

Entre el acompañamiento y la producción de un campo disciplinar: Una mirada antropológica acerca del ejercicio profesional de las obstétricas.

Clara Gilligan. FFyL/UBA, casilladeclara@gmail.com

Maria Victoria Salsa Cortizo, CIC / UNLP victoriasalsa@yahoo.com

Presentación

En esta ponencia nos proponemos presentar resultados de dos investigaciones antropológicas cuyo trabajo de campo se desarrolló entre 2013 y 2015. Por un lado, recuperamos una investigación en la que se analiza el proceso de profesionalización de la partería a través del estudio del Colegio Profesional de la Provincia de Buenos Aires. Por el otro, retomamos una investigación que tiene por objetivo describir, desde una perspectiva etnográfica, la atención obstétrica destinada al posparto en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires.

Partiendo de un abordaje cualitativo con enfoque etnográfico, indagamos en la constitución de objetos, incumbencias y campos de disputa profesional alrededor de la atención obstétrica. A partir del análisis de observaciones y entrevistas, en este trabajo reflexionamos acerca de los sentidos construidos por dos grupos de obstétricas - con distintos recorridos y trayectorias en relación a su ejercicio profesional - en instituciones de la Provincia y la Ciudad de Buenos Aires. Describimos las formas en que se ponen en acción estrategias que hacen a la producción de la especificidad disciplinar analizando algunas disputas cotidianas en el acceso a los recursos y, yendo más allá; de la construcción de un campo propio de intervención.

En el marco de nuestros proyectos de investigación, hemos interactuado con dos grupos de obstétricas de perfiles profesionales marcadamente diferenciados. Por un lado, trabajamos con obstétricas con más de treinta años de ejercicio, de más de cincuenta años de edad, egresadas de la Universidad Nacional de La Plata, cuando la carrera de

obstetricia no había alcanzado aún el grado de Licenciatura ni existía la posibilidad de que ingresen al Programa de Residencias. Este primer grupo de obstétricas se ha desempeñado en distintos sectores del sistema de salud realizando labores asistenciales y participan de manera activa en el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires.

Por el otro, se recuperan trayectorias de obstétricas recientemente graduadas de la Licenciatura en obstetricia de la Universidad de Buenos Aires -de entre 25 y 35 años de edad- que durante 2013 y 2015 se desempeñaban en un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el marco de un Programa de Residencias.

“Preguntémonos quiénes somos como profesionales, después preguntémosle a los demás”

En este apartado nos proponemos presentar algunos resultados de una investigación en la que se plantea, un estudio socio-antropológico del proceso de profesionalización de la partería en la Provincia de Buenos Aires¹. Partimos del supuesto de que los procesos de profesionalización constituyen un conjunto de acciones orientadas a definir el objeto de su actividad y que estas acciones se despliegan en un campo de relaciones de poder en contextos históricos particulares (Schapira; 2003). En este sentido, y tal como advierte Freidson (1978: 9), el estudio de las profesiones y de la profesionalización requiere que se preste estrecha atención a los procesos políticos en los que las ocupaciones se encuentran intrincados y desde donde se negocian –junto al

1

El foco de este trabajo se encuentra puesto en construir un campo etnográfico que revele el escenario de disputas acerca de *ser obstétrica* y de aquello que caracteriza a su ejercicio profesional teniendo en cuenta procesos políticos y a una multiplicidad de actores. Se hace especial hincapié en las estrategias llevadas adelante por las obstétricas, considerando particularmente el papel que ha jugado la creación de un Colegio Profesional que las nuclea en la Provincia de Buenos Aires. Las obstétricas que se desempeñan en el territorio de la Provincia de Buenos Aires, se encuentran habilitadas para ejercer su profesión en el ámbito asistencial -de todos los niveles y sectores del sistema de salud-, en la docencia, en la gestión y la investigación. La legislación vigente en la Provincia indica que el ejercicio profesional de las obstétricas está circunscripto 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 normales (Ley provincial 14.802/15).

Estado y otras profesiones- concesiones de derechos exclusivos para desempeñar ciertas tareas, para reclutar y educar a sus miembros, para dar órdenes a otras ocupaciones y para definir en qué consistirá su trabajo.

En las entrevistas que realizamos a este grupo de obstétricas, la especificidad disciplinar asumida por las parteras y la definición de su objeto de intervención, han estado ligados muy estrechamente con la noción de “normalidad”, cuestión que -argumentaron- las diferencia –al menos discursivamente- del ejercicio de la medicina, al que atribuyen la intervención en circunstancias y procesos donde está presente “la enfermedad”. Hemos encontrado con frecuencia una definición del propio rol que dialoga y define de manera relacional y constante 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 Beatriz². La Plata abril 2014).

“...el profesional médico, se recibe para curar, para ya pararse ante la enfermedad y curarla. (...) siempre está desde el lado donde ya está instalada la enfermedad. Nosotros en cambio, nunca entendimos como obstétricas que nuestro lugar era controlar a una mujer que es enferma, sino que es una mujer que está embarazada (...) porque normalmente uno ve al embarazo, a la mujer como en partes... la mujer con útero ocupado, por lo tanto un embarazo... si la mujer tiene un dolor de oídos, es ‘el embarazo’ y ‘el dolor de oídos’, cuando en realidad es una mujer que tiene dolor de oídos....” (Entrevista a Marcela, La Plata, septiembre de 2013)

No obstante, este grupo de obstétricas entrevistadas, han manifestado ciertos cambios entre los modos de atención vigentes respecto del momento en que comenzaron a ejercer su profesión y los últimos años, manifestando que “la hiper-especialización del ejercicio médico” y un contexto de atención actual que “tiende a la patologización del proceso del nacimiento”, han producido cambios significativos en las tareas y actividades desempeñadas por las obstétricas. Por ejemplo, en relación al control del recién nacido, a

2

A lo largo de la ponencia no mencionaremos nombres reales (ni del Hospital ni de los sujetos con quienes interactuamos) para preservar su anonimato.

pesar de que las parteras están facultadas y formadas para poder hacerlo, dicen delegarlo:

“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 (...) 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...”. (Entrevista a Marcela, La Plata, septiembre de 2013)

Al reflexionar sobre este viraje en la atención y al hacer un recorrido por su trayectoria profesional, han surgido en las entrevistadas cuestiones como la “*excesiva medicalización del parto*”, la existencia de un “*modelo hegemónico de la instrumentalización*” y la “*universalización de la patologización de la normalidad*”. Liliana -quien egresó de la carrera a principios de la década de 1970- señaló que durante sus años como concurrente:

“todos los partos eran normales y rara vez se hacía una cesárea”. (Entrevista a Liliana, La Plata, octubre de 2013)

La constitución y promoción de categorías para determinar ciertos parámetros, valores y conductas como 'desviadas de la norma', 'patológicas', 'anormales' o 'riesgosas' es una tarea médica habitual (Conrad y Schneider, 1985). Y es esta profesión la que que asimismo ostenta la legitimidad del tratamiento, la intervención, normas, mecanismos de control y parámetros de lo que constituye 'enfermedad' (Conrad, 1982: 139).

Sin embargo, lejos de posicionarse como sujetos pasivos, particularmente desde su ejercicio gremial, las obstétricas han reivindicado una especificidad disciplinar, aunque siempre ligada fuertemente a la delimitación de los opuestos complementarios de estas categorías (lo ‘normal’, lo ‘fisiológico’).

“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)

Consideramos que aquí queda en evidencia otra de las aristas problemáticas que este grupo de obstétricas entrevistadas señalaron como propia de la coyuntura actual por la que atraviesa su profesión y que tiene que ver con las discusiones en torno a las relaciones entre autonomía profesional / conocimiento / *empoderamiento*:

“Antes de empoderar a las mujeres tenemos que empoderarnos nosotras, preguntémonos si queremos seguir siendo colaboradoras, preguntémonos quiénes somos como profesionales, después preguntémosle a los demás”. (Entrevista a Liliana, octubre de 2013)

“...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 [PNSSyPR³] 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 fue recuperado al reconstruir su trayectoria laboral, redefiniendo las áreas de incumbencia a los que la práctica de la obstétrica estaban formalmente circunscriptos. En esta línea, incluso la participación en el Colegio de Obstétricas se construye como estrategia para cuestionar y disputar la especificidad disciplinar:

“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 (...).” (Entrevista a Liliana, octubre de 2013)

En este marco se apela a lo moral, a los valores de una *buena práctica obstétrica*, al “acompañamiento” como estrategia de legitimación:

“... 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)

En los discursos de este primer grupo de obstétricas converge una mirada en donde su figura parece construirse como la de guardianas y garantes de los deseos y derechos de las mujeres y respetuosas de los “tiempos naturales”, implicando que estos valores sean fundamentales para ellas en términos de poder disputar un campo disciplinar propio.

Competencias profesionales y jerarquías institucionales en la atención hospitalaria.

En este segundo apartado recuperamos algunas reflexiones surgidas en el transcurso de una investigación realizada entre 2013 y 2015 que tuvo por objetivo describir, desde una perspectiva etnográfica, la atención obstétrica destinada al posparto en un Hospital de la Ciudad de Buenos Aires. Considerando 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 Hospital funciona un departamento de docencia que ofrece espacios de formación tanto de grado para estudiantes de medicina, obstetricia, enfermería y otras carreras, así como de especializaciones y posgrado a través del sistema de residencias y concurrencias⁴. En este marco, las residencias destinadas a las licenciadas en obstetricia, u obstétricas, tiene sus particularidades⁵. A diferencia de los/as médicos/as que optan por la especialización en tocoginecología, las obstétricas no requieren necesariamente de esta formación de posgrado como requisito para participar en la atención de las mujeres que atraviesan algunos de los momentos del proceso del embarazo-parto-puerperio. Sin embargo, de acuerdo con algunas de ellas, la residencia constituye tanto una fuente de legitimidad y referencia académica, como la posibilidad de generar contactos laborales con médicos reconocidos.

El funcionamiento del sistema de residencias, y sus implicancias en la organización del trabajo al interior del servicio de obstetricia, es significativo en este contexto particular, en el que gran parte de la atención obstétrica (y, especialmente, durante el posparto) recae sobre las residentes. La producción de conocimiento está estrechamente ligada con la práctica cotidiana, y el contexto en el que se aprende a ser médico, a ser obstétrica adquiere una significatividad relevante.

Así como vimos en el apartado anterior, en este grupo de obstétricas las nociones de “lo fisiológico” y “la normalidad” fueron mencionadas con frecuencia en las descripciones que hicieron al momento de conceptualizar los procesos con los que trabajan y de remitirse a su práctica profesional.

“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?

4

Un período de capacitación hospitalaria pago, dependiente del Gobierno de la Ciudad al cual se accede a partir de concurso público.

5

Las residentes referidas aquí eran egresadas recientes de la Licenciatura en obstetricia de la Universidad de Buenos Aires. Una carrera autónoma de la de Medicina y, a la vez, con estrechas vinculaciones entre una y otra que fueron constituyéndose históricamente.

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)

Estas categorizaciones implican siempre una referencia, explícita o implícita, a conceptualizaciones dicotómicas complementarias: “lo patológico”, el “alto riesgo”; en síntesis, al quehacer médico y la participación de las obstétricas en estos procesos en tanto complementaria de “otra” tarea.

“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)

Aunque se esbozan interpretaciones respecto a la especificidad del rol de las parteras, estas conceptualizaciones nos brindan indicios de una estructura 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 relación permanente - y constitutiva - con la medicina.

La escisión conceptual-operativa *normal/patológico* organiza una serie de aspectos de la atención obstétrica. En el Hospital la atención obstétrica se reparte disciplinariamente: las obstétricas realizan los controles durante el embarazo, parto y puerperio catalogados como “normales” o de “bajo riesgo” y las médicas 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.

“...“hacemos todo lo que es embarazo normal”. Le pregunto si también “atienden partos normales” (...) .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)

Sin embargo, 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 se traducen en un acceso desigual a recursos que ponen de manifiesto estas discusiones subyacentes acerca de los límites de la supuesta autonomía profesional operando en una institución marcadamente jerarquizada.

“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)

Esto también se expresa en la producción de saberes y pautas operativas para la atención. En este caso, esta red de jerarquías institucionales se manifiesta 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 (en un plano normativo) las prácticas cotidianas en el servicio de obstetricia.

“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 se manifiesta en el plano de 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 [enfátiza] 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.

“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)

A pesar de desarrollar sus tareas y formación profesional en un contexto marcadamente jerarquizado, las obstétricas se posicionan activamente cuestionando criterios de intervención, ofreciendo argumentos de acuerdo a sus experiencias; e incluso evadiendo algunas constricciones.

“Malena pregunta, sorprendida “La de la 34 ¿le hicieron fórceps? ¡Si la subí con 6 centímetros! [de dilatación]”. (...)“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]. (...) Y hace otro comentario [en tono de desaprobación] ‘seguro fue instructivo’ ...” (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. (...) 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)

El trabajo cotidiano dentro de estos parámetros, también constituye parte del *ser médico* y del *ser obstétrica*. Sin embargo estas prácticas desafían estos límites conceptuales, estos repartos de tareas, el acceso desigual a recursos; incluso cuestionan la producción de determinados 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):

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)

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 que se ajustan a las condiciones materiales en las que efectivamente se desarrollan estos procesos.

“Malena:(...) en el hospital antes que llegáramos nosotras estaba como muy... muy tirado abajo el rol de la obstétrica.” (...) 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 [de internación] no veníamos...” (Entrevista a Malena, instructora de residentes. Hospital CABA, octubre de 2014)

“Laura: (...) 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 púerperas 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? [anticonceptivos orales]

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)

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”?

Entre objetos, incumbencias y campos de disputa profesional alrededor de la práctica obstétrica.

Si bien retomamos aquí dos trabajos etnográficos con grupos de obstétricas bien diferenciados entre sí -producto de procesos como el momento histórico en el que se formaron, los espacios en donde desarrollan su profesión, la edad y su trayectoria gremial, entre otros-, hemos encontrado varias aristas comunes en ambos que nos permiten analizar sentidos respecto de lo que significa *ser* obstétrica y sus implicancias para la construcción de un campo disciplinar específico.

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.

Incluso la propia actividad gremial -y su demanda por normativas que legislen su profesión y construyan un campo disciplinar propio- se constituye en otra expresión del cuestionamiento a ciertas constricciones en el ejercicio profesional, a este reparto de tareas e incumbencias inacabado, en construcción.

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 cotidianamente⁶. 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.

Retomando

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

6

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

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.

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.

CONRAD, Peter. 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.

FONSECA, Claudia y CARDARELLO, Andrea. 2005. Derechos de los más y menos humanos. En: TISCORNIA, Sofia y PITA, María Victoria (eds.) *Derechos humanos, policías y tribunales en Argentina y Brasil*. Antropofagia. Buenos Aires.

FREIDSON, Elliott. (1978) *La Profesión Médica*, Península, Barcelona.

GILLIGAN, Clara. 2014. La construcción médica del puerperio. Un análisis de bibliografía de obstetricia. *Revista de Antropología Experimental*. n° 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 antropologia das novas tecnologias reprodutivas*. Rio de Janeiro. Fiocruz.

MARTIN, Emily. 2006. *Na mulher no corpo: uma análise cultural da reprodução*. 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.

SCHAPIRA, Marta. 2003. Dentistry in Argentina: The history of a subordinated profession. *Historia, ciencias, saúde--Manguinhos*, 10(3), 955-977.

TORQUINST, Carmen Susana. 2003. Paradoxos da humanização em uma unidade maternidade no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(Supl. 2):S419-S427