidad a través del acercamiento a los espacios donde las personas desarrollan su vida cotidiana implica para los efectores de salud y para quienes allí trabajan, estar disponibles para absorber mayor -y nueva- demanda. En este sentido, algunas obstétricas participantes de este estudio se presentaron como aliadas de la salud de los y las jóvenes, a quienes invitaban y buscaban acercar hacia los centros de atención. De este modo, de acuerdo a lo que ellas señalaron, estos lugares eran construidos por la población como instituciones de referencia abiertas a recibirla:

"Empezamos a generar un circuito [de varios] encuentros donde uno era en el colegio, después los estudiantes tenían que venir al centro [de salud] y familiarizarse. Entonces nos sentamos en el pasillo [de la sala de espera del CAPS], buscamos un lugar, veíamos, hacíamos un recorrido por lo que era el Centro, qué consultorio era cada lugar, si estaban los profesionales se los presentaba. [...] Siempre el objetivo principal era la educación sexual, entonces [les mostraba dónde estaba] el dispenser para cuando ellos necesitaran sacar los preservativos. [Les explicaba] cómo tenían que hacer, cómo era el circuito si querían llegar a algún [otro método] anticonceptivo. Y después la tercera [etapa] era una [...] puesta en común de todo el colegio. [...] Yo les propuse que después de esos encuentros hicieran un poster y di las pautas de cómo se construía y el que salía ganador iba a ser usado en el centro de salud. Estaban fascinados -claramente- ¡acota susurrando!. A tal nivel que se enganchó todo el resto del colegio. Entonces [terminaron participando] de

primero a quinto grado del nivel primario. Hicieron una exposición en el patio, era todo el patio....” (Verónica, trabajadora del PNA. Registro C17)

El acompañamiento integral de los procesos vinculados a la SSYR fue asumido como parte fundamental del ejercicio del trabajo de la obstétrica. Las parteras entrevistadas enumeraron el despliegue de distintas estrategias educativas orientadas a acompañar a las personas en las distintas etapas de su ciclo vital. Además de reconocerse a sí mismas “capacitadas” para la ejecución de una gran variedad de tareas que buscaban garantizar esto, sostuvieron que el hecho de que las personas jóvenes “vengan a hablar con la partera”, suponía una ventaja frente a un primer acercamiento a otra profesión, como la medicina, a la cual consideraban que a la población “le cuesta un poco animarse” o que “hablan con un lenguaje que no se entiende por ser demasiado técnico”.

De este modo, la obstétrica se construía a sí misma como una profesional que contaba con competencias y saberes adecuados para ser transmitidos y potenciar así las posibilidades de que las personas lleven adelante una “vida sexual saludable”. Al mismo tiempo, se presentaban “más accesibles que otros profesionales”, facilitando también la llegada de la población a los centros de atención.

La educación para la salud, a través del despliegue de estrategias de intervención vinculadas a la ESI, permitía vincular a las instituciones sanitarias con la comunidad, a las personas con sus derechos y a la información y el conocimiento con la capacidad de decidir de las y los usuarias/os.

3. Promoción de la salud emocional y social

Habíamos llegado junto a la obstétrica acompañadas también por la enfermera del lugar. Recuerdo que a primera hora de la mañana, con el sol que aún no había calentado demasiado el paisaje, se acercó la primera usuaria al centro de salud y en un tono distendido y jocoso le anunció a la obstétrica: *“estoy aburrida, vengo a sacar turno con alguien”*. La mujer comentó que venía intentando conseguir un turno con un oftalmólogo pero que no había tenido “suerte”. Ante esto, la partera intentó gestionarlo llamando al hospital provincial del distrito. Escucho que la obstétrica comienza a discutir con las personas que la atienden por no haber respondido adecuadamente al pedido de turno que la usuaria había intentado conseguir previamente. Cuando esta conversación telefónica llegó a su fin y la partera le entrega un papel con la información del día y la fecha del turno que le había conseguido, la mujer agradeció pero continuó en la sala porque su visita parecía no solamente tratarse de “ese turno”.

Pese a que el turno ya había sido conseguido, los mates y charlas circulaban entre las trabajadoras del centro y la usuaria: los chistes se intercalaban con conversaciones más íntimas que iban desde cómo se sentían con sus proyectos personales hasta qué opinión les merecían las relaciones poliamorosas. De a poco, más mujeres se iban acercando a tener sus consultas con la obstétrica: en el transcurso de mi estadía ninguna estaba embarazada o había parido recientemente, por lo que intuía que el rol de esta trabajadora allí excedía los controles de salud. Una de las usuarias me explicaba que tanto la enfermera como la obstétrica *“hacen de todo y*

ayudan mucho, resuelven todo lo que necesitamos". Ambas profesionales incluían como parte de sus tareas el recorrer el barrio, armar talleres en la escuela, la visita a vecinos y vecinas en sus domicilios y parecían estar al tanto de las historias de vida de toda la comunidad. [...]

Cuando le toca el turno a la segunda mujer la obstétrica la saluda afectuosamente y la mujer le habla sobre sus hijos, sobre el jarabe que está tomando, sobre los trámites del título secundario que está iniciando.

*Un poco más tarde se acerca otra mujer y pregunta "por la ginecóloga". La partera le dice que ella es obstétrica y "a veces ginecóloga" en tono de chiste. Había un médico generalista presente pero no se suma a la charla: asume la obstétrica la consulta y le dice que le va a pedir al médico que las deje solas en el consultorio así charlaban tranquilas. **(Observación de atención en una posta sanitaria municipal. Registro B22)***

La promoción de la salud emocional y social para las mujeres y sus familias fue una arista del trabajo obstétrico fuertemente valorada y reconocida por las obstétricas entrevistadas y puesta cotidianamente en ejercicio, de acuerdo a lo registrado en las observaciones realizadas. El fomento a la salud emocional y social requiere de un compromiso con la atención personalizada y con el reconocimiento de la particularidad de las trayectorias de vida de las personas (Hunter 2004, 2005, 2006). En este sentido, al incluir estas dimensiones dentro del enfoque de sus tareas, se le suman a las consultas centradas en los procesos fisiológicos, aspectos psicosociales del cuidado. Al respecto, dijo una obstétrica de atención primaria trabajadora de un hospital de la RS XI: "los estudios complementarios son mucho más anecdóticos que otros procesos que están viviendo esas mujeres" (Registro E5).

La inclusión de la vida social de las mujeres dentro de los espacios de encuentro y consulta implicaba conocer quiénes eran, dónde vivían, junto a quiénes, cómo se componían sus familias, a qué se dedicaban, etc. Hunter (2005) afirma que conocer a las mujeres facilita el trabajo. No obstante, reconoce que este aspecto del trabajo de las profesiones de cuidado como la partería, es poco reconocido y valorado por otras ocupaciones y por los tomadores de decisiones políticas.

Pese a esta dificultad para conseguir el reconocimiento de determinados sectores, a través de los relatos y las escenas recuperadas para este trabajo se evidenció una gran valoración por parte de obstétricas y usuarias del sistema de salud al trabajo emocional y social desplegado. La partera se presentó a sí misma "hábil para ayudar y acompañar a las mujeres" con afecto, empatía y calidez: "nos hacemos cargo de las historias de las personas", señaló una de ellas durante una reunión mensual de obstétricas de atención primaria de un distrito de la RS XI (Registro B7).

"Tratar de ponerse en el lugar de ellas" -las usuarias-, fue una frase habitual en las conversaciones con parteras. Si la atención clínico-terapéutica era una arista de su trabajo adquirida durante la formación universitaria y si este conocimiento debía ser transmitido "educando" a la población en tanto obligación moral: el apoyo emocional y social se construía

como una dimensión “innata”, “espontánea”, “no transmitida por otros” y que “sale sola”, parte indivisible de aquello que se entendía como “ser obstétrica”⁶³.

3.1 Apoyo emocional: el valor de la escucha

Cada evento obstétrico por el que una persona transita es una historia atravesada por un momento particular de la vida. Toda persona tiene su propio relato sobre sus experiencias obstétricas producto de sus vivencias. En relación a esto, la partería ostenta la capacidad de recuperar y valorar las trayectorias más importantes de la vida sexual y reproductiva de quienes acuden a las consultas como parte nodal de los espacios de atención, considerándose la única ocupación capaz de desplegar este tipo de abordaje en los espacios de consulta:

“Estamos al lado de la mujer, no estamos ‘acá arriba el profesional y acá abajo la embarazada’, sino como que estamos de igual a igual. Tenemos una llegada, hay un carisma natural, algo que no sé cómo explicarte, pero que la señora se siente cómoda con nosotras. [...] No sé, hay para mí empatía, hay algo que tenemos las parteras, las obstétricas que tenemos esa llegada, esa calidez humana.” (Lucía, trabajadora del PNA. Registro C16)

“Yo creo que no hay otra persona [...] no hay otra profesión que pueda hacerlo, no sólo por la preparación [...] académica muy completa, sino que además hay una parte muy sensible que sale solamente de la obstétrica. [...] Yo creo que no puede ser reemplazado por otra. No puede ser reemplazado por la enfermera, por ejemplo, porque no tiene la capacitación académica. [...] No puede ser reemplazada por el médico, por ejemplo, porque el médico por ahí [...] tiende a ocuparse más de todo lo que sea quirúrgico y no tanto del acompañamiento de la paciente. El acompañamiento de la paciente es fundamentalmente tarea de la obstétrica. [...] Esa tarea tan cercana y esa amalgama tan importante que se produce con la paciente, [...] todo ese paso no lo puede acompañar más nadie que no sea la obstétrica.” (Lidia, trabajadora del SNA. Registro C14b)

De acuerdo a Kirkham (1998), la historia de cada mujer y de las mujeres de la familia de esa mujer, “cuentan mucho acerca de su narradora: miedos, esperanzas y preocupaciones que la partera *debe saber* para acompañar a esa mujer”. Al mismo tiempo, la autora señala que la partera es parte de la construcción de una nueva historia por lo que debe ejercer su trabajo “con responsabilidad” para colaborar en la construcción de nuevas experiencias “de

⁶³ Más adelante se analizarán las posibles consecuencias que podrían surgir a partir de la construcción de dimensiones del trabajo obstétrico escindidas entre aquello que se presenta como adquirido y lo que se supone innato.

empoderamiento” para las mujeres: “gran parte del trabajo de la partería consiste en que la madre es ‘quien hace’ y la partera ‘el soporte’”.

Para poder ejercer actividades laborales que recuperan este tipo de miradas las obstétricas entrevistadas señalaron la importancia del “valor de la palabra y la escucha”:

<i>“En este hospital por ejemplo, no es normal usar la peridural [como anestesia], no se hace la peridural: entonces tu palabra es la peridural para la mamá.”</i> (Diana, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C12)
<i>“Hay que contener, hay que acompañar, hay que escuchar. Eso más que nada... porque después todo lo que es prácticas o técnicas: las técnicas con la práctica vos las vas a ir mejorando, leyendo, estudiando, debatiendo... vos podés tener los mejores conocimientos y saber mucho. Pero si vos no sabés acompañar a la mujer o escucharla [...], contener y acompañar... Porque podemos escuchar otras cosas. [...] Yo creo que es favorable porque cuando viene una persona al centro de salud y encuentra ese espacio donde alguien lo escucha, la persona vuelve... si lo tratás bien, le explicás, si no entiende le volvés a explicar... y le brindás ese ratito que es para esa persona... eso a la gente le gusta entonces vuelve.”</i> (Romina, trabajadora del PNA. Registro C23)
<i>“Toda mujer que viene a plantearte algo, a contarte algo... o por ahí en una consulta, deriva en otras cuestiones que [evidencian que] en realidad lo que necesitaba era una oreja, [alguien que la escuche].”</i> (Cristina, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C27)
<i>“La gente necesita la contención. Vos vas [al hospital], llevás tu bolso, te internás a las ocho de la noche [...] y ahí nosotras también tenemos que estar y podemos trabajar, no te digo que te pegues a la mujer, pero viste, si tiene miedo, saber cómo está, porque ahí ya no queda ningún familiar con ella.”</i> (Marcela, trabajadora del SNA. Registro C1)

La obstétrica a través del ejercicio de la escucha, sostenida por dimensiones como la empatía y el respeto, transformaba sus palabras e indicaciones en “anestesia”. La contención y el cuidado eran reconocidos en tanto prácticas que facilitaban el acceso de las personas a los servicios de salud. Asimismo, la referencia con la comunidad no solo se celebraba en relación a la mejora de la captación de usuarias para los controles gineco-obstétricos, sino también en relación a otras dimensiones de la salud que requerían de la realización de tareas que van *más allá* del uso de las tecnologías duras (Ver [Tabla 5](#)). El ejercicio de la escucha acercaba emocional y afectivamente a la obstétrica con la usuaria y permitía a la profesional saber cómo estaba viviendo esa persona, cuáles eran sus condiciones de vida, qué circunstancias estaba atravesando. Esto suponía un acercamiento más estrecho y mejores posibilidades de tener una relación de confianza. Por consiguiente, esto permitía el logro de mejores

diagnósticos, posibles tratamientos y activación de mecanismos de coordinación asistencial con otros profesionales, servicios e instituciones. Así, se daba lugar a la inclusión de otras dimensiones que hacen a la salud de las personas y en ese sentido, se ofrecían respuestas sanitarias oportunas integrales que requerían de intervenciones tanto clínico-terapéuticas como socio-afectivas:

"[Hace pocos días durante] un trabajo de parto la chica estaba muy desconsolada. No podía estar en las habitaciones [de internación] y la trajimos a la sala de parto. [...] Yo notaba... ya había tenido dos hijos, [y me preguntaba a mí misma] qué pasa con el tercero. [La chica] lloraba, mucho y mucho. Y en una de esas, con tranquilidad bajamos la luz y la dejamos sola. Empezó a volarse la cabeza, empezó a llorar, llorar. Llevo a su marido afuera, le pregunto, charlo con él: 'decíme qué le pasó en el embarazo a esta mujer, decíme que hubo una pérdida, alguien, [¿a quién] perdió en el embarazo?'. El hombre dice: 'sí, perdió a su abuela', digo '¿la pudo llorar?', 'no, su abuela era como su madre y no la pudo llorar en absoluto'. El momento que ella tuvo para llorar sin reprimirse fue acá: lo que lloró, lo que gritó. Y en un momento se escondió abajo de la cama tipo animalito. Y terminó pariendo maravillosamente, pero [después de] permitirle esa libertad a la mujer... y ser... acompañar sin hacer. Es decir, si yo le digo: 'no, no te metas abajo de...', la desconecto de lo que está vibrando..." **(Angélica, trabajadora del SNA. Registro C10)**

"Hoy esta chiquita de 17 años que te dije estaba con depresión posparto, su mayor angustia es que ella lo había tenido adentro de la panza y de buenas a primeras ya su bebita estaba afuera... entonces, realmente su angustia era esa y que encima le costaba prenderse a la teta entonces esa conexión no la tenía. Estaba terriblemente angustiada y había ido al hospital y le habían dado un clonazepam [y le dijeron:] 'bueno, vos estás deprimida, vos [...] dormí, tomá te doy esta [medicación]'. [Yo le dije en la consulta:] 'es normal que te pase eso, tratá de tener una mejor conexión y es muy difícil ese despegue, cuando vos estás embarazada llegás a una casa y todo el mundo te recibe en lecho de rosas. [Cuando] nació tu hijo no te dan ni cinco de bola [no te prestan atención], salvo que tu bebé se haya hecho caca o quiera tomar la teta y [ahí sí] te lo dan. [...] Tu conexión con tu bebita que sea de la manera que vos puedas hacerlo, pero [es importante] que también dejes y te empieces a dar cuenta con el tiempo que es un ser aparte, [distinto de] vos... y que lo dejes ser'..." **(Rosana, trabajadora del PNA. Registro C8)**

"Siento que a veces cumpla un rol de psicóloga, de trabajadora social... no sé, la semana pasada ayudé a una chica que quería dar en adopción a su bebé, la ayudé con la gente del Servicio zonal [de promoción y protección de derechos del niño]... al final decidió no darlo... pero eso de sostener, de escucharla... me escribe continuamente, darle su apoyo. Ya deja de ser 'de partera'... es como más de una mujer a otra." **(Felicitas, trabajadora del SNA. Registro C26)**

"Amalia. La primera consulta es fundamental porque es donde vos, más allá de la historia clínica, vas a conocer la realidad de esa paciente y vas a saber por dónde abordarla y por dónde ayudarla... o si sos competente en eso... y [si]no tenés que derivarla. O sea, tiene que

ver mucho esto con las... yo soy muy fanática de desarrollar las habilidades blandas más allá de lo técnico, ¿no? Esto de prestarle atención, el lenguaje no verbal. Escucharla, a ver qué quiere decir entre esas líneas que por ahí no se anima o no... porque no creo que otro profesional... por lo menos los médicos...

Sofía. *Sí, por ahí el médico es como que es más frío.*

A. *Van derecho a la panza, a ver qué estén los latidos, la presión, el análisis. Y nosotros [los profesionales obstétricos] por ahí no. [Les preguntamos:] '¿cómo estás?, ¿viniste sola?, ¿te están acompañando? Como que vemos más la parte emocional.*

S. *Sí y por ahí eso te da también qué se yo... con la paciente creás otro vínculo que a veces vienen y te preguntan cosas para los chicos, ¿no? O te traen otras amigas y es como que creás otro vínculo y eso está bueno para poder acercarnos. Por ahí vienen y te preguntan cosas que vos no la podés ayudar más que llevarla a donde tiene que hacer la consulta.*

A. *O darle un consejo porque muchas veces tampoco es de salud... por ahí te vienen a preguntar otra cosa y te ven como una persona de confianza. [...] Pero no lo hacemos porque no lo hace otro. Eso me parece que tiene que quedar bien claro: lo hacemos porque nace, porque creo que tenemos vocación de servicio y es esto, ¿no? Es acompañar a la mujer, la mayoría somos mujeres... entonces hay mucha empatía, ¿no? Porque pasamos también a ser mentor de esa mujer, porque ya pasamos muchas por lo mismo... entonces ese estar en los zapatos de otro creo que es fundamental también...." (Amalia y Sofía, referentes provinciales de obstétricas. Registro C22)*

Los testimonios recuperados indican que la escucha posibilitaba la reducción del uso de tecnologías duras. Por ejemplo, en el caso del relato del trabajo de parto en el que una mujer se encontraba atravesando un momento de angustia profunda, se pueden suponer dos consecuencias producto del modo en que la obstétrica intervino: se evitó por un lado una cesárea y por el otro, una resolución farmacológica. Asimismo, se considera que esto tiene implicancias en al menos dos planos: la salud de la mujer y los costos para el sistema de salud (Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, 2015; Méndez y Nuñez, 2017). Estas consecuencias pueden observarse en: a) la reducción de los gastos del sistema de salud por la no utilización de medicamentos ni de quirófano y, b) en el hecho de que la mujer haya podido resolver su parto vía vaginal, evitando un posoperatorio durante su puerperio.

Pese a esto, si la contención, el acompañamiento y la escucha que “la gente necesita” son tareas que la obstétrica realiza “porque lo considera adecuado” o porque en algunas instituciones se ofrecen como alternativas a la aplicación de tecnologías duras en falta, es posible que se desconozca el aporte particular que puede hacer la obstétrica al hacer uso de tecnologías blandas durante su trabajo (Ver [Tabla 5](#)).

Considerando:

- 1) que este tipo de tareas se describen como habilidades y posicionamientos personales y no se conciben en tanto tecnologías profesionales a aplicar,
- 2) que el sostén el acompañamiento y la escucha son “de mujer a mujer” y no se reconocen en tanto competencias disciplinares y,

- 3) que el apoyo emocional no se considera “técnico” y tampoco es representado como parte de las competencias formales que deben ser adquiridas dentro de los procesos formativos de las profesionales,

resulta complejo separar la aplicación de este tipo de técnicas de los posicionamientos personales y de las aptitudes individuales.

Si el acompañamiento emocional no se concibe como una dimensión formal del trabajo de las parteras, se vuelve intrincado construir instrumentos que permitan: a) su registro en tanto parte central de la rutina de atención y, b) su evaluación para considerar el valor de su implementación y validar el posterior impacto que puedan tener sobre los procesos y resultados de la atención.

3.2 Reconocimiento y valorización de aspectos socio-culturales

La escucha y la observación fueron tecnologías blandas de uso cotidiano en el trabajo obstétrico para reconocer aspectos de las condiciones de vida social de las personas y para a partir de ello, evaluar necesidades e intentar acercar respuestas acordes. “El rol nuestro [de las obstétricas], apuntaba un poquito también a lo social, a un rol de contención y a un rol de ayuda social muy grande”, decía durante una entrevista una obstétrica con más de treinta años de trayectoria en la atención hospitalaria.

El reconocimiento de “la realidad social” de las personas usuarias impreso en el trabajo de las obstétricas se relevó en situaciones diversas. Recurrentemente, este registro se señalaba como una fortaleza de la profesión y la sensibilidad de la partera para “comprender” las situaciones que las mujeres atravesaban se presentaba como una aptitud más. La promoción de la salud social y la gestión de respuestas para contrarrestar situaciones sociales desfavorables respondía a la construcción de un campo ocupacional atravesado fuertemente por la capacidad para “ponerse en el lugar del otro”, “comprender” y a partir de eso, tomar decisiones:

“Tiene que ver con la realidad social también. Hoy me manda mi compañera [ginecóloga de guardia] a una mamá y me dice ‘revisála porque no tiene muchas contracciones pero vive lejos...’. [...] Bueno, la reviso, la mandé a caminar un rato y volvió. Y bueno, le dije que se vaya a su casa y que si necesitaba venir que llame a una ambulancia, porque yo sé que no tiene para el taxi. Tampoco la voy a dejar internada ‘porque sí’ porque por ahí pare dentro de dos días. Pero facilitarle esas cosas no cuesta nada. [...] Y es hacerle sentir también que está acompañada aunque se vaya a la casa y que estamos pendientes de ella y que nos preocupa también su realidad. No es lo mismo que decirle: ‘bueno, andáte’, [y que nos diga:] ‘pero no tengo dinero para volver [a viajar al hospital]...’, [y que yo le

responda:] *‘y bueno, no sé, fijáte, arregláte... armá una carpa [tienda de campaña] enfrente’. No, no es así.” (Fernanda, trabajadora del SNA. Registro C25)*

La identificación de dificultades -producto de la desigualdad social y económica que incide en sectores de la población usuaria del subsector público de salud-, permite a las obstétricas comprender las decisiones de las mujeres vinculadas a sus itinerarios terapéuticos. De este modo, recuperan aspectos que -sin la presencia de esta mirada- podrían ser desestimados por el sistema de salud generando o profundizando barreras de accesibilidad a la atención. Por ejemplo, una obstétrica que se desempeñaba en un distrito que no contaba con un efector privado de salud para la atención de partos, remarcaba la importancia de comprender por qué había mujeres con seguro social que optaban por atenderse en el hospital público en lugar de realizar sus consultas en el subsector privado de un distrito lindero:

“Y a veces hasta peleas tenemos porque, por ejemplo, yo tengo una compañera médica que me dice ‘si tiene obra social, ¿por qué viene a atenderse al hospital?’. Bueno, no toda la gente que tiene obra social⁶⁴ tiene dinero para transportarse a otro lado y para ir a tener su parto a otro lado. Porque [quizás] la obra social le cubre una parte del nacimiento pero otra parte tiene que pagar y no toda la gente que tiene obra social, puede pagar. Acá hay muchos empleados de la municipalidad que tienen IOMA [el seguro de salud para empleados estatales de la provincia] y ¿por qué la paciente que tiene IOMA tiene que ir a parir a otr[a Ciudad] a una clínica [privada]⁶⁵? y además me parece que también puede elegir: ‘yo me siento cómoda en el hospital y bueno, y voy al hospital, ¿por qué? Porque conozco a fulanita, a menganita, porque es mi partera, porque me atendió en el otro embarazo’, y así... Esa es la parte que me parece que ahí está la diferencia, esa es la gran diferencia [entre médicos y obstétricas].” (Viviana, referente de obstétricas de un distrito de la RS XI. Registro C11)

En Argentina, algunas de las prestaciones, estudios complementarios y medicamentos que requieren las personas para atender sus asuntos de salud, no se encuentran cubiertas por el seguro médico que tienen (sea este privado o de la seguridad social). En este sentido, pese a que hay trabajadores registrados que cuentan con obra social provista por su condición de empleados, a diferencia del subsector público, estos seguros no siempre bonifican la totalidad de los servicios e insumos requeridos. Asimismo, los sueldos recibidos pueden no ser lo

⁶⁴ Cobertura de salud asociada a un empleo registrado o a un sistema previsional (jubilación o pensión).

⁶⁵ En la provincia de Buenos Aires los empleados estatales provinciales y de algunos municipios cuentan con IOMA (Instituto de Obra Médico Asistencial) como “obra social” prestadora de servicios de salud. Estas personas deben realizar sus consultas e intervenciones de salud en consultorios y clínicas privadas. Es decir, el estado provincial financia prestaciones dentro subsector privado para los empleados públicos. No obstante, toda persona que resida, habite o vacacione en el país, tiene derecho a recibir atención médica y sanitaria en cualquier institución de salud pública nacional, provincial o municipal.

suficientemente altos como para que los trabajadores puedan costear por sí mismos los viajes hacia otras ciudades para recibir la atención necesaria, ya que algunos distritos solamente cuentan con maternidades en hospitales públicos.

Por otro lado, dada la inestabilidad laboral que se experimenta en los períodos de crisis económica, es usual que las personas vayan fluctuando entre condiciones de trabajo formal, trabajo informal y desempleo. De acuerdo a ello, a lo largo del tiempo, las mujeres van transitando momentos de sus ciclos vitales en donde dependen exclusivamente de la cobertura pública de salud, alternándose con etapas en las cuales acceden a la seguridad social. Como consecuencia, es probable que en muchas ocasiones una usuaria que cuenta con obra social, previamente haya dependido del subsector público para la atención de su SSYR y por lo tanto, realizado sus controles prenatales con la partera del CAPS de su barrio y atendido su parto en el hospital de su pueblo o ciudad.

Reconocer que los recorridos de atención que van trazando las personas se encuentran condicionados por razones diversas -que en algunas situaciones obedecían a condiciones socio-económicas-, fue sugerido como un punto importante del trabajo obstétrico que resultaba en la consolidación de un vínculo de mayor confianza entre usuaria y profesional. De este modo, se mejoraban las posibilidades de: a) un acercamiento más fluido a los servicios, b) una mayor adherencia a las consultas y, c) mejores resultados obstétricos.

Así como se reconocía importante tener en cuenta el modo en que las personas tomaban decisiones sobre cómo, cuándo y a qué servicios dirigirse, en los recorridos por las trayectorias terapéuticas de las parteras se valoró positivamente el acercamiento “a la realidad social” por fuera de los muros institucionales a través del acercamiento a los barrios y comunidades donde las personas vivían y desplegaban su vida cotidiana:

“El contacto en el barrio es más difícil porque tenés que dejar de atender para cumplir otra función. Pero la satisfacción también es otra. [...] Conocés desde cómo vive [la población], cómo son las casas, cómo es la calle, el agua, los perros... eh... conocés, nunca nos cerraron las puertas. [...] Jamás nos pasó que en una casa no nos atendieran. Siempre nos invitaron a pasar, un mate, un abrazo, un beso, una charla... con nosotras fue muy amena la gente siempre. Y ese contacto con el centro [de salud], o sea, como partera, en el barrio, saliendo casa por casa, es muy diferente a atenderlas en el consultorio. Se genera otro vínculo, vos sabés que la citás y [les decís:] ‘dale, te espero... no sé veníte el lunes a las seis de la tarde así charlamos de qué te pasó, de qué no te pasó...’.” **(Amanda, trabajadora del PNA y del SNA. Registro B9)**

El acercamiento a la situación social, al hábitat y a las actividades que formaban parte del día a día de las personas, permitía la identificación y valoración de los criterios con los que estas tomaban decisiones. Asimismo, esto facilitaba el reconocimiento de las situaciones que podrían estar condicionando sus elecciones.

Para algunas obstétricas, el trabajo de promoción de la salud social en las comunidades era una parte fundamental de sus tareas cotidianas. Algunas de ellas consideraban que el trabajo “fuera” del consultorio impactaba favorablemente en la salud de toda la población, por lo que era necesario ser ejecutado y fortalecido.

Tal era el caso de dos obstétricas: Romina (Registro B19) y Verónica (Registro B18). Ambas se habían incorporado a principios de la década del 2010 al PNA de un distrito que comenzaba por entonces a sumar parteras a los centros de salud a través de un programa municipal⁶⁶. Romina y Verónica se desempeñaban como obstétricas en CAPS de zonas periurbanas semi-rurales y señalaron que gran parte de la población con la que trabajaban se dedicaba a la horticultura y era en su mayoría miembro de comunidades extranjeras.

De acuerdo a lo que Romina planteó -mientras se realizaba un recorrido por la zona en el marco del trabajo de campo-, en el centro de salud había “muchísima demanda [por parte de la población] y poca oferta de profesionales”. El CAPS no contaba con médico generalista ni ginecólogo, cubría un amplia área programática y se encontraba en una zona alejada de efectores de SNA y de farmacias.

Al momento de la visita, la obstétrica había sido recientemente informada de que sería desafectada de esa institución luego de diez años de trabajo y trasladada por las autoridades municipales a un barrio muy distante de esa zona. En ese contexto, lamentaba que la falta de especialista en ginecología sumada a su inminente partida, fuera a impactar negativamente en los indicadores de SSYR. Por ejemplo, se habían empezado a “vencer” los implantes anticonceptivos subdérmicos y la población adolescente destinataria no contaba con un efector de salud cercano que pudiera reemplazarlos, lo que podría generar un aumento en la tasa de embarazos no intencionales en la adolescencia, “que se había logrado bajar a la mitad”.

Romina parecía conocer en profundidad la zona: durante la recorrida varias vecinas se acercaron a saludarla afectuosamente. La partera relataba cómo se encontraba organizada la comunidad en relación a las dinámicas que se tejían entre las distintas colectividades extranjeras residentes en el barrio, conocía cómo solían estar constituidas las viviendas y hogares, las necesidades insatisfechas y las problemáticas de salud prevalentes de cada sector -vinculado esto al tipo de tarea laboral desempeñada y al sector socioeconómico de pertenencia- y describía detalladamente el nivel de organización comunitaria que prevalecía entre cada grupo y sus consecuencias en los procesos de salud-enfermedad de la población. En relación a esto, recordó un taller de alimentación saludable que se había llevado a cabo en la sala de espera del CAPS un tiempo atrás. Allí, se le preguntaba a la gente qué es lo que

⁶⁶ Pese a que contaban con una trayectoria laboral de casi una década, las dos parteras entrevistadas no formaban parte de la planta transitoria o permanente de la municipalidad al momento de ser entrevistadas. Sus ingresos los percibían a través de la modalidad de prestación de servicios al programa provincial SPS y al nacional PMC.

cocinaba y cómo lo hacía, se trabajaba sobre recetas ya realizadas por la población y se intentaban introducir modificaciones a las mismas que favorecerían el valor nutricional del alimento preparado. A partir de estos espacios había surgido el dato de que la población usuaria del centro, pese a producir verduras y hortalizas, “no las consumían porque no sabían cómo cocinarlas”. Al recordar esta experiencia, la obstétrica reflexionó acerca de la importancia de “respetar la cultura del otro” sin olvidar la relevancia de la gestión de espacios de encuentros comunitarios para revisar hábitos culturales que “le hacen mal tanto a la gente como a la salud pública”. La partera reconocía que su trabajo de promoción de la salud social en esa comunidad había permitido “derribar barreras y tejer redes”, remarcando la importancia de que “en una zona rural y que queda aislada con la lluvia, esto es muy importante”.

Al igual que Romina, Verónica también había desarrollado un fuerte recorrido profesional vinculado al trabajo comunitario. Asimismo, refería haber sufrido un traslado reciente -definido por la secretaría de salud del municipio- que había implicado para ella dejar el centro de salud donde se venía desempeñando desde hacía ocho años. Durante la entrevista, realizada en el consultorio del CAPS al que se había incorporado recientemente, lamentaba su situación alegando lo dificultoso que había sido para ella “entrar” a la comunidad del área programática del centro de salud que había dejado hacía poco tiempo:

“[Trabajaba] con mujeres de las quintas [de producción frutihortícola], que era un grupo de mujeres bolivianas que era muy difícil. Yo tardé seis años en entrar a ese lugar y había generado, habíamos armado -con gente nueva que había llegado al centro de salud-, un equipo interdisciplinario: psicóloga, trabajadora social y la promotora de salud.”
(Verónica, trabajadora del PNA. Registro C17)

Entre las tareas desplegadas enumeró la creación de un ropero comunitario, a través del cual -de acuerdo a sus dichos- se puso en evidencia “que no era en sí el ropero para llevar y traer ropa, [...] sino que había otro objetivo de fondo” porque la gente se acercaba y no se llevaba nada. A partir de ese espacio, recordó que se generaron acercamientos entre profesionales del CAPS y mujeres de la comunidad que invitaron a la población -reticente a acudir al centro de salud- a encuentros de consulta vinculados a “educación sexual y violencia [...] mientras elegían y acomodaban ropa”.

Al momento de ser consultada por las razones que consideraba que la población no se acercaba al efector de salud, sostuvo que esta, se “automarginaba”, era “tímida” y/o “los maltrataban” cuando se acercaban al CAPS: “tienen una vulnerabilidad impresionante en un

montón de situaciones de violencias, abusos, lo que es la educación sexual. Tienen barreras culturales también”, alegó.

Durante la entrevista, Verónica sostuvo con vehemencia que este tipo de actividades laborales eran “trabajo en terreno” y “atención primaria” pese a que no se encontraba dentro de una institución sanitaria, sino en centros comunitarios de referencia para esa población. En este sentido, lamentó que las autoridades sanitarias municipales no reconocerían el impacto de este trabajo como facilitador de la accesibilidad a los servicios de salud:

“Porque era un trabajo esto de ir a jugar al bingo y compartir el bingo con la comunidad para que nos conocieran, [para] generar el vínculo y la empatía para que ellas se acercaran y nos abrieran sus puertas, que después pasó.” (Verónica, trabajadora del PNA. Registro C17)

El establecimiento de referencia con algunas mujeres de la comunidad, permitió el despliegue de redes que acercaban a otras vecinas a las profesionales de salud. De ese modo, aquellas que participaban de las actividades propuestas por Verónica, “captaban a las embarazadas” de la comunidad y las acercaban a ella:

“Entonces era institucional y barrial. [...] Era: generar y fortalecer. [...] Funcionaba espectacular y me traían a las chicas, [...] teníamos un trabajo con las referentes barriales alucinantes. Había una que me trajo diez [mujeres embarazadas] y vos decís, ‘¿de dónde las saca?’ Es eso y además la importancia de que ellas [-las referentes-] sintieran que ‘estaban haciendo un bien’, que estaban trabajando: era un trabajo para ellas.” (Verónica, trabajadora del PNA. Registro C17)

Al mismo tiempo en que la obstétrica consideraba que esto generaba una mayor llegada a las mujeres del barrio, señalaba que aquello que para ella y la comunidad era motivo de reconocimiento y orgullo, generaba cierta resistencia por parte de quienes ejercían cargos de coordinación en el CAPS donde se desempeñaba. Verónica sostuvo que “exceder el trabajo asistencial”, suponía para el centro de salud estar abierto a otras demandas y tener que construir nuevas respuestas de atención. En relación a esto, recuerda que de acuerdo a las estadísticas institucionales previo a su llegada “no había violencia. Violencia: estadística: cero... y orgullosas por el cero”. Cuando ella llegó a trabajar a ese CAPS sostuvo que “ahí se complicó un poco el tema” porque la profesional empezó a referenciar a partir de su trabajo territorial, una gran cantidad de situaciones de maltrato:

"Creo que el salir de lo asistencial y salir al campo me da la posibilidad de hacerle entender al otro que es una persona, [...] que tiene derechos y que se lo estamos respetando. Y demostrarle en el terreno que se lo estoy respetando: el respeto la autonomía, el derecho a la información, los derechos a la accesibilidad. [...] Esa es la diferencia de atender en un centro de atención primaria con el concepto de atención primaria. [Sino lo que] estamos haciendo es consultorios externos [de un hospital]... y eso es lo que quieren [las autoridades]." **(Verónica, trabajadora del PNA. Registro C17)**

La promoción de la salud social, el acompañamiento y el apoyo brindado por las parteras, implica reconocer y ponderar los problemas que las comunidades refieren como importantes. De acuerdo a los relatos de las entrevistadas, su acercamiento hacia los lugares donde las personas viven, trabajan y se encuentran, permitía un acercamiento a otro tipo de demandas diferentes a aquellas que llegaban a los espacios de atención institucional. En este sentido, tal como se sugirió durante el análisis de la dimensión de apoyo emocional, resulta necesario preguntarse acerca de la posibilidad de construir instrumentos que permitan planificar, sistematizar y evaluar este tipo de intervenciones a fin de mostrar el impacto en los procesos y resultados de la atención que quedan por fuera de los instrumentos de registro habituales como la historia clínica perinatal desarrollada por el Centro Latinoamericano de Perinatología (Fescina et al., 2007) y utilizada de forma sistemática en los servicios de salud de la región.

4. Filosofía del "estar ahí"

"¿Y sabés que tenemos otra cosa, otro poder? Un poder ancestral que es el de 'estar al lado de quien está pariendo' y ser un referente comunitario hacia todo, porque, vos misma lo ves: vienen y te charlan de cualquier cosa. 'Sos', 'estás' en el barrio, sos la obstétrica del barrio. Es 'estar ahí', contener. [...] A mí trabajar acá me encanta, me encanta, me encanta. Soy parte de la comunidad, o sea, trabajo para ella y soy parte. Soy parte de esta comunidad, mi hijo vive en esta comunidad y mi nieta se está criando en esta comunidad. Es mi lugar, sí, sí, eso es lindo. La partera tiene que trabajar donde vive, porque la partera es mujer y tiene hijos. Y yo y mis hijos se han criado acá." **(Mary, trabajadora del PNA. Registro C7a)**

El vínculo positivo entre obstétricas y mujeres-familias fue referido como una herramienta nodal y constitutiva de la atención. De acuerdo a McCrea (1993), históricamente el rol de la partera estuvo fuertemente marcado por su compromiso con el cuidado de las mujeres a través del "brindar ayuda, asistencia y acompañamiento". En este sentido, la autora considera que esto forma parte de la base filosófica de la partería que se inicia en el reconocimiento de la fisiología como eje organizador de los procesos obstétricos.

Kennedy y Shannon (2003) reconocen también la relevancia del valor de la “presencia”: del acto físico de estar “con una mujer”. Las autoras señalan que esto implica saber reconocer qué tipo de acompañamiento y de presencia requieren las mujeres en cada momento de sus procesos obstétricos, reconociendo incluso que en ocasiones, lo que las mujeres requieren es que alguien permanezca en calma y silencio a su lado para demostrar y asegurarles “a las mujeres y a los demás que todo está bien y que el trabajo de parto es un proceso normal”.

Para las obstétricas de la RS XI, el “estar ahí” incluía y -al mismo tiempo- trascendía escenarios como una sala de parto o eventos como un embarazo. A continuación, se presentan dos dimensiones de lo que las obstétricas consideraron como parte de su ejercicio profesional vinculado al “estar presentes” como aliadas y garantes de la salud integral de las mujeres y de sus familias: la gestión de accesibilidad a la atención y la contención, acompañamiento y paciencia.

4.1 Gestión de accesibilidad a la atención

Franco, Bueno & Merhy (1999) ponderan el valor del acogimiento como práctica que los trabajadores de la salud ejercen al gestionar servicios para que las personas alcancen el acceso a la salud. Escuchar, acoger, recibir y construir respuestas “positivas” capaces de tejer soluciones tendientes a resolver los problemas de salud de la población, son herramientas imprescindibles en los modelos de atención centrados en las/os usuarias/os.

En relación a esto, al reflexionar sobre el ejercicio de su trabajo cotidiano, las obstétricas entrevistadas sugirieron que la mirada integral sobre las problemáticas de las personas incluía el despliegue de una gran cantidad de actividades con las que era necesario comprometerse para construir respuestas que acercaran soluciones. La variedad de tareas a las que su ejercicio profesional quedaba asociado, implicaba construir sentidos que daban cuenta de un rol amplio vinculado al quehacer obstétrico, atravesado por la habilidad para acompañar procesos y eventos bio-psico-sociales desde que la mujer “inicia su edad fértil hasta que termina su ciclo fértil”:

“Y eso abarca todo: desde la consejería, desde la planificación familiar, la promoción y prevención de infecciones de transmisión sexual, en el momento del embarazo, [...] el puerperio. Trabajamos no solamente con la mujer: yo tengo familias. [...] A veces uno [como profesional] se involucra y se mete en el domicilio y la familia. No porque sea chusma [entrometida], sino porque realmente muchas cosas de lo que pasa adentro le puede impactar a ese embarazo. Las obstétricas tenemos en claro que no podemos ser solamente asistencialistas [...] y que somos un montón de otras cosas.” (Verónica, trabajadora del PNA. Registro C17)

Ir “más allá” de la actividad asistencial -entendida como la atención clínico-terapéutica de los procesos fisiopatológicos de un proceso obstétrico- requiere de un compromiso con las tareas laborales que exceden los procedimientos técnicos relacionados con estos aspectos, para atender dimensiones de salud integral que precisan un abordaje que reconozca y ponga en valor las trayectorias vitales de las personas usuarias. En ocasiones, esto consistía en “sentarse a charlar”, escuchar activamente los relatos de usuarias sobre sus padecimientos, conversar informalmente o estar atentas a lo que se dice con el lenguaje corporal. Como consecuencia, esto podría suponer el rastreo de situaciones problemáticas que ponían a la obstétrica “en alerta” o que ameritaba la inclusión de otros profesionales para dar una respuesta multidisciplinar a las situaciones que llegaban al consultorio:

“Los residentes formados en hospital son expulsivos. O sea, todo es 'pateo, pateo, pateo, pateo... saco, que se vaya, que venga a la otra guardia...'. Entonces siempre nos reímos porque [cuando rotan por el CAPS] yo les digo 'paciente nueva que entra al consultorio hay que sentarse a charlar'. [...] Las escuchás, simplemente le prestás atención, la mirás a los ojos. [...] Hay que hablar, tomarte el tiempo de preguntarle: '¿qué te pasa, por qué estás así, estás angustiada? Contáme, te puedo ayudar'. [Y la paciente te puede responder, por ejemplo:] 'me pasa con mi nene que lo tuve que llevar al hospital'. [Entonces le preguntás:] '¿qué le pasa a tu nene?, ¿qué le pasó?' [Y te puede decir:] 'no, bueno, porque no se qué, que la leche...'. [Entonces ahí se le puede responder:] 'bueno, pero podemos hablar con la trabajadora social, que ella te puede ayudar.' Entonces la paciente siente a un aliado en vos...” **(Bárbara, trabajadora del PNA y del SNA. Registro C13)**

“Hoy una paciente que atendí me dio una dirección cuando le hice un pedido de estudio. Pero yo vi que en la libreta sanitaria tenía otra dirección, entonces le dije 'pero cómo, ¿vos no vivís acá?'. [Y me respondió:] 'no, no, lo que pasa es que yo me separé y me fui a vivir a lo de mi mamá. Yo ahora vivo en otro lado...'. Vos ahí quedás evaluando cómo podés indagar en qué pasó: se separó, no vive más con esa pareja, ¿por qué?, ¿tuvo violencia?, ¿no tuvo violencia?, ¿por qué vive en lo de la mamá? [...] Vos ya estás alerta en un montón de cosas, fijáte vos en qué detalle: ella me dio una dirección que no era la misma que tenía en la libreta. [...] En todas esas cuestiones [...] por ahí el médico no está a la pesquisa de todos esos detalles... no sabe [y supone:] 'es lo mismo, se fue a la casa de la tía, qué se yo'...” **(Lidia, trabajadora del SNA. Registro C14b)**

“Estar ahí”, para las obstétricas, es “no expulsar”, es “tomarse el tiempo”, dar lugar a que “el otro” logre percibir al espacio de atención como una zona de cuidado, donde puede expresar sus necesidades, temores y urgencias; donde la profesional que escucha se compromete activamente con la gestión de una respuesta a las demandas de quienes acuden a los servicios.

Asimismo, “estar ahí” es atender a lo “no dicho”, es nuevamente “tomarse el tiempo”, pero para rastrear piezas de los escenarios vitales de las personas, para detectar pautas de alarma a partir de los indicios que van dejando durante los momentos de consulta.

“Estar ahí” exige brindar respuestas y tejer redes que requieren a la partera involucrarse y gestionar el acceso a la salud para aquellos sectores de la población que suelen atravesar situaciones de vulneración de derechos.

Así, con la salida de las salas de parto y la llegada al PNA y a la posibilidad de hacer APS - incluso en los hospitales-, el rol de la partera se amplió en al menos dos direcciones: a) al incorporar nuevos problemas bajo su asistencia, vinculados a cuestiones que no estaban relacionadas a la atención de partos y, b) al trabajar junto a otros profesionales y vecinos para el despliegue de estrategias que buscaban resolver el acceso a la salud que en ocasiones se veía obstruido:

“[Antes del PMI] el control prenatal era prácticamente nulo, totalmente deficiente [...]. [Al llegar a los CAPS] empezamos a implementar todo este programa de control prenatal: íbamos a buscar a las mujeres, hacíamos talleres. Trabajamos mucho con las comadres, con las manzaneras [promotoras de salud vecinas de las comunidades] que nos dieron una mano impresionante, [porque] la población más necesitada costaba más que viniera. [...] Pero la mujer que quería un anticonceptivo, lo tenía. [...] Nosotros lo que hacíamos era que aquella que quería colocárselo y no podía acceder a un consultorio privado, y que aparte le daban miles de vueltas, porque el programa [de salud sexual y procreación responsable que garantiza desde 2003 el acceso universal a métodos anticonceptivos] no estaba aún, yo compraba los DIU y los colocábamos ahí en la salita. [...] Nos dimos cuenta de que estábamos brindándole un beneficio a la gente.” (Marcela, trabajadora del SNA. Registro C1)

La gestión de la accesibilidad a los servicios de salud requiere de la planificación y organización de estrategias para garantizar el acceso óptimo y efectivo a las prácticas e insumos que la población demanda. En este sentido, la capacidad para combinar los tres tipos de tecnologías de trabajo y cuidado en salud (Ver [Tabla 5](#)) se vuelve fundamental para la consecución de un modelo de atención integral centrado en las usuarias y sus necesidades. Para ello, la orientación del trabajo que detenta la partería -de fomento y apoyo a la salud integral-, debe primero ser reconocido como un modelo de atención a ponderar que tiende a derribar barreras de accesibilidad, mejorando así los indicadores sanitarios.

En relación a esto, algunas obstétricas consideraron que en los centros sanitarios donde trabajaban, su labor era distinguida, valorada y considerada indispensable por otras profesiones y autoridades:

“Yo creo que vamos tomando más fuerza, un papel más importante y nos van reconociendo cada vez más. Y también siento que por lo menos a mí me hacen sentir que somos necesarias dentro de los hospitales. [...] Puede no haber un ginecólogo de guardia [...]. Pero el día que decís que no hay una partera de guardia: [todos los demás] se vuelven locos. O sea [dicen:] ‘¿cómo es que no hay una partera de guardia? ¿Quién va a ver a las embarazadas si llega algo a la guardia?’. Que no haya un día un médico [implicará que] la partera recibe, derivará, resuelve. Pero si no hay una partera de guardia: se vuelven locos. Entonces eso también a uno lo hace sentir que es importante.” (Corina, trabajadora de un hospital municipal sin servicio de maternidad. Registro C29)

No obstante, el reconocimiento institucional expresado por Corina en su relato no fue una experiencia compartida por todas las obstétricas que participaron de esta investigación. Por el contrario, en algunos casos las parteras sugirieron que pese a sus esfuerzos por construir respuestas de atención tendientes a garantizar accesibilidad y derecho a la salud, su labor era desestimada y poco reconocida.

Una entrevista con dos obstétricas de un hospital municipal reflejó esta situación, que para el caso implicaba una limitación a la posibilidad de llevar adelante tareas contempladas en la legislación vigente para el ejercicio de la partería. De acuerdo a sus dichos, esto obedecía a las decisiones de profesionales médicos que impedían a las obstétricas, por ejemplo, indicar ecografías ginecológicas de control, obstruyendo el acceso de las mujeres a los servicios a partir de la obstrucción del trabajo de las obstétricas:

“Marta. Ayer vino una paciente a la guardia. La vio una doctora generalista que le dijo: ‘andá a hacerte los chequeos ginecológicos’. Pero bueno, vino al consultorio de obstetricia, porque a veces encuentran más rápido entrar acá. Empezó a decir: ‘me tengo que hacer la ecografía endovaginal, la mamografía...’. Y ahí es donde nosotros frenamos. Porque resolvieron hace un tiempo que nosotros [las obstétricas] no lo podíamos hacer.

Carolina. En realidad fue un médico específico, uno de los ecografistas, que dijo que las obstétricas no podíamos pedir más ninguna ecografía mamaria y por lo tanto tampoco mamografía [...]. Enseguida la derivamos por supuesto con la ginecóloga, pero es también ir ayudando porque si tiene mucha demanda la ginecóloga: desde nuestro lugar podemos ir tratando de disminuir un poco su trabajo. [...] Intentamos de todos lados mejorar un poco la accesibilidad de todos los pacientes, ¿no?. [...] Son dos ginecólogas que hacen consultorio nada más. [...] Para algunas mujeres a veces es imposible, tienen muchos hijos o no tienen la posibilidad de venir tan temprano a sacar un turno. [...] Por lo tanto, la llegada a nuestro consultorio es más accesible... [...] El hecho de que nos limiten, limita a la paciente también.

M. Claro, se va sin hacerse [los estudios].

C. Claro, [...] tenés que venir [otra vez] cuando podríamos decir: [‘en el consultorio de obstetricia] te pedimos esto, vamos adelantando pasos, vas haciéndote todo [...] y después cuando tengas todo, recién ahí vas con la ginecóloga’. [...] Justamente la base de la obstétrica es esto, es decir: hacer todo lo que es atención primaria, todo lo de bajo riesgo y

donde se detecta algo que es patológico, derivar.” (Marta y Carolina, trabajadoras del SNA. Registro C31)

Las rutinas de atención que cada profesional podía desplegar se presentaron facilitadas u obstaculizadas por dinámicas que excedían a la voluntad de las parteras. Así, en instituciones que respondían a un mismo nivel de gobierno o que se encontraban dentro de una misma Región Sanitaria, el tipo de tareas que las obstétricas llevaban adelante y estaban autorizadas a realizar, se presentaba de manera heterogénea. La disparidad de modalidades y prácticas autorizadas por quienes coordinaban los servicios de las instituciones implicaba -en algunas de ellas- que las parteras no pudieran llevar adelante tareas que estaban legitimadas legalmente y que formaban parte de los alcances de su título profesional.

Esto quedaba traducido en oportunidades diferenciales de acceso a los servicios para las mujeres, ya que pese a que se contaba con una profesional capacitada y dispuesta a garantizar prácticas, resultaba difícil negociar su realización por la resistencia que otros profesionales manifestaban para su reconocimiento.

En este sentido, se considera que esto supone consecuencias tanto para la profesión obstétrica -contrariada en la definición de su campo ocupacional-, como para las mujeres que en determinadas circunstancias encuentran barreras para el acceso a la atención de su salud.

4.2 Contención, acompañamiento y paciencia

*“Este parto de ahora es de una chiquita de 14 años. Si vos no establecés un vínculo con ella, de acuerdo a lo que ella requiere... porque no era una chica que pedía que se le esté encima... más bien [era] distante [y] hay que respetar eso. Porque uno por ahí quiere abrazarla, quiere atenderla y no es lo que ella quiere en este momento. [...] Y una cosa importante, fijáte que yo no digo ‘mandando’, pero sí hay una hegemonía. La paciente tiene que saber que tiene una contención, un eje: y ese eje es la obstétrica. **(Observación de guardia obstétrica en un hospital provincial y entrevista con dos de las obstétricas que allí trabajan: Beatriz y Lorena. Registro B5)***

La obstétrica acompaña, pero su contención forma parte de las competencias que configuran a la profesión. El acompañamiento se vuelve estrategia de atención, científicamente validada y adecuada para el desencadenamiento de procesos que buscan confluir en resultados obstétricos positivos. Las entrevistadas remarcaron la relevancia del “lenguaje de la mirada”, del “límite” que impone la obstétrica para marcar a la usuaria que “hay alguien que la contiene”. El “lenguaje de la mirada” fue señalado como herramienta central para el acompañamiento emocional: “cuando vos la mirás, le decís que existe y que hay otro que existe que la está conteniendo. Si no la mirás, es como que da igual”, afirmó Beatriz. Al mismo tiempo, la mirada

atenta, permitía el reconocimiento de indicadores que denotan, por ejemplo, el inicio del expulsivo a partir del cambio de coloración de la piel de la parturienta.

En esta línea, Fernanda, una partera con largos años de ejercicio asistencial en un hospital municipal, consideró que la función primordial de la obstétrica durante un trabajo de parto consistía en “estar, para asegurarle a esa mamá que todo vaya bien”, ponderando positivamente la presencia -aunque sea “como una estatua”-:

“Tratando de no invadirla y así es cuando se obtienen los mejores resultados. [...] Yo digo que la paciente en trabajo de parto con un embarazo de bajo riesgo con un trabajo de parto normal: es mía. No la tocás. /Risas/ Ya lo saben [los médicos], eso ya lo saben. La mamá necesita que yo esté ahí y yo estoy ahí y me siento por ahí y leo un libro, capaz que a veces necesita que uno esté: la presencia, eso es importantísimo para ellas. [...] Entonces las parteras tendemos más a la espera, a acompañar, por ahí charlamos de cualquier cosa, pero estamos ahí... es un proceso, el embarazo es visto como un hecho biológico y la medicina te lo ve como un hecho médico.” (Fernanda, trabajadora del SNA. Registro C25)

Relatos como los de Beatriz y Fernanda permiten recuperar competencias que presentaron las obstétricas en sus discursos como elementos que caracterizan a su trabajo y que se distancian de modos de intervenir asociados a las prácticas biomédicas. La atención “se presta”, se otorga, se entrega y toma un nuevo sentido vinculado al “estar ahí” de la partera. La capacidad para “reconocer” las necesidades de la usuaria funciona como punto de partida para la definición de estrategias de intervención profesional, aunque la intervención sea “estar en silencio”. En este sentido, la idoneidad para el despliegue de tecnologías blandas de trabajo (Ver [Tabla 5](#)) adquiere suma relevancia y se presenta como exclusiva de la partería. Además, el fomento a la construcción de un espacio intersubjetivo cimentado en los requerimientos de las mujeres, se presentaba como aspecto importante a tener en cuenta para el logro de buenos resultados obstétricos.

De acuerdo a las entrevistadas, la ejecución de este tipo de tareas implicaba idoneidad para atender a la particularidad de cada usuaria en cada escenario obstétrico transitado. Aptitudes como la contención, el acompañamiento, la valoración a las emociones y la paciencia, estuvieron fuertemente presentes en las definiciones de las obstétricas acerca de su propia labor.

En base a los resultados de las entrevistas a parteras (Ver [Anexo 1](#)), se elaboró una nube de palabras que representa el campo semántico asociado a los sentidos recurrentes a través de los cuales las obstétricas caracterizaron a su campo ocupacional (Gráfico 4):



Fuente: elaboración propia en base a 400 palabras presentes en la respuesta a la pregunta “¿qué consideras que tiene de particular la obstétrica que no tiene otra profesión?” realizada a 32 obstétricas trabajadoras de la RS XI

A la luz de estos resultados, que representan aquello que las parteras señalaron como “propio” de su profesión, se les consultó qué es lo que creían que las diferenciaba de la atención a la SSYR dispensada por profesionales de la medicina. En relación a esto, refirieron que la obstétrica se encuentra del lado de la “no medicalización”, de evitar intervenciones “innecesarias”, siendo promotoras del “parto y de lo natural”.

“Nosotras somos más de esperar, acompañar y contener y por ahí un médico obstetra, no”, destacó una joven obstétrica que se había incorporado recientemente a trabajar en el hospital de su comunidad. “Las parteras somos humanas, [...] el médico es más frío. [...] La diferencia que yo noto es la humanización, [...] ponerse en el lugar del otro”, sostenía una partera con más de treinta años de ejercicio profesional.

Un trato “más familiar” y “más ameno” también fue expuesto como característica saliente del ejercicio de la partería. Asimismo, consideraron que este modelo “impacta en los resultados, en los buenos resultados porque el comportamiento y la contención es distinta”.

Al afirmar que la obstétrica ofrecía un trato particular, remarcaron la importancia de “tener el tiempo para escuchar a la paciente” para registrar qué le estaba pasando y lo que estaba sintiendo quien consultaba. En algunas ocasiones, esto suponía que las usuarias dejaran de optar por las consultas con los profesionales médicos en pos de la elección de “atenderse con la obstétrica” porque “se sienten más cómodas”, porque las parteras tienen mayor facilidad “para ponerse en el lugar del otro” y “llega más a las mujeres”:

“Algunas chicas no se sienten cómodas [con el médico], con el trato. [...] Cuando vienen chicas por ejemplo [me dicen:], ‘me empiezo a atender con vos porque no me gusta el ginecólogo porque me habla mal, porque qué se yo...’. Entonces yo miro la historia clínica... y le digo ‘¿pero vos tuviste algún problema o algo?’ [y me responden:] ‘no’. [...] Yo creo que la humanidad [es lo que nos diferencia]... en el sentido... no sé si ‘humanidad’ es la palabra pero ponerse en el lugar del otro. Al menos es lo que yo experimento y lo que he experimentado con compañeras mías que están en otros lados. Yo no sé si nos formaron así en la facultad o uno eligió esa carrera porque tiene ese espíritu... no, no lo sé. Creo que va en uno: que se pone en el lugar del otro, [que actúa de acuerdo a] cómo te gustaría que te traten. No como estos ginecólogos que en general dicen: ‘bueno mamita, vamos a hacerte un tacto?’. Y ‘trá’, te meten los dedos así /hace un gesto simulando la medición manual de la dilatación del cérvix con cierta rudeza/. Yo lo he visto porque a mí me han hecho tacto así. Brutos. Está bien, capaz que no dimensionan o capaz que están tan acostumbrados que es como hacer un tacto a una vaca ‘tac tac tac’. La partera, en general, tiene más sentido de la ubicación: es más amena, explicás las cosas de otra manera. Decís lo mismo pero explicás las cosas de otra manera. Por lo que yo interpreto, en general, el médico... médico o médica es más frío.” **(Guillermina, trabajadora de un hospital municipal sin internación. Registro C32)**

De acuerdo a las obstétricas que participaron de esta investigación, su profesión ofrecía un trato particular: ameno, atravesado por el despliegue de competencias como la “contención” y una atención centrada en las necesidades de las usuarias. “La obstetricia es estar, la palabra obstetricia viene de estar, estar *al lado de*: vibrar *al lado de*”, dijo una partera con más de veinte años de ejercicio asistencial. “Lo más importante es escuchar al otro [...], darle su tiempo, darle su espacio”, afirmó otra obstétrica, trabajadora de un hospital provincial. Esto, coinciden, se traduce en mejores resultados obstétricos debido a que hay “un mejor registro de lo que está ocurriendo” al tener la capacidad para “ponerse en el lugar del otro”:

“La partería es ancestral. Es raro que conozcas a una partera que la paciente la sienta distante... es raro... porque enseguida se hace como esa fusión de ‘yo te voy a dar lo mejor de mi formación pero también voy a estar con vos. Voy a ayudarte, a compenetrarme, ayudarte a transitar, a pasar esto’. Entonces yo creo que obstetricia es esperar, eso no lo tiene nadie. Sin ir más lejos, hay muy pocos ginecólogos que son buenos obstetras. Hay pocos. ¿Por qué? Porque no esperan, porque te lo quieren sacar como si fuera una pizza al pibe [bebé]. Si a las nueve no nació, te operan. Y la partera tiene todo lo contrario: te

espera. Entiende cuáles son los procesos fisiológicos. Entiende por qué hay que esperar. [...] A mí una partera vieja me enseñó en la residencia que hay veces que la dinámica [del trabajo de parto] se estaciona y la dilatación también se estaciona y se queda una hora, una hora y pico en lo mismo. Entonces es medio frustrante porque vos decís: 'ah, ya debe estar'. La volvés a revisar y está igual. Entonces la partera vieja me decía: 'vamos, vamos que venga el horario de visita, que esté tranquila' y la revisábamos después de la visita y estaba con dilatación completa. El hecho de no estar, o de estar pero no metiendo una presión de 'dale, ya tendría que haber nacido', eso no te lo da nadie de la salud, que no sea la partera bien formada, ¿no? Que está capacitada desde también toda la parte de saber esperar, de no apurar, de entender el proceso fisiológico, de entender hasta cuándo puedo esperar. [...] A medida que pasan los años te vas dando cuenta de que cuanto menos intervenís, mejores son los resultados y que si mejor es la espera, mejor también van a ser los resultados." **(Pilar, trabajadora del SNA. Registro C15)**

"Yo te voy a dar lo mejor de mi formación pero también voy a estar con vos", indicó parafraseándose a sí misma Pilar, como si le estuviera hablando a una usuaria. Por un lado, aquello que sugería adquirido durante la formación. Por el otro -y presentándose escindido de lo anterior-: la habilidad ancestral para estar a su lado.

La partera "te espera", "se funde en vos" y "te ayuda" a transitar los procesos *acompañando*. No obstante, lo que tiene de particular no es su habilidad para la espera, sino que esa espera, esa "paciencia que sólo tiene la partera", es una competencia exclusiva de la profesión, adquirida a partir de: a) el conocimiento de la fisiología de los procesos sexuales y reproductivos, b) el reconocimiento de la integralidad de estos procesos y, c) su formación universitaria científicamente validada.

La obstétrica entiende cuáles son los procesos fisiológicos y cómo se presentan. En función de este conocimiento: sabe por qué y hasta cuándo "esperar". Este modelo de atención se encuentra marcado por la adquisición de un conjunto de aptitudes, habilidades y competencias durante la formación que le permiten saber qué necesita una mujer: si el despliegue de tecnologías duras de trabajo -como un quirófano para una cesárea de urgencia- o de silencio y tiempo -en tanto tecnologías blandas- para que, por ejemplo, un parto pueda resolverse por vía vaginal. En este sentido, aquello que la profesión ofrece de manera exclusiva podría resumirse en la siguiente afirmación: "yo te voy a dar lo mejor de mi formación [y eso implica entre otras cosas que] también voy a estar con vos".

Ahora bien, estas competencias singulares que sugieren evidenciarse en tratos diferenciales y en modelos de atención que se presentan como cualidades propias de la profesión: ¿cómo se adquieren?, ¿son innatas?, ¿se enseñan?, ¿se validan?, ¿son reconocidas por quienes toman decisiones respecto a la organización de los servicios de atención? ¿Es posible dar cuenta del impacto del "estar ahí" en los procesos y resultados de la atención a la SSYR?, ¿qué resulta necesario para ello?

APUNTES DE CIERRE PARA LOS CAPÍTULOS 5 Y 6

A partir del material empírico recolectado, se analizó la inserción laboral y el trabajo de la obstétrica en el subsector público de la RS XI. Asimismo, se puso en evidencia cómo la combinación del uso de tecnologías de trabajo y cuidado en salud propuestas por Merhy (2013, 2016) daban como resultado una labor fuertemente comprometida tanto con los saberes científicos como con las necesidades que expresan las usuarias.

Cecilio y Merhy (2003) sostienen que el cuidado integral en salud se produce a partir de una combinación generosa y flexible de tecnologías duras, intermedias y blandas. De acuerdo a estos autores, la combinación de tecnologías junto a una “humanización” del trato, implican el desafío de “ponerse en el lugar del usuario” y captar así sus necesidades singulares como punto de partida para cualquier abordaje integral de atención y cuidado a la salud.

Las obstétricas despliegan estrategias de trabajo que posibilitan un abordaje integral de los procesos de SSYR. Esto supone reconocer en las usuarias y sus familias sus trayectorias clínicas pero también aquellas dimensiones espirituales, sociales y emocionales.

La obstétrica se presenta a sí misma como una profesional con aptitud para acompañar, guiar y atender a la mujer comprendiéndola desde su integralidad. Así, la configuración tecnológica de su labor permite recuperar y utilizar con idoneidad herramientas diversas capaces de producir respuestas técnicas adecuadas a cada situación que se le presenta.

El “estar ahí” le permite a la obstétrica interpretar: interpretar un resultado ecográfico durante un embarazo o un cambio en una mirada como señal de nueva fase en un trabajo de parto.

Además, se manifiesta un compromiso con la trayectoria de vida de las mujeres y sus familias: no se trata solamente de “curar” o “evitar que enferme”, la obstétrica también acompaña y guía a través del ejercicio de un trabajo “clínicamente implicado” producto de un interjuego entre las necesidades de quien consulta y la variedad de herramientas tecnológicas de actuación profesional con la que cuenta: “en un buen encuentro, las tecnologías blandas operan en todo momento y orientan el uso de otras tecnologías” (Seixas, et al., 2016: 117).

Ahora bien, ¿qué sucede con los modos de registro de aquellas tareas vinculadas al cuidado, al “estar ahí”, al valor de la paciencia, la espera y la escucha? Kirkham (1998) sostiene que este tipo de aptitudes -asociadas al género femenino-, tienden a ser invisibilizadas dentro de los servicios de salud. En este contexto, propone construir conocimiento que respalde su importancia. Por otro lado, Hunter (2005), señala que estas prácticas no suelen estar contempladas como parte de lo que se considera “trabajo remunerable”: no se registra en tanto proceso ni en tanto resultados que produce.

De acuerdo a esto, cobra valor el registro de las cuatro variables de trabajo de las obstétricas propuestas en el Capítulo 6 en relación a los procesos y resultados de la atención. Mostrar el

impacto de la labor integral de las parteras ante quienes toman las decisiones de organización de los servicios de salud, permitiría generar un corpus de conocimiento e información capaz de disputar un mayor reconocimiento frente a quienes definen las condiciones de contratación y las posibilidades laborales para las obstétricas, que de acuerdo a lo desarrollado en el Capítulo 5, son dispares, heterogéneas y en algunos casos también precarias. Impactando esto negativamente en los procesos y resultados de la atención a la SSYR.

Por último, se considera que para ello las parteras deberían dejar de considerar varias de las aptitudes que asumen como propias en tanto “innatas”. Si la obstétrica “hace lo que hace” porque “le sale así”, resulta complejo validarlo dentro de la organización del trabajo a través de contrataciones que den cuenta del impacto de su trabajo de acuerdo a los resultados que produce. Si aquello que se valora y se reconoce de la labor de la obstétrica, no se registra ni se instrumenta ni se evalúa: ¿a partir de qué estrategias podría pensarse la disputa en la mejora de sus condiciones laborales y del reconocimiento profesional que reciben por parte de quienes planifican y ejecutan las políticas sanitarias?

Conclusiones

La presente tesis surgió con el propósito de contribuir, a partir de un estudio socio-antropológico, al conocimiento respecto del proceso de profesionalización de la partería y del escenario de configuración de su campo ocupacional en la Provincia de Buenos Aires (PBA), Argentina.

En primer lugar, se propuso analizar el escenario histórico-político desde donde se construye -y disputa- el campo disciplinar obstétrico en relación a sus dimensiones políticas y organizativas. En segundo lugar, se planteó estudiar en profundidad el trabajo de las profesionales obstétricas desplegado en instituciones de salud situadas en una de las Regiones Sanitarias en las que se encuentra dividida la PBA: la Región Sanitaria (RS) XI. Para ello, se consideraron posicionamientos y estrategias de obstétricas bonaerenses para construir su campo ocupacional en su interjuego con políticas sanitarias locales, normativas, intereses corporativos y profesionales y recomendaciones de organismos internacionales acerca del quehacer profesional obstétrico y del devenir de las políticas en SSYR.

Las experiencias reproductivas de las mujeres vienen siendo ampliamente estudiadas desde la década de 1970 por antropólogas de todo el mundo. Los estudios de género supusieron considerar y estudiar los modos en que las relaciones de poder, puestas en acto a través del proceso de medicalización de la reproducción, acarrear consecuencias sobre los modos en los que son definidos y atendidos los procesos de SSYR. En este contexto, las antropólogas Faye Ginsburg y Rayna Rapp (1991) han subrayado la imperiosa necesidad de concebir a las políticas reproductivas como síntesis de perspectivas -en permanente tensión, movimiento y disputa- producto de la organización de sistemas y movimientos socioculturales y políticos locales, así como de formas de poder y procesos políticos estructurales y globales.

En relación a los procesos globales, en esta tesis han sido presentadas y caracterizadas una serie de estrategias y acciones internacionales dirigidas a la SSYR de las personas y al trabajo de la partería que se fueron desplegando desde las últimas décadas. Los lineamientos propuestos desde organismos como UNFPA, OMS, OPS, UNICEF y ICM tendieron a considerar a las obstétricas como personal de salud clave tanto para el apoyo y sostenimiento de una vida sexual y reproductiva “saludable”, como para su contribución al mejoramiento de la calidad de la atención de la salud en general. En los últimos años del S XX desde los discursos globales comenzaron a hacerse una serie de recomendaciones que sugerían la necesidad de que las parteras trascendieran las salas de parto para brindar cuidado integral, continuo y sostenido de la salud a las mujeres en todos los niveles y circuitos de atención sanitaria. Estas propuestas fueron acompañadas con iniciativas que promovieron una mejora

en su formación académica, el fortalecimiento de sus organizaciones profesionales y la sanción de normativas locales acordes al reconocimiento de una serie de competencias esenciales definidas internacionalmente (Ver [Box 2](#)). Si los gobiernos locales adherían a la premisa de que las obstétricas eran las profesionales de la salud “más adecuadas” para atender mujeres en edad fértil y si las parteras se incorporaban protagónicamente a la atención de la SSYR “de *bajo* riesgo”, la población se beneficiaría y los indicadores sanitarios mejorarían.

Ahora bien, dado que el sistema de salud en Argentina se encuentra fragmentado en tres subsectores -público, seguridad social y privado- y que asimismo, cada jurisdicción provincial tiene la potestad para la organización y planificación sanitaria del subsector público de atención, al momento de definir un “escenario local” para esta tesis se optó por trabajar en la descripción y análisis de la situación de la partería en una jurisdicción del país: la PBA.

En esta región, desde la década de 1990 se han extendido una serie de iniciativas gubernamentales y normativas -en línea con las propuestas internacionales- que tendieron a acompañar la idea de que la partería se afiance como una profesión clave en la dispensa de atención y cuidado de la SSYR. En este sentido, se han presentado en este trabajo los sucesos vinculados al ordenamiento legal, a la formación académica y a la organización profesional que fueron acompañando diversas políticas sanitarias tendientes a la incorporación y permanencia de obstétricas trabajando -en ocasiones bajo contrataciones precarias- en los servicios sanitarios con el objetivo de brindar atención integral y continuidad de cuidado para optimizar la salud de las mujeres de la Provincia.

De acuerdo a los resultados de esta tesis, en las últimas décadas, el trabajo de las obstétricas en la PBA ha sido atravesado por oportunidades políticas que transformaron la profesión en al menos cuatro dimensiones:

- 1) trascendiendo la sala de partos para sumar espacios profesionales que incluyen tareas de atención y cuidado integral a lo largo de toda la vida sexual y reproductiva de las mujeres,
- 2) logrando la sanción de una legislación específica para su ejercicio que contempla sus incumbencias en tanto trabajadoras de la salud integral de las mujeres,
- 3) alcanzando el reconocimiento de su derecho a colegiarse y regular a través de ello el ejercicio de la profesión en el ámbito provincial y,
- 4) adquiriendo el grado de Licenciatura y la posibilidad de acceder al Sistema de Residencias para profesionales de la salud y/o a carreras de posgrado académicas.

El escenario global descrito en esta tesis junto al campo local estudiado en profundidad a lo largo de este trabajo, generan indicios para pensar que existen iniciativas -aunque quizás no consensos- para la puesta en valor de la profesión obstétrica como disciplina de las ciencias de la salud clave para el acompañamiento y fortalecimiento de una vida sexual y reproductiva óptima, saludable y que pueda ser vivida en el marco del respeto y el reconocimiento de derechos.

Esto deriva en la presencia de parteras en los distintos efectores del subsector público del sistema de salud de la PBA desde donde extienden tareas de atención y cuidado que tienden a generar rutas asistenciales continuas que reconocen y valoran derechos fundamentales y promueven la accesibilidad a los servicios, prácticas e insumos necesarios para la atención de la SSYR de la población.

Los resultados presentados en este trabajo indican que la partería no es una disciplina que está siendo *fagocitada* por el avance de la profesión biomédica en la atención de los procesos sexuales y reproductivos. Por el contrario, evidencian que en las últimas décadas se ha presentado una gran apertura del trabajo de la obstétrica en la actividad asistencial bonaerense: la profesión ha logrado trascender los muros de la sala de partos y el lugar de auxiliar de la medicina para constituirse como profesionales parte de equipos interdisciplinarios de salud encargados de trabajar con las mujeres, sus familias y comunidades cumpliendo en una gran proporción de municipios, un rol activo y protagónico.

De este modo, la propuesta de la antropóloga María Epele (op. cit.) de problematizar el proceso de medicalización en tanto universal y homogéneo, ha permitido “desnaturalizar” la idea de que la biomedicina ha avanzado de manera totalizante y ha desplazado y subalternizado por completo a otras profesiones y modelos de atención. Gracias a ello, se ha podido poner el foco en aquellas prácticas de una profesión reconocida como “subalterna” para indagar, visibilizar y documentar propuestas alternativas al “modelo médico hegemónico” (Menéndez, 1988).

Para lograr esto, haber optado por un enfoque etnográfico como orientación metodológica ha sido definitorio. Este encuadre permitió el acercamiento a la construcción de la trama histórico-política y a las dinámicas y procesos asistenciales que *hacen* a la partería en la PBA. Asimismo, facilitó el análisis de las prácticas y sentidos de los sujetos implicados en los escenarios donde se gestionan, negocian y ejecutan políticas y tareas vinculadas a la atención sanitaria de la SSYR. Por último, la perspectiva etnográfica favoreció el reconocimiento de las parteras en tanto actor social activo con intenciones -y en ocasiones recursos- para el desarrollo de acciones tendientes al cuestionamiento del ordenamiento

estructural y hegemónico de la atención a la SSYR y a la propuesta y puesta en marcha de “otras formas” de producir atención y cuidados.

“Hacer etnografía” permitió mostrar quiénes son las obstétricas bonaerenses, qué quieren, qué hacen para conseguirlo, con quiénes se juntan para intentar poner en agenda y disputar sus intereses, con qué recursos cuentan para optimizar sus posibilidades y sortear restricciones. Además, habilitó la posibilidad de dar cuenta de los discursos a través de los cuales respaldan sus prácticas -construidas simbólicamente distantes del quehacer de la medicina- por los beneficios a la población que estas conllevan, contribuyendo positivamente a la mejora en la calidad de la atención.

En la Introducción de esta tesis se ha presentado el modo en que los años finales del S XIX y los primeros del S XX fueron escenarios fundamentales para la consolidación de procesos de atención tendientes a mejorar mecanismos de asistencia a la SSYR. En ese contexto, grandes avances científicos acrecentaron las posibilidades de sobrevivida al mismo tiempo en que el descubrimiento, consolidación y estandarización de algunas tecnologías acompañaron un descenso en la morbilidad del nacimiento. Así, la institucionalización de la atención obstétrica se erigió sobre una piedra angular moral que justificaba el avance de la ginecología como especialidad quirúrgica de la medicina capacitada para la realización de cesáreas. Paralelamente, este proceso implicó para las obstétricas la llegada a las universidades, la salida del “mundo empírico” y el acercamiento hacia los saberes “de la ciencia” que las dotaban de conocimientos en fisiología y patología para sospechar, rastrear cruces del límite “de lo normal”, reconocer el advenimiento de la patología y activar mecanismos de asistencia, coordinación o derivación oportuna a otros especialistas, generalmente médicos.

De este modo, durante gran parte del S XX la atención obstétrica reposó sobre una serie de pares dicotómicos: a) salud-enfermedad, b) normalidad-patología y, c) obstétrica-médico. Pese a ello, se mostró cómo la noción de riesgo -consolidada a partir de las dos décadas previas al S XXI- puso en cuestionamiento este ordenamiento al considerar que la salud de toda la población se encuentra constante y potencialmente “en riesgo”.

A partir de ello, surgió el interrogante que fue guiando gran parte de la investigación empírica posterior alrededor de cuál podría ser el campo de actuación de la partería -asociado al fomento de la normalidad- cuando el modelo de atención dominante se presentaba enarbolando los valores de la cultura hiperpreventiva y la permanente vigilancia -pilares del modelo de atención biomédico-.

Frente a esto, los resultados presentados producto del trabajo de campo etnográfico, indican que la obstétrica comenzó a ocupar el lugar de guardiana de la salud, los deseos y derechos

de las mujeres y que ejerce esa guardia a través de la vigilancia sanitaria y el continuo acompañamiento, alentada por las iniciativas que buscan garantizar su presencia en todos los espacios de atención. De este modo, la partera “está” en la salud y “está” en la enfermedad: al ejercer la guardia sobre la normalidad y al vigilar la posibilidad de que la patología aparezca, activando la presencia de un médico en caso de que esto último ocurra. Se considera que para poder ejercer ese trabajo, se requieren garantías y reconocimiento de idoneidad que validen la competencia para desplegar procesos que permitan la activación de mecanismos adecuados a lo que cada situación amerite: sea “continuar vigilando” o “derivar” -pero siempre con una impronta de fomento a “la normalidad” y al reconocimiento de deseos y derechos de usuarias-. Para ello, se vuelve fundamental tanto trabajar dentro de los espacios sanitarios como también recibir el reconocimiento adecuado por formar parte del equipo de salud, en tanto engranaje insustituible dentro del circuito asistencial.

Con relación a este reconocimiento, en la Parte I de esta tesis se ha presentado una fuerte línea de estudios en Latinoamérica que sostienen que las prácticas y saberes de la partería han sido desestimados, desacreditados y desaparecidos de la atención sanitaria a partir del avance y consolidación del modelo de atención biomédico durante el S XX, trayendo esto como consecuencia un disciplinamiento avasallante sobre los cuerpos de las mujeres. Frente a estos resultados, en esta tesis se ha planteado el peligro de asumir una mirada totalizante respecto de una subordinación de la partería frente a la medicina dado que esto podría negar agencia, invisibilizar matices y construir imaginarios sociales vinculados a la obstetricia como una ocupación marginal que se encuentra alejada de la posibilidad de contar con recursos para la disputa de su fortalecimiento, reificando así una identidad con pocas ventajas corporativas.

Por el contrario, el horizonte de esta obra buscó reconocer la tarea que cumplen las obstétricas en espacios de atención en una región de América Latina -la PBA en Argentina- para a partir de allí preguntarse acerca de cuáles son sus aportes particulares y cómo podrían optimizarse tanto su ejercicio como su reconocimiento.

De acuerdo a los hallazgos de esta investigación, se sostiene que los descubrimientos y avances biomédicos de los últimos siglos, debieran entenderse en tanto insumos que potencian la calidad de la atención dispensada por obstétricas y no la desaparición de la partería. Bajo una mirada que construye a la partera como una profesional que fomenta la normalidad y vigila el riesgo, la medicina y las tecnologías de diagnóstico se vuelven insumo cuando el ejercicio de la clínica lo considera pertinente. Y, siguiendo lo presentado en este trabajo: la obstétrica hace clínica.

Esto implica indefectiblemente el reconocimiento del valor de la interprofesionalidad como pieza fundante de los mecanismos asistenciales en pos de la optimización de la asignación oportuna y adecuada de recursos, insumos, prácticas y decisiones que sigan criterios de costo-efectividad para el sistema de salud y de satisfacción para las personas usuarias.

En relación a ello, retomando los trabajos de la historiadora chilena María Soledad Zárate (2007a, 2007b, 2018) y los estudios de obstétricas como los de Sandall (2009, 2016), Renfrew (2014) y Binfa (2013, 2016a, 2016b), se propuso identificar y caracterizar aquellas dimensiones del trabajo obstétrico que suelen ser cruciales para la buena atención de la SSYR. Esto es considerado un paso central en el camino de construir evidencia científica que esté disponible y accesible para la comunidad académica, para los tomadores de decisiones en materia de política sanitaria y para quienes se encuentran involucrados en los procesos asistenciales. Los datos contruidos desde este propósito cobran un especial interés ya que dan cuenta de variables que, con frecuencia, quedan por fuera de los instrumentos de registro de información habituales utilizados en la atención sanitaria como historias clínicas y sistemas de información digital estandarizados. Es decir, no son considerados al momento de evaluar procesos y resultados, desconociendo así su potencial, su impacto y su significación en los contextos locales de atención sanitaria. Asimismo, suelen ser variables y datos no contemplados en los estudios sociales de las profesiones sanitarias.

En relación a esto último, en la Parte II de esta tesis se propuso poner en consideración acciones y propuestas organizativas por parte de las parteras bonaerenses, tendientes a visibilizar y disputar un mayor reconocimiento para su profesión en diversos ámbitos políticos, académicos y de discusión profesional. Se han mostrado actores, escenarios y acciones clave para la puesta en agenda, negociación de intereses y búsqueda de recursos por parte de las obstétricas -a través del estudio de su Colegio profesional y de exposiciones de obstétricas en espacios de discusión- para que lo que ellas consideraban que beneficiaría a la profesión y por consiguiente a las mujeres y sus familias, fuera reconocido a través del ordenamiento legal, por las unidades académicas formadoras de parteras y por referentes políticos y técnicos responsables de áreas de planificación sanitaria materno-infantil.

El propósito de este apartado giró alrededor de la importancia de reconocer la dimensión política del entramado de procesos de definición de los campos ocupacionales, dando cuenta de procesos de poder, alianzas e intereses contrapuestos. De este modo, se estudió cómo a través de la creación de un Colegio profesional se propició el emprendimiento de cruzadas vinculadas a la disputa por los intereses ocupacionales que se consideraban negados o con dificultades para su alcance.

En particular fueron examinadas dos grandes tareas desplegadas por el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires: una vinculada al logro de adecuaciones legislativas y otra al fortalecimiento de la formación profesional. La gestión de estas cruzadas por parte del COPBA se tradujo en legitimación política tanto *hacia el adentro* como *hacia el afuera* de la profesión, ya que a partir de estos emprendimientos, el organismo se constituyó como interlocutor habitual de referentes de políticas sanitarias locales, nacionales, regionales e internacionales, generando asimismo para estos actores políticos, un aliado para la implementación de sus estrategias vinculadas al ejercicio de la partería.

Los resultados de este análisis mostraron que a nivel nacional existe una gran heterogeneidad en la formación, legislación y en relación a la colegiación profesional de obstétricas. Esto se traduce en una gran disparidad ya que no existe un punto de partida único para consensuar “conquistas” nacionales. Asimismo, esta heterogeneidad tiene implicancias para el ejercicio profesional y el reconocimiento de las incumbencias de las parteras en el ámbito asistencial. Frente a esto, se ha documentado el modo en que el COPBA, en tanto organismo asociado a la Confederación Internacional de Matronas y como organización que centraliza la matrícula de la mayor cantidad de licenciadas en el país, asume la dirección de dos grandes cruzadas: a) por la mejora y la organización de las carreras universitarias y, b) por la abogacía de legislaciones locales acordes a los intereses profesionales y adecuados a las competencias esenciales para la partería definidas internacionalmente.

En relación a la construcción de consensos del colectivo profesional para definir sentidos alrededor de “lo que es” una obstétrica, resultó central el acercamiento a espacios de discusión profesional. Este acercamiento permitió dar cuenta de los modos en los que se tejen alianzas, se validan y legitiman discursos, se habilitan -o no- tópicos a debatir, se definen urgencias y se construyen posicionamientos respecto a los beneficios que traería -para la ocupación y para la población- el cumplimiento de las metas profesionales propuestas. Desde allí fue posible observar construcciones de acuerdos -con mayor o menor eficacia-, alianzas con actores ajenos a la profesión y espacios para el impulso de cambios políticos tendientes a impactar en diferentes dimensiones de la disciplina.

Pese a que los resultados de la segunda parte de la tesis reflejan consensos generales vinculados a los horizontes que busca alcanzar la partería, no han sido claros los acuerdos y definiciones hacia el interior de la profesión. En las jornadas de discusión profesional se evidenció un escaso ejercicio colectivo para la reflexión y se impulsaron pocos momentos propicios para el diálogo, priorizando espacios de disertación individual y dejando incluso en un lugar marginal a la presentación de trabajos científicos desarrollados por parteras -en su mayoría residentes de hospitales públicos bonaerenses-. Aunque no se construyeron

definiciones acabadas, sí fueron presentadas algunas ideas vinculadas al quehacer obstétrico que parecían ser representativas del ejercicio de la partería como el fomento a “lo natural”; el respeto por los deseos y derechos de las usuarias; la consideración de las necesidades de las mujeres; el reconocimiento de su protagonismo y; la consideración de que la vida sexual y reproductiva de las personas es parte del ciclo vital “normal”. Así, el ejercicio de la partería se construía -aunque con poca solidez discursiva- ligado al acompañamiento hacia las mujeres y sus familias en los distintos eventos de su SSYR. Sin intervenir cuando “no es necesario” y brindando herramientas y respuestas acordes a lo que la clínica y las dimensiones socio-emocionales de la vida de las usuarias requieren.

A partir de lo desarrollado en esta segunda parte del manuscrito, se concluye que se han emprendido cruzadas -algunas más consolidadas que otras- que buscan posicionar a la partería como profesión reconocida y jerarquizada. No obstante, no existen aún mecanismos que tiendan a construir evidencia que indique: a) qué es *lo que hace* esta profesión, b) porqué *hace lo que hace* y, c) cómo incide *esto que hace* en los procesos y resultados de la atención. Se sostiene que mientras se enarbole como una cruzada urgente el reconocimiento de la partería y su jerarquización en tanto profesión *clave* para las buenas prácticas de atención, será necesario construir datos respaldatorios que apoyen con evidencia científica aquello que “sólo una obstétrica” puede ofrecer. En este sentido, se considera que las alianzas con actores políticos y la lucha por mayores reconocimientos de las prácticas que realizan, deberían ser acompañadas por otro tipo de acciones, entre las que se destaca la imperiosidad de discutir hacia el interior de la profesión “quiénes son y qué hacen las obstétricas”. Una vez alcanzado este consenso, podrá evidenciarse aquello que se enuncia como propio de la profesión y los beneficios que su ejercicio supone para la población con la que trabajan.

Como propuesta para concretar esto, la Parte III de esta tesis tuvo como objeto la construcción de un modelo para el análisis del trabajo obstétrico a partir de los resultados empíricos obtenidos en la RS XI de la PBA. Previo a su elaboración, se consideró estudiar la organización de la atención sanitaria a la SSYR en dicha Región, ya que las particularidades que la conforman son indicadores a tener en cuenta para el estudio de los modos en los que el trabajo obstétrico se construye, significa, disputa y ejerce.

El análisis refleja que el sistema sanitario se encuentra fuertemente marcado por la segmentación, la fragmentación y la atomización, resultando esto en una organización heterogénea del subsector público y de las respuestas sanitarias que desde allí se producen. Como consecuencia, decisiones políticas, administrativas y corporativas heteróclitas dan forma a la organización de los servicios, impactando esto en la partería y en la población.

Para la obstetricia, esto deriva en la generación de: a) tareas que son dispares de acuerdo a gestiones, instituciones, equipos de trabajo e individuos que forman parte de los circuitos de atención y de la planificación de políticas sanitarias y, b) condiciones de contratación diversas entre -y hacia el interior de- niveles de gobierno, entre programas y entre gestiones. En cuanto a las personas usuarias, lo anterior se manifiesta en un acceso inequitativo a los servicios y en condiciones variables para el recibimiento de atención de calidad.

En este escenario, se vuelve desafiante definir “qué hace una obstétrica” y cuál es el aporte específico de su trabajo, ya que en ocasiones esto se define en un interjuego complejo de negociaciones con “otros”.

Partiendo de la heterogeneidad que caracteriza a la organización de la asistencia y su posterior incidencia en los modos en los que las obstétricas desarrollan sus tareas (Ver [Tabla 4](#)), se optó por construir un marco de análisis que permita recuperar el modo en que las variables salientes del trabajo obstétrico se ponen de manifiesto en los espacios laborales (Ver [Tabla 6](#)). Desde aquí, asimismo, se buscó evidenciar cómo se entraman las distintas tecnologías de trabajo (Merhy 2004, 2016) y qué dice esto sobre el modo de atención que construye como propio la partería en la región.

El análisis de la evidencia construída a partir de este marco analítico, reveló cómo el enfoque de integralidad permea en cada respuesta de atención y cuidado brindada por las obstétricas de la RS XI. En sus palabras: la partera entiende a la mujer “como un todo” y no “como un útero con patas”. Así, en su trabajo diario las parteras incluyen el abordaje de dimensiones emocionales, la historia familiar y la situación social de las usuarias. De este modo, la obstétrica acerca la posibilidad del acceso a prácticas de atención y cuidado, entendiendo cada encuentro con las mujeres como “una oportunidad” al considerarse “la puerta de entrada al sistema de salud para las familias”. Esto supone resultados tan variables como la posibilidad de evitar un embarazo no intencional de una adolescente a partir de la visita a una escuela o la construcción de un espacio de consulta seguro donde una mujer puede denunciar una situación de violencia de género que se encuentra viviendo.

En la RS XI las parteras que trabajan en el subsector público de atención se mostraron hábiles para traccionar recursos y mecanismos necesarios tendientes a propiciar accesibilidad a los circuitos asistenciales y a restituir derechos vulnerados. Al momento de ser consultadas por lo que ellas consideraban que podría jerarquizar el reconocimiento de su trabajo, ninguna de las respuestas incluyó como alternativa la construcción de evidencia científica respaldatoria. En cambio, estas tendieron a direccionarse en dos sentidos: a) uno vinculado a formarse y actualizarse para demostrar conocimiento ante otros -sobre todo a través de saberes ligados

a la biología, porque “sirve para defender el título”- y, b) otro que enfatiza la necesidad de “poner en valor la mirada humanitaria” y restablecer “el valor del trato” en la atención.

Recuperando ambas líneas de respuestas dadas, la primera se presentó como parte de las competencias profesionales. No así la segunda. Mientras los saberes ligados a la anatomía, fisiología y patología eran “técnicos” y “adquiridos”, las respuestas “humanitarias” correspondían a valores morales “que salen naturalmente”.

Frente a esto último, resulta necesario llamar la atención sobre la idea según la cual el “trato empático” y otras modalidades de relación entre las obstétricas y las usuarias se manifiestan en tanto atributos personales “naturales” y no como una habilidad o como una competencia técnico-profesional. En consecuencia, lo que “sale solo”, “naturalmente” se presenta como algo que “nunca se aprendió”, no se reconoce como una habilidad desarrollada a lo largo de una trayectoria ni como producto de la participación en escenarios sociales particulares.

Al respecto, la investigadora Celia Davies (1995) sostiene que la categoría de competencia profesional suele presentarse antitética a la noción de cuidado. Asimismo, señala que esto trae como consecuencia la aparente dicotomía entre “ser competente” y “cuidar”, obstruyendo así la posibilidad de “ser competente en los procesos de cuidado”. En este sentido, Byron Good y Mary DelVecchio Good (1993) sostienen que esto acarrea la complejidad de construir conocimiento creciente alrededor de las prácticas de cuidado. Ya que al no incluirse dentro de la definición de competencia profesional a dimensiones del trabajo como las emociones, las relaciones con otros y las actitudes: se presentan como cualidades innatas de las personas.

En relación a esto, resulta acuciante precisar conceptualmente la categoría de competencia profesional en pos de reflexionar acerca de algunas tareas obstétricas que -de acuerdo a los resultados presentados- suelen ser descritas en tanto habilidades personales intrínsecas y no como parte de las capacidades profesionales. En esta clave el antropólogo Tim Ingold indica que una “habilidad” nunca es innata, aunque los humanos contemos con la capacidad potencial para desplegarla. Por el contrario, este autor sugiere que cualquier habilidad es fruto de la práctica prolongada junto a otros. Ingold le llama a esto “redescubrimiento guiado”, sosteniendo que el “desarrollo del conocimiento práctico [...] no es el resultado de la transmisión de información”, sino de la exposición sistemática y repetida ante situaciones que implican tomar decisiones y afrontar tareas bajo la tutela de “manos más expertas” (2008: 21). Como producto, las personas adquirimos habilidades para anticipar proyecciones y “hacer lo que normalmente funciona” para que los eventos y procesos discurran exitosamente y bajo el menor riesgo de daño posible (2001).

Partiendo de esto, se reconoce que cada obstétrica toma decisiones de acuerdo a los recursos disponibles para construir respuestas. En este sentido, resulta adecuado considerar que lo que se dispone es siempre producto de las circunstancias sumado al despliegue de habilidades desarrolladas para dictaminar qué hacer ante cada una de ellas (Worth et al., 1994).

De este modo, las competencias profesionales son producto de la combinación de recursos disponibles junto a: a) funciones cognitivas que permiten usar el conocimiento adquirido para resolver problemas, b) habilidad para pensar en ellos y ofrecer respuestas integrales e integradas, c) capacidad para comunicarlas tanto a otros profesionales de la salud como a usuarios y familias y, d) sensibilidad, paciencia y un sentido moral apropiado para “poner en acto” -con juicio y humanidad- aquello que se sabe (Epstein y Hundert, 2002).

En efecto, se sostiene que las competencias obstétricas deben ser definidas de manera tal que las dimensiones presentadas en el párrafo precedente sean reconocidas en tanto acciones que guían las prácticas y no solamente como potencialidad del quehacer de la partería. Tener la capacidad para elegir cuándo estar en silencio, cuándo escuchar y cuándo una mujer necesita de una voz rectora no es otra cosa que competencias profesionales específicas resultantes de una historia y un contexto en el que las parteras desarrollan su labor.

La partera siempre hace: la intervención es “estar ahí”. Es activar mecanismos basados en la empatía y en la valorización de la fisiología para asistir y acompañar. Es ser referentes, generar confianza y brindar seguridad a través del despliegue de acciones variables que incluyen tanto permanecer en silencio leyendo un libro al lado de una parturienta, compartiendo recetas de cocina en una sala de espera o activando mecanismos para resolver una urgencia obstétrica.

Ahora bien, definir qué tipo de intervención se necesita en cada momento, requiere de conocimientos científicos y saberes sobre “lo normal” y también sobre “lo patológico”. Contener, acompañar, mirar y escuchar: son técnicas. Es por ello que es preciso reconocer que las tecnologías de trabajo “blandas” requieren de consensos, de acuerdos y de sustento teórico por al menos dos razones: para ser valoradas y para que no se pierdan. Sólo de este modo podría disputarse su legitimidad.

Y para ello, la obstétrica necesita “documentar lo no documentado”. Y divulgarlo. Ya que su filosofía del “estar ahí” le permite ser parte de procesos que exceden lo que se documenta dentro de los instrumentos estandarizados de registro existentes.

Asimismo, resulta apremiante construir datos que reconozcan el valor de las competencias vinculadas a su labor, en tanto combinación de tecnologías de trabajo. Con relación a ello, se

sugiere especial énfasis en el estudio de la aplicación de tecnologías “blandas” y en la construcción de indicadores que den cuenta de la evaluación de su contribución a la calidad de atención.

Se parte de la premisa de que esta última debiera ser estudiada a partir de la valoración de la integralidad en la producción de tareas de atención y cuidado. Para ello, se supone necesario definir indicadores que den cuenta del despliegue de todas las tecnologías de atención y cuidado en salud en tanto dan forma *en uso* a las competencias profesionales.

Por último, se considera que de seguir aplazándose esto, la partería profesional seguirá careciendo de la posibilidad de recibir parte del reconocimiento por su labor que actualmente se le es negado. Especialmente en relación con aquel ligado al cuidado integral de las mujeres y las familias bajo un enfoque que respeta deseos y garantiza derechos. Como consecuencia, sin este reconocimiento, se obstaculiza la posibilidad de abordar esta dimensión de la tarea en relación a los contenidos curriculares de la formación académica y a las incumbencias profesionales impulsadas por organizaciones profesionales. Asimismo, se entorpece la potencia de ser incluida dentro de las planificaciones de políticas sanitarias y por consiguiente, a transformarse en recurso para la negociación de las tareas asistenciales.

Partiendo de esta premisa, y como corolario de este trabajo de tesis doctoral, a continuación se proponen una serie de posibles contribuciones de los resultados que podrían abonar las discusiones sobre la profesión en la región y transformarse en herramientas en la pugna por el reconocimiento y jerarquización de la obstetricia en el escenario local.

Potenciales contribuciones de los resultados de la tesis

1. Aportes de los resultados a la política sanitaria

En esta tesis se ha presentado al sistema sanitario bonaerense como un sector heterogéneo permeado por atributos como la segmentación, fragmentación y atomización. Asimismo, se expuso el modo en que esto impacta en la población, en términos de acceso inequitativo a los servicios y se estudió en profundidad las consecuencias que trae para el ejercicio de la partería en la PBA. En este sentido, fueron caracterizados espacios y modalidades de trabajo obstétrico atravesados por tareas dispares entre instituciones, equipos de trabajo y gestiones gubernamentales e institucionales. También se evidenció una gran divergencia en la organización y gestión de los efectores y servicios de salud. Al mismo tiempo, se marcó una gran variabilidad entre las modalidades de contratación para quienes allí se desempeñan, ligadas a políticas focalizadas pobremente articuladas y a las características administrativas descentralizadas del estado.

Esta investigación empírica fue llevada adelante en uno de los tres subsectores del sistema de salud de la PBA y en los territorios distritales de una de sus doce RS. Se estima que de ampliarse el estudio a otros subsectores y a otras RS o provincias del país, esta caracterización se agudizaría aún más a causa de la convergencia de una mayor cantidad de actores que construyen decisiones políticas, administrativas y corporativas diversas que impactan en las formas en las que se organiza la tarea de los trabajadores de la salud.

Se considera que lo descrito trae consecuencias para la planificación de la política sanitaria ya que por un lado, la marcada heterogeneidad vuelve difícil construir definiciones sólidas sobre “lo que hace” una obstétrica y lo que su labor puede y debe aportar dentro de los mecanismos de asistencia y cuidado a la SSYR. Asimismo, y en relación a lo anterior, lo desarrollado en esta tesis permite reparar en la complejidad que existe para la delimitación de políticas sanitarias integradas que promuevan respuestas y redes de atención que garanticen continuidad en el circuito asistencial y optimicen la calidad de atención brindada.

Frente a esto, se juzga oportuno que desde los sectores donde se planifican políticas dirigidas a la atención de la SSYR, se establezca como punto de partida el reconocimiento del valor de la profesión obstétrica en tanto ocupación con idoneidad para ocuparse de la atención de la SSYR “de *bajo* riesgo”. Se ha revelado en este estudio que cuando las condiciones lo permiten, las parteras acompañan de manera integral y continua a la SSYR de las mujeres desde la anticoncepción o preconcepción hasta el puerperio y la menopausia, transformándose en referentes de las usuarias desde el comienzo del período fértil hasta el final de la vida.

Se propone que quienes planifican políticas sanitarias para el sector valoren positivamente su tarea, apoyen y sostengan el fortalecimiento de la profesión en pos de generar miradas rectoras que propongan puntos de partida para el ejercicio de la tarea asistencial que incluyan todas las competencias profesionales de las obstétricas y que coadyuven en la garantía de su ejercicio en cada efector sanitario.

Con seguridad, esto beneficiaría a la profesión obstétrica. No obstante, se estima positivo el provecho que esto podría tener tanto para la población usuaria y su familia como para la costo-efectividad de la gestión de la atención y sus posteriores indicadores sanitarios.

2. Aportes de los resultados a la construcción de consensos para el ejercicio asistencial de las parteras

Las incumbencias alcanzadas por los títulos habilitantes y reconocidas por las normativas vigentes indican que las obstétricas son parte del equipo de salud con idoneidad para trabajar en la promoción, atención y recuperación de la SSYR “de *bajo* riesgo” bajo un paradigma de atención integral capaz de reconocer la multidimensionalidad que configura a los procesos sexuales y reproductivos de las personas.

Pese a esto, los resultados presentados en este trabajo indican que en algunos lugares de trabajo, las parteras -por ejemplo en relación a la atención de nacimientos- realizaban una gran variedad de tareas mientras que en otros efectores, tenían un menor protagonismo. De este modo, algunas obstétricas debían negociar y disputar al interior de cada efector -a través de recursos disponibles variables-, las labores a realizar y la impronta con la que llevar adelante sus respuestas sanitarias. Así, la falta de consensos y de estandarización de prácticas y protocolos producían pautas de organización del trabajo diversas.

Como consecuencia, el rol variable que cumplen acarrea dificultades para relevar la incidencia del despliegue de sus incumbencias y los resultados asociados a ello, ya que no en todos los lugares las parteras tienen las mismas posibilidades de dar similares respuestas de acogimiento de calidad que tiendan a garantizar continuidad en los circuitos asistenciales. Por ejemplo, favoreciendo adherencia a la lactancia o transmitiendo seguridad y confianza para la vuelta a la consulta puerperal.

Lo presentado sugiere que el consenso sobre el quehacer profesional de la partería en el sector asistencial, abonaría la posibilidad de que las tareas realizadas dejen de ser definidas de manera variable producto de la negociación entre las intenciones subjetivas de cada partera y las posibilidades que les son habilitadas dentro de cada uno de los circuitos de atención donde participan. Asimismo, esto podría suponer la posibilidad de revisar políticas y planes focalizados que posteriormente quedan traducidos en posibilidades de trabajo diversas de acuerdo a cómo son gestionados en cada escenario administrativo y asistencial.

En este contexto, se considera vital desplegar estrategias que permitan unificar criterios para que los roles y tareas que cumplen las obstétricas dejen de lado la heterogeneidad producida por decisiones corporativas y administrativas que obstruyen y limitan su potencialidad. Para que esto sea viable, debe considerarse la gestión de acuerdos conjuntos entre organizaciones de obstétricas, gestores de políticas públicas y referentes de las distintas disciplinas que conforman los equipos de salud.

Para su consecución, se muestra necesario poner en cuestionamiento la visión de que toda mujer que consulta por algún aspecto de su SSYR se transforma indefectiblemente en objeto de la medicina. En contraposición, se considera que la obstétrica está formada adecuadamente para detectar cuándo se requiere de la intervención de un profesional médico. De este modo, las consultas vinculadas a la SSYR que llegan a los servicios son sólo objeto potencial de la medicina cuando alguna eventualidad “de riesgo” sea detectada por la obstétrica. En este sentido, se considera propicio establecer mecanismos de coordinación que permitan a la partera tener a disposición la intervención de otra profesión de acuerdo a su demanda, ya que la obstetricia cuenta con la capacidad para definir si “se ha cruzado el límite de lo *normal*”.

3. Aportes de los resultados vinculados a la formación profesional de obstétricas

En el año 2020, tras largos años de pedido por parte de organizaciones de obstétricas, la Licenciatura en Obstetricia fue incluida dentro de la nómina de carreras que forman parte del artículo 43 de la Ley de Educación Superior sancionada en el año 1995. Como se ha mencionado en la Parte II de esta tesis y en la [Cronología 2b](#), la inclusión de la obstetricia en este artículo la convierte en una profesión “de interés público”, al determinarse que su ejercicio compromete la salud y los derechos de la población. Asimismo, este estatus conlleva a que la regulación y diseño de los planes de estudio sean consensuados formalmente entre las casas de estudio y el estado nacional, proponiendo contenidos curriculares básicos unificados y definiendo planificaciones formales y evaluaciones periódicas bajo los mismos criterios generales.

Teniendo en cuenta esto y recuperando los resultados presentados en páginas anteriores, se alienta a poner en consideración a las aristas de la labor obstétrica vinculadas al despliegue de tecnologías blandas de trabajo en salud (Merhy, op. cit.) que suelen quedar relegadas y solapadas dentro del currículum oculto (Santomé, 1991). Frente a esto, resulta propicio potenciar discusiones al interior de los espacios formativos universitarios a fin de construir acuerdos estratégicos que permitan poner en valor aquellos modelos, teorías y dimensiones del quehacer ocupacional que son pilares fundamentales de las competencias profesionales obstétricas y suelen desconocerse en tanto competencias profesionales adquiridas.

4. Aportes de los resultados vinculados al desarrollo de una línea de estudios local vinculada a la partería profesional

En las páginas anteriores se reveló un escaso desarrollo de estudios sociales y sanitarios vinculados a la partería profesional en el país y en América Latina. En el escenario local esto se ve fuertemente agudizado a causa de una inexistente producción científica referida a la profesión reportada por obstétricas.

En este escenario, resulta imperioso registrar, analizar, publicar y comunicar científicamente el despliegue y aporte de la partería profesional en la atención a la SSYR. En relación a ello, se remarca la importancia de alentar a las obstétricas a diseñar estudios científicos. A título orientativo, estos podrían abordar aristas diversas tendientes a: a) reconocer las dimensiones salientes y particulares de su trabajo, b) dar cuenta de las condiciones que facilitan o limitan el despliegue de sus tareas en los efectores, c) analizar el impacto que esto tiene sobre su labor y sobre los resultados de la atención y, d) a trazar comparaciones entre modelos de atención centrados en los valores de la partería en contraposición a otros.

A partir de estudios sistemáticos que aborden el análisis de las prácticas de atención que despliegan las parteras, podría empezar a considerarse el desarrollo de un corpus teórico capaz de construir categorías propias de su trabajo. La consolidación de un campo de estudios vinculado al quehacer obstétrico permitiría abonar la práctica de acuerdo a un marco teórico formalizado específico para el desempeño de la profesión (Halldorsdottir, 2011). El ejercicio de la partería debería continuar basándose en la mejor evidencia disponible. No obstante, se considera adecuado incluir esa evidencia dentro de marcos teórico-metodológicos sólidos que den visibilidad a aquellas particularidades de la profesión, a sus valores fundamentales y a las competencias exclusivas vinculadas a su ejercicio.

Probablemente, esto requiera reflexionar sobre la necesidad de construir indicadores que permitan valorar aquellas dimensiones del trabajo obstétrico que no podrían reducirse a la sistematización de datos de tipo cuantitativo o a la evaluación del comportamiento de variables previamente definidas. Y de seguro, la antropología social y su enfoque etnográfico podría realizar un acompañamiento interesante para este proceso.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES REFERENCIADAS

Abbott, A. (1988). *The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor*. Chicago: University of Chicago Press.

Abbott, P. & Meerabeau, L. (Eds.). (1998). *The sociology of the caring professions*. Sussex: Psychology Press.

Achilli, E. (2005). *Investigar en Antropología Social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Rosario: Laborde Editor.

Almeida Filho, N. D., Castiel, L. D. & Ayres, J. R. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva*, 5, 323-344. <https://www.scielo.org/article/scol/2009.v5n3/323-344/#ModalArticles>

Annandale, E. C. (1988). How midwives accomplish natural birth: managing risk and balancing expectations. *Social problems*, 35(2), 95-110. <https://doi.org/10.2307/800734>

Armstrong, D. (1995). The rise of surveillance medicine. *Sociology of health & illness*, 17(3), 393-404. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep10933329>

Arsuaga, J. L. & Martínez, I. (1998). *La Especie Elegida. La Larga Marcha de la Evolución Humana*. Madrid: Ed. Temas de Hoy.

Badillo Romero, P. (2018). Diálogos sobre el nacimiento: tensiones entre la hegemonía biomédica y la autonomía de las mujeres. Santiago del Estero, Argentina. En Sánchez Ramírez, G. y Lakko, H. (Eds.) *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas* (237-257). San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur. <https://www.ecosur.mx/libros/producto/parterias-de-latinoamerica-diferentes-territorios-mismas-batallas-epub/>

Batallán, G. (2007). "Consideraciones metodológicas". En *Docentes de infancia. Antropología del trabajo en la escuela primaria* (79-98). Buenos Aires: Paidós.

Battersby, S. & Thomson, A. M. (1997). Community midwives' and general practitioners' perspectives, of antenatal care in the community. *Midwifery*, 13(2), 92-99. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(97\)90062-0](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(97)90062-0)

Becker, H. S. (1963). *Outsiders: studies in the sociology of deviances*. New York: The Free Press of Glencoe.

Becker, H. S. (2009). *Outsiders: hacia una sociología de la desviación*. Buenos Aires; México: Siglo XXI.

Belmartino, S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud colectiva*, 1, 155-171. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2005.v1n2/155-171/es>

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud pública de México*, 53, s96-s109. <https://www.scielo.org/pdf/spm/2011.v53suppl2/s96-s109/es>

Biernat, C. & Ramacciotti, K. (2008). La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(2), 331-351. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000200006>

Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G. (2013). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile. *Midwifery*, 29, 1151-1157. [10.1016/j.midw.2013.07.001](https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.001)

Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., & Foster, J. (2016a). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>

Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Cavada, G., Schindler, P., Burgos, R. Y., ... & Foster, J. (2016b). Midwifery practice and maternity services: A multisite descriptive study in Latin America and the Caribbean. *Midwifery*, 40, 218-225. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.07.010>

Blanco, C. M. C. & Castro, A. B. S. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE investigación: Revista Científica de enfermería*, 27. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7779030>

Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Camargo Jr., K. R. De. (2005). A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15, 177-201. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000300009>

Canguilhem, G. ([1966] 1986). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI, México.

Carrillo, A. M. (1999). Nacimiento y muerte de una profesión: las parteras tituladas en México. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque. Historiam Illustrandam*, 19, 167-190. <https://ddd.uab.cat/record/33742>

Cassirer, E. (1979). *Filosofía de las formas simbólicas*. México: Fondo de la Cultura Económica.

Castiel, L. D. (1999). *A medida do possível: saúde, risco e tecnobiociências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Castiel, L. D., & Álvarez-Dardet, C. (2010). *La Salud Persecutoria. Los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Cecílio, L. D. O. & Merhy, E. E. (2003). A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, 1, 197-210. <http://www.hmdcc.com.br/wp-content/uploads/2018/04/Cecilio-A-INTEGRALIDADE-DO-CUIDADO-COMO-EIXO-DA-GEST%C3%83O-HOSPITALAR.pdf>

Chamberlain, J., McDonagh, R., Lalonde, A. & Arulkumaran, S. (2003). The role of professional associations in reducing maternal mortality worldwide. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 83(1), 94-102. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(03\)00185-1](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(03)00185-1)

Chiara, M. (2019). El derecho a la salud bajo amenaza: problemas y desafíos desde el Conurbano bonaerense. *Voces en el Fénix*, 77, 68-75.

Clark, A. K. (2012). *Gender, state, and medicine in highland Ecuador: Modernizing women, modernizing the state, 1895-1950*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Clarke, A. E., Mamo L., Fosket J. R., Fishman J. R., Shim J. K. Eds. (2010). *Biomedicalization. Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* Edinburgh: Duke University Press.

Clifford, J. (1999 [1988]). Sobre la autoridad etnográfica. En C. Reynoso (Comp.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*, 141-170. Barcelona: Gedisa.

Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Obstétricas de la Dirección de Maternidad e Infancia, Carrera de Licenciatura en Obstetricia Universidad de Buenos Aires, Carrera de Licenciatura en Obstetricia Universidad Católica de La Plata, Asociación de Obstétricas Municipales, Federación de Obstétricas de la República Argentina (2007). *Análisis situacional de la profesión obstétrica*. Recuperado de: <http://comisionnacional.fullblog.com.ar/analisis-situacional-de-la-profesion.html> [Consultado el 5 de septiembre de 2021]

Conrad, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En Ingleby, D. (Ed.) *Psiquiatría Crítica. La política de la salud mental* (pp. 129-159). Barcelona: Crítica-Grijalbo.

Conrad, P. & Schneider, A. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Ohio: Merrill Publishing Company.

Cresswell, J. W. (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Traditions*. Sage Publications London, New Delhi.

da Gama, S. G. N., Viellas, E. F., Torres, J. A., Bastos, M. H., Brüggemann, O. M., Filha, M. M. T., ... & do Carmo Leal, M. (2016). Labor and birth care by nurse with midwifery skills in Brazil. *Reproductive health*, 13(3), 225-233. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0236-7>

Davies C. (1995). Competence versus Care? Gender and Caring Work Revisited. *Acta Sociologica*, 38(1):17-31. [doi:10.1177/000169939503800103](https://doi.org/10.1177/000169939503800103)

Davis Floyd, R, Daviss, B. A., & Tritten, J. Eds. (2009). *Birth models that work*. Berkeley: University of California Press.

Davis-Floyd, R, & Sargent, C. Eds. (1996). The Social Production of Authoritative Knowledge in Pregnancy and Childbirth. *Medical Anthropology Quarterly Special Issue 10* (2). <https://www.jstor.org/stable/i226504>

Davis-Floyd, R. (1994). The technocratic body: american childbirth as cultural expression. *Social Science and Medicine*, 38 (8), 1125-1140. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90228-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90228-3)

Davis-Floyd, R. & Sargent, C. (1997). *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520918733>

Del Río Fortuna, C. & Lavigne, L. (2009). Las sexualidades en el campo del derecho: un análisis antropológico de las políticas públicas en la ciudad de Buenos Aires, Argentina. Ponencia presentada al Grupo de trabajo *Implementação de Direitos e Gestão da Vida*, VIII Reunión de Antropología del Mercosur, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Di Liscia, M. S. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. *Signos Históricos*, enero-junio, 94-119. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sh/v7n13/1665-4420-sh-7-13-94.pdf>

DiMaggio, J. (1988). Interest and agency in institutional theory. En Zucker, L. G. (ed.) *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment* (3-22), Cambridge: Ballinger.

DiMaggio, P. & Powell W. W. (1981). *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: University Chicago Press.

DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review* 48(2), 147-160. <https://doi.org/10.2307/2095101>

Dirección de Información en Salud del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires. Subsecretaría de Gestión de la Información, Educación Permanente y Fiscalización. [Sitio Web]. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/infoensalud/> [Consultado el 20 de abril de 2021]

Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las Provincias del Ministerio de Economía de la Nación. [Sitio Web]. <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/index.php> [Consultado el 18 de abril de 2021]

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2015). *Iniciativa sanitaria tendiente a vigilar la prevalencia de la cesárea. Estrategias para su disminución*. Recuperado de: http://www.fasgo.org.ar/images/Cesareas_Iniciativa_y_estrategias_reduccion.pdf [Consultado el 27 de agosto de 2021]

Dirección Provincial de Estadística del Ministerio de Hacienda y Finanzas de la provincia de Buenos Aires. [Sitio Web]. <http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/> [Consultado el 18 de abril de 2021]

Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid: Siglo XXI

Dunsworth, H. M. (2018). There is no "obstetrical dilemma": Towards a braver medicine with fewer childbirth interventions. *Perspectives in biology and medicine*, 61(2), 249-263. <https://muse.jhu.edu/article/701861/summary>

Emerson R., Fretz, R., & Shaw, L. (1995). *Writing Ethnographic Fieldnotes*. Chicago: University of Chicago Press.

Epele, M. (2013). El tratamiento como palimpsesto. Cuando la medicalización se convierte en crítica "políticamente correcta". *Cuadernos de antropología social*, (38), 7-31. <https://www.redalyc.org/pdf/1809/180930861001.pdf>

Epstein R. & Hundert E. (2002). Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA*, 287(2):226–235.

Faccia, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: Biernat C., Cerdá J. M., & Ramacciotti K. (Eds.) *La salud pública y la enfermería en la Argentina* (315-326). Bernal: Ediciones de la Universidad Nacional de Quilmes.

Fescina, R., Butrón, R., De Mucio, B., Martínez, G., Díaz-Roselló, J. L., Simini, F. Camacho & Mainero L. (2007). *Sistema de Informático Perinatal. Historia clínica perinatal: instructivo de llenado y clarificación de términos*. Montevideo: CLAP/SMR.

Fescina R., De Mucio B, Martínez G, Durán P, Serruya S, Mainero L, Porro R, & Rubino M. (2011). *Sistema Informático Perinatal: programas utilitarios y diagrama de redes: instrucciones de configuración del sistema*. Montevideo: CLAP/SMR.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2008). *Estado de la población mundial 2008. Ámbitos de convergencia: cultura, género y derechos humanos*. Nueva York: UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp08_spa.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2011). *El estado de las parteras en el mundo 2011*. Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2012). *Las Compañeras en el Alumbrar. Dejando la penumbra en el arte obstétrico. Bolivia, 1837 – 2012*. La Paz: UNFPA.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014a). *El estado de las parteras en el mundo 2014. Hacia el Acceso universal a la salud, un derecho de la mujer*. Nueva York: UNFPA. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/SoWMy2014_complete-Spanish.pdf

Fondo de Población de las Naciones Unidas (2014b). *Guía para programas integrales de partería*. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwifery%20Programme Guidance%20Spanish Final%202014.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Midwifery%20Programme%20Guidance%20Spanish%20Final%202014.pdf)

Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.

Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Obras esenciales. vol. II. Barcelona: Paidós.

Franco, T. B., Bueno, W. S., & Merhy, E. E. (1999). O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15, 345-353. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/csp/v15n2/0319.pdf

Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2012). Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. *Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 6(2), 151-163. <https://doi.org/10.18569/tempus.v6i2.1120>

Freidson, E. (1978). *La Profesión Médica*. Barcelona: Península.

Freidson, E. (1988). *Professional powers: A study of the institutionalization of formal knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.

Giddens, A. ([1984] 1995). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.

Giddens, A. (1987). *Nuevas reglas del método sociológico*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gilligan, C. (2019). Después de parir. Un abordaje etnográfico de la atención obstétrica posterior al parto. [Tesis de maestría]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/12863>

Gilligan, C., & Salsa Cortizo, M. V. (2016). Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas. IX Jornadas de Sociología, Universidad Nacional de La Plata. http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.9240/ev.9240.pdf

Ginsburg, F. & Rapp, R. (1991). The politics of reproduction. *Annual Review of Anthropology*, 20, 311-343. <https://doi.org/10.1146/annurev.an.20.100191.001523>

Ginsburg, F. & Rapp, R. (Eds.) (1995). *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.

Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.

Good, B., & Good, M. J. D. (1993). Learning medicine. The construction of medical knowledge at Harvard Medicine School. En Linderbaum S. & Lock M. (Eds.) *Knowledge, Power, and Practice* (81-107). Berkeley: University of California Press.

Good, B. (2003). *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Bellaterra.

Graschinsky, Y. & Rodríguez Giles, E. (1994). 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.

Greenwood, R., Suddaby, R. & Hinings, C. R. (2002). Theorizing change: the role of professional associations in the transformation of institutionalized fields. *Academy of Management Journal* (45), 58–80. <https://doi.org/10.5465/3069285>

Grimberg, M. (1995). Sexualidad y Construcción Social del VIH-SIDA: Las representaciones médicas. *Cuadernos Médico Sociales*, 70, 37-51.

Grunstra, N., Zachos, F., Herdina, A., Fischer, B., Pavličev, M., Mitteroecker, P. (2019). Humans as inverted bats: A comparative approach to the obstetric conundrum. *American Journal of Human Biology*, 31(2), e23227. <https://doi.org/10.1002/ajhb.23227>

Gualda, D. M. R., Narchi, N. Z., & de Campos, E. A. (2013). Strengthening midwifery in Brazil: Education, regulation and professional association of midwives. *Midwifery*, 29(10), 1077–1081. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.002>

Guber, R. (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (pp. 111-112). Buenos Aires: Paidós.

Guber, R. (2011). La observación participante como sistema de contextualización de los métodos etnográficos: La investigación de campo de Esther Hermitte en los Altos de Chiapas, 1960-1961. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 1(2), 60-90. <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/library?a=d&c=arti&d=Jpr5188>

Guber, R., & Rosato, A. M. (1989). La construcción del objeto de investigación en Antropología Social: una aproximación. *Cuadernos de antropología social*, (3).

Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavian journal of caring sciences*, 25(4), 806-817.

Hammersley, M. & Paul, A. (1994). *Etnografía. Métodos de Investigación*. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.

Hellman, C. (1994). *Culture, Health and Illness*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

Hernández, V. (2006). Estudiando el orden jerárquico a través del dispositivo implicación-reflexividad. *Cuadernos de Antropología Social*, 23, 57-80.

Homer, C. S., Friberg, I. K., Dias, M. A. B., ten Hoope-Bender, P., Sandall, J., Speciale, A. M., & Bartlett, L. A. (2014). The projected effect of scaling up midwifery. *The Lancet*, 384(9948), 1146-1157. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60790-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60790-X)

Hunter, B. (2004). Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery*, 20(3), 261-272. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2003.12.004>

Hunter, B. (2005). Emotion work and boundary maintenance in hospital-based midwifery. *Midwifery*, 21(3), 253-266. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.12.007>

Hunter, B. (2006). The importance of reciprocity in relationships between community-based midwives and mothers. *Midwifery*, 22(4), 308-322. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.11.002>

Ingold, T. (2008). Tres en uno: cómo disolver las distinciones entre cuerpo, mente y cultura. En *Tecnogénesis: La construcción técnica de las ecologías humanas* (1-33). Asociación de Antropólogos Iberoamericanos en Red (AIBR).

Ingold, T. (2020). From the transmission of representations to the education of attention. En *The debated mind* (113-153). London: Routledge.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2010). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de la República Argentina. Recuperado de: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135> [Consultado el 15 de abril de 2021]

Jacono, B. J. (1993). Caring is loving. *Journal of Advanced Nursing*, 18(2), 192-194. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18020192.x>

Jordan, B. (1993 [1978]). *Birth in Four Cultures: A Cross-Cultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Prospect Heights: Waveland Press.

Kennedy, H. P., & Shannon, M. T. (2004). Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(5), 554-560. <https://doi.org/10.1177/0884217504268971>

Kirkham, M. (1998). Professionalization: Dilemmas for Midwifery. En Abbott, P., & Meerabeau, L. (Eds.) *The sociology of the caring professions* 123-155. Psychology Press.

Kirkham, M. (1999). The culture of midwifery in the National Health Service in England. *Journal of advanced nursing*, 30(3), 732-739. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1999.01139.x>

Kitzinger, S. (1988). *The Midwife Challenge*. London: Pandora.

Krause, E. L., & De Zordo, S. (2012). Introduction. Ethnography and biopolitics: tracing “rationalities” of reproduction across the north–south divide. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 137–151. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675050>

Krotz, E. (1994). Alteridad y pregunta antropológica. *Alteridades*, (8), 5-11. <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/1475>

Lampel, J., & Meyer, A. D. (2008). Field-configuring events as structuring mechanisms: How conferences, ceremonies, and trade shows constitute new technologies, industries, and markets. *Journal of Management Studies*, 45(6), 1025-1035. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1862360

Lavender, T., & Chapple, J. (2004). An exploration of midwives’ views of the current system of maternity care in England. *Midwifery*, 20(4), 324-334. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.01.005>

Levi-Strauss, C. ([1958] 1977). *Antropología Estructural*. Buenos Aires: EUDEBA.

Ley de la provincia de Buenos Aires 10.471. Carrera Profesional Hospitalaria. (1986)

Ley de la provincia de Buenos Aires 11.745 y sus modificatorias 12.194, 12.808, 13.509 y 14.802. Regulación del ejercicio profesional de la obstetricia. (1995, 1998, 2001, 2008 y 2015).

Ley de la provincia de Buenos Aires 4.534. Del ejercicio de la medicina, farmacia, odontología, bioquímica, obstetricia, veterinaria, bacteriología y demás ramas del arte de curar. (1936)

Ley de la provincia de Catamarca 5.549. Ejercicio de la obstetricia. (2018)

Ley de la provincia de Chaco 3.290-G. Ejercicio de la obstetricia. (2020)

Ley de la provincia de Entre Ríos 7.897. Ejercicio de la obstetricia. (1987)

Ley de la provincia de Jujuy 6.101. Ejercicio de la obstetricia. (2018)

Ley de la provincia de La Rioja 10.102. Ejercicio de la obstetricia. (2018)

Ley de la provincia de Misiones I-169. Ejercicio profesional de la obstetricia. (2019)

Ley de la provincia de Neuquén 2.731. Ejercicio de la obstetricia. (2010)

Ley de la provincia de Río Negro 4.095. Ejercicio profesional de la obstetricia. (2006)

- Ley de la provincia de Santiago del Estero 4.619. Ejercicio de la obstetricia. (1978)
- Ley de la provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur 1.056. Ejercicio de la obstetricia. (2015)
- Ley Nacional 17.132. Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. (1967)
- Ley Nacional 24.004. Ejercicio de la Enfermería. (1991)
- Ley Nacional 24.317. Ejercicio de la Kinesiología y Fisioterapia. (1994)
- Ley Nacional 24.521. Educación Superior . (1995)
- Ley Nacional 25.929. De protección del embarazo y el recién nacido. (2004)
- Ley Nacional 26.130. Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica. (2006)
- Ley Nacional 26.485. Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. (2009)
- Ley Nacional 26.610. Interrupción Voluntaria del embarazo. (2020)
- Ley Nacional 27.051. Ejercicio de la Profesión de Terapeutas Ocupacionales, Terapistas Ocupacionales y Licenciados en Terapia Ocupacional. (2014)
- Ley Nacional 27.568. Ejercicio profesional de la Fonoaudiología. (2020)
- Lock, M. (2002). Human body parts as therapeutic tools: contradictory discourses and transformed subjectivities. *Qualitative Health Research*, 12(10), 1406-1418. <https://doi.org/10.1177/1049732302238751>
- McCallum, C., & Reis, A. P. D. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22, 1483-1491. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>
- MacDorman, M. F., & Singh, G. K. (1998). Midwifery care, social and medical risk factors, and birth outcomes in the USA. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 52(5), 310-317. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.52.5.310>
- Maceira, D., & Palacios, A. (2012). Estructura, Gestión y Desempeño de Cabeceras de Red Hospitalarias Perinatales. CEDES. Recuperado de: <http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/MaceiraPalacios-WB-RedesPerinatales-final-22oct2012.pdf>.
- Mackay, L. (1998). Nursing: will the Idea of Vocation Survive? En Abbott, P., & Meerabeau, L. (Eds.) *The sociology of the caring professions* 54-71. Psychology Press.
- Malavassi Aguilar, A. P. (2002). De parteras a Obstétricas: la profesionalización de una práctica tradicional. Costa Rica de 1900-1940. Examen Preliminar. *Portal Historia Centroamericana, Escuela de Historia, UCR, San José*.

Malinowski, B. ([1922] 1986). *Los argonautas del Pacífico occidental*. Barcelona: Planeta-Agostini.

Malinowski, B. (1975). *La vida sexual de los salvajes del noroeste de Melanesia*. Madrid: Ediciones Morata.

Marín, G. H. , Silberman, M., Uriarte, A., Sarijulis, M., Ozaeta, B., Henen Chem, J. (2011). Healthcare model based on personalised attention: impact on maternal mortality and health system quality. *Quality in Primary Care*, 1, 311-316.

Marland, H. & Rafferty, A. M. Eds. (1997). *Midwives, society and childbirth. Debates and controversies in the modern period*. London/New York: Routledge.

Martin, A. L. (2018). *Parir, cuidar y asistir: El trabajo de las parteras y enfermeras en Buenos Aires (1877-1955)*. [Tesis de Doctorado]. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/4153>

McCallum, C., & Reis, A. P. Dos. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1483–1491. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000700012>

McCrea, H. (1993). Valuing the midwife's role in the midwife/client relationship. *Journal of Clinical Nursing*, 2(1), 47-52. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1993.tb00130.x>

McInerney, P. B. (2008). Showdown at Kykuit: Field- configuring events as loci for conventionalizing accounts. *Journal of Management Studies*, 45(6), 1089-1116. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.2008.00784.x>

Mead, M. ([1928] 1961). *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Paidós.

Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. Libro de Actas de las *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30 de abril al 7 de mayo de 1988, Buenos Aires, 451-464.

Menéndez, E. (1997). Holísticos y especializados: Los usos futuros de la antropología social. *Nueva Antropología*, 16, 9-33. <https://www.redalyc.org/pdf/159/15905302.pdf>

Menéndez, E. (2000). La dimensión antropológica. En *Contextos, sujetos y drogas: un manual sobre drogodependencias*, 79-98. Barcelona: Instituto municipal de salud pública del ayuntamiento de Barcelona.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://www.scielo.br/j/csc/a/pxxsJGZjnrqbxZJ6cdTnPN/?format=pdf&lang=es>

Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de gestão da Educação na Saúde. VER-SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde*, 108-137. <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>

Merhy, E. E., Feuerwerker, L. C. M., & 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, 25-34.

Merhy, E. y Feuerwerke, L. (2016). Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. En Merhy, E., et al. (Eds.), *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde Surpreendendo o instituído nas redes*, 179-184. Río de Janeiro: Exis editora.

Meyer, A. D., Gaba, V., & Colwell, K. A. (2005). Organizing far from equilibrium: Nonlinear change in organizational fields. *Organization science*, 16(5), 456-473. <https://doi.org/10.1287/orsc.1050.0135>

Ministerio de Educación, Cultura, Ciencia y Tecnología, Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2019). *Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva. Un agente estratégico*. Documento técnico número 4 del Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia.

Ministerio de Salud de la Nación (2014). *Nomenclador perinatal de alto riesgo*. Documento técnico elaborado en el marco del Plan Nacer. Recuperado de: [http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Nomenclador Perinatal de Alto Riesgo.pdf](http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Nomenclador%20Perinatal%20de%20Alto%20Riesgo.pdf)

Ministerio de Salud de la Nación (2018). *Regionalización de la atención perinatal. Barreras, experiencias y avances en el proceso de Regionalización Perinatal*. Documento técnico de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001280cnt-regionalizacion-2018.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Natalidad y mortalidad infantil para el año 2019. Boletín de la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/deis/datos> [Consultado el 22 de julio de 2021]

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (2019). *Obstétricas Formación y Ejercicio Estado de situación en Argentina*. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/obstetricas_ejercicio_y_formacion_2019.pdf [consultado el 13 de mayo de 2021]

Montes-Muñoz, M. J. (2012). La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña, España. *Investigación y Educación en Enfermería*, Mayo-Agosto, 198-207. <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105224306003.pdf>

Morgan, L. M., & Roberts, E. F. S. (2012). Reproductive governance in Latin America. *Anthropology & Medicine*, 19(2), 241–254. <https://doi.org/10.1080/13648470.2012.675046>

Moscucci, O. (1993). *The science of woman: gynaecology and gender in England, 1800-1929*. Cambridge University Press.

Mott, M. L. (2001). Fiscalização e formação das parteiras em São Paulo (1880-1920). *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 35(1), 46-53. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342001000100008>

Mott, M. L. Ed. (2002). Parto. *Revista Estudos Feministas, Dossiê 10(2)*, 399-399.

Murphy-Lawless, J. (1991). Piggy in the middle: the midwife's role in achieving woman-controlled childbirth. *The Irish Journal of Psychology*, 12(2), 198-215. <https://doi.org/10.1080/03033910.1991.10557838>

Murphy-Lawless, J. (1998). *Reading birth and death: A history of obstetric thinking*. Indiana: University Press.

Méndez, D. N., & Núñez, D. C. (2017). Análisis de la cesárea como fuente de costo. *Medisan*, 21(08), 1008-1017. <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v21n8/san07218.pdf>

Nari, M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940*. Buenos Aires: Biblos.

Oakley A. (1993). Giving support in pregnancy: the role of research midwives in a randomized controlled trial. En Robinson S., Thomson A.M. (Eds.) *Midwives, Research and Childbirth*. Boston: Springer

Odberg, P., Stone, K. (2005). Perfil de los servicios de partería en las Américas: Modelos de atención del parto. Una revisión bibliográfica. Ediciones OPS.

Organización de las Naciones Unidas (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2014*. Nueva York: ONU.

Organización Mundial de la Salud (1985). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento: Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto. *The Lancet*, 2.

Organización Mundial de la Salud (1996). *Guía Práctica de cuidados en el parto normal*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2005). Informe sobre la salud en el mundo. Cada madre y cada niño cuentan. Recuperado de: http://www.who.int/whr/2005/overview_es.pdf [visitado el 27 de enero de 2021].

Organización Mundial de la Salud, ICM, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial, FIGO (2010). *Un llamado mundial a la acción: fortalecer la partería para salvar vidas y promover la salud de las mujeres y los recién nacidos*. Recuperado de: http://www.who.int/workforcealliance/media/events/2010/calltoaction_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud (2010). *Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional*. Montevideo: Organización Panamericana de la Salud.

Pierini, C. (2019). Estructura y organización de una red perinatal en el conurbano bonaerense (provincia de Buenos Aires, Argentina). *Población & sociedad*, 26(2), 34-63. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7633980>

Piña, C. (1988). *La construcción del "mismo" en el relato autobiográfico*. Santiago de Chile: FLACSO

Programa de Maternidad e Infancia de la provincia de Buenos Aires (s/f). Boletín informativo del PMI, 3, s/f.

Quiróz Pérez, L. (2018). Dar a luz en el Perú. La partería en la encrucijada de las biopolíticas de medicalización del parto, Siglos XIX a XXI. En Sánchez Ramírez, G. y Laako, H. (Eds.) *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. San Cristóbal de Las Casas: El Colegio de la Frontera Sur. <https://www.ecosur.mx/libros/producto/parterias-de-latinoamerica-diferentes-territorios-mismas-batallas-epub/>

Ramaciotti, K., & Valobra, A. (2015). Feminización y profesionalización de la enfermería (1940-1955). En Biernat, C., Cerdá, J. M., & Ramaciotti, K. *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Bernal: Ediciones de la Universidad Nacional de Quilmes.

Remorini, C. (2009). Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud-Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina. [Tesis de Doctorado]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata, Edulp, 1ra ed. ISBN 978-950-34-0602-1. http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/4293/Documento_completo.pdf?sequence=5

Renfrew, M. J., McFadden, A., Bastos, M. H., Campbell, J., Channon, A. A., Cheung, N. F., ... & Declercq, E. (2014). Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *The Lancet*, 384(9948), 1129-1145. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3)

Restrepo, L. J. (1995). Parteras, comadronas y médicos: la instauración de la obstetricia en Medellín 1870-1920. *Revista institucional UPB*, 44(140), 33-42. <https://revistas.upb.edu.co/index.php/revista-institucional/article/view/2214>

Robinson, S. (1985). Midwives, obstetricians and general practitioners: the need for role clarification. *Midwifery*, 1(2), 102-113. [https://doi.org/10.1016/S0266-6138\(85\)80005-X](https://doi.org/10.1016/S0266-6138(85)80005-X)

Robinson, S. & Thomson, A. M. Eds. (1989; s/f; 1994; 1996) *Midwives, research and birth, 1,2,3,4* London: Chapman and Hall.

Rockwell, E. (1989). *Notas sobre el proceso etnográfico (1982-1985)*. México: DIE, mimeo.

Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en los procesos educativos*. Buenos Aires: Paidós.

Gualda, D. M., Praca, N. D. S., Barbosa Merighi, M. A., Komura Hoga, L. A., Bergamasco, R. B., Salim, N. R. & Caldeira, S. (2009). Woman's health and the body. *Revista da escola de enfermagem da USP*, 43, 1314-1319. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000600030>

Rose, N. (2009). *The politics of life itself*. Princeton: University Press.

Rosenberg, K., & Trevathan, W. (1995). Bipedalism and human birth: The obstetrical dilemma revisited. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, 4(5), 161-168. <https://doi.org/10.1002/evan.1360040506>

Rosenberg, K. R., & Veile, A. (2019). The evolutionary and biocultural causes and consequences of rising cesarean birth rates. *American Journal of Human Biology*, 31(2). <https://doi.org/10.1002/ajhb.23230>

Sahlins, M. (1988). *Islas de historia. La muerte del capitán Cook: metáfora, antropología e historia*. Barcelona: Gedisa.

Salsa Cortizo, V. (2020) El rol de la obstétrica ante barreras de acceso a la salud en la Región Sanitaria XI, provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 12(e20). <https://ojsr.asp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/146>

Salsa Cortizo, V. (2021) Las obstétricas bonaerenses. Reflexiones acerca del ejercicio de la partería profesional en Argentina. *Publicación AFIN*, 121, 1-11. https://ddd.uab.cat/pub/afin/afinSPA/afin_a2021m3n127iSPA.pdf

Salsa, J.A.C., & Salsa Cortizo, V. (2019). El ordenamiento jurídico de la obstetricia profesional en el ámbito de la provincia de Buenos Aires: Diálogos entre la antropología y el derecho. *Revista jurídica electrónica de la Facultad de Derecho de la UNLZ*, 6. <http://www.derecho.unlz.edu.ar/web2017/wp-content/uploads/2017/05/5-ART.-SALSA-Y-SALSA-CORTIZOCC.pdf>

Salsa, M. E., Cosin, J. M., Salerno, H.O. (1977). *Propuesta para la creación de un centro regional de atención perinatal en el municipio de Avellaneda*. [Trabajo final del Curso de Administración Hospitalaria]. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires.

Sandall, J., Hatem, M., Devane, D., Soltani, H., & Gates, S. (2009). Discussions of findings from a Cochrane review of midwife-led versus other models of care for childbearing women: continuity, normality and safety. *Midwifery*, 25(1), 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2008.12.002>

Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife- led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews*, (4), <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>

Santomé, J. T. (1991). *El curriculum oculto*. Madrid: Ediciones Morata.

Saussure, F. de (1945). *Curso de lingüística general*. Buenos Aires: Losada.

Schapira, M. V. (2003). Dentistry in Argentina: The history of a subordinated profession. *Historia, ciencias, saude*, 10(3), 955-977. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702003000300008>

Schapira, M. (2008). La Universidad en la profesionalización de la odontología. En *Actas del V Encuentro Nacional y II Latinoamericano: La Universidad Como Objeto de Investigación: Democracia, Gobernabilidad, Transformación y Cambio de la Educación Superior Universitaria*. Olavarría: Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires.

Schwandt, T. (1997). *Qualitative Inquiry. A Dictionary of Terms*. USA: Sage Publications.

Scott, W. R. (1995). *Institutions and organizations*. Thousand Oaks: Sage.

Seixas, C. T., Merhy, E. E., Baduy, R. S., & Slomp Junior, H. (2016). La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud colectiva*, 12, 113-123. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.874>

- Shane, S., & Venkataraman, S. (2000). The promise of entrepreneurship as a field of research. *Academy of management review*, 25(1), 217-226. <https://doi.org/10.5465/amr.2000.2791611>
- ten Hoope-Bender, P., de Bernis, L., Campbell, J., Downe, S., Fauveau, V., Fogstad, H., ... & Van Lerberghe, W. (2014). Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *The Lancet*, 384(9949), 1226-1235. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2)
- Tornquist, C. S. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19 (2), 419-427. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000800023>
- Trevathan, W. (2015). Primate pelvic anatomy and implications for birth. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 370(1663), 20140065. <https://doi.org/10.1098/rstb.2014.0065>
- Towler, J., & Bramall, J. (1986). *Midwives in history and society*. Taylor & Francis.
- Van Lerberghe, W., Matthews, Z., Achadi, E., Ancona, C., Campbell, J., Channon, A., ... & Turkmani, S. (2014). Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. *The Lancet*, 384(9949), 1215-1225. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60919-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60919-3)
- Van Loon, J. (2013). *Risk and technological culture: Towards a sociology of virulence*. London: Routledge.
- Vargens, O. M. D. C., Progiante, J. M., & Silveira, A. C. F. D. (2008). O significado de desmedicalização da assistência ao parto no hospital: análise da concepção de enfermeiras obstétricas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 339-346. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342008000200018>
- Vargens, O. M. D. C., Silva, A. C. V. D., & Progiante, J. M. (2017). Contribuição de enfermeiras obstétricas para consolidação do parto humanizado em maternidades no Rio de Janeiro-Brasil. *Escola Anna Nery*, 21. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20170015>
- Villa, A. I., Pedersoli, C., & Martín, M. M. (2009). Profesionalización y campo ocupacional de los graduados en Ciencias de la Educación. *Archivos de Ciencias de la Educación*, 3. http://www.archivosdeciencias.fahce.unlp.edu.ar/article/view/ARCHv03n03a09/pdf_39
- Wargas, T. & Mattos, R. eds. (2015). *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*. Porto Alegre: Editora Rede Unida.
- Warrener, A.G., Lewton, K.L., Pontzer, H., & Lieberman, D.E. (2015). A Wider Pelvis Does Not Increase Locomotor Cost in Humans, with Implications for the Evolution of Childbirth. *PLoS ONE* 10(3): e0118903. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0118903>
- Washburn, S. (1960). Tools and Human Evolution. *Scientific American* 203: 3–15.
- Wedel, J. R., Shore, C., Feldman, G., & Lathrop, S. (2005). Toward an Anthropology of Public Policy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 600, 30-51. <https://doi.org/10.1177/0002716205276734>

Wells, J. C. K., Desilva, J. M. & Stock, J. T. (2012). "The Obstetric Dilemma: An Ancient Game of Russian Roulette, or a Variable Dilemma Sensitive to Ecology?" *American Journal of Physical Anthropology*, 149(suppl. 55), 40–71. <https://doi.org/10.1002/ajpa.22160>

Zárate, M. (2007a). *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia hembra" a la ciencia obstétrica*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

Zárate, M. S. (2007b). De Partera a Matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la educación*, (27), 284-297. <http://dx.doi.org/10.31619/caledu.n27.227>

Zárate, M. (2018). Matronas y la consolidación del parto hospitalario en Chile, 1950-1970. En Sánchez Ramírez, G. y Laako, H. (Eds.) *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*. San Cristóbal de Las Casas: El Colegio de la Frontera Sur. <https://www.ecosur.mx/libros/producto/parterias-de-latinoamerica-diferentes-territorios-mismas-batallas-epub/>

Anexos

Anexo 1. Registro de campo codificados

a) Registros en eventos organizados por obstétricas (33 registros)

Congreso de 2013 (19 registros)

14 de marzo de 2013

- Registro con notas de campo **A1**. Presentación en el campo, búsqueda de contactos para el ingreso. Contacto con Marcela, representante del Colegio de Obstétricas.
- Registro con notas de campo **A2**. Mesa redonda: “Parto Respetado: realidades en el Hospital Público, Instituciones Privadas y Domicilios”
- Registro con notas de campo **A3**. Taller: “Salud Sexual y Reproductiva. Actualización en Anticoncepción”
- Registro con notas de campo **A4**. Presentación de pósters / Charla informal con Marcela
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A5**. Conferencia: “Situación y Políticas de Salud Materno-Infantil en la República Argentina. Influencia de los determinantes epidemiológicos y sociales e incidencia del rol de la Obstétrica.”
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A6**: Acto inaugural

15 de marzo de 2013

- Registro con notas de campo **A7**. Mesa redonda: “La educación en obstetricia: Un desafío entre lo académico y la práctica”
- Registro con notas de campo **A8**. Conferencia: “Responsabilidad profesional de la Obstétrica/o: Taller de prevención del Riesgo. Debate”
- Registro con notas de campo **A9**. Mesa redonda: “La obstétrica/matrona/obstetra/obstetriz en la Investigación”
- Registro con notas de campo **A10**. Presentación de pósters
- Registro con notas de campo **A11**. Mesa debate: “Cesárea a demanda: ¿un derecho o un desconocimiento?”
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A12**. Mesa debate:

“Obstétricas/os/Doulas: ¿se conjugan?”

Sábado 16 de marzo de 2013

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A13**. Mesa redonda: “Nacimiento en casa”
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A14**. Mesa redonda: “Importancia de las instituciones que nuclean a la profesión Obstétrica: Participación y compromiso.”
- Registro con notas de campo **A15**. Mesa redonda: “Realidades, necesidades y obstáculos del ejercicio profesional.”
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A16**. Mesa redonda: “La obstétrica en el Equipo de Salud Perinatal”
- Registro con notas de campo **A17**. Conferencia: “Parto vertical: influencia en el manejo del dolor”
- Registro con notas de campo **A18**. Mesa redonda: “Preparación integral para la maternidad”
- Registro con notas de campo **A19**. Acto de cierre del Congreso, entrega de premios.

Encuentro de 2014 (14 registros)

14 de abril de 2014

- Registro con notas de campo **A20**. Conferencia: Lo siniestro en Obstetricia
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A21**. Conferencia de representante de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia: Recomendaciones para la práctica del Control Preconcepcional, Prenatal y Puerperal
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A22**. Presentación de campaña del Consejo Provincial de la Mujer: Campaña provincial contra la violencia obstétrica. Video
- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A23**. Acto Inaugural con representantes gubernamentales

- Registro con notas de campo **A24**. Charla informal con Marcela, representante del Colegio de Obstétricas

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A25**. Conferencia: La pelvis se mueve y se transforma

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A26**. Conferencia: Nuestra profesión desde otras miradas

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A27**. Presentación de trabajos de investigación por parte de Residentes en Obstetricia

Viernes 15 de abril de 2014

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A28**. Mesa redonda: Emergencias en obstetricia + Rol de la obstétrica como capacitadora en servicio

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A29**. Mesa redonda: La obstétrica como educadora y docente

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A30**. Mesa redonda: Regulación, legitimación y fortalecimiento de la profesión: Colegios Profesionales

- Registro con notas de campo y con transcripción a través de grabación **A31**. Mesa Debate “La obstétrica, ¿empleada o profesional?”

- Registro con notas de campo **A32**. Presentación de trabajos de investigación por parte de Residentes en Obstetricia

- Registro con notas de campo **A33**. Charla informal con Elsa, obstétrica, antropóloga y docente.

b) Registros de campo en instituciones de salud⁶⁷ (34 registros)

- Registro con notas de campo **B1**. Observación de Guardia en la Maternidad de Hospital Interzonal de la Región Sanitaria XI (RS XI), 29 de abril de 2014

⁶⁷ Todas las instituciones de salud están en alguno de los 14 municipios visitados en el territorio de la Región Sanitaria XI de la Provincia de Buenos Aires, conformada por 18 jurisdicciones.

- Registro con notas de campo **B2**. Primer acercamiento a Centro de Salud del Municipio “Costa del Sol” RS XI. 3 de julio de 2017
- Registro con notas de campo **B3**. Observación de reunión mensual de obstétricas del Municipio “Costa del Sol” RSXI. 10 de julio de 2017
- Registro con notas de campo **B4**. Observación de reunión mensual de obstétricas de “Costa del Sol”. 4 de diciembre de 2017
- Registro con notas de campo **B5**. Observación de reunión de obstétricas de “Costa del Sol”. 18 de diciembre de 2017
- Registro con notas de campo **B6**. Observación de atención en el consultorio de obstetricia de una Unidad Sanitaria en “Costa del Sol”. 28 de diciembre de 2017
- Registro con notas de campo **B7**. Observación de reunión mensual de obstétricas de “Costa del Sol”. 5 de febrero de 2018
- Registro con notas de campo **B8**. Observación de reunión mensual de obstétricas de “Costa del Sol”. 26 de febrero de 2018
- Registro con notas de campo **B9**. Observación de 1era capacitación en sífilis organizada por obstétricas del Primer Nivel de Atención de “Costa del Sol” en la Secretaría de salud municipal. 26 de marzo de 2018
- Registro con notas de campo **B10**. Observación de guardia en la Maternidad de Hospital Municipal de “Araujo”. 12 de abril de 2018
- Registro con notas de campo **B11**. Observación de 2da capacitación en sífilis organizada por obstétricas del Primer Nivel de Atención en “Costa del sol” junto al Servicio de Maternidad del Hospital Zonal situado en ese Partido y representantes de la RS XI. 16 de abril de 2018
- Registro con notas de campo **B12**. Observación de reunión mensual de obstétricas de “Costa del Sol”. 23 de abril de 2018
- Registro con notas de campo **B13**. Observación de de guardia en la Maternidad de Hospital Interzonal de la Región Sanitaria XI. 25 de abril de 2018
- Registro con notas de campo **B14**. Observación de Monitoreo fetal a mujeres

embarazadas y recorrido por el Hospital Municipal de “Amenábar” junto con la referente obstétrica del Municipio. 26 de abril de 2018

- Registro con notas de campo **B15**. Observación de la atención en consultorio de obstetricia en un Centro de Salud de Primer Nivel de Atención en “Amenábar”. 26 de abril de 2018

- Registro con notas de campo **B16**. Observación de la atención en consultorio de obstetricia en una Unidad de Pronto Atención (UPA) y clase de Salud Perinatal de la Carrera de Obstetricia de la Universidad Nacional de La Plata, Municipalidad de “Leboyer”. 12 de septiembre de 2018

- Registro con notas de campo **B17**. Observación de la atención en “consultorio de primera vez” en Hospital zonal de la RS XI. 26 de septiembre de 2018

- Registro con notas de campo **B18**. Observación de la atención en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del municipio de “Leboyer”. 28 de septiembre de 2018

- Registro con notas de campo **B19**. Observación de clase de Salud Perinatal (UNLP) a cargo de obstétrica en un CAPS del Municipio de “Leboyer”. 4 de octubre de 2018

- Registro con notas de campo **B20**. Observación de la atención en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del municipio de “Libertad”. 5 de octubre de 2018

- Registro con notas de campo **B21**. Observación de la atención en consultorio de obstetricia en una UPA del municipio de “Leboyer”. 22 de octubre de 2018

- Registro con notas de campo **B22**. Observación de la atención en consultorio de obstetricia en puesto de salud isleño del municipio de “Costa del Sol”. 23 de octubre de 2018

- Registro con notas de campo **B23**. Observación de la atención en un Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) del municipio de “Costa del Sol”. 5 de noviembre de 2018

- Registro con notas de campo **B25**. Observación de la atención en Centro Integrador Comunitario (CIC) de “Leboyer”, consultorio de anticoncepción. 28 de noviembre de 2018

- Registro con notas de campo **B26**. Observación de Guardia del Hospital municipal de “Río Alto”. 12 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B27**. Observación de reunión mensual de obstétricas de

“Costa del Sol”. 17 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B28**. Observación de la atención en consultorio de obstetricia en el Hospital municipal de “Azcuénaga”. 18 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B29**. Observación de guardia en el Hospital municipal de “Villa Cordone”. 18 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B30**. Observación de guardia y de atención gineco-obstétrica en el Hospital municipal de “Antara”. 19 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B31**. Observación de atención en consultorio de anticoncepción en CIC de “Leboyer”. 20 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B32**. Observación de guardia hospitalaria en Hospital municipal de “Laguna Verde”. 24 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B33**. Observación de guardia y de atención gineco-obstétrica en el Hospital municipal de “Terramo”. 27 de diciembre de 2018

- Registro con notas de campo **B34**. Observación de atención obstétrica en consultorio en el Hospital Municipal de “Mansilla”. 6 de mayo de 2019

c) Entrevistas trayectorias profesionales de obstétricas (32 entrevistas)

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C1**. *Marcela*, trabajadora de Hospital Zonal de la RSXI y referente del COPBA. Entrevista realizada en Sede Provincial y del Distrito I del COPBA. La Plata, 5 de septiembre de 2013

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C2**. *Liliana*, referente del COPBA. Entrevista realizada Sede Provincial y del Distrito I del Colegio. La Plata, 4 de octubre de 2013

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C3**. *Clara*, trabajadora del sector privado del municipio de “Leboyer” y referente del COPBA. Entrevista realizada en domicilio particular de la obstétrica. “Leboyer”, 11 de marzo de 2014

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C4**. *Norma*, trabajadora del sector privado en un municipio que no conforma la RSXI y referente del COPBA. Entrevista

realizada durante el Encuentro Nacional de Obstétricas. CABA, 4 de abril de 2014

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C5. Beatriz**, trabajadora de un Hospital Interzonal de la RSXI y referente del COPBA. Entrevista realizada en el Servicio de Maternidad del Hospital. “Leboyer”, 29 de abril de 2014

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C6. Rosa**, trabajadora de un Hospital Interzonal que no conforma la RS XI y referente del COPBA. Entrevista realizada en el Servicio de Maternidad del Hospital. Conurbano bonaerense, 8 de mayo de 2014

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C7. Mary**, trabajadora de un CAPS de “Costa del Sol”, coordinadora obstétrica de su municipio y referente del área de maternidad e infancia del Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires (PBA). Entrevista realizada en el consultorio de la obstétrica. “Costa del Sol”, 12 y 21 de diciembre de 2017

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C8. Rosana**, trabajadora de un CAPS de “Costa del Sol”. Entrevista realizada en el consultorio de la obstétrica. “Costa del Sol”, 5 de marzo de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C9. Amanda**, coordinadora obstétrica de “Araujo”, trabajadora del Hospital Municipal y referente del área de maternidad e infancia de la RS XI. Entrevista realizada en la Guardia del Hospital. “Araujo”, 12 de abril de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C10. Angélica**, trabajadora del Servicio de Maternidad de un Hospital Interzonal de La RS XI. Entrevista realizada en el servicio de maternidad durante una guardia. “Leboyer”, 25 de abril de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C11. Viviana**, coordinadora obstétrica y trabajadora del Hospital Municipal de “Amenábar”. Entrevista realizada en su domicilio particular, “Amenábar”, 26 de abril de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C12. Diana**, trabajadora de un CAPS de “Amenábar”. Entrevista realizada en su consultorio del Centro de Salud. “Amenábar”, 26 de abril de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C13. Bárbara**, trabajadora de un CAPS en “Amenábar” y coordinadora y trabajadora del nivel de atención primaria en “Las Acacias”. Entrevista realizada en el domicilio particular de la obstétrica. “Amenábar”,

26 de abril de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C14a y C14b**. *Lidia*, coordinadora obstétrica y trabajadora de un Hospital Zonal de la RSXI. Entrevista en el Servicio de la Maternidad del Hospital. “Panambí”, E14a 3 de mayo y E14b 17 de mayo de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C15**. *Pilar*, trabajadora del Hospital Zonal de la RS XI. Entrevista realizada en el Servicio de Maternidad del Hospital. “Panambí”, 10 de septiembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C16**. *Lucía*, trabajadora del primer nivel de atención en “Costa del Sol”. Entrevista realizada en el domicilio particular de la obstétrica. “Leboyer”, 11 de septiembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C17**. *Verónica*, trabajadora de un CAPS del Municipio de “Leboyer”. Entrevista realizada en su consultorio del CAPS. “Leboyer”, 28 de septiembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C18**. *Romina*, trabajadora de un CAPS de “Leboyer”. Entrevista realizada durante un viaje hasta su lugar de trabajo y durante la visita a una ONG como parte de sus tareas laborales. “Leboyer”, 4 de octubre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C19**. *Natalia*, trabajadora de primer nivel de atención de “Leboyer”. Entrevista realizada en su consultorio de obstetricia. “Leboyer”, 31 de octubre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C20**. *Belén*, trabajadora del primer nivel de atención municipal y del Hospital provincial de “Libertad”. Entrevista realizada en el CAPS donde trabaja. “Libertad”, 5 de octubre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C21**. *Agustina*, trabajadora de primer nivel de atención de “Leboyer”. Entrevista realizada en su consultorio de obstetricia. “Leboyer”, 22 de octubre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C22**. *Ingrid y Sofía*, referentes del área de salud materno-infantil del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Entrevista realizada en la sede provincial del área. La Plata, 5 de noviembre de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C23**. *Romina* (E18), segunda parte de la entrevista realizada a esta obstétrica que al momento de esta entrevista trabajaba en un CAPS del municipio de “Costa del Sol”. Entrevista realizada en su consultorio de obstetricia. “Costa del Sol”, 5 de noviembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C24**. *Ana María*, directora y obstétrica de un CIC situado en el Municipio de “Leboyer”. Entrevista realizada en la oficina de personal del CIC. “Leboyer”, 28 de noviembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C25**. *Fernanda*, coordinadora obstétrica y trabajadora del Hospital Municipal de “Río Alto”. Entrevista realizada en una de las salas de atención del servicio de maternidad. “Río Alto”, 12 de diciembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C26**. *Felicitas*, trabajadora obstétrica del Hospital Municipal de “Azcuénaga”. Entrevista realizada en el consultorio de obstetricia del Hospital. “Azcuénaga”, 18 de diciembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C27**. *Cristina*, trabajadora del Hospital Municipal, de CAPS periféricos de “Azcuénaga” y ex trabajadora del primer nivel de atención del Municipio de “Aguirre”. Entrevista realizada en el consultorio de obstetricia del Hospital. “Azcuénaga”, 18 de diciembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C28**. *Estefanía*, trabajadora del Hospital Municipal de “Villa Cordone”. Entrevista realizada en el consultorio de obstetricia del Hospital. “Villa Cordone”, 18 de diciembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C29**. *Corina*, trabajadora del Hospital Municipal de “Antara”. Entrevista realizada en el consultorio de obstetricia del Hospital. “Antara”, 19 de diciembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C30**. *Flavia*, trabajadora del Hospital Municipal de “Laguna Verde”. Entrevista realizada en el consultorio de guardia del Hospital. “Laguna verde”, 24 de diciembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C31**. *Marina y Carolina*, trabajadoras del Hospital Municipal de “Térramo”. Entrevista realizada en consultorio de obstetricia del Hospital. “Térramo”, 27 de diciembre de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **C32**. *Guillermina*, trabajadora del Hospital Municipal de “Mansilla”, 6 de mayo de 2019

d) Entrevistas y encuentros con informantes clave (19 encuentros y entrevistas)

- Entrevista recuperada a través de notas de campo **D1**. Entrevista abierta a mujer que recientemente había parido y sufrido “violencia obstétrica” en una institución privada de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Entrevista realizada en el domicilio particular de la mujer. Villa Domínico, mayo de 2012
- Registro de visita recuperado a través de notas de campo **D2**. Presentación del tema de interés a investigar en la Sede Provincial y del Distrito I del COPBA. La Plata, 18 de febrero de 2013
- Registro de visita y de entrevista semi-estructurada recuperado a través de notas de campo **D3**. Entrevista semi-estructurada a obstétricas referentes del Consejo Superior del COPBA. La Plata, 5 de agosto de 2013
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D4**. Primera entrevista semi-estructurada a referente obstétrica pionera del área de maternidad e infancia del Ministerio de Salud de la Provincia, *Dora*. Sede del Ministerio de Salud provincial, 10 de marzo de 2014
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D5**. Entrevista semi-estructurada a referente obstétrica de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Oficina de la Dirección, Ministerio de Salud Nacional. CABA, 13 de marzo de 2014
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D6**. Entrevista a médico referente del Programa Provincial “Seguro Público de Salud” perteneciente al Ministerio de Salud Provincial que contrata los servicios de las obstétricas para desempeñarse en el primer nivel de atención. Sede del Ministerio provincial, abril de 2014
- Registro de visita y de entrevista semi-estructurada recuperado a través de notas de campo **D7**. Reunión y entrevista semi-estructurada con una médica referente del sector de estadística del área de salud materno-infantil del Ministerio de Salud provincial. Sede del Ministerio provincial, 14 de julio de 2017
- Registro de visita recuperado a través de notas de campo **D8**. Presentación de los

avances tema de interés a investigar en la Sede Provincial y del Distrito I del COPBA. La Plata, 11 de diciembre de 2017

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D9**. Entrevista a coordinadora obstétrica de la RSXI. Realizada en la oficina del área de salud materno-infantil de la RS XI. Hospital Zonal El Dique, Ensenada, marzo de 2018
- Entrevista recuperada a través de notas de campo **D10**. Entrevista abierta a médica trabajadora del sector privado del municipio de “Laguna Verde”. Entrevista realizada en el domicilio particular de la médica, “Laguna verde”, 17 de marzo de 2018
- Entrevista recuperada a través de notas de campo y de transcripción de grabación **D11**. Entrevista abierta a médico ginecólogo trabajador del Hospital Municipal de “Laguna Verde”. Entrevista realizada en el domicilio particular del médico, 17 de marzo de 2018
- Entrevista recuperada a través de notas de campo **D12**. Entrevista abierta con coordinadora de la Licenciatura en Obstetricia de la UNLP. Encuentro realizado en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. La Plata, 5 de julio de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D13**. Entrevista semi-estructurada con referente de la Secretaría Nacional de Niñez, adolescencia y familia, organismo impulsor de un proyecto de Ley Nacional de ejercicio profesional de la obstetricia en el año 2018. Encuentro realizado de forma virtual, 25 de septiembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D14**. Entrevista semi-estructurada a ex funcionario de uno de los Municipios de la RS XI desde cuya gestión se incorporaron obstétricas a cada CAPS. Entrevista realizada en la Facultad de Cs. Médicas de la UNLP, La Plata, 3 de noviembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D15**. Entrevista con médico ex funcionario fundador del Programa de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia (PMI). Entrevista realizada en una confitería, La Plata, 9 de noviembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de notas de campo **D16**. Encuentro con dos médicos ex trabajadores del PMI y actuales investigadores de salud materno-infantil de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Entrevista realizada en la sede de la Universidad, Florencio Varela, 21 de noviembre de 2018
- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D17**. Segunda entrevista semi-estructurada a referente obstétrica pionera del área de maternidad e infancia del

Ministerio de Salud de la Provincia, *Dora*. Sede del Ministerio de Salud provincial. La Plata, 3 de diciembre de 2018

- Entrevista recuperada a través de transcripción de grabación **D18**. Entrevista semi-estructurada a referente municipal del Programa nacional “Equipos Comunitarios” que contrata los servicios de las obstétricas para desempeñarse en el primer nivel de atención. Entrevista realizada en la Secretaría de Salud de “Costa del Sol”. “Costa del Sol”, 7 de diciembre de 2018

- Encuentro recuperado a través de notas de campo y de transcripción de grabación **D19**. Encuentro abierto con Residentes de obstetricia de Hospital Zonal de la RS XI. Encuentro realizado en área de descanso del equipo dentro del Servicio de Maternidad del Hospital. “11 de septiembre”, 15 de enero de 2019

e) Otras instancias de campo (7 registros)

- Observación recuperada a través de notas de campo **E1**. Observación de una clase de la materia “Antropología y Obstetricia” de la Licenciatura en Obstetricia de Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. CABA, 29 de agosto de 2012

- Observación recuperada a través de notas de campo **E2**. Observación de una sesión del Consejo Superior del COPBA. Sede Provincial y del Distrito I del Colegio, La Plata, 17 de marzo de 2014

- Observación recuperada a través de notas de campo **E3**. Observación de una clase abierta para estudiantes de Obstetricia dictada por *Dora* en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP. La Plata, 1 de Octubre de 2015

- Observación recuperada a través de notas de campo **E4**. Observación de una Jornada sobre violencia obstétrica coordinada por la Consavig. Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires. Recoleta, CABA, 29 de septiembre de 2016

- Registro con notas de campo **B24**. Observación de reunión de obstétricas del municipio de “Leboyer” con funcionarios municipales y de la RS XI en la Secretaría de salud del municipio. 26 de noviembre de 2018

- Observación recuperada a través de notas de campo **E5**. Observación de un conversatorio acerca de Parto Respetado con obstétricas disertantes en el marco de la I

Jornada de Redes en Salud organizada por la Facultad de Cs. Médicas de la UNLP. La Plata, 25 de abril de 2019

•Encuentro recuperado a través de notas de campo y de transcripción de grabación **E6**.

Participación en un evento organizado por distintos agentes locales y globales en relación a “la práctica profesional de las y los licenciados en obstetricia y su rol estratégico en la mejora en el acceso y la cobertura universal en salud”. CABA, Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, 17 de julio de 2019.

Anexo 2. Cronología de eventos vinculados a la partería bonaerense

2a. Cronología de eventos vinculados a la legislación del campo ocupacional de la partería a nivel nacional y de la provincia de Buenos Aires.

1936. *Primera referencia vinculada al ordenamiento legal de la profesión en la provincia de Buenos Aires a través de la Ley 4534/36: “Del ejercicio de la medicina, farmacia, odontología, bioquímica, obstetricia, veterinaria, bacteriología y demás ramas del arte de curar”.* Normativa marco de regulación del ejercicio profesional de las disciplinas afines a las ciencias de la salud en la provincia. Esta ley definía el alcance del ejercicio de la profesión obstétrica a la “*atención de las mujeres en estado de embarazo, parto y puerperio normales*”, obligando a las profesionales a requerir asistencia médica ante “*la constatación de cualquier anormalidad*” y pudiendo continuar “*con su asistencia bajo la dirección del facultativo*”. Además, esta normativa estipulaba en su artículo 69 que “*las salas de maternidad de hospitales, sanatorios, internados y salas de primeros auxilios contarán con la profesional que establece el artículo 64 de esta ley*”.

1967. *Sanción de la Ley Nacional 17.132 “del ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”.* La sanción de esta norma ocurrió durante el gobierno dictatorial presidido por Juan Carlos Onganía y sigue siendo al momento de escritura de esta tesis, la ley marco vigente a nivel nacional. La obstetricia aparece referida como “*actividad de colaboración*”. En su artículo 47 establece que “*los que ejerzan actividades de colaboración estarán obligados a limitar su actuación a la prescripción y/o indicación recibida*”. Esta ley nacional determinó que la obstétrica sólo debería trabajar con casos “*normales*”, velando por reconocer la “*anormalidad*” a fin de poder derivar los casos “*patológicos*” a los profesionales “*responsables e idóneos*”.

1995. *Sanción de la Ley provincial 11.745 de regulación del Ejercicio profesional de la obstetricia.* Esta normativa dejó establecida la creación del Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, al mismo tiempo en que sancionó y dictaminó las regulaciones alrededor del ejercicio de la partería en el territorio bonaerense. Circunscribió la práctica de las obstétricas a “*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*”. Tuvo actualizaciones posteriores en cuatro modificatorias siguientes: 12.194/98, 12.808/01, 13.509/06 y 14.802/15-.

2007-2016. *Envío de Proyectos de Ley para regular el ejercicio profesional de la obstetricia a nivel nacional, al Congreso de la Nación.* Fueron seis intentos impulsados por el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires con el apoyo de otras asociaciones que nuclean obstétricas a nivel regional y nacional y de la ex Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Todos los envíos pierden estado parlamentario y no logran ser discutidos en el recinto.

2015. *Sanción de la Ley provincial 14.802.* Esta normativa actualiza la ley de ejercicio profesional de la obstetricia. Suma incumbencias en línea con los alcances del título de grado de licenciatura: se incluyen como parte del ejercicio profesional las tareas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud sexual y reproductiva de la mujer en todos los niveles de atención. Asimismo, esta sanción supuso la aprobación de la indicación de estudios diagnósticos y el estipendio de fármacos vinculados con la atención de la salud sexual y reproductiva “de bajo riesgo”.

2018. *Presentación de un nuevo proyecto de Ley Nacional de ejercicio profesional -4364-D-2018-.* El proyecto fue impulsado por tres legisladores y por la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Contó con el apoyo técnico de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, de UNFPA y OPS/CLAP y de varias organizaciones de obstétricas. En el año 2019 obtuvo media sanción por parte de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. A fines del año 2020, comenzó a ser tratado por la Cámara de Senadores de la Nación.

Fuentes: Elaboración en base a material etnográfico y a Ley PBA 3234; Ley PBA 4534; Ley Nacional 17.132; Ley PBA 11.745; Ley PBA 12.194; Ley PBA 12.808; Ley PBA 13.509; Ley PBA 14.802; Proyecto de Ley Nacional 4364-D-2018; Cillio, 2004; Di Liscia, 2005; Graschinsky y Giles, 1995; Nari, 2004; Salsa y Salsa Cortizo, 2019; Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019

2b. Cronología de eventos vinculados a la partería y a la atención de la salud sexual y reproductiva en el escenario internacional

1922. *Se crea en Bélgica el Sindicato Internacional de Matronas.* Esta organización precedió a la actual Confederación Internacional de Matronas (ICM), cuyo propósito es el apoyo al desarrollo de la profesión en los países donde están situadas las organizaciones miembro que la conforman. Actualmente nuclea a 143 asociaciones de obstétricas de 124 países.

1983. *Comienza a utilizarse el Sistema Informático Perinatal (SIP).* Instrumento técnico diseñado a través de el Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) -organismo dependiente de OPS creado en 1970 con el objetivo de trabajar en el área de salud sexual, reproductiva y perinatal-. Este instrumento es un modelo de Historia Clínica estandarizado de registro de consultas y prácticas de atención obstétrica y perinatales en los servicios públicos de la región.

1984. *I Encuentro Internacional de la Salud de la Mujer en Amsterdam. Se torna pública la categoría a “derechos reproductivos”.*

1985. *Se establecen las “Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento” en el marco de la Declaración de Fortaleza.* A partir de acuerdos definidos por parte de un equipo interdisciplinario, se definieron “tecnologías apropiadas para la atención de los partos” y fueron publicadas en la revista de divulgación médica británica The Lancet.

1987. *La OMS establece una definición de “salud reproductiva”.* La categoría queda definida como “*un estado general de bienestar físico, mental y social, y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados al sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Consecuentemente la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria, sin riesgos para procrear, y con la libertad para poder escoger entre hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia*”.

1990. *Se inicia la “Iniciativa mundial sobre maternidad segura”.* Política que impulsa a través del apoyo financiero y la asistencia técnica, la transformación de Maternidades en “Hospitales amigos de la madre y el niño”. Fue propuesta en forma conjunta a través del patrocinio de la OMS, el Banco Mundial y UNFPA. Actualmente, el programa continúa bajo la denominación de “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” y a través de UNICEF, se da apoyo técnico y financiero a Ministerios de Salud nacionales para favorecer la implementación y evaluación del programa en Hospitales públicos.

1993 y 1996. *Se producen declaraciones internacionales para el fortalecimiento de la partería.* Organismos como ICM, OMS, UNICEF impulsan conferencias desde donde se sugiere a los gobiernos, legislar en pos de garantizar mejoras en la formación de las parteras profesionales y en este sentido, poder ampliar sus alcances profesionales.

1994. *Conferencia Mundial sobre población y desarrollo del Cairo.* Los países participantes establecieron como meta para el 2015 el acceso universal a servicios de salud reproductiva “*como parte de un enfoque ampliado de la salud de la reproducción y los derechos al respecto*”. Asimismo, se calcula estimativamente los recursos que las naciones necesitan para poder acceder al cumplimiento de esta meta y se ofrece asistencia para su consecución.

1999. Se establecen las “Competencias esenciales para el ejercicio de la partería”. El Consejo de la Confederación Internacional de Matronas con el apoyo de UNFPA y OMS, elaboró un documento en el que se establecieron las competencias básicas que deberían garantizarse para la formación y ejercicio profesional a nivel global. Avalada y difundida por OMS, OPS, UNFPA, UNICEF

2000. La ONU define los “8 Objetivos del Milenio” y a partir de ello, surgen iniciativas de fomento a la partería profesional. Los Estados miembros se comprometen al cumplimiento de metas contenidas en 8 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) estableciendo una serie de indicadores que deberían alcanzarse antes del fin del año 2015. Estas metas, responden a diversas problemáticas que atraviesan las poblaciones humanas como la pobreza y el hambre, la falta de acceso a la educación, las inequidades de género, problemas sanitarios y ambientales, etc. De los ocho objetivos de desarrollo del milenio, cuatro interpelan en mayor o menor grado al trabajo que realizan las obstétricas: se propone promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer (ODM 3); reducir la mortalidad infantil (ODM 4); mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades (ODM 6). En sintonía con el establecimiento de una serie de derechos, legislaciones y políticas referidas a la salud sexual y reproductiva, junto con las nuevas competencias de la partería y el establecimiento de la profesión como aliada para bajar los indicadores de morbi-mortalidad materno-infantil y subir la calidad de la atención obstétrica, desde la declaración de los ODM, organismos internacionales como UNFPA, UNICEF, OMS y OPS, editaron distintos documentos, manuales e iniciativas como estrategias para visibilizar a la profesión obstétrica y definir direcciones para que sean asumidas por los gobiernos nacionales en pos de mejorar la salud de la población.

2005. Se edita el Informe sobre la salud en el mundo OMS y se proclama que la atención obstétrica profesional debe estar basada en parteras.

2006. Primer Foro Internacional sobre Partería en la Comunidad coordinado por ICM, OPS y UNFPA.

2008. Se impulsa la Iniciativa conjunta de UNFPA y ICM para “invertir en matronas y otras personas con competencias de partería para lograr el 5to ODM”. Esta iniciativa surge con el propósito de “mejorar en términos cuantitativos y cualitativos la asistencia calificada durante el parto en los países con pocos recursos mediante el desarrollo de un personal de partería sostenible”. Para ello se propone mejorar la educación de las parteras de acuerdo a las competencias establecidas en 1999 por la ICM y la OMS; mejorar las regulaciones sobre su ejercicio profesional; fortalecer sus asociaciones profesionales y fomentar la inversión en

servicios de *“partería de calidad”*.

2010. OPS edita el *“Manual de Herramientas para el fortalecimiento de la Partería”*. En esta publicación se desarrollan ocho herramientas que se sugiere incluir en las agendas de los gobiernos para sostener mejoras en la legislación, formación, organización y ejercicio de la partería a través del reconocimiento de esta profesión como competente y autónoma para la atención integral de la salud sexual y reproductiva. En este sentido, se propone que las obstétricas puedan *“ampliar su función y sus responsabilidades a los campos que anteriormente eran del dominio de los médicos y personal de otro índole [por lo que se espera] que se derriben las barreras profesionales para dar cabida a la función más amplia de las parteras profesionales”*.

2010. Se publica *“Un llamado mundial a la acción: fortalecer la partería para salvar vidas y promover la salud de las mujeres y los recién nacidos”*, como iniciativa de varias organizaciones internacionales. La ICM junto con OMS, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) declararon un compromiso para “iniciar un movimiento global para fortalecer los servicios de partería”, instando a los gobiernos a que aborden la cuestión de la formación y capacitación constante de obstétricas, la legislación y regulación del ejercicio profesional, las condiciones de contratación de las parteras y el fortalecimiento de las asociaciones profesionales locales. Este documento fundamenta que cuando las condiciones locales lo permiten, el trabajo del personal de partería reduce las muertes maternas y mejora el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, traducándose esto en mejores indicadores sanitarios.

2011. Se publica el *Primer Informe sobre el Estado Mundial de la Partería coordinado por UNFPA: “Cuidar la salud, salvar vidas”*. Allí se hizo referencia a la importancia de que la partería se erija como profesión autónoma y se considera imprescindible el avance y consolidación de la profesión a través del desarrollo orgánico de las asociaciones profesionales y del reconocimiento de las competencias definidas previamente por ICM y UNFPA. A partir de esto, se espera la contribución de esta profesión a la formulación de políticas y decisiones que afecten a la población materno-infantil. Desde aquí se sostuvo que si las obstétricas contaran con la capacitación, el equipamiento, el apoyo y las autorizaciones necesarias para que todas las mujeres pudieran parir con matronas, *“se podrá esperar un descenso del 56% en las muertes maternas, fetales y neonatales”*.

2014. UNFPA y ICM presentan la *“Guía para Programas Integrales de Partería”*. Los fundamentos de esta iniciativa se basaron en tres pilares interrelacionados que se consideraron clave para el propósito de desarrollo, fortalecimiento y *“completa autonomía”* de

la obstetricia: educación para formar personal cualificado y competente; regulación para contar con un marco legislativo que ampare el ejercicio profesional; y creación y fortalecimiento de asociaciones profesionales que protejan a la partería y aboguen por el cumplimiento de políticas que favorezcan a su desarrollo y a la salud materno-infantil. Se presenta a las parteras profesionales como las “cuidadoras básicas de las mujeres y sus recién nacidos antes y durante el embarazo, el trabajo de parto, el nacimiento y el período postparto” al ser profesionales capacitadas para brindar “servicios integrales e información en materia de derechos y salud sexual y reproductiva”.

2014. *Se promueve la iniciativa: “La partería a 2030: un camino hacia la salud” impulsada por UNFPA, OMS ICM y Family Care International.* Considerando que el trabajo de las parteras profesionales logra el aumento de la supervivencia materna y neonatal y una mejora en la salud de la comunidad, se propone promocionar los modelos de atención “centrados en la mujer” y dirigidos por parteras, al considerarse más beneficiosos y menos costosos que los modelos de atención “medicalizados”. Para alcanzarlo a través de “prácticas propicias”, se considera esencial un ámbito político que respalde tanto la educación efectiva de partería, como la reglamentación y el desarrollo de las asociaciones.

2015. *Se establecen los “Objetivos de Desarrollo Sostenible para el 2030” a través del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.* El PNUD propone 17 objetivos que los estados miembro deberán garantizar en miras al año 2030 y comprenden temas que involucran directamente al accionar de las parteras que se desempeñan tanto a nivel comunitario como hospitalario. Entre algunas de sus metas se espera reducir la tasa mundial de muerte materna; poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de cinco años y poner fin a epidemias y enfermedades transmisibles. Al mismo tiempo, se considera necesario “aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo”.

2018. *A través de la OPS, se acuerda la “Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal 2030”.* Esta estrategia promueve a los estados miembro, orientar sus políticas vinculadas a los recursos humanos en salud en vistas al cumplimiento de la “Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible”.

2020. *La OMS declara al 2020 como el “Año de las parteras profesionales y las enfermeras”.* Esta declaración, surge como parte de las estrategias de “Objetivo de Desarrollo Sustentable” y “Partería 2030” para el fortalecimiento de los servicios de partería a nivel global impulsada por PNUD y UNFPA respectivamente.

Fuentes: Elaboración en base a material etnográfico y a UNFPA, 2011; OMS, 1985; OPS, 2010; ONU, 2014

2c. Cronología de eventos vinculados a la formación de obstétricas en la ciudad autónoma y en la provincia de Buenos Aires

1922. *Se funda la primera “Escuela de Partos” dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.* Pese a la iniciativa, no se contaba formalmente con apoyo económico y las condiciones de admisibilidad eran restrictivas -se exigía saber leer y escribir, algo privativo para las mujeres de esa época-. En 1952 se vuelve a impulsar la carrera, que cobró mayor apertura a partir de la Ley de educación obligatoria en 1884.

1881. *Se incorporan las teorías microbianas y principios de antisepsia a la formación.* Las egresadas se fueron incorporando a las maternidades que poco a poco iban abriendo, aunque la mayoría de los partos aún seguían realizándose en los domicilios

1910. *Se crea a través de la ley provincial 3234 la “Escuela de Parteras de la Provincia de Buenos Aires” con sede en la ciudad de La Plata.* Segunda carrera de obstetricia del país, se proclamaba destinada a “la enseñanza de esta rama del arte de curar y a la que sólo podrán ingresar personas del sexo femenino”. La carrera contó inicialmente con un plan de estudios similar al de la Universidad de Buenos Aires y fue dictada por médicos. Su duración era de dos años y podían asistir a ella mujeres entre 18 y 35 años -con la autorización de su padre, tutor o marido-.

1967. *Se cierra por decreto del gobierno dictatorial de la “Revolución Argentina” la carrera de Obstetricia en la Universidad de Buenos Aires.* Hacia mediados de la última dictadura cívico-militar (1976-1983), sólo quedaba una carrera de Obstetricia en el país, la de la Universidad Nacional de La Plata, que no pudo cerrarse por un convenio de reciprocidad que tenía con Perú.

1981. *Se vuelve a abrir la carrera en la Universidad de Buenos Aires.* Se amplía su duración de tres a cuatro años.

1991. *Incorporación de obstétricas al sistema de residencias en salud de la Ciudad de Buenos Aires.*

1995. *Sanción de la Ley nacional de Educación Superior 24.521.* La sanción de esta normativa implicó una serie de normas que deberían cumplir las Universidades para que los títulos otorgados por ellas tuviesen el reconocimiento oficial y validez nacional, como por

ejemplo cumplir con una cantidad de horas de formación, cuatro años como mínimo y contenidos curriculares básicos fijados entre el Ministerio de Educación y las casas de estudio. En este marco, la carrera de obstetricia pasó de ser una Tecnicatura de tres años a una Licenciatura de al menos cuatro.

1998. *Creación del Ciclo de Complementación horaria y curricular para el alcance del grado de Licenciatura.* El Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires firmó un convenio marco institucional con la Universidad Nacional de La Plata abriendo la posibilidad de que aquellas obstétricas que habían obtenido su título terciario previo a la creación del grado de Licenciatura, pudieran cursar un 'Ciclo de Complementación Horaria y Curricular' de un año para adecuar sus aptitudes profesionales a los nuevos alcances de la profesión definidos por la nueva legislación provincial y por cambios en la currícula de la carrera universitaria a partir de la sanción de la Ley de Educación Superior (LES) en el año 1995.

1999. *Alcance de grado de Licenciatura para las carreras de obstetricia.* Entre otras, la Universidad de Buenos Aires y la Universidad Nacional de La Plata extienden su formación en cantidad de asignaturas y carga horaria. Se modifica la denominación del título y pasa de ser una tecnicatura a una Licenciatura.

1999. Se permite la incorporación de varones a la Licenciatura en Obstetricia. No obstante, actualmente el 95% de las personas inscritas son mujeres.

2010. *Incorporación de obstétricas al sistema de residencias en salud de la Provincia de Buenos Aires.*

2013. *Constitución de la Asociación Civil de Licenciaturas en Obstetricia de la República Argentina.* Esta organización se crea con el fin de trabajar mancomunadamente entre las directoras de cada una de las carreras vigentes en el país con el fin de generar consensos en pos de la mejora de la formación de grado.

2020. *Incorporación de la Licenciatura en Obstetricia al Artículo 43 de la Ley de Educación Superior vigente 24.521/95.* Esta incorporación supone la definición de la profesión “de interés público”, por lo que los alcances del título en cada una de las casas de estudio deberá estar avalado tanto por la propia universidad, como por el Ministerio de Educación Nacional, estableciendo definiciones acerca de los contenidos mínimos a impartirse.

Fuentes: Elaboración en base a material etnográfico y a Cillio, 2004; Di Liscia, 2005; Graschinsky y Giles, 1995; Nari, 2004; Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, 2019

Anexo 3. Caracterización de eventos registrados organizados por el COPBA

El Congreso de 2013, llevó el lema: “Promoviendo la excelencia de las prestaciones obstétricas” y contó con el auspicio de varias asociaciones y colegios profesionales de obstétricas y de especialidades médicas; de organismos no gubernamentales dedicados a la promoción de la salud materno-infantil; de los Ministerios de Salud nacional y provincial; de organismos internacionales como OPS, OMS, UNFPA, UNICEF y de varias Universidades de gestión estatal y privada. Asimismo, contó con stands de algunos laboratorios farmacéuticos que hacían entrega de muestras de distribución gratuita de productos, a pesar de que según la legislación vigente en ese momento, las obstétricas no podían prescribir ni administrar medicamentos. También se hicieron presentes bancos de células madre, clínicas de fertilidad y SPS. Fue declarado de Interés legislativo provincial y nacional y, de interés municipal y turístico por el intendente anfitrión.

El evento se llevó adelante durante tres jornadas -de jueves a sábado- y contó con diversas y simultáneas instancias de trabajo:

Instancias de trabajo desplegadas durante el Congreso de 2013	Características y modalidades de trabajo en los espacios de trabajo
<u>Espacios de talleres de capacitación.</u> Dictados por organismos públicos -como programas y direcciones ministeriales de distintas jurisdicciones o referentes de regiones sanitarias- y por obstétricas trabajadoras de la salud del ámbito público y privado	Los talleres requerían inscripción previa, y se dictaban en salones en los pisos superiores del espacio del hotel destinado al desarrollo del Congreso, en simultáneo al desarrollo del resto de las actividades. Algunos de ellos tenían formato de curso de capacitación y otorgaban certificación. Las temáticas de los talleres propuestos fueron: capacitación en emergencias obstétricas dictada por la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia; un taller de actualización en anticoncepción, organizado por el Programa provincial de Salud Sexual y Procreación Responsable; un taller de recepción del recién nacido y de reanimación cardio-pulmonar; de suelo pelviano; de violencia; de capacitación para transformar maternidades tradicionales en Maternidad Segura y Centrada en la Familia y un taller de identidad profesional
<u>Mesas redondas, conferencias y mesas debate.</u> Coordinadas siempre por alguna referente del COPBA y con participantes invitados por parte del Colegio: representantes de organismos estatales, multilaterales, asociaciones científicas, médicos y parteras	Las mesas y conferencias fueron en continuado y se desarrollaron durante la totalidad de las jornadas en el salón principal, un espacio con un escenario en donde se ubicaban quienes dictaban las conferencias o disertaban en las mesas redondas y en el que cabía un auditorio de alrededor de quinientas personas, que durante el Congreso

rondó según la mesa, entre treinta y doscientos asistentes. Los temas recorrieron un amplio espectro de temáticas y problemas que atraviesan a la disciplina y el ejercicio de la obstétrica: parto respetado; atención inmediata del recién nacido; vínculo madre e hijo; regionalización de la atención perinatal; atención integral de la mujer: desde la adolescencia al climaterio; salud sexual y reproductiva; políticas de salud materno-infantil; la formación en obstetricia; la calidad de atención; responsabilidad profesional; organización profesional; cesárea a demanda; lactancia; el rol de las doulas; la identidad como derecho; la atención de partos domiciliarios; el papel de la obstétrica en la investigación; la muerte neonatal; la situación del ejercicio profesional; el trabajo en el equipo de salud perinatal; el parto vertical y el manejo del dolor; y la preparación integral para la maternidad.

Presentación de trabajos y experiencias de obstétricas. Modalidad de pósters, expuestos en su mayoría por residentes o equipos de atención primaria u hospitales.

La gran mayoría de los trabajos fueron presentados por residentes, cuestión que permitió inferir la importancia que tienen estas instancias de “capacitación en servicio” para que las parteras tengan el espacio para poder reflexionar e investigar acerca de sus propias prácticas. Muchas de las presentaciones generaron un importante interés por parte de las parteras, quienes participaron con comentarios, dudas, preguntas, reflexiones, críticas, etc. No obstante, a diferencia del resto de los espacios, la actividad estuvo reducida a un pequeño espacio que no contó con recursos audiovisuales⁶⁸.

El Encuentro de 2014, cuyo eslogan fue: “Construyendo estrategias para alcanzar los Objetivos del Milenio”, se llevó a cabo durante dos jornadas desarrollándose todas las actividades propuestas en continuado en un mismo espacio físico: un auditorio con escenario y pantalla y espacio para unas 500 personas sentadas. En este espacio también estaba destinado un sector para el auspiciante principal del evento: un laboratorio farmacéutico privado, productor de insumos como oxitocina sintética y medicamentos para tratar cuadros hipertensivos⁶⁹. Además del laboratorio, auspiciaron el evento la Dirección Nacional de

⁶⁸ Ver “[Anexo 4](#) de Presentación de trabajos de investigación de obstétricas durante el Congreso de 2013 y el Encuentro de 2014”.

⁶⁹ Al momento de realización del Encuentro, las Licenciadas en Obstetricia no contaban con una legislación que contemple la indicación de oxitocina como parte de sus incumbencias profesionales. Actualmente esto sí se encuentra regulado en la provincia de Buenos Aires. No obstante, la dispensación de fármacos para tratar casos de hipertensión es potestad exclusiva de la medicina. En este sentido, resulta significativo que en un encuentro

Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, UNPFA, OPS/OMS, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y algunas asociaciones y federaciones de profesionales y especialidades médicas. El número de participantes fue menor que en el evento anterior, no habiendo alcanzado ninguna actividad más de cien asistentes, llegando incluso algunos momentos a no estar ocupado el salón por más de veinte oyentes.

A diferencia del Congreso, durante este encuentro no se desarrollaron talleres de capacitación, sino que las propuestas tuvieron dinámica de conferencias y mesas debate coordinadas por obstétricas y llevadas adelante por colegas o por otras profesionales de la salud como psicólogas y nutricionistas. Algunos de los temas que se presentaron a lo largo de las jornadas fueron similares a los del Congreso del año anterior y otros fueron novedosos, como el duelo perinatal, la violencia obstétrica, la nutrición durante el embarazo y la actualización en herramientas para el abordaje de los controles clínicos durante los procesos reproductivos. Además, ambas jornadas de los encuentros contaron con la presentación de trabajos y experiencias de obstétricas bajo la modalidad de presentación oral con el soporte de una presentación en pantalla⁷⁰.

Al igual que durante el Congreso del año anterior, durante el encuentro se previeron instancias formativas. Sin embargo, a diferencia del 2013, no se realizaron espacios de talleres y capacitaciones en otros sectores, sino que propusieron que a la denominación del encuentro, se le sume la de “Curso intensivo de actualización” cuyo requisito de acreditación era la resolución y aprobación de un examen escrito final que constaba de diez preguntas acerca de las temáticas desarrolladas en el evento, para marcar la opción correcta o desarrollar brevemente una respuesta.

de obstétricas, parte de la acción publicitaria de quienes auspician el evento implique la difusión de productos que no se encontraban legalmente al alcance del ejercicio profesional de las parteras.

⁷⁰ Ver “[Anexo 4](#) de Presentación de trabajos de investigación de obstétricas durante el Congreso de 2013 y el Encuentro de 2014”.

Anexo 4. Presentación de trabajos en FCEs

a) La presentación de trabajos durante el Congreso (en base a Registro A4 y A10)

Durante el Congreso de 2013, el espacio destinado a la presentación de trabajos estuvo dispuesto en un pequeño –y bastante escondido- sector del salón que hacía de nexo entre la entrada principal y la Sala de Conferencias donde estaban los distintos stands de los auspiciantes del Congreso y donde funcionaba también un improvisado comedor donde servían el café. Detrás de unas columnas, hacia la derecha de las puertas principales, se dispusieron en unos paneles los pósters de presentación de cada uno de los trabajos, que fueron 14 en total.

La totalidad de trabajos presentados fueron realizados por obstétricas, en su mayoría del Programa de Residencias de la Provincia de Buenos Aires, cuestión que resalta la importancia que tiene esta instancia de “capacitación en servicio” para que las parteras tengan espacios formativos y de reflexión desde donde problematizar e indagar al respecto de sus propias prácticas junto con sus Instructoras y demás profesionales de los Hospitales donde se desempeñan. Esta actividad generó un importante interés por parte de las parteras oyentes -que fueron una cantidad reducida-, quienes participaron activamente con comentarios, preguntas, reflexiones, críticas, etc., a pesar de haber estado esta actividad reducida a un pequeño espacio, algo incómodo y poco visible, sin micrófonos, ni espacio para sentarse o con recursos audiovisuales disponibles.

Se abordaron problemáticas disciplinares diversas: como única condición temática los trabajos debían “estar relacionados al quehacer profesional de el/la obstétrica, pudiendo presentarse trabajos de investigación y experiencias clínicas, algoritmos, normalizaciones o casos clínicos aislados relevantes” según se informaba en el libro de resúmenes de las exposiciones que fue publicado por el COPBA.

El primer día la exposición de los trabajos contó con un auditorio de unas veinte personas que recorrían los pósters escuchando las exposiciones, que rondaron en las siguientes temáticas: la interdisciplina como estrategia de atención; la importancia de la actividad corporal y mental para mujeres embarazadas; las competencias y su relación con el ejercicio profesional; el rol de la obstétrica en la prevención del parto prematuro; el uso de vaselina líquida para la prevención de desgarros durante el parto vaginal; el trabajo de las obstétricas en el primer nivel de atención de salud y las experiencias y expectativas de una mujer que fue sometida a una cesárea.

La segunda jornada de presentación de trabajos comenzó de manera accidentada: mientras se daba comienzo a la presentación de los trabajos, a escasos metros del sector donde se encontraban los pósters, las expositoras, el comité evaluador y los oyentes, un médico referente del Programa de Seguro Público de Salud de la Provincia alzó su fuerte voz para avisarle al público presente -que se encontraba disperso por todo el salón al ser la hora del receso por almuerzo-, que inmediatamente se realizaría un sorteo de distintos “kits” con material de trabajo para todas las obstétricas del Congreso (pósters, valijas con materiales para realizar actividades de educación sexual y prevención de ITS, material didáctico, gestogramas, etc.). Esto generó que los oyentes de las exposiciones -que no debían sobrepasar los 30- migraran hacia el sector de la sala donde se realizaría el sorteo, dejando a las primeras expositoras casi en solitario con miembros del “comité examinador”. A raíz de esta cuestión, las organizadoras decidieron interrumpir momentáneamente las presentaciones para que se pueda desarrollar el sorteo sin interrumpir las exposiciones.

Una vez finalizada la actividad del SPS, se reanudó la exposición. Los temas de los trabajos presentados fueron: el reconocimiento social de la obstétrica; indicadores de mortalidad fetal; el parto vertical y el horizontal; la importancia de la referencia y contrarreferencia entre niveles de atención; resultados de embarazos sin control prenatal; resultados de nacimientos planificados en domicilios y la importancia de la salud bucal durante el embarazo.

El primer trabajo presentado en este segundo día fue el que más atracción generó por parte de las oyentes. En esta presentación se abordó el tema de la identidad profesional como “algo que todas tienen como preocupación”. Este estudio tenía como finalidad conocer “qué saben de la profesión las mujeres con las que se trabaja” y qué hacen ellas “como obstétricas para dar a conocer la profesión y su responsabilidad sanitaria y social”. Según los datos arrojados en este estudio -realizado a partir de una muestra de 200 mujeres elegidas al azar que se atienden en un Hospital y en los CAPS de su área programática-, muchas pacientes que se atienden con las obstétricas en el Hospital no las reconocen: se concluyó que la mayoría no puede establecer las diferencias entre obstetra/obstétrica/partera, o si lo hacen, es en general con concepciones erróneas; además se concluyó que tampoco entienden con demasiada claridad cuál es el rol de las parteras en la atención del embarazo, parto y puerperio. Asimismo se evaluó la presentación de los profesionales ante sus pacientes, atendiendo a si los/las obstétricos/as se presentan ante el paciente y explican sus incumbencias sociales y asistenciales: el 59% contestó que sí explica sus incumbencias, cuestión que las residentes destacaron en la conclusión de su presentación como una cuestión algo contradictoria, porque a pesar de que la mayoría dice explicar funciones, un gran número de pacientes alude desconocer las tareas que realizan las/los obstétricas/os.

Al finalizar la presentación, las residentes remarcaban a los oyentes la necesidad de fomentar un rol más activo para las Universidades en relación a que la formación le otorgue relevancia al accionar profesional y social “y por sobre todo, una importante participación en Colegios y espacios políticos y sociales para un mayor reconocimiento de[!] quehacer [profesional]”.

b) La presentación de trabajos en el Encuentro de 2014

(en base a Registro A27 y A32)

La presentación de los trabajos durante el Encuentro se realizó en el mismo espacio físico que el resto de las conferencias. Contaron con soporte digital para presentar los trabajos en una pantalla proyectada con diapositivas. Sin embargo, ciertos detalles siguieron manteniendo un sentido parecido que se le atribuye a lo que se caracteriza como “Presentación de trabajos” como algo diferente a una “Conferencia”, “Mesa Redonda”, “Mesa Debate”, etc.

Los expositores no se sentaron en la mesa principal junto a los micrófonos a pesar de que este había sido el espacio elegido para el resto de las actividades, sino que ese sector quedó destinado para que se ubique el “Comité Académico” que tenía por tarea evaluar cada una de las presentaciones para distinguir a fin de la última jornada, a los mejores trabajos. Quienes presentaban sus trabajos estuvieron hacia un costado del escenario, parados, hablando con un micrófono que estaba detrás de un atril, usado en el resto de los encuentros para que los moderadores/presentadores coordinen las distintas mesas y conferencias y además, la presentación se dispuso en ambos días como última actividad de la jornada, cuando ya la mayoría de los participantes se había retirado.

En la primera jornada del Encuentro se presentaron trabajos que giraron alrededor de temáticas como el embarazo en la adolescencia; la salud sexual en la adolescencia; tabaquismo en mujeres embarazadas adolescentes; experiencias de enseñanzas bajo la modalidad de simulación; el rol de la obstétrica como tutora de colegas y la inclusión del género masculino en la carrera de obstetricia.

Las exposiciones no supusieron un momento para realizar comentarios o abrir debates alegando “falta de tiempo” debido a que se trataba de la última actividad de la jornada. Al día siguiente, sucedió lo mismo. En el segundo día, los trabajos que se presentaron fueron acerca de la anticoncepción durante el puerperio y la importancia de las consejerías; el vínculo entre el primer y el segundo nivel de atención; la discordancia en el cálculo de la edad gestacional

a partir de la aplicación de distintas técnicas; la calidad de la atención obstétrica y la atención del parto de bajo riesgo según el modelo de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Como sucedió el año anterior, la mayoría de los trabajos fueron presentados por Residentes de Obstetricia y los temas en general eran referidos a cuestiones vinculadas con su ejercicio profesional. En ambas jornadas de presentación, para el momento en que comenzaron las exposiciones, ya quedaban pocos asistentes, la gran mayoría de los presentes se había retirado y quedaban pequeños grupos, sobre todo de obstétricas jóvenes que se encontraban cursando su formación de posgrado a través de Programas de Residencias.