

La atención de los procesos reproductivos: sentidos construidos por las obstétricas alrededor de su ejercicio profesional

Clara Gilligan. FFyL, UBA casilladeclara@gmail.com/ Victoria Salsa Cortizo, CIC / UNLP victoriasalsa@yahoo.com

Presentación

Esta ponencia se inscribe en la tradición de estudios sociales que priorizan las dimensiones y relaciones de poder en el campo de estudios de la antropología de la salud (Menéndez, 1994). Nos proponemos analizar los sentidos construidos por dos grupos de obstétricas en relación a su ejercicio profesional en distintas instituciones de la Provincia y la Ciudad de Buenos Aires. Para ello, y partiendo de un abordaje cualitativo con enfoque etnográfico¹, procuraremos indagar en la constitución de objetos, incumbencias y campos de disputa profesional alrededor de la práctica obstétrica, tanto a partir del análisis de relatos de parteras que fueron entrevistadas², como desde registros de campo producidos en el marco de la observación participante en centros asistenciales.

La sistematización y el análisis del material de campo nos han permitido dar cuenta de trayectorias y sentidos que las obstétricas construyen con respecto a su quehacer profesional. Se ha entrevistado a más de una decena de obstétricas con diversos recorridos a quienes podemos agrupar en dos grandes grupos:

Por un lado, trabajamos con relatos de obstétricas con más de treinta años de ejercicio asistencial -de entre 50 y 65 años de edad-, egresadas de la Universidad Nacional de La Plata, que actualmente tienen alta participación gremial en la Provincia de Buenos Aires y que se desempeñan como docentes de las Licenciaturas en Obstetricia que se dictan en Universidades de la Provincia. Por el otro, se recuperan trayectorias de obstétricas

¹Esta presentación es producto de la confluencia de algunos de los resultados de dos trabajos antropológicos distintos: por un lado, recuperaremos parte de una investigación en la que se propuso la descripción y el análisis del proceso de profesionalización de la partería en la Provincia de Buenos Aires a través del estudio de su Colegio Profesional. Y por el otro, retomamos algunos avances de una investigación que tiene por objetivo describir y analizar, desde una perspectiva etnográfica, la atención obstétrica destinada al posparto en un Hospital de la CABA (2013-2015).

²Entre 2013 y 2015.

recientemente graduadas -de entre 25 y 35 años de edad- que desempeñan sus tareas en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que ha incorporado en años recientes a estas profesionales en el Programa de Residencias.

Trabajar con relatos, trayectorias y registros de campo nos permitió abordar experiencias como material para el análisis de la construcción socio-histórica de la profesionalización de la partería. Asimismo, esto fue insumo para delinear escenarios de relaciones donde quedaron en evidencia aspectos ideológicos y posicionamientos que hacen a la definición de –y a la disputa por- la especificidad disciplinar y los saberes, prácticas, valores y conceptualizaciones respecto del proceso de embarazo, parto y puerperio.

La obstétrica como “colaboradora” de la tarea médica. La formación. La noción de “acompañamiento”.

En Argentina hoy en día el ejercicio de las obstétricas se encuentra regulado por las incumbencias de su formación universitaria y legislaciones provinciales y nacionales³ que posicionan formalmente a esta profesión como competente en la atención de los procesos de embarazo, parto y puerperio de ‘bajo riesgo’, quedando su objeto de intervención ligado muy estrechamente a la noción de “normalidad”. Esta cuestión parece diferenciarlas del ejercicio de la medicina, al que suele atribuírsele la intervención en circunstancias y procesos donde está presente -o potencialmente presente- la patología.

Más allá de las normativas que, en distintos niveles, definen idealmente el *deber ser* de una obstétrica, a través de nuestro recorrido de campo⁴ nos encontramos con discursos que tienden a posicionarlas como profesionales que intervienen en la atención del embarazo-parto-puerperio entendiéndolo “no como un problema médico, sino como un

³A pesar de que los planes de estudio establecen incumbencias que determinan que las obstétricas se encuentran capacitadas para desarrollar tareas como la atención de un parto “normal”, la ley nacional 17.132/67 que regula su ejercicio (y el de otras profesiones) -sancionada durante el Gobierno de Facto de Onganía y vigente actualmente- determina que la obstétrica debe “limitar su actividad a la colaboración de un profesional responsable (...) médico u odontólogo”, quedando su profesión subordinada desde lo legal a esos saberes y prácticas.

⁴Nos referimos a la combinación de observación participante y entrevistas en profundidad realizados entre 2013 y 2015 en el marco de cada una de nuestras investigaciones.

proceso fisiológico”. En las entrevistas, aparece con frecuencia una definición del propio rol que dialoga e incluso se contrapone en algunos aspectos con el saber/hacer médico:

“...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...” (Entrevista a Beatriz, obstétrica de guardia, instructora de residentes, docente y activista gremial. La Plata abril 2014).

“Abi dice que (...) a ella no le gusta firmar el alta de mujeres “que tuvieron un embarazo patológico, porque nosotras estamos para atender lo fisiológico”. Carla le dice que no importa porque también firma el jefe de la sala. Abi dice que ‘puede traerle problemas’. Carla insiste “Si la ves bien, y tuvo un parto cómo no le vas a poder dar el alta?.” (Registro de campo, Hospital CABA, Septiembre de 2014)

Las nociones de “lo fisiológico” y “la normalidad” fueron moneda corriente en las descripciones que las obstétricas hicieron al momento de conceptualizar los procesos con los que trabajan y de remitirse a su propia práctica profesional y formación. Sin embargo estas categorizaciones implican siempre una referencia a conceptualizaciones dicotómicas complementarias: “lo patológico”, el “alto riesgo”; el quehacer de la profesión médica y su participación en tanto “colaboradora” en estos casos.

“El rol de la obstétrica es fundamental porque está para la prevención, para y desde la prevención... (...) y estamos pisando fuerte porque realmente el rol es la prevención... en la cuestión asistencial el rol es la prevención... poder captar la patología y derivarla a tiempo, creo que fundamentalmente nuestro papel es ese desde la atención primaria...” (Entrevista a Clara, obstétrica de sector privado, docente y activista gremial. La Plata, Marzo de 2014)

“Vemos todo lo que es normal, ya sea del embarazo, del parto y del puerperio.

C: ¿Y cuándo rotabas por lo que me contabas que son consultorios de patologías?

T: Es para tener contacto con cómo son los manejos de lo que es embarazos patológicos por ejemplo, y de lo que es la colaboración con el profesional que los lleva adelante. Ayudar a hacer el control. Por ejemplo pesar, medir panza, escuchar, estar atento a que hay que solicitar, ayudar a hacer las órdenes...” (Entrevista Trini, residente obstétrica de segundo año, CABA, agosto 2014)

Si bien parecen esbozarse formas propias de interpretar la especificidad del rol en estos procesos de atención, estas conceptualizaciones nos hablan de una estructura más amplia y sumamente compleja en la que se desarrolla la trayectoria tanto formativa como profesional de las obstétricas y que, como veremos, continúa estando profundamente atravesada tanto en lo conceptual como en las prácticas cotidianas por la biomedicina.

Lo “normal” y lo “patológico”. Mucho más que categorías conceptuales.

Partiendo de la premisa de considerar el quehacer obstétrico en tanto un conjunto de prácticas atravesadas por múltiples determinaciones, en este apartado analizamos de qué manera una diversidad de saberes se construyen colectivamente (aunque no sin disputas) en el marco de la atención obstétrica.

En el Hospital⁵ la escisión conceptual-operativa entre *normal* y *patológico* organiza varios aspectos de la atención obstétrica. Considerando que la producción de conocimiento está estrechamente ligada con la práctica cotidiana, el contexto en el que se aprende a ser médico, a ser obstétrica; adquiere una significatividad relevante.

Reconstruir en alguna medida parte de la experiencia formativa de este grupo de obstétricas, tiene como finalidad indagar en prácticas cotidianas que están atravesadas por estas experiencias. Nuestro trabajo de campo en el Hospital nos permite sugerir que la atención obstétrica se reparte disciplinarmente: las obstétricas residentes realizan los controles durante embarazo, parto y puerperio catalogados como “normales” o de “bajo riesgo” y las médicas residentes atienden los casos “patológicos” o de “alto riesgo”. Lo normal y lo patológico son mucho más que categorías porque organizan el trabajo al interior del servicio.

“... me dice que sí “hacemos todo lo que es embarazo normal”. Le pregunto si también “atienden partos normales” o si los tienen que hacer con algún médico.C: ‘siempre hay algún médico pero los hacemos una vez cada una: la residente de primero de obstetricia [médica] y la de primero obstétrica’. Le pregunto si hacen episiotomías, me dice que sí, “lo que no hacemos es vacuum, fórceps ni cesárea”. (Registro de campo, Hospital CABA Enero de 2014)

Esta mirada también se hizo presente en las entrevistas a obstétricas que forman parte del Colegio Profesional bonaerense⁶:

“La primera persona que tiene contacto con la mujer es la obstétrica, (...) cuando pasa lo normal a lo patológico o cuando hay que intervenir, obviamente viene el médico, pero por lo general, todo el trabajo primario: es nuestro”. (Entrevista a Marcela, obstétrica de primer y segundo nivel de atención, docente y activista gremial. La Plata, septiembre de 2013)

⁵Nos referimos a la institución de CABA en la que se llevó a cabo una de los dos investigaciones mencionadas. No mencionamos nombres reales (ni del Hospital ni de los sujetos con quienes interactuamos) para preservar su anonimato.

⁶Vale aclarar la singularidad de este grupo, que además de participar en la configuración de los sentidos del quehacer obstétrico en el campo de ejercicio asistencial, participa en espacios donde se negocian posicionamientos y definiciones normativas, formativas y de programación de políticas públicas.

En el contexto particular del servicio de obstetricia en el que llevamos adelante la observación participante, podemos sintetizar que la escisión normal/patológico excede el plano conceptual y se materializa en una disputa y redefinición de estos límites. Quizás a nivel discursivo parece sencillo distribuir las tareas entre médicos/as y obstétricas de acuerdo con esta clasificación. Pero en la práctica cotidiana, lo normal y lo patológico implican el acceso desigual a recursos materiales y simbólicos, que ponen de manifiesto estas discusiones subyacentes acerca de los límites de la supuesta autonomía profesional operando en una institución marcadamente jerarquizada que involucra a una variedad de profesiones y oficios.

“Elena me dijo: Cuando estaba Emilia [jefa de residentes anterior] me decía ‘En cinco minutos tenés que darle el alta porque sino Silver [jefe de sala de internación, médico tocoginecólogo] me caga a pedos a mí’. A mí me gusta tomarme mi tiempo, charlar, sobre todo por la teta y consejería en métodos [anticonceptivos]. Pero bueno, en ese momento no podía. En el consultorio si hay más espacio para hablar otras cosas, pero en la sala [de internación] estamos a las corridas.” (Registro de campo, Hospital CABA, Junio de 2014)

“Malena abre la puerta y le dice algo a Mariel sobre compartir el consultorio [se la siente enojada] “los médicos nunca nos van a dar un consultorio a nosotras, así que no tenés porqué tener esperando a las chicas [mujeres que vienen al “consultorio de puerperio”], que se busquen otro, que lo pidan con sus jefes”.” (Registro de campo, Hospital CABA, junio de 2014)

Este grupo de obstétricas desarrolla sus tareas laborales-formativas en un marco de relaciones institucionales preexistentes que se organizan en torno a una serie de disposiciones técnico-operativas y a la vez conceptuales. Su doble condición de obstétricas y de residentes ubica este conjunto de prácticas en una red de jerarquías que implican tanto responsabilidades laborales específicas como el acceso desigual a ciertos recursos.

Ahora bien, si nos detenemos en el nivel de la producción de saberes⁷ y pautas operativas para la atención, esta red de jerarquías institucionales aparece operando aún con más fuerza. Nos referimos a la producción de categorías conceptuales (como las de “normal y patológico”), guías institucionales que orientan la atención (“protocolos”) y otras creaciones hospitalarias que de alguna manera (aunque no exclusivamente) regulan las prácticas cotidianas en el servicio de obstetricia.

⁷Entendiendo a los saberes como mucho más que algo meramente cognitivo: "Por eso, en muchas situaciones de aprendizaje informal de oficios, lo que se "transmite" no es un "saber" sino un "trabajo" o una "experiencia"..." (Lahire, 2006: 140)

“Trini: (...) en líneas generales el control prenatal siempre desde lo que se solicita es bastante completo, siempre. (...) Y por ejemplo, acá hay como en cada hospital, cada institución tiene sus protocolos. Por ejemplo...

C: ¿Y quién los define? ¿O quién los escribe?

T: Creo que eso se define en... Se hace una junta o algo así, se hacen ateneos, y ahí como que se unifican conceptos y después se hace por escrito un protocolo. Que después se lleva a los servicios y todo el mundo en teoría debería acatar eso.

C: Y cuando vos empezás acá tu residencia ¿hay un papelito dónde esté escrito el protocolo? O te lo cuenta alguien...

T: No, lo heredé, oralmente [risas] Así como de generación en generación. De generación en generación fue, la verdad que no leí...” (Entrevista a Trini, residente obstétrica de segundo año, Agosto de 2014)

“Malena: El año pasado se dedicaron mucho a hacer protocolos de servicio en base a todas las actualizaciones disponibles que había, hacen protocolos así especiales de cada patología. Están pegados ahí en la sala.

Clara: ¿Sabés quién los hace?

Malena: Los hicieron los médicos, abajo. Sí, nosotros no tuvimos mucho que ver porque es todo patología. Es residentes con los médicos de planta.” (Entrevista a Malena, instructora de residentes. Hospital CABA, octubre de 2014)

El acceso diferencial a determinados recursos también se manifiesta en este plano, al que podríamos caracterizar como la producción de conceptualizaciones que orientan la atención. Y se articula fluidamente con la “transmisión de generación en generación” y esta *lógica de la práctica* (Bourdieu, 2007) que aquí intentamos reponer. La clase médica domina la organización de la asistencia sanitaria gozando de un virtual monopolio sobre el tratamiento médico y las intervenciones apropiadas, creando también normas médicas y definiendo políticamente quién será el agente de control adecuado para hacerlas cumplir (Conrad y Schneider, 1985).

Sin embargo, esto no impide que estos saberes no sean objeto de cuestionamiento. Por el contrario, son discutidos tanto en el plano reflexivo-verbal como en prácticas concretas que los desafían abiertamente. La noción de apropiación sugiere una relación activa entre la agencia subjetiva y la variedad de recursos culturales disponibles, implica la interacción entre la capacidad innovadora de los sujetos y las constricciones culturales en el marco de las cuales dicha agencia opera (Rockwell, 2011).

“Carla me dice “Acá el monitoreo se usa pero no sé porqué, no sirve para nada, hay un montón [enfatisa] de estudios que dicen eso”. También ‘Será que soy tranquila, espero no cambiar con el tiempo, pero yo no las apuro, yo las dejo ahí, a su ritmo. Pero hay gente que si pasa cierto tiempo ya se pone ansiosa’. Le pregunto si se agrega oxitocina para “cumplir” con ese tiempo que consideran normal. Me dice que ‘se pone de rutina, salvo después de las 12 de la noche hasta las 8, ahí a las minas no se las escucha mientras están dilatando’, le pregunto “¿Por qué no usan oxitocina? -Tratamos de no usar porque si se llega a complicar algo a esa hora los médicos internos están durmiendo entonces no se usa...” (Registro de campo, Hospital CABA enero de 2014)

Lo “normal” y lo “patológico”, lo “fisiológico” y lo “patológico”, el “bajo” y “alto” riesgo se nos presentan como categorías en definición, cuyos límites se muestran permeables, pasibles de ser determinados en la práctica. Se redefinen. Se cuestionan al nivel de micro-prácticas en determinadas circunstancias. En otras, se reclaman como un derecho que ampare a cierto grupo de profesionales de realizar determinado tipo de tareas.

“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. (...) el médico, el profesional médico, se recibe para curar, para ya pararse ante la enfermedad y curarla. (...) es como que pareciera como que todo tiene que ver con cuestiones de estudios, y de cosas y de derivaciones y no poder resolver cuestiones básicas de esa mujer puntualmente”. (Entrevista a Marcela, La Plata, septiembre de 2013)

“Malena: (...) no deberían pero por ahí las obstétricas también hacemos admisión de pacientes ginecológicas, les tomamos los datos, si las pueden revisar. La obstétrica para mí tiene que saber un poco de todo. (...) Si bien no extralimitarse con lo que es la profesión de uno y los alcances legales que tiene nuestra profesión, pero saber y tener una idea de toda, la mayor parte de patologías o las más prevalentes está buenísimo.

C: ¿Qué sería extralimitarse? ¿Cómo cuáles serían los límites?

M: Y, por ejemplo una cesárea no la podemos hacer nosotros. Podemos indicarla, decir ‘mirá para mí no va a nacer por abajo, operala’. Pero la decisión y la intervención la toma un médico.” (Entrevista a Malena. Hospital CABA, octubre de 2014)

Particularmente el grupo de obstétricas entrevistadas en el marco de actividades gremiales señalaron el rechazo a “la hegemonía de los médicos”, “los protocolos demasiado precisos y ajustados”, “lo medicamentoso” y “lo instrumental”. Las nociones de “normalidad”, “patología” y “medicalización” presentaron ambigüedades, desdibujándose la “natural fisiología” y permeando los límites entre “normal y “patológico” y las incumbencias de profesionales obstétricas y médicos/as. Aunque se ha hecho mención a

la capacidad de “acompañar” a la mujer, de “colaborar” en la tarea médica, y que un embarazo, “siempre que esté dentro de parámetros normales, es un proceso fisiológico”; las entrevistadas -especialmente aquellas con más años en la profesión- sugirieron que la hiper-especialización del ejercicio médico y la creciente patologización del proceso del nacimiento produjeron cambios significativos en las tareas y actividades desempeñadas.

Esto es producto de un proceso de constitución y promoción de categorías que determinan ciertos parámetros, valores y conductas como 'desviadas de la norma', 'patológicas', 'anormales' o 'riesgosas' que se definen como objeto de intervención médica. Sin embargo, lejos de posicionarse como sujetos pasivos, particularmente desde su ejercicio gremial -y, como vimos antes, también en su práctica cotidiana hospitalaria-, las obstétricas reivindican una especificidad disciplinar ligada fuertemente a la delimitación de los opuestos complementarios de estas categorías (lo 'normal', lo 'fisiológico').

“Nunca entendimos como obstétricas que nuestro lugar era controlar a una mujer que no es enferma, que es una embarazada (...) Son cuestiones que no siempre se tienen en cuenta, entonces hay una gran cantidad de colegas que siempre estuvieron paradas, más la cantidad que estuvo parada en la parte de la instrumentalización, de la patología porque la hegemonía de su tiempo la formó así (...) Yo creo que nosotros no hemos entendido el rol nuestro, ni nuestras competencias ni nuestras incumbencias y cuál es realmente la finalidad de nuestro trabajo (...). Para mí no tiene que venir un médico a decirme cuál es el paradigma que yo tengo que ver desde mi profesión, yo quiero que una colega me lo explique y me lo diga y poder discernir y tener un intercambio con ellas...” (Entrevista a Marcela, La Plata, septiembre de 2013)

“Por lo general, cuando las atendemos, no sé lo que yo veo con las pacientes nuestras [hace un silencio] siempre como que quieren volver con nosotros. No sé si porque somos todas así como buena onda, las recibís bien ¿viste? Por nuestra formación. La formación del licenciado... de la licenciada, no es la misma del médico. Entonces por ahí estamos como más atentas a otras cosas, el trato es distinto (...) siempre lo que más se marca en líneas generales en la carrera es el tema de ver a la paciente ni siquiera como paciente sino como mujer embarazada, y verla no sólo a ella sino a su entorno, familia, todo el contexto. Y en un primer momento lo que nosotros aprendemos es a ver bien integralmente digamos a la persona que vamos a tener en frente. (...) Esa formación en los médicos no existe. Directamente no tienen.” (Entrevista Trini, residente obstétrica de segundo año, CABA, agosto 2014)

Es necesario recordar que las categorías médicas, lejos de ser neutrales, están atravesadas por maneras de comprender los fenómenos cultural e históricamente situadas (Martin, 2006). En el caso que nos ocupa, vimos de qué manera estas

construcciones organizan la percepción y, a la vez, delinean pautas operativas para la atención. Pero lo simbólico en tanto forma de comprender y describir la realidad implica necesariamente un posicionamiento político (Fonseca y Cardarello 2005). Como observamos hasta aquí, lo que parece un mero abordaje conceptual da cuenta de disputas cotidianas en el acceso a los recursos en el contexto de la atención hospitalaria y, yendo aún más allá, de la construcción de la especificidad disciplinar y la autonomía profesional.

Estrategias que trascienden las conceptualizaciones. Desafíos desde la práctica.

Como propusimos hasta el momento, las obstétricas, concebidas en tanto “colaboradoras” de la tarea médica e insertas en una red de jerarquías institucionales; se manifiestan también como sujetos activos que en alguna medida cuestionan determinados criterios, ofrecen argumentos basados en su propia trayectoria, e incluso evaden ciertas constricciones impuestas a su práctica.

“Morena menciona el número de una cama y Malena pregunta, sorprendida “La de la 34 ¿le hicieron fórceps? ¡Si la subí con 6 centímetros! [de dilatación]”. Morena le dice que sí “le hicieron fórceps”. Malena dice “Guardia de jueves. Debe haber sido instructivo ese fórceps” [tono de enojo]. Pilar dice “¿A lo mejor tenía indicación?” Malena y Morena [ponen cara de que no]. Malena dice “No le dolía nada, así quiero que sea mi parto, sino no quiero”. Y hace otro comentario [en tono de desaprobación] ‘seguro fue instructivo’ [para mostrar a residentes cómo se utiliza el fórceps].” (Registro de campo, Hospital CABA, Junio de 2014)

“Trini: (...) una mujer que mide menos de 1.50 ya se considera de alto riesgo, lo cual me parece una pavada. Y después, bueno, con respecto a la edad, si tienen menos de 15 o más de 35 también es alto riesgo. O por ejemplo, si hay alguien que está embarazada y tiene menos de 19, no es del alto riesgo pero el control se sigue en embarazo y adolescencia. Y bueno, y así (...) como hay cosas que son muy zonzas como la estatura, no le damos bola. Si bien lo marcamos, pero la citamos para bajo riesgo porque que sea petisa la señora no tiene... no es una bomba dando vueltas por la ciudad.” (Entrevista a Trini, residente obstétrica de segundo año, Agosto de 2014)

Este quehacer inserto en una institución marcadamente jerarquizada, el trabajo cotidiano dentro de estos parámetros, también constituye parte del *ser médico* y del *ser obstétrica*. Estas prácticas de alguna manera cuestionan estos límites conceptuales, repartos de tareas: incluso la producción de saberes “autorizados”. El quehacer se redefine, permanente y contextualmente en diálogo con los sujetos con quienes se interactúa (sean mujeres en tanto usuarias, sean colegas, sean otros trabajadores sanitarios):

“C: ¿Y en el tipo de laburo? ¿Ves muchas diferencias entre el tipo de laburo tuyo y el de las residentes médicas? ¿O nada que ver?”

T: Sí, cambia bastante. Si bien nosotras también tenemos pacientes a cargo y demás, nuestros roles son bastante más amplios y también tenemos un montón de otras funciones que si bien son re importantes, por ahí no tienen que ver con la atención médica. Por ejemplo, todo lo que es consejería, en métodos anticonceptivos, en lactancia; eso solamente lo hacemos nosotras. Tenemos otros roles, que hacen a la licenciatura en sí. Y ahí es donde más nos diferenciamos. Los médicos no dan el curso nunca. A veces, ni el ámbito privado tampoco lo dan porque de hecho tienen sus parteras para que lo den. Hay un montón de roles que sólo los cumple la licenciada, y esos son los que nos diferencian. Porque después dentro de lo que es el asistencialismo digamos en una guardia, lo que sea, uno termina haciendo un montón de cosas que no son pura y exclusivamente de una licenciada.

C: ¿Cómo qué?

T: Ya sea, ponele, poner una vía, que corresponde a enfermería. Sacar sangre, poner una intramuscular, ver una paciente ginecológica si justo no tenés un médico ahí, la revisamos nosotras y después vamos y contamos. Hacemos cosas que no competen pura y exclusivamente al rol de la obstétrica.” (Entrevista Trini, residente obstétrica de segundo año, Agosto de 2014)

“...esta cosa oculta que nosotros hacíamos, de llevar anticonceptivos, porque teníamos conocidos, bueno, uno estaba en el Hospital y te daban, y bueno, era todo como entre paredes... pero, la mujer que quería un anticonceptivo, lo tenía, la que quería... bueno, yo recuerdo que con una de mis compañeras (...) colocaba Dispositivos Intrauterinos, 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 [PNSSyPR⁸] no estaba aún... yo compraba los DIU acá y los colocábamos ahí en la salita... todo así oculto “no digas nada”...” (Entrevista a Marcela, La Plata, Septiembre, 2013)

En el caso particular de Marcela, este cuestionamiento práctico de su propio quehacer es recuperado por ella misma al reconstruir su trayectoria laboral, redefiniendo las áreas de incumbencia a los que la práctica de la obstétrica estaban formalmente circunscriptos. Asimismo, las prácticas hospitalarias que describimos -y las reflexiones de las obstétricas en tanto trabajadoras de estos espacios- nos muestran cierta continuidad con las líneas discursivas desplegadas desde el “gremio-colegio” con el que trabajamos:

“Si nosotros no fuéramos una profesión liberal nunca hubiéramos tenido la sanción de nuestro Colegio Profesional, entonces es una contradicción constante que tenemos con la Ley Nacional que nos encasilla como colaboradoras, somos profesión liberal (...) pero no confundamos, 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.” (Entrevista a Liliana, La Plata, octubre de 2014)

⁸Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 25673/2002)

La propia actividad gremial se constituye quizás en otra expresión del cuestionamiento a ciertas constricciones en el ejercicio profesional, a este reparto de tareas e incumbencias inacabado, en construcción y disputa permanentes. La demanda por normativas que legislen su profesión, la lucha por la autonomía gremial, la construcción de un campo disciplinar propio. En este marco se apela a lo moral, a los valores de una *buena práctica obstétrica*, al “acompañamiento² como estrategia de legitimación. Como ya señalamos, este cuestionamiento no es un fenómeno aislado, sino que se ejerce cotidianamente y se resalta al momento de recuperar la propia trayectoria, sea en la actividad hospitalaria o gremial, incluso en la práctica docente:

“Yo siempre se lo digo a las alumnas, que uno siempre tiene que plantarse desde el conocimiento, a discutir conductas, ¿no? porque si el médico viene y te indica ‘bueno, hay que hacerle una inducción, ponerle un goteo’... bueno, ‘¿por qué?, o sea, pararlo y decir ‘no, la mujer no necesita que yo haga eso’. Si nosotros podemos sentarnos a discutir con el profesional que nos está diciendo ‘ponéle un goteo, apurá el parto, frenálo porque estoy haciendo consultorio...’, ¡no, no! ‘vení y explicáme cuál es el criterio: ‘rompéle bolsa’, ¿por qué? Dame la explicación científica de lo que me estás pidiendo’, cuando uno se planta ante esas cosas... es como que te empiezan a respetar, sino es como que siempre vamos a estar en segundo plano”. (Entrevista a Liliana, La Plata, octubre de 2013)

Podemos señalar que la construcción del campo disciplinar no se define de una vez y para siempre. Se disputa en el día a día, en la discusión abierta por los recursos materiales al interior del servicio, en los cuestionamientos y la adaptación de ciertos saberes médicos y prácticas de atención flexibles, que se reacomodan en el día a día a las condiciones materiales en las que efectivamente se desarrolla la atención obstétrica.

“Malena:(...) por ahí en el hospital antes que llegáramos nosotras estaba como muy... muy tirado abajo el rol de la obstétrica.” (...) Mirá, a nosotros uno de los médicos titulares de planta nos dijo ‘ustedes olvidense de hacer un parto acá adentro’ cuando entramos. Y colegas nuestras, se nos rieron en la cara diciendo ‘¿qué hacen acá? Si acá no pueden hacer nada’. Y la verdad que... No fue así. De a poquito fuimos sumando cosas, antes a la sala no veníamos...

“Laura: Hay que mantenerlas, sí, tal cual. Pero sí, fue algo como de a poquito que... generalmente Belén (...) se apoyaba mucho en la coordinadora de residencias de obstétricas, una partera, frente a algo que ella tenía las ganas, por ejemplo el consultorio de puerperio, por ejemplo Belén iba por el hospital tratando de conseguirlo. Se consiguió ver a las puérperas de parto normal, también tenemos la suerte que la médica, una de las médicas hace procreación responsable, la doctora Oliva tiene mucha buena onda con las parteras, entonces nos asesorábamos con lo que era parto inmediato o puerperio, y... no estaba, a nosotros nadie nos entregaba los métodos, se los entregan a ella.

C: Ah! Mirá... ¿Y ella se las da a ustedes? [pastillas anticonceptivos]

L: Sí, ella nos daba las cajas, para que tengamos en el consultorio que estuviéramos, que tengamos pastillas anticonceptivas. Es algo muy raro, porque por ley, si la mujer va a una consulta, alguien la tiene que ver y le tiene que dar un anticonceptivo. Entonces es loco que en el mismo hospital ni siquiera tengamos acceso a las pastillas a las personas que atendemos a esa mujer después del parto.” (Entrevista a Laura, obstétrica con la residencia finalizada, CABA, enero de 2015)

Ahora bien, retomando algunos de los conceptos analizados en el primer apartado, nos preguntamos ¿Qué lugar ocupan, en esta construcción de los campos de incumbencia y de participación, las referencias a lo “fisiológico” y a lo “normal”? ¿Qué relación existe entre estas categorías y la propuesta de “acompañar” y de “colaborar” entendido en tanto opuesto de “intervenir”?

“Me contó que estuvo de guardia la noche anterior y que ‘hubo mucho trabajo, nueve partos’. Le pregunté cuánto es lo habitual y me dijo que el promedio sería cuatro. Me dice que además la mayoría ‘terminaron en cesárea’ que a ellas ‘les gusta más que sea por parto pero que había cosas feas’ y que fue toda la noche una cesárea atrás de la otra y durmió una hora y media. (...) En otro momento me dice que para ellas es una conquista atender los partos normales y que tratan de que sea así, que derivan a los médicos cuando ‘no les queda otra.’”(Registro de campo, Hospital CABA, enero de 2014)

“... vos decís: ‘sí patrón, sí doctor’, cuando no le podés rebatir conciencia. Entonces si a mí me dice el médico: ‘no, vamos a cesárea’... ‘no, pará, dejáme media hora porque tiene un cuello fino, yo 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’...”. (Entrevista a Beatriz, La Plata, marzo de 2014)

La ciencia condensa valores propios de la modernidad tales como la racionalidad, objetividad, inteligencia, dominio y control de la naturaleza (Gordon, 1988). Aporta una forma de ver el mundo, a la vez que un medio de comprenderlo y determinar el lugar del ser humano en él. Pero cuando se presenta a la ciencia como sirviendo a una causa noble, su avance se considera ineludible, ya que en su práctica se halla implicado un imperativo moral de intervención (Luna, 2007). En el caso puntual de la obstetricia, la prevención de enfermedades 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. En este sentido, el dispositivo de atención y las intervenciones orientadas a “prevenir patologías” como fundamento de la atención obstétrica cuentan con un aval

moral que excede el campo de intervención biomédica. (Gilligan, 2014). Podemos sugerir un rol activo de estos dos grupos de obstétricas en tanto *empresarias morales*:

“El empresario que asume una cruzada moral intenta imponer su moral en los demás apelando a que los suyos son fines humanitarios: no se trata de que los demás vean que lo que él cree es lo correcto, sino que cree que si los demás hacen aquello que él propone como correcto, se beneficiarán. (Becker, 1963: 10)

Ahora bien, como propusimos a lo largo de este escrito, la recurrencia a un rol de “acompañante” de un “proceso fisiológico”, el “respeto de los tiempos de la mujer”, implica mucho más que una construcción moral que legitime la participación activa en el embarazo-parto-puerperio. Constituye una estrategia política de creación de un ‘objeto’ de intervención propio y de disputa por la autonomía profesional en un campo atravesado por relaciones de hegemonía-subalternidad que, como vimos, se producen cotidianamente⁹. Quizás, esto se expresa con evidencia en la constitución gremial del Colegio aunque, como analizamos aquí, también se crea en el día a día de la atención hospitalaria.

Reflexiones finales

En base a nuestra producción en el marco de dos investigaciones en curso, analizamos desde una perspectiva etnográfica, algunos sentidos de dos grupos de obstétricas respecto de su propia práctica profesional. Describimos las formas en que, en distintos escenarios de relaciones, se evidencian posicionamientos político-identitarios que hacen a la producción de la especificidad disciplinar. Particularmente nos detuvimos en cómo lo “fisiológico” y lo “patológico”, el “bajo” y “alto” riesgo se presentan como categorías dicotómicas y complementarias, que, son mucho más que conceptualizaciones: A partir de ellas pudimos dar cuenta de disputas cotidianas en el acceso a los recursos en el contexto de la atención hospitalaria y, yendo aún más allá, de la construcción de un campo propio de intervención.

Las obstétricas, concebidas como “colaboradoras” de la tarea médica, se posicionan cuestionando criterios, argumentando en base a su propia trayectoria, e incluso evadiendo

⁹ Y en las que, participan una diversidad de actores que escapan a nuestras posibilidades de análisis en este breve escrito.

constricciones impuestas a su ejercicio. A partir de la descripción de las prácticas analizamos cómo estos límites conceptuales y operativos son permeables, pasibles de ser producidos cotidianamente y acordes a las condiciones materiales particulares de la atención obstétrica.

Como sugerimos algunas líneas antes, las nociones de “acompañante” de un “proceso fisiológico”, “normal”, el “respeto de los tiempos de la mujer”, exceden el papel de recurso de legitimidad moral. Estas nociones, encarnadas en prácticas cotidianas, conforman una estrategia política de creación de un ‘objeto’ de intervención propio y de disputa por la autonomía profesional.

Bibliografía

- BECKER, Howard. 1963. *Outsiders: studies in the sociology of deviance*. Free Press, New York.
- BLAZQUEZ RODRIGUEZ, María Isabel. 2005. Aproximación a la Antropología de la reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*. 42. Madrid.
- BOURDIEU, Pierre. 2007. La lógica de la práctica. En: *El sentido práctico*. Siglo XXI, Argentina.
- CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph. 1985. Deviance, definitions and the medical profession, From badness to sickness. Changing designations of deviance and social control, en *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*, Ohio: Merrill Publishing Company.
- FONSECA, Claudia y CARDARELLO, Andrea. 2005. Derechos de los más y menos humanos. En: TISCORNIA, Sofía y PITA, María Victoria (eds.) *Derechos humanos, policías y tribunales en Argentina y Brasil*. Antropofagia. Buenos Aires.
- GILLIGAN, Clara. 2014. La construcción médica del puerperio. Un análisis de bibliografía de obstetricia. *Revista de Antropología Experimental*. nº 14. <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae/article/view/1800/1558>.
- GORDON, Deborah. 1988. Tenacious Assumptions in Western Medicine. En: Lock, Margaret y Gordon, Deborah (editoras): *Biomedicine Examined*. Dordrecht/Boston/Londres: Kluwer Academic Publishers.
- LAHIRE, Bernard. 2006. Lógicas prácticas. El hacer y el decir sobre el hacer. En: *El espíritu sociológico*. Manantial. Buenos Aires.
- LUNA, Naara. 2007. *Provetas e Clones: uma antropología das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro. Fiocruz.
- MARTIN, Emily. 2006. *Na mulher no corpo: uma análise cultural da reproducao*. Traducción: Julio Bandeira; revisión técnica: Fabiola Rohden. Garamond. Río de Janeiro.

- MENÉNDEZ, Eduardo. 1994. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4 (7): 71-83. Iztapalapa, Universidad Autónoma Metropolitana.
- ROCKWELL, Elsie. 2011. Los niños en los intersticios de la cotidianeidad escolar. ¿Resistencia, apropiación o subversión? En Batallán y Neufeld, coords. *Discusiones sobre infancia y adolescencia. Niños y jóvenes dentro y fuera de la escuela*. Biblos. Buenos Aires.