

Hacer partos: representaciones, prácticas y disputas en el campo profesional obstétrico platense

Belén Castrillo

Presentación¹

Los procesos de embarazo y parto (PEP) se han constituido como hechos médicos en nuestro país desde el siglo XIX, cuando se dieron dos procesos conexos: la profesionalización de la atención, que pasó de parteras a médicos², y la institucionalización del parto, que se trasladó del hogar y el contexto familiar hacia el hospital. El objetivo de estas dos ocurrencias estuvo ligado a disminuir las altas tasas de mortalidad materno-infantil, con la incorporación de principios como la asepsia, los controles prenatales y el seguimiento del trabajo de parto y posparto, entre otros. Una de las principales críticas es que este complejo proceso de medicalización construye a los embarazos y partos como eventos sanitario-hospitalarios, homogéneos, estandarizados, controlados y regulados por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología entre sus intervenciones así como de estas mismas.

En el marco de una tesis doctoral que abordó las experiencias que mujeres-madres, varones-padres y profesionales de la salud construyen alrededor de las intervenciones médicas en los PEP, este trabajo recorta una pregunta dirigida hacia el quehacer de médicas obstetras y parteras en dicha atención. En dicha tesis se reconstruye la disputa entre dos modelos típicos-ideales de atención obstétrica: uno hegemónico, caracterizado por ser intervencionista y propender a la medicalización de los PEP. El otro, subalterno,

¹ Por ser un trabajo eminentemente feminista, busqué *restituir* el lugar central a las mujeres a partir del uso del lenguaje inclusivo. En este caso en particular, escribí con “x” suplantando las vocales que asignan género a algunos sustantivos (por ejemplo la masculinización masiva con la “e” en trabajadores o la “o” en médicos). Asimismo, utilicé las comillas para todos aquellos fragmentos textuales y en ellos no intervine su utilización del lenguaje masculino “universal”. Es decir, no modifiqué el lenguaje utilizado por lxs entrevistadxs ni intervine la transcripción de las entrevistas. Además, escribí este artículo en primera persona del singular, como un modo de asumir el compromiso académico y político de ser la persona que dice y afirma, sin por ello desconocer o renunciar a que el conocimiento es una producción colectiva.

² La feminización del término “parteras” y la masculinización del término “médicos” es arbitraria e intencional: refiere tanto a la exclusión de las mujeres para ingresar a la universidad en tanto la imposibilidad de aquellas mujeres parteras de profesionalizarse en un primer momento y, principalmente, alude a la masculinización del ejercicio del rol médico (Camacaro Cuevas, 2000; Pozzio, 2013).

que desde un enfoque de género y derechos humanos busca devolver el protagonismo a las mujeres en la escena del parto y despatologizar el proceso. En este artículo me enfocaré en el análisis de la constitución y (re)producción del primero, esto es, en la problematización de las representaciones de profesionales de la salud obstétrica sobre el modelo intervencionista de atención, al que nomino, retomando la categoría nativa, como *hacer partos*, a modo de articulador del quehacer obstétrico. La propuesta es construir un mapa heterogéneo de representaciones y reconstruir las disputas internas del campo profesional obstétrico.

La pregunta por las representaciones sobre diversos aspectos que re-construyen las profesionales de la atención obstétrica³ encuentra su importancia en su impacto y repercusión en la atención que dispensan. En otras palabras, porque “representaciones simbólicas que los profesionales relacionados con el proceso reproductivo poseen [repercuten] en las prácticas profesionales” (Arnau Sánchez y otros, 2012, p. 226). Se trata de representaciones de profesionales sanitarias que ocupan diversas posiciones en el campo profesional obstétrico: parteras, médicas obstetras, jefas de servicio de tocoginecología de maternidades públicas de la ciudad⁴ y funcionarias del gobierno kirchnerista del Ministerio de Salud de la Provincia. Esta heterogeneidad de profesionales, disciplinas y campos de actuación no solo representa una decisión metodológica —en cuanto criterio de selección de la muestra—, sino que, principalmente, responde a la diversidad de agentes de salud que participan del campo obstétrico, lo (re)producen, cuestionan y describen.

Ubico esta propuesta de trabajo en las preguntas por los cruces entre género y salud. El análisis de la atención médica de PEP implica el estudio de un entramado de relaciones de poder que incluye a diversos sujetos e instituciones. En la atención específica, las relaciones asimétricas de poder y subordinación son características de la práctica médica y de las relaciones de género, por lo que se asume una perspectiva relacional, que se asienta en un doble atravesamiento: de género y de subordinación médicos-pacientes. La adopción de un enfoque de género y salud (Esteban, 2001; Valls Llobet, 2009; Sadler, 2004), contribuye a identificar las prácticas médicas en la atención del parto con

³ Justamente por el proceso de profesionalización que modificó la atención de los nacimientos hace más de un siglo, las entrevistadas cuentan con certificación académica para trabajar. Quedan fuera de esta investigación otro tipo de acompañantes no tituladas (por ejemplo, *doulas*).

⁴ La ciudad de La Plata cuenta con cuatro hospitales públicos de gestión provincial que cuentan con área de maternidad y atención obstétrica. He realizado trabajo de campo en tres, que aquí nomino como “A” (es la más grande, con 4500 partos anuales y atiende alto riesgo), “B” y “C”, para mantener el anonimato.

instituciones o procesos sociales atravesados por la desigualdad de género, vinculados al control de las mujeres, sus cuerpos y sus procesos reproductivos. Fundamentalmente, este trabajo y la tesis de la que deriva, contribuyen a conocer las condiciones de posibilidad de la violencia obstétrica y los marcos relacionados de poder en que esta se produce.

Tal como muestra la siguiente tabla (Figura 1), se realizaron entre 2015 y 2017 un total de 12 entrevistas en profundidad a profesionales de la salud que participan o participaron en la atención de embarazos y partos en distintos ámbitos (público, privado y domicilio).

FIGURA 1. ENTREVISTAS A PROFESIONALES DE LA SALUD OBSTÉTRICA

Nominación entrevista ⁵	Profesión	Edad	Actividad profesional desempeñada en			Fecha de entrevista
			Maternidad pública	Clínica privada	Domicilio	
Bárbara	Partera	32	-	SI	SI	30/3/2015
Equipo de psicología de Maternidad		25-45	“A”	-	-	20/2/2017
Equipo de trabajo social de Maternidad		28-30	“A”	-	-	13/3/2017
Rocío	Médica obstetra/tocoginecóloga	42	“A”	SI	-	10/04/2017
Sandra	Partera	57	“A”	-	-	1/2/2017
Carla	Médica obstetra	34	“B”	SI	-	4/9/2016
Andrea	Neonatóloga - lactancia	49	“A”	SI	-	24/1/2017
Adela	Médica obstetra – Jefa de servicio de tocoginecología	56	“A”	SI	-	14/9/2015
Alicia	Médica obstetra – Jefa de servicio de tocoginecología	47	“B”	SI	-	1/10/2015
Marta	Médica obstetra – Jefa de servicio de tocoginecología	48	“C”	SI	-	30/9/2015
Elina	Pediatra - Funcionaria	52	Dirección de Maternidad e Infancia - MSPBA			10/9/2015
Fernanda	Neonatóloga - Funcionaria	49	Dirección de Maternidad e Infancia - MSPBA			6/8/2015

Fuente:

Sus experiencias, prácticas y discursos permiten responder a la pregunta de investigación de este trabajo: ¿cómo se (re)produce y consolida el modelo intervencionista de atención a los PEP? Para problematizar, entonces, este *hacer partos*, se abordarán dos tópicos emergentes a partir del análisis de los datos recogidos en el trabajo de campo:

⁵ Los nombres de las entrevistadas fueron cambiados para mantener el anonimato.

a) La construcción del *habitus* médico obstétrico hegemónico, como el aprendizaje de hacer partos: la reconstrucción de algunos eventos significativos en la formación médica y en la asistencia y la puesta en práctica de intervenciones clínicas y simbólicas.

b) El campo profesional obstétrico como espacio de disputa alrededor de la humanización de la atención y lxs (re)productores de la atención hegemónica, intervencionista y medicalizante.

La presentación de estos dos ejes no responde a una cuestión secuencial, por lo que el orden podría ser invertido. En tal sentido, primero se presentan cuestiones endógenas a la práctica profesional y a la cristalización del hacer partos como el tipo ideal hegemónico, para luego dar paso a reconstruir las disputas de ese modelo dominante y cómo las profesionales se posicionan en el marco de las tensiones de los paradigmas de atención.

Construcción del *habitus* médico obstétrico: aprender a *hacer partos*

El punto de partida elegido para analizar las prácticas y representaciones que (re)producen las profesionales de la salud entrevistadas, es considerarlas como discursos que dicen, articulan, actúan y performan un *habitus* médico. En este sentido, retomo los trabajos de Castro (2014), quien, con el objetivo de construir la violencia obstétrica como problema sociológico, propone estudiar las condiciones de posibilidad del autoritarismo médico, a través de aportes bourdieanos (campo y *habitus*) y foucaultianos (tecnologías del yo, poder, control y vigilancia). Su postulado es que “a nivel de las interacciones microsociales [como son las relaciones médicx-paciente en la atención obstétrica] es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que juegan en la producción y la reproducción de las relaciones de dominación” (Castro, 2014, p. 172). En este marco, construye una definición fundamental sobre el campo médico, del que afirma que:

...abarca el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así, junto con las

instituciones de salud, son elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (las facultades de medicina y los hospitales de enseñanza), los agentes que operan estas instituciones, y los profesores y estudiantes de las especialidades médicas (p. 173).

En su definición sobre el campo médico, Castro da cuenta de lo que aquí nomino como campo profesional heterogéneo (y que será mejor caracterizado en la segunda parte de este capítulo). Su propuesta conceptual se complejiza al pensar cómo ese campo médico “produce (y es, simultáneamente, el producto de) una serie de subjetividades” (Castro, 2014, p. 173), de las que destaca el *habitus* médico, al que describe como:

...el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la *incorporación* (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico. Tales predisposiciones las adquieren los profesionales de este campo —en primer lugar, los médicos— a través de la formación que reciben en la facultad de medicina y en los hospitales de enseñanza. Al mismo tiempo, dichas predisposiciones se recrean cotidianamente a través de su práctica profesional, y engendran todas las conductas “razonables” y de “sentido común” posibles en tanto profesionales. La coincidencia entre el campo médico y el *habitus* médico da lugar a un *sentido práctico* propio del campo, es decir, a una práctica cotidiana espontánea, casi intuitiva, preconsciente (debido a su determinación social de origen), que permite la realización permanente de conductas eficaces para los fines del campo (Castro, 2014, pp. 173-174).

Su argumentación da un paso más en la problematización del concepto y propone como tesis que en las características de ese *habitus* pueden encontrarse las ontologías de “la relación autoritaria que los médicos propenden a establecer con las mujeres durante la atención del parto” (Castro, 2014, p. 174). Postula así una relación directa entre el campo, el *habitus* médico y las relaciones médico-pacientes que se entablan en la atención obstétrica:

Postulo que existe una vinculación estructural entre el conjunto de mensajes, enseñanzas, conminaciones, recriminaciones, clasificaciones, etiquetaciones, descalificaciones, regulaciones y jerarquizaciones (de clase, de género, etcétera),

que los estudiantes de medicina y los médicos viven en carne propia o atestiguan de cerca durante los años de formación, y los rasgos autoritarios que eventualmente exhiben durante su práctica profesional y que encuentran su vehículo más propicio en el *habitus* médico. Se trata de “tecnologías del yo” (cuya relevancia no ha sido dimensionada adecuadamente), por cuanto constituyen prácticas pautadas a través de las cuales el campo médico se legitima y se reproduce (Castro, 2014, p. 174).

A partir de esa referencia conceptual leo y analizo de qué modos ese *habitus* reproduce las características de los modelos intervencionista o respetuoso del quehacer obstétrico. Es decir, cómo el campo médico de la atención perinatal se encarna en formas de ser, actuar, concebir y abordar los PEP. En este sentido, para problematizar la constitución de dicho *habitus* es clave considerar las trayectorias formativas y asistenciales en torno a los currículums ocultos (Castro, 2014) de lxs profesionales de la salud obstétrica, para conocer cómo se constituyen en hacedorxs de partos. Es decir, a partir de la reconstrucción de los itinerarios formativos y profesionales de las entrevistadas, es posible advertir cómo aprendieron a hacer partos, esto es: la constatación de la vertiente hegemónica y medicalizada de la concepción y atención de los PEP. En pos de establecer qué es hacer los partos, en primer lugar describiré elementos que hacen a la construcción del *habitus* médico de estas profesionales de la salud a partir de su experiencia formativa y asistencial: las entrevistadas fueron invitadas a narrar el primer parto y el último en el que participaron (en general, primero como “público” o espectadoras, en rol de alumnas y con actitud expectante; y finalmente interviniendo o atendiendo en relación con el modelo al que adscriben); y la descripción o el detalle de las prácticas médicas que utilizan rutinariamente en la actualidad y cómo se componen (actorxs médicxs) las escenas del parto en la atención que dispensan. En otras palabras, en la reconstrucción cronológica es posible ir viendo cómo la estructura médica dominante que describe Castro se va estableciendo de tal modo en el quehacer profesional que se pasa de la actitud expectante a la acción intervencionista o de mando que exige el hacer partos. Considero que en su experiencia profesional, asistencial, formativa y docente, así como en su experiencia maternal (o no) y como usuarias del sistema de salud, tanto en la narración retrospectiva como en la visión crítica en retrospectiva, es posible encontrar y vislumbrar

elementos que van dando solidez a su discurso como responsables de la atención obstétrica.

Formación: hacer(se) hacedorxs de partos

Siguiendo la propuesta de Castro antes descrita, el análisis de algunos elementos de la formación que reciben quienes están a cargo de la atención obstétrica permite reponer ontologías que explican cómo y por qué se pare y se nace de tal modo en la actualidad.

En principio, al ser consultadas sobre la elección de carreras afines a la atención perinatal, las entrevistadas refieren diversas trayectorias personales, familiares y académicas pero que pueden pincelar un poco su experiencia y su formación. Por ejemplo Bárbara, partera, cuenta que su objetivo era estudiar medicina, pero al no lograr superar el examen eliminatorio de ingreso y al anoticiarse de que el curso de ingreso para la licenciatura en obstetricia “era más fácil” y “se podía pasar a Medicina en tercer año”, tomó este atajo, aunque nunca realizó el pase ya que era un poco más dificultoso de lo que le habían mencionado. Lo interesante es que en la elección de este camino/atajo, ya hay simbólicamente algunos datos característicos de la profesión médica. La partería aparece como una “puerta trasera” de entrada al mundo sanitario, lo cual refuerza su rol secundario o subalterno en términos jerárquicos y de saber con respecto a lxs médicxs; así, las parteras se convierten, en algunos casos, en lxs “médicxs frustradxs” (Bárbara, partera).

Por su parte, Carla y Rocío —ambas médicas obstetras— narran influencias personales y familiares en la elección de estudiar medicina: la madre de la primera trabajaba en una obra social en el pueblo de Entre Ríos de la que es oriunda; y el padre de la segunda también “hace obstetricia” (en sus palabras). Ambas mencionan que una vez completado el tránsito por la formación básica en la universidad (dificultoso: una con problemas para estudiar por falta de estrategias, la otra por una doble maternidad adolescente); la elección de la especialización en tocoginecología devino por cuestiones de “gusto”. En este sentido, Carla mencionó en la entrevista que eligió esa especialidad luego de ver un cuello de útero y maravillarse (se le llenaron los ojos de lágrimas durante la entrevista) y Rocío dijo haberla elegido porque combina sus gustos por la endocrinología, la cirugía y la atención de adolescentes.

Más allá de los tránsitos en la educación universitaria de grado, los discursos más interesantes se concentran en las innumerables tensiones, dificultades y puntos de quiebre

en la formación práctica que reciben en los hospitales escuela. En ellos, las disputas suelen centrarse en la figura del/la residente, quien parece tener (según surge unánimemente en las entrevistas) el protagonismo absoluto en la atención de partos del sistema público, bajo la excusa de que “está aprendiendo”.

Me puse a hacer unas guardias ahí [en el hospital escuela – maternidad pública “A”], después me fui obviamente porque me peleé con todos los residentes y todo, porque es un maltrato constante. Mecánico, yo creo que más allá que sí se dan cuenta porque son gente, es mecánico el maltrato que tienen como poner oxitocina. No aguanté más y me fui. Y ahí me contacté con Marta [partera que asiste partos domiciliarios] (Entrevista a Bárbara, partera).

Para la entrevistada, la formación tradicional en el hospital, que (re)produce la jerarquía de lxs médicxs, sean residentes o de planta —es decir, en formación o formadxs—, se vuelve expulsora de algunxs sujetxs, por generar aprendizajes en contextos de violencia o maltrato, o por no admitir otras visiones o modos de trabajo.

Vos laburás como te enseñan en la universidad. Y encima vas a hacer una práctica a un lugar donde hay parteras que son intervencionistas o no laburan o que cuando laburan intervienen (Entrevista a Bárbara, partera).

Sobre la formación, lo dicho por Bárbara permite ver cómo en las residencias médicas se replica la grieta parteras/medicxs, y que quien tiene el poder de *hacer* los partos (que es el verdadero mérito) es el/la residente de medicina. Pareciera darse una disputa en el interior de la jerarquía médica por apropiarse de los trabajos de parto, los partos, las mujeres, los cuerpos y los procesos reproductivos como material didáctico/pedagógico.⁶

⁶ Sobre esto, los estudios del campo se han pronunciado. “El cuerpo de la mujer, pierde su carácter de humano/a y pasa a ser un campo de estudio y de experimentación” (Camacaro Gómez, 2009, p. 223). “El conocimiento ‘autorizado’ (científico) tiende a demandar una distancia frente a su objeto, por lo que los galenos acostumbran a ver a sus pacientes en términos de partes corporales que necesitan tratamiento (visión mecanicista que se presenta en la ciencia médica): Esta imagen de las tecnologías médicas es inculcada desde la misma formación de estos especialistas, ya que los textos obstétricos describen, por lo general, al cuerpo femenino en las labores de parto como si fuera una máquina de reproducción y el papel del médico se limita a *supervisor o administrador*; la madre se menciona muy poco y cuando ello sucede se hace de un modo básicamente fragmentario” (Cárdenes y Ugarte, 2002, p. 129).

No me pelearía con los residentes por los partos. Viste que ellos se pelean por los partos.

*¿Residentes de qué? ¿De obstetricia?*⁷

De obstetricia. Vos controlás, uno se mata por controlar el trabajo de parto porque en realidad lo que quiere es hacer el parto, hacer. Que es lo que nos pasaba en [el hospital escuela en el que se formó], te clavabas haciendo trabajo de parto para... y eso conmigo no tienen problema, porque no me interesa para nada el parto. Yo prefiero el acompañamiento. Obviamente sí, entrar al parto, sí, pero yo prefiero el acompañamiento. Y prefiero estar con la mujer y después decirle al residente “che vení” y no me importa, entendés, no se pelearían conmigo por eso (Entrevista a Bárbara, partera).

Me pregunto si esta *preferencia* de Bárbara (partera) por el acompañamiento en trabajo de parto y la *preferencia* narrada por Sandra (partera) por el puerperio, no responden en realidad a la pérdida de lugar en la atención de los nacimientos. Y aunque la partera se refiera al lugar privilegiado de lxs residentes, a medida que se van considerando los testimonios recabados, se hace más tangible la presión de atender con la presión de la jerarquía en la cabeza, más que la de la disciplina o del saber:

Tenés dos jefes de guardia que son dos ginecológicos, que ellos son los que deciden. ¿Por qué? Porque si pasa algo, el que se hace cargo de lo que pase son ellos. Entonces vos como residente no podés hacer lo que vos querés, tenés que responder a lo que el médico que se va a hacer cargo después es el que dice. Si dice “se hace así”, se hace así, y no se discute mucho.

¿Y en el hospital donde trabajás?

Y ha ido cambiando bastante. En nuestro hospital es bastante diferente. Vos tenés en otros hospitales donde se dirigen de “usted” al médico de planta, donde no hay mucha relación con el médico de planta, en otras épocas ni siquiera lo conocías, no hablabas, nada, no le dirigías la palabra. Nosotros no. Ellos están de guardia con nosotros. Nosotros preguntamos a nuestro compañero residente

⁷ Mi voz en los fragmentos de entrevistas aparece diferenciada en cursiva y aparte.

superior y le preguntamos a ellos directamente. Cambió muchísimo, son todos ex residentes (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Las diversas figuras del campo obstétrico se van entrecruzando, y los roles se van superponiendo en la escena del parto, que suele estar encarnada por el/la médicox obstetra, el/la pediatra o neonatólogx, la partera y la/el enfermerx. En los hospitales-escuela, que en nuestra ciudad son los cuatro del sector público, y algunos del sector privado, esta escena se complejiza por la presencia a su vez de residentes de 1.º y de 2.º año (los últimos enseñan/ acompañan/ controlan a los primeros) tanto de obstetricia, que hacen los partos, como de neonatología, que reciben a lxs recién nacidxs. Incluso pueden existir practicantes de partería y enfermería entre lxs presentes. A esta multiplicidad de actorxs, en los casos en los que se garantiza el derecho al acompañamiento (establecido por la ley de parto respetado), deberá sumarse la presencia del varón-padre o de la compañía elegida por la parturienta.⁸

En las preguntas por la formación y en el relato de estas disputas emerge constantemente la referencia a lo viejo, lo que pasaba, en términos del maltrato que se dispensaba. En este sentido, es relevante mencionar que la figura de la parturienta aparece en estos discursos como víctima de violencia obstétrica, y no tanto como la protagonista del evento.

Vas guiando el trabajo de parto y es bastante intervenido, no como el parto respetado que está todo divino, que hay poca gente, que te van a esperar tus tiempos de parto. Acá es todo más, se va apurando. O sea, comparado como yo empecé la residencia, que este, escuchaba barbaridades, que las parteras decían

⁸ Camacaro Cuevas vincula esto a un proceso de falta de autocritica: “De forma irrefutable, su imaginario no concibe a éstas como protagonistas del proceso, sino como sus objetos de trabajo. Así mismo, consideran que dicho procedimiento es válido porque sus maestros, los precursores de la obstetricia del siglo antepasado, así lo aprendieron y así lo enseñaron, ha sido un conocimiento heredado socialmente sin cuestionamiento ninguno. Al respecto el obstetra Carlos Burgos (2001) manifiesta: “Los obstetras oponen una notable resistencia a verificar la eficacia de las prácticas que caracterizan su disciplina. Y ésta suele ser como tantas otras una disciplina de opiniones, donde ‘la práctica aceptada’ es a menudo un consenso desarrollado por una mayoría de profesionales en un determinado período y no siempre verificado por un método científico”.(p. 6). Son evidentes las implicaciones que la racionalidad científica del modelo médico tiene en la conformación de la mentalidad del cuerpo médico, en tanto legitiman argumentos que se soportan solo en una visión reducida de la realidad, donde la fuerza de la jerarquía impide toda posibilidad de entender otra forma de relación humana. Parfraseando a Rigoberto Lanz podríamos decir que el discurso de la ciencia no es un modelo de producción de conocimiento, sino un criterio de autoridad para convalidar todas las formas de jerarquía” (Camacaro Cuevas, 2008, p. 303).

“¡abrí las piernas, bien que te gustó y que las abrías!”, esas barbaridades que se decían antes (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

Estos relatos dan cuenta no solo de disputas con el pasado (en el que se maltrataba a pacientes) sino con el presente y la tensión con el modelo fisiológico. En este sentido, los discursos de las entrevistadas van mostrando cómo se configura su propio quehacer profesional en relación con otros modos de trabajo, que aparecen como exteriores del discurso. Asimismo, en el análisis de las trayectorias formativas, las entrevistadas no solo aparecen como alumnas, en roles pasivos, sino con roles docentes, lo que permite escudriñar la constitución o el cuestionamiento a los *habitus* médicos hegemónicos. ¿Enseñan cómo (y lo que) aprendieron? ¿De qué modos pueden influir, en su rol docente, en los contenidos y en las formas de enseñanza?

En mi guardia trabajamos de esta manera ¿sí? Y por otro lado yo también lo entiendo, acá, como es un hospital escuela, ¿sí?, los residentes que van rotando, un día están conmigo pero al otro día no y a la otra semana tampoco, entonces tienen muchas influencias. Entonces uno tampoco se puede plantar y decir "no, acá eso no se hace". Porque también les tenés que dar lugar a ellos que ellos elijan el camino que más les gusta, el que les queda más cómodo, dentro de lo médicamente correcto ¿sí? Yo no los puedo dejar hacer cualquier locura porque a ellos se les antoja, pero como que ellos también tienen que experimentar qué es lo que a ellos les gusta más. Y yo no me puedo poner a discutir, en realidad no debo ponerme a discutir con otro profesional que tiene sus convicciones y su manera de trabajar por algo en particular, digamos. No me puedo meter en otra guardia y decir "no, ustedes tienen que hacerlo así porque para mí es la mejor manera". Yo traté de, a los residentes, mostrarles todas las opciones. O sea ahora hago lo mismo, cuando estamos en la guardia yo les muestro todas las opciones que hay para manejar, o sea "bueno esto pueden hacer tal cosa pero también pueden hacer lo otro", o sea trato que vean y después cada uno elige su camino, su manera de hacer el parto, su manera de atender a las pacientes. No somos todos iguales, pero yo trato de que, sobre todo para los chicos que están en formación, de que vean que hay otras maneras por ahí de hacerlo, que no es todo tan... (Entrevista a Rocío, médica obstetra, **el destacado es mío**).

Este fragmento testimonial aporta cuestiones que complejizan y permiten ver las tensiones y los grises entre los modelos de atención que se enseñan, aprenden y (re)producen en las residencias. Así, como se menciona, al igual que lo que sucede en la atención, la adopción/puesta en práctica de una perspectiva más respetuosa o más intervencionista depende del/la instructor/a que toca. Y, en paralelo, se puede entrever que esta convivencia de diversas posturas, que en nuestra perspectiva implica ni más ni menos que el respeto o la violación a los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres, genera una reproducción del voluntarismo de lxs médicxs en formación (“que ellos decidan cómo atender”), por la falta de una política institucional de atención que respete las leyes y normativas ministeriales vigentes. Por último, en relación con esto, destaco que aunque la responsabilidad de lxs agentes de salud obstétrica es enumerar los derechos y alternativas de asistencia que tienen las mujeres —tal como establecen las normas—, esta situación y prerrogativa no aparece relatada en ninguna de las entrevistas, pero sí el paradójico muestrario de opciones a lxs médicxs. Se confirma así quién es protagonista de la escena del parto en el *habitus* dominante. Entonces, se le muestran alternativas a el/la residente y no a las parturientas, y se aprende y se experimenta sobre el cuerpo de ¡mujeres! En la atención en hospitales escuela (que responden mayoritariamente al sector público, por ende es mayormente utilizada por sectores populares) son públicos tanto las instituciones como los cuerpos y las mujeres. Es clara la ausencia de una perspectiva, política o cultura organizacional integral con perspectiva de derechos y de género, que permitiría romper con el personalismo del/la “médicx amigable/respetuosx” y con esta discrecionalidad a la hora de atender.

Primeros y últimos partos: trayectorias de atención y constitución del *habitus*

Con la intención de captar elementos del quehacer profesional de las entrevistadas y la consolidación del *habitus* médico hegemónico, las consulté por el primero y por el último de los partos en los que participaron, bajo el supuesto de que sería posible advertir en dicho relato el pasaje de espectadoras a encargadas de la atención, dado el tránsito por las cadenas de mando de la jerarquía médica a través de los años: pasan de estudiantes o practicantes a médicxs o parteras de planta y se convierten en decisorxs o dirigentes de la atención.

Sobre los primeros partos existe cierta reiteración sobre el *choque* que les generó. A continuación transcribo un fragmento de la entrevista con Bárbara en la que es posible ver experiencias claves en la constitución del *habitus* dominante, que marcan a fuego la trayectoria formativa y personal de las entrevistadas.

Fue asqueroso, inmundado, tuve que salir afuera, era una sala de parto inmundada, la mujer colgada, los pies atados ¿no? Que uno se da cuenta, con la cabeza coronando, yo después me doy cuenta que no había ni que decirle pujá, ni apretarle la panza. La enfermera, la estudiante, diez residentes, nosotros que éramos como tres o cuatro de obstetricia, los chicos de neonatología. Los chicos de neonatología que estaban estudiando partero, eh, o sea, pero estaban viendo el nacimiento, eh, nada.

¿Y algún familiar de ella había?

No, no, no (alargando las “o”, en signo de obviedad). Se me empezaron a caer las lágrimas y me fui afuera y estaba la que era la partera de guardia, yo me senté pálida se ve y me dio un caramelo y me dijo “ya te vas a acostumbrar”. Mucha, no sé, mucha sangre, horrible, horrible.

¿Era un parto vaginal?

Era un parto vaginal. Y nada, gracias a Dios, después me hicieron hacer otra guardia y no hubo parto. No vi nunca más un parto y después nos llevaban a hacer neonatología, viste, cuidado del recién nacido y al lado está la sala de parto, y yo no miraba por ejemplo. No, no. No me olvido más. Ponele que te diga que era una multípara, me acuerdo patente, porque se lo dejaron hacer a la residente... Yo digo debe ser normal que me descomponga y debe ser normal la situación (Entrevista a Bárbara, partera, **el destacado es mío**).

En este relato es posible advertir la multitudinaria sala de partos, las sensaciones físicas y emocionales de la partera, el hecho de que una partera formada le dice “ya te vas a acostumbrar” (¿a qué?, ¿a la sangre?, ¿al rol secundario?). El agradecimiento a Dios por no ver más partos (siendo que esa era su *vocación*) y, finalmente, la autoexigencia o autopresión por naturalizar y normalizar esa escena tan contraria a la esperada.

El relato del primer parto que presencié Carla⁹ refiere a los efectos que causó no sobre su quehacer y futuro profesional, sino sobre su posible experiencia como madre:

Me acuerdo que el primer parto que fui fue en [un hospital escuela del conurbano] que para mí me pareció terrible el primer parto, que fui con una de mis mejores amigas de la carrera. Y me acuerdo que estábamos una de cada lado mirando el parto y que terminó el parto y nos miramos las dos así y dijimos "no paro ni en pedo, ni en pedo tengo un parto". Y me acuerdo de la impresión que me dio ver salir la placenta, que era algo que ni me esperaba... Registré el momento del parto, eh y la impresión y la sensación de decir "no tengo un parto ni en pedo" (risas). Olvidate. La sensación de dolor, de "ni loca" (Entrevista a Carla, médica obstetra).

En la misma línea de estas experiencias negativas ("inmundo", "terrible") Sandra, la partera del hospital público, recuerda su primer parto como obstétrica en los siguientes términos: "me largaron un feto muerto". Esto se puede vincular con esos elementos que Castro describe del currículum oculto: los castigos, la jerarquía y el *pagar el derecho de piso*. Sandra menciona que lxs médicxs le dijeron "si quería trabajar" (la invitaban a participar) y que todxs (ellxs y la parturienta), excepto ella, sabían que se trataba de un feto muerto. Disciplina médico-jerárquico inicial que implica, entre otras cosas, que quien decide cuándo entra a trabajar la partera es el equipo médico; y lo hará en circunstancias excepcionales, en las cuales la destreza y la atención médica no son necesarias. ¿No sería además, que se vincula(ba) el acompañamiento de parteras con elementos afectivos y femeninos que podrían contener mejor a una parturienta en condiciones de duelo perinatal?

En paralelo, Andrea (neonatóloga) y Rocío (obstetra) narran experiencias de primeros partos en términos más positivos. Andrea participó, antes que en la formación, en el parto de una amiga, y Rocío refiere una naturalización de estos eventos por vivir con un padre obstetra.

⁹ Es interesante que al preguntarle por el primer parto, Carla lo relacionó con el primero que "hizo" (usó esta noción), y por ello afirmó: "Sí me acuerdo, por ejemplo, la primer sutura que hice, una de las primeras que tengo registro, pero porque me acuerdo. [*¿Sutura de episiotomía?*] De desgarro vaginal. Pero porque me acuerdo que la que estaba al lado mío con mucha paciencia explicándome era una partera".

El primer parto que vi lo vi en la facultad. La primera cesárea la vi con mi papá [obstetra]. El primer parto fue en la cursada, en el hospital [anonimizado, una maternidad de La Plata] cursaba yo obstetricia. A mí me gustaba mucho cuando cursé, la verdad que me gustó mucho la cursada porque eso nos permitía entrar a sala de partos y ver y... nada, qué se yo, yo igual en la facultad era bastante así como preguntona y activa y quería saber cosas, entonces también aprovechaba la cursada. Me pareció como una curiosidad viste porque uno, pero... Lo que pasa es que yo en mi casa en realidad desde que nació se habla del parto como si fuera algo normal, porque mi viejo hacía partos, entonces nunca fue una ciencia oculta, de hecho mi papá nos hablaba claramente cómo eran, cómo se hacía un bebé, cómo nacía un bebé, por dónde nacía un bebé y yo ya había tenido hijos, aparte. Entonces no me resultó, qué se yo, nada, no me resultó traumático ni nada. Sí, por ejemplo, cuando empecé a hacer parto acá lo que a mí me, más me molestaba e incluso ahora también es el olor que tiene la sangre, no me gusta, es como.... y mirá que hago partos y partos y partos, pero tiene como, cuando sale la placenta yo le siento como un olor particular (Entrevista a Rocío, médica obstetra, **el destacado es mío**).

Aunque como entrevistadora no mencioné la idea del trauma, no deja de ser llamativo o relevante la referencia de Rocío, que creo responde a un sentido común entre colegas: para la mayoría, el primer parto es traumático.¹⁰

Ahora bien, considero que el último parto asistido, a veces con distancias de hasta 25 años del primero, permite vislumbrar el modelo y el modo de atención que dispensa cada profesional. Es el modelo asentado, el *habitus* consolidado, y es interesante ver cómo su relato (a diferencia de los que se refieren al primer parto) es breve, conciso. La hipótesis de trabajo es que en el primero se ve el quehacer y el modo de trabajo de otrxs profesionales, mientras que en el último se ve el propio.

El último parto ¿institucional?¹¹

¹⁰ El diccionario define el trauma como un “choque o impresión emocional muy intensos causados por algún hecho o acontecimiento negativo que produce en el subconsciente de una persona, una huella duradera que no puede o tarda en superar”. Además, la medicina habla de “traumatismo” para referirse a una lesión o daño. Y esto podemos vincularlo al currículum oculto que Castro incluye en el análisis del *habitus* médico autoritario.

¹¹ Bárbara asiste partos domiciliarios además de los que acompaña en la clínica privada.

No, el que vos quieras. El último. ¿Esta semana tuviste algún parto?

Si, un parto en la clínica. Mujer descontrolada, segundo bebé, con peridural, hacia muchísimo que no veía una mujer con peridural y, nada, un parto hermoso.

¿La pidió ella la peridural?

Sí, a gritos. Porque en realidad, yo creo que estuvo mal (...) [el médico] la vio en la consulta y le creó la ansiedad de por ejemplo revisarla, al pedo, en una consulta. 39 semanas y te reviso no sé para qué (Entrevista a Bárbara, partera).

La ansiedad creada por el médico, en este caso, es ejemplo de una intervención simbólica que da cuenta de la iatrogenia que determina la experiencia de la parturienta y desencadena el comienzo de la cascada de intervenciones y de la incertidumbre de la mujer. Bárbara relata las idas y vueltas de la mujer hasta internarse, para cumplir con los centímetros de dilatación que impone como norma la institución para admitir a las pacientes. En este sentido, la ansiedad por vincularse a cuestiones temporales, también está muy presente en los relatos de mujeres, varones y profesionales.

Carla, Rocío, Sandra y Andrea, que trabajan en el sector público, refieren sus últimos partos en clínicas privadas. Esto tiene que ver con que la atención de partos en hospitales-escuelas está a cargo de lxs residentes.

El último parto fue en [clínica privada] hace un montón. Yo ahora estoy como jefa de residentes así que no hago asistencia en el hospital, pero el último que vi, fue en [clínica privada] que fue un golazo. Fue tres pujos contados y nació (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Y el último fue anteanoche (risas). Pero no acá arriba [en la maternidad pública] sino en el hospital privado. Yo hago guardias en privado: en el hospital privado y en la clínica privada. Y el lunes a la madrugada, una y media de la madrugada, nació Magdalena en el Hospital Privado, un parto precioso también y la recibí yo, sí (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

Sandra relata su último parto como obstétrica como un “parto que hice a una multípara, se hizo solo”. Participó más como “acompañante de la paciente”, se corrige, “no es paciente, es embarazada, no está enferma”. Hace años dejó la sala de partos.

En paralelo, Rocío describe el último parto detallando elementos de su particular quehacer profesional.

El último parto a ver ¿cuándo fue? Hace nada, unos días atrás. Un parto así muy eutócico, normal. Muy así como, poco traumático, con nada, tranquilo. Yo soy bastante tranquila para hacer los partos, no me gusta el griterío ni estar enloquecidos, entonces como que a mí me gusta, de hecho el enfermero me carga porque a mí me gustan con la luz apagada, no a oscuras, no con la luz prendida de arriba, sino alguna luz pero no la luz directo en la cara ni en la mía ni en la señora, porque en realidad yo no necesito la vista para atender el parto tengo las manos, entonces como, como es mucho por tacto y es más hacerte la imagen que mirar. Eh, obvio que cuando tengo que suturar y eso, no. Pero, nada este fue un parto sin episiotomía, sin peridural. Una chica que ya tenía 4, 3 partos así que hermoso el parto (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

En estos relatos de los últimos partos aparecen menciones a tendencias más respetuosas de atención, lo que marca no solo el cambio sociohistórico de la asistencia obstétrica, sino principalmente su quehacer profesional consolidado. Así, por ejemplo, las entrevistadas hacen mención a cómo les gusta/acostumbran trabajar, a las posibilidades reales de atención (solo en privado) y dan cuenta de una atención con parámetros más fisiológicos.

La atención de todos los días: puesta en práctica del *habitus*

Para conocer el *habitus* médico no basta con abordar lo que dicen las entrevistadas, que difícilmente se autoproclamen como ejecutoras de una atención intervencionista, medicalizante o irrespetuosa por el simple efecto de corrección política, sino que es necesario saber lo que hacen. En otras palabras: si en mi inserción de seis años en el campo he notado que está establecido que los índices de violencia obstétrica son muy altos y el diagnóstico de sobreintervencionismo médico es indiscutible: ¿mis entrevistadas son la excepción o me están diciendo *lo que quiero escuchar*? En este apartado, pero principalmente en el siguiente, daré cuenta de cómo se ubica en “otros” esa acusación de atención no humanizada.

Para abordar en qué consiste la atención hegemónica consulté sobre las prácticas o intervenciones innecesarias que se aplican por rutina y que constituyen violencia obstétrica, según nuestra legislación. La OMS establece que deberían existir índices de

10-15 % de cesáreas (lo actual en La Plata es 30-40 % en el sector público y 85 % en el privado); 10 % de episiotomías (por ejemplo, los hospitales públicos las realizan al 90 % de las primerizas por una cuestión pedagógica, y de los privados no hay datos) y 10 % de inducciones, cifra muy sobrepasada por la preeminencia del enfoque de riesgo y las fechas probables de parto acertadas, gestión de los tiempos reproductivos, etc. Asimismo, se desaconsejan el enema, el rasurado, la maniobra de Kristeller, la vía (suero) a todas las parturientas, inmovilidad, etc.

¿Cuáles son las técnicas de rutina?

Las, eh...

O intervenciones, no sé cómo le dicen

Ah, ¿en la clínica? Según el médico, suero, apenas entran, eh, tenemos un médico que pone antibiótico igual, por más que no tenga estreptococo, porque tuvo una vez en su vida un falso negativo... Eh, bueno, sí, suero, por las dudas que haga una hemorragia, por ejemplo. Si es multípara sí o sí un suero. Y después, no, monitor ahora nos obligan a hacer una tira de monitoreo...

¿Cuáles de esas hacés vos? ¿El monitoreo?

Yo hago monitoreo y si el médico pide le digo que le diga a la enfermera que ponga el suero, yo no (Entrevista a Bárbara, partera).

Bárbara, que asiste partos en el sector privado y en domicilio y mantiene una actitud crítica con el MMH, nombra “*episio, kristeller y alumbramiento*”¹² activo, manejado, dirigido, como las técnicas de rutina. Las dos primeras están explícitamente desaconsejadas por los principales organismos internacionales de regulación médica. Lo interesante es cómo el discurso médico articula hegemonícamente estas intervenciones y establece justificaciones médico-clínicas, pero también políticas, para realizarlas.

¿Cuál es la excusa de la episiotomía o la justificación? ¿Un desgarro conducido o quirúrgico para evitar un desgarro?

¹² Se refiere al corte entre la vagina y el ano (episiotomía), el empuje hecho por una persona sobre — literalmente— el abdomen de la parturienta que lleva al/la bebe/a hacia “la salida” (maniobra de Kristeller, desaconsejada por la OMS hace más de 40 años) y la extirpación manual de la placenta (alumbramiento activo).

Sí, para evitar un desgarro mayor. Mmm, ahí no se está haciendo tanto. Ponele de 5 médicos que hay, 2 debe ser que son bastante cagones. Es miedo de ellos nada más.

¿Vos decís que la mayoría de las intervenciones tiene que ver con el miedo de los...?

¡Pf, olvidate, sí! ¿Vos te pensás que les molesta desgarrar a la mujer? No, les molesta que la mujer se desgarre y después les haga juicio, porque te lo dicen los médicos y, te lo dicen, se lo preguntas y te dicen “porque vos tenés que pensar que después vienen, te hacen quilombo”. Sí, todo es miedo (Entrevista a Bárbara, partera).

Miedo al devenir fisiológico y, principalmente, miedo al reclamo: medicina defensiva.¹³

Lo relevante es que Bárbara narra que ella también traía miedos que tuvo que trabajar: por su propio miedo y rechazo al dolor, tendía a poner epidural y a anestesiarse a las mujeres porque era ella quien no toleraba el dolor.

En otras profesionales noté resistencia a hablar de prácticas rutinarias; expresaban cierto recelo a cuestionar el quehacer médico o a permitir que se opine sobre su formación o su saber. Al respecto suelen esgrimirse argumentos que defienden intervenciones, porque criticarlas implicaría promover el descuido y el abandono de la atención sanitaria. De todos modos, Carla, por ejemplo, sí se refiere a estas prácticas en términos de “exceso de intervención” médica y lo explica así:

Exceso de intervención es desde poner un suero a una paciente que no tiene indicación, que son muy pocas las que tienen indicación. O sea a toda paciente que entra a un hospital en trabajo de parto ponerle un suero es un exceso. Poner oxitocina para corregir de entrada estrictamente cada una hora ir aumentándole el goteo, es un exceso. Hacer una inducción de un trabajo de parto en una paciente de 38 semanas, es un exceso. Hacer una cesárea que no tiene indicación, es un exceso.

¹³ Al respecto Magnone Aleman (2013) establece “La radicalización del enfoque de riesgos está muy relacionada a la medicina defensiva. Los médicos/as tratan de hacer la mayor cantidad de pruebas objetivas y dejar constancia de ellas, por las dudas si en el futuro se abre una demanda sobre su práctica médica. Rodríguez (2006) plantea que cuando se ejerce guiado por la defensa, las decisiones médicas no se sustentan en la evidencia científica o en la experiencia del médico; el objetivo principal es la protección ante un eventual futuro reclamo del paciente” (p. 84).

¿Vos lo ves en la práctica diaria eso?

Todo lo que te estoy diciendo es algo que sucede (...) El tener a una paciente ayunada por las dudas que vaya a una cesárea después, también es un exceso. ¿Me entendés? (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Por último, revisando su trayectoria asistencial, Sandra menciona que en el pasado rasuraba y hacía enemas, por lo que “no tiene vida” para pedirle perdón a esas mujeres pero ella “hacía lo que le decían”. Menciona que por hacer mucha “kristeller para ayudar” ella misma se hizo mal por la fuerza ejercida.

Claramente la pregunta por la rutina o protocolos de atención desencadenó respuestas que tienden a ubicar a “lxs interventorxs” en otrxs. Esta es una constante que vengo describiendo en este trabajo, en tanto que la intervención rutinizada y anexada en una cadena equivalencial a “innecesaria” o “acrítica” se ha convertido en un arma de acusación.

Dónde se atiende, cómo se atiende

Otro elemento que aporta características peculiares al campo y al *habitus* médico de lxs profesionales implicadxs en la atención obstétrica, es el ámbito donde dispensan dicha asistencia. Al igual que con respecto a las prácticas rutinarias, fue más fácil captar opiniones de las profesionales que no hacen referencia a su propio quehacer sino al de lxs otrxs.

Las condiciones de trabajo en el hospital público emergen constantemente como una apelación unánime e ineludible para explicar cómo se atiende/ pare/ nace en la actualidad en dicho sector. Una vez más, la clase de las mujeres (que puede asociarse de manera directa al acceso al sistema de salud público o al de seguridad social) parece determinar/condicionar la atención que recibirán, el modo en que se gestionarán (o no) los tiempos fisiológicos de los nacimientos y el tipo de relación médicx-paciente que se puede generar.

Cuando vos tenés por día, 3 partos por día, 4, 5, ponele 3 partos y 2 cesáreas, 5 promedio por día, vos laburás con un ritmo tranqui, o sea no tenés que estar con la sala de parto con gente esperando e ir organizando a ver en qué momento van a pariendo quiénes, qué sé que en otras clínicas pasa, o sea es tanta la demanda que tienen que ir coordinando de alguna forma. De esa forma usan oxitocina y

van viendo a ver en qué momento lo hacen. Es un laburo parecido a lo que pasa en el hospital público del conurbano, ponele. ¿Está? Tenés muchísimos partos y tenés que organizarlo y coordinarlo. Y si vos los dejás a todos que evolucionen espontáneamente, se te hacen seis partos juntos, no tenés dónde hacerlos y es un caos. Entonces por eso es que se van coordinando. En la clínica privada donde trabajo no pasa eso, es chiquita, te permite laburar recontra tranqui y si yo tendría que atender el año que viene, trabajaría re tranquila ahí, porque sé que podés hacer la obstetricia que vos quieras. O sea, de hecho un médico reconocido (anonimizado) labura ahí recontra tranquilo. O sea la gente que labura tranqui, labura muy tranqui ahí. No tenés nadie que te meta presión por ningún lado y haces lo que querés tranquilo. Bien, no es que hacés las cosas como querés, hacés las cosas como corresponde (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Esta gestión de los procesos de trabajo, y por tanto de los procesos reproductivos y los cuerpos de las mujeres, parece traducirse en la atención y el trato que dispensan lxs profesionales, porque como dijeron las trabajadoras sociales: “atendés como laburás”.

A veces uno desgraciadamente ve el mismo obstetra en privado y en público y no es el mismo trato, y eso no está bien. Sí, la diferencia cuando tiene que ver la plata y cuando tiene que ver el trato del hospital, que te trato mal porque sos no sé de otra raza, de otro país, no está bien. Yo trato con el mismo respeto a una mamá, yo trabajo en el privado, en la clínica más cara, con el mismo respeto a la mamá concheta que a la mamá... (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

En el mismo sentido, Sandra se pregunta “¿por qué en el privado acariciás a una mujer y en el público no?”. Critica a sus compañerxs por “dobles mensajes” que según ella generan “esquizofrenia”: “La partera en el privado es Dios y acá no les servís”. Ante la pregunta de cuál puede ser la causa de esto, aduce un “problema moral” vinculado a la “viveza criolla” porque lxs médicxs “no sé si quieren al paciente”. Un problema moral por falta de registro del otro. Para ella la prioridad es la educación. Marton y Echazú (2010,) aportan otra mirada: “si bien los/as médicos/as (...) pueden circular entre el sistema público y el privado, lo hacen modificando su bagaje de *expertise* al trasladarse de uno hacia otro” (p. 131).

Rocío arriesga una explicación similar: la diferencia de criterios del mismo profesional en el hospital público y en la clínica privada.¹⁴

Muchos de los que trabajan acá yo creo que vienen porque el público es un sueldo seguro para toda la vida, y no porque les guste la atención. Yo no discrimino entre lo que hago en público y lo que hago en privado en cuanto a cómo atiendo, qué estudios pido y todo. Sí reconozco que acá hay estudios que por ahí yo los pido y no se pueden hacer porque no hay disponibilidad. Pero mi manera de atender, mi manera de abordar un, es igual. O sea, yo sé que si tengo una hipertensa y le tengo que pedir esto, esto y esto, se lo voy a pedir acá o afuera. Le voy a pedir exactamente lo mismo. Pero qué se yo, se ven cosas acá que... Ha pasado, yo en una época me acuerdo, había un médico que no estaba a favor de la ligadura tubaria pero, eh, no estaba a favor para nada pero en privado ligaba las trompas, entonces vos decís "¿cómo es?, pongámonos de acuerdo". Si vos tenés un criterio, tenés un criterio acá y afuera, el mismo. Que podés tener matices porque la paciente no es el mismo tipo de paciente, eso es otra cosa, pero tu criterio no puede cambiar (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

Es posible observar, entonces, que entre el sector público y el privado (y también en el domiciliario) no solo varían las condiciones de trabajo de lxs profesionales, sino que (y en relación) también varían ciertos criterios médicos/clínicos y morales/ideológicos que moldean su atención y la relación que establecen con lxs pacientes.¹⁵

Finalmente, al hablar de ámbitos de atención y condicionantes económicos para la atención obstétrica, es necesario retomar las reflexiones de Carla sobre las prácticas y formas de trabajo institucionalizadas que no se cuestionan, combinadas con las preferencias personales de lxs médicxs para la realización masiva de cesáreas.

¿Es verdad el mito de que en los privados les conviene que haya cesáreas?

¹⁴ Así como Carla y Andrea, Rocío trabaja tanto en hospitales públicos como en clínicas privadas. No es posible saber si esto que refieren a lxs otrxs, lo replican ellas en su quehacer profesional.

¹⁵ Castro sostiene que es posible advertir diferencias en la atención de lxs profesionales entre ámbitos porque "en el caso de los hospitales privados, el habitus autoritario es mucho menos evidente: porque las características del campo son distintas, menos propicias para que los médicos puedan situarse, de manera automática, en la cúspide de todas las jerarquías (profesional, de clase, de género, de etnia, etcétera) potencialmente vigentes" (Castro, 2014, p. 192).

No. Mirá al obstetra, el único beneficio que le da la cesárea es que vos sabés en qué momento atendés a la paciente. Vos sabés que la atendés tal momento, tal día a tal hora y que lo que te pagan la cesárea te lleva una hora de laburo. El trabajo de parto no. El trabajo de parto te pagan lo mismo y te lleva 3 horas, 4 horas, depende el tiempo que vos estés hasta que nace ¿está? Ese es el único beneficio que yo veo para el médico hacer una cesárea y no un parto. Para la institución... yo te puedo hablar de lo que es la clínica en la que trabajo. Yo sé que no hay presiones en ese sentido. Que los que hacen cesáreas es porque no se fuman los trabajos de parto.

O sea, ¿los cuchilleros¹⁶ existen?

Sí, obvio. El que hace un parto porque se le cae, en la jerga nuestra es eso. Porque no llegó a hacerle la cesárea. Hace un parto cuando se le cae sería.

¿En el público?

No, en el público no (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Este comentario de Carla permite ver cómo en la epidemia de cesáreas denunciada por la OMS hace décadas, inciden no solo cuestiones económicas, culturales y de formación médica, sino también —y con un rol protagónico— la cuestión de los tiempos, la previsibilidad y el control del proceso. En relación con esto, Schwartz (2016) sostiene:

...la cesárea proporciona al médico la sensación de control total sobre el proceso del nacimiento y por eso es percibida como segura. A su vez, la sumisión de la paciente a la autoridad médica puede ser, en parte, atribuida al crecimiento tecnológico y a la creciente especialización de la biomedicina (p. 194).

Junto a estas reflexiones sobre los ámbitos de atención institucionales (públicos y privados), la cuestión del parto domiciliario es traída a escena por las entrevistadas como el otro espacio de nacimientos que está siendo escogido por algunas familias. La conceptualización que realizan sobre este tipo de parto se asienta en elementos morales-punitivos, en tanto se aleja del paradigma de institucionalización de los partos (y de riesgo obstétrico) promovido por la medicina científica hace 200 años.

¹⁶ “Cuchilleros/as” o “carniceros/as” se les suele decir a lxs profesionales obstétricxs que tienen tendencia a realizar cesáreas innecesarias. La idea del cuchillo y la carnicería se vincula al acto quirúrgico.

Eso creo yo, que el parto domiciliario viene como respuesta a lo que no se respeta en la institución. Por eso te digo, es lo que se encontró como opción al parto en institución, a todo lo que no se respeta (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Aunque se comprenda la elección del parto en casa como respuesta a la violencia obstétrica institucional, de todos modos su ponderación o valoración por parte de lxs médicxs incluye cuestiones de incumbencia profesional, de condena moral por la supuesta irresponsabilidad de quienes lo escogen, entre otros. Andrea (neonatóloga) cuenta el caso de una pareja (les dice “criaturas”) que tuvieron a su bebé en su casa y leyeron cosas en internet; disputa por la fuente de la información y por la falta de tutela, control, asistencia, en fin, por la presencia médica:

Tampoco estoy de acuerdo con el parto en la casa sin obstetra, sin neonatólogo, sin ambulancia en la puerta. No, me parece un disparate absoluto. Ponés en riesgo dos vidas. Si vos querés hacer un parto en la casa respetado bueno que esté el obstetra, la partera y un neonatólogo con todo para reanimar por las dudas y con una ambulancia en la puerta, ahí sí, y con un lugar en alguna neo en algún sanatorio que tenga una cama disponible por si algo se complica. Ahí estamos bien. Pero esta cosa de “no, recibe la partera sola o el obstetra solo, ni siquiera llamamos al pediatra porque no hace falta”, ninguna ambulancia, nada preparado, no, no, no, me parece una barbaridad (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

La idea de “la ambulancia en la puerta” no solo refuerza el paradigma de riesgo reproductivo, del parto como evento explosivo y la primacía de la complicación que el modelo humanizado y fisiológico cuestionan, sino que también endilga a las familias que eligen este ámbito de atención cierta falta de solidaridad o respeto por lxs otrxs. Esto es: si la ambulancia está en la puerta de tu casa, cumpliendo tu capricho/deseo/elección, no estará salvando alguna vida en un accidente de tránsito o un incendio, por ejemplo. Lo interesante es que estas profesionales no asisten partos en casa y allí se vislumbra una crítica que se sustenta en el enfoque de riesgo y el prejuicio: no hacen falta ambulancias en las puertas de las casas sino derivación a clínicas, por si llega a ser necesario.¹⁷ A través

¹⁷ Y al igual que sucede con las mujeres que llegan a las guardias con abortos voluntarios en curso, las que llegan luego del intento de un parto en casa reciben el disciplinamiento y la violencia obstétrica acorde al

de la apelación a estas imágenes catastróficas o extremas se construyen concepciones que sancionan la elección del domicilio como ámbito de nacimiento de sus hijos. Bárbara, que sí lo hace, narra en otros términos cómo fue su primer parto en casa:

[La partera que la inició] me llevó a un parto en una casa me acuerdo, una casa de barro, impresionante, increíble, y ahí dije “pero, ¿cómo puede ser?”. No, casi me muero. Es maravilloso. Sí, no, es una energía, es algo, no no sé, es inexplicable.

¿Pero podés hacer una comparación entre no sé...?

¿Entre eso y la clínica? Sí, no, es totalmente distinto. Ojo, una mujer empoderada, sí, empoderada, acompañada, puede llegar a parir en una clínica hormonalmente como en la casa. Sí, puede (Entrevista a Bárbara, partera).

El análisis del *habitus* médico incluye dimensiones sobre la formación, la asistencia, el quehacer profesional, las interrelaciones con colegas (atravesadas por jerarquías e incumbencias disciplinarias, como mínimo), disciplinamientos, reconocimientos y modos personales y colectivos de hacer partos. El *habitus* médico obstétrico, en cuanto disposición para actuar, confirma que alguien *sabe hacer partos*: que tiene la legitimidad para hacerlos, intervenirlos y conducirlos. Saber-hacer y poder-hacer son, entonces, dos elementos claves que articulan dicho *habitus*, encarnizado en un campo específico: el campo profesional obstétrico.

El campo profesional obstétrico como campo de disputa

Considerando que, como se ha descrito, el emblema de la atención hegemónica y medicalizada es este *hacer partos*, núcleo de una actividad profesional formada para intervenir, patologizar y mirar los procesos con ojo clínico, resulta interesante la sutil contradicción entre autonominarse como hacedorxs de partos pero criticar el modelo intervencionista del cual deriva. La muletilla de *hacer partos* reviste un carácter fundamental en la centena de páginas de transcripción de entrevistas, en tanto es la confirmación constante de la dominancia de un modo de pensar y actuar

castigo por salirse de la norma que establece el modelo médico hegemónico sobre cómo debemos parir/nacer.

profesionalmente, aunque el resto del discurso apunte a un cambio. Rocío, médica obstetra, incluye en su cadena de equivalencias hacer obstetricia (su papá “hacía obstetricia”), hacer partos (ella) y hacer nacer (el médico que atendió su nacimiento). Encontré en la sutileza del *hacer* una grieta en donde se rompen los discursos de corrección política en los que las entrevistadas sostienen que son antiintervencionistas. Si hacer los partos es intervenirlos, en un campo atravesado por la tendencia hacia la humanización, ser “intervencionista” se vuelve una acusación. Y en ese sentido, las informantes tienden a acusar y ubicar en otrxs (“ellos”) a los culpables de ese modo de atención basado en la patologización y sobreintervencionismo de los PEP.

“Ellos”: representaciones sobre la atención obstétrica hegemónica

Ya se ha dicho mucho en las ciencias sociales sobre el proceso de identificación social que se construye a partir de la distinción nosotros-ellos. En el marco de la atención médica, cuando se habla de relación médicx-paciente podría sostener que en los dos términos de la relación ya está configurado el par dicotómico, pero lo interesante es que hay subdivisiones en el interior de cada uno, y sobresalen en el discurso de las profesionales.

Aunque se ha evidenciado histórica y socialmente la medicalización del parto y el exceso de intervencionismo, la casi totalidad de las entrevistadas se reconoce como opositora y resistente a ese tipo de atención hegemónica. En otras palabras: ninguna se reconoce como (re)productora del modelo de atención medicalizado e intervencionista, y en este sentido me pregunté quiénes sostienen el modelo. Ser intervencionista es, ahora, un estigma acusatorio. Las entrevistadas se refieren a lxs *sostenedorxs* en términos de un “ellos” construido en torno a un otro que es determinante en la atención obstétrica (jefas del servicio, o atención privada, o parteras, o residentes, u hospital escuela, según quien hable)¹⁸. Un *pasarse la bola* por la responsabilidad de una atención que violenta a las mujeres, concibe al proceso reproductivo como una patología a intervenir, y perjudica la salud reproductiva de la población.

¿Quiénes son *ellos*?

a) *El Ministerio-Estado* en términos de las pésimas condiciones de trabajo-infraestructura de los hospitales, que sin duda son reales, pero que condicionan que las jefas de servicio

¹⁸ La masculinización de los términos *nosotros* y *ellos* es arbitraria e intencional y respeta el lenguaje generizado que utilizan las entrevistadas.

adopten una actitud defensiva ante la “bajada de línea hacia la humanización”. De algún modo el Ministerio, al no garantizar el modelo de atención que exige, terminaría garantizando la reproducción de la atención hegemónica intervencionista.

Al respecto, las psicólogas entrevistadas mencionan “hay que ver qué condiciones hay para implementar algunas cosas (...) que es lo mismo que nos pasa con la ley de salud mental” y marcan la diferencia entre el discurso de la ley y el “trabajo en campo”, confirmando la sospecha de una brecha entre la letra muerta y la realidad concreta: “atrás del escritorio está buenísimo, y otra cosa es cómo ponerla en la práctica” (Entrevista 14, equipo de psicología de maternidad pública). Con estas palabras, a su vez, marcan la distancia entre la gestión política y lo que sucede en la trinchera de la atención pública, una idea que se repite en los testimonios de la mayoría de las entrevistadas.

En este sentido, si se amplía la mirada hacia la producción de condiciones aptas para el cambio de la atención hacia un paradigma de derechos, es sumamente relevante la inclusión del Estado (sobre todo, del Ministerio de Salud) como actor clave en dos sentidos. Primero, en cuanto productor de políticas y normativas que promocionan y establecen el paradigma del parto respetado como horizonte de trabajo; segundo, como obstaculizador de su realización concreta.¹⁹ Sin nombramientos de cargos, sin mejoras en la infraestructura, sin capacitación y estímulo, pero, principalmente, sin la financiación y la voluntad política de producir un lineamiento general, predomina más el segundo rol que el primero.

Hoy es una realidad también que a nivel general, digo hoy porque estamos situadas en hoy pero es un arrastre bastante grande, se trabaja con mucha precarización laboral, con mucha falta de recurso humano, de infraestructura, de insumos, eso es una realidad, digamos. Y obviamente la gente atiende como labura, ¿no? (Entrevista a trabajadoras sociales, maternidad pública).

La asociación argumental entonces es: si el *ellos* estatal no transforma (o crea condiciones para transformar) la atención hegemónica intervencionista, la (re)produce y legitima. De todos modos, en este punto es preciso seguir los planteos de Castro y Erviti (2015) sobre

¹⁹ Es importante mencionar en tal caso el hecho de que, no ya en la prevención sino en lo posfático (con la atención del parto-nacimiento ya realizada), el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires aún no aplica sanciones administrativas ni de ningún tipo, ni estableció un protocolo a tal fin con respecto a las denuncias por violencia obstétrica.

las soluciones que ofrece la salud pública a la violencia obstétrica, que difieren de las propuestas académicas de las ciencias sociales. A partir de una operación reduccionista que vincula los problemas en la asistencia sanitaria a cuestiones económicas y de financiamiento, las soluciones serían técnicas y de reasignación de recursos. Lo que la sociología de la salud señala es que lo que está por detrás es la necesidad de un cambio estructural de paradigma de atención hacia uno de derechos humanos y de género.

b) Las guías y protocolos establecidos para el trabajo profesional, que aunque se presenten como promotores del cambio, reproducen principios del modo de atención cuestionado.

A ver, partamos de la base de la bibliografía. Cuando vos vas a las guías del ministerio, de atención al trabajo de parto y parto (...) Ya te las plantea de que hay dos tipos de trabajo de parto: el conducido y el espontáneo. Vo fi, nada. Y así como te lo plantea ahí, te lo plantea la bibliografía, entonces como que ya te tiran dos opciones de laburo. O sea, podés hacerlo de esta forma o poder hacerlo de esta otra. Hay instituciones en las cuales vos, por el exceso de trabajo, hay que hacerlo conducido, porque es un parto tras de otro que no está bien, o sea no está bien (Entrevista a Carla, médica obstetra).

c) Los sectores “viejos” y “anquilosados” de las maternidades, en general en puestos jerárquicos, que tienen dificultades emocionales y profesionales para el cambio.

En general el detractor [del cambio de modelo de atención] es el que no quiere cambiar, el que no quiere cambiar, el que se aferra. Y el detractor muchas veces se aferra, muchas veces las personas tienen miedo al cambio y no tienen mucha capacidad de cambio. Ahí ya cuando uno habla de personas sueltas, cuando vos analizas la curva del cambio siempre hay un grupo de personas que ya con esos no podés, tiene que ver con cuestiones individuales y personales. En medicina es muy fuerte el cambio. ¿Por qué? Porque si yo hice los partos toda mi vida y me fue bien, porque soy un buen profesional y los hice así como lo aprendí y me fue bien, para que yo cambié después de muchos años de una práctica y que me fue bien es muy difícil, porque no estás hablando de pintar o de arreglar, estás hablando de personas. La mayoría de la gente tiene buena voluntad, siempre está el loco, pero digamos, la mayoría tiene buena voluntad y nosotros trabajamos

con eso. Entonces mucha gente tiene que estar muy firme, sobre todo, porque por ahí es gente grande, que basó toda su vida en trabajar de una manera, vos le cambiás una estructura y algunos los desarticulás como persona, porque estructuraron su vida haciendo eso. Y hoy vas y les decís que está todo mal. Entonces hay que hacer un trabajo muy fino, muy personalizado y muy de convencimiento. Es muy duro, vos le decís a alguien que tiene, no sé, 60 años “todo lo que hiciste está mal”. E hizo eso toda la vida entonces no puede aceptar, tampoco lo hizo a propósito. Entonces hay toda una cosa del cambio (Entrevista a Fernanda, directora de Maternidad Infancia en 2015, MSPBA).

Tampoco puedo cambiar las prácticas del profesional porque este profesional está aferrado a lo que aprendió, porque a mí me da seguridad esto, si a mí me sacás de esta práctica yo entro en pánico, me angustio, no puedo y te voy a decir que no. O te voy a decir que sí, “ah qué linda la norma que me trajiste, qué linda” pero cuando te fuiste hago lo que yo sé porque es lo que a mí me da seguridad y, es más, es probable que me salga mejor. Siempre cuando haces algo con seguridad sale mejor. Cuando te digo seguridad es algo para analizar. Es cómo se siente esta persona, y a lo mejor esa seguridad es a un costo muy grande, de desconectarse. O sea vos pensá que hay todo un sistema médico, más avanzado y menos avanzado según las especialidades, quizás el núcleo más duro y más atrasado sea la obstetricia. El más terrible, yo tengo esa impresión (Entrevista a Elina, pediatra, funcionaria MSPBA).

Sumada a la visión de esas dos funcionarias ministeriales, una trabajadora del servicio social de la maternidad pública “A” lo describe de este modo:

Es complejo el tema de pelearle a la hegemonía médica, digamos, más allá de que hoy no es lo mismo de que hace 30 años pero es difícil que una persona le pueda discutir al médico la información que decide darle. O en la práctica que decide realizarle. Incluso para nosotras es complejo pelearles algo, decirles "no, me parece que estás equivocado", imaginate para las mujeres que llegan en una condición que es "necesito parir" (Entrevista a trabajadoras sociales, maternidad pública).

Respecto a estos tres puntos, una primera referencia: la jerarquía médica en términos institucionales inter y extra hospitalarios (Estado/Ministerio–jefxs de servicio–médicxs/equipos de salud) encierra diversas disputas. Una de ellas refiere a quién es el encargado de garantizar el cambio hacia la humanización. Para las funcionarias estatales son lxs médicxs, principalmente lxs jefxs de servicio, propiciando una línea de trabajo humanizada. Por su parte, para lxs jefxs de servicio, primero tiene que actuar el Estado cambiando las condiciones de trabajo tanto en términos de recursos humanos como materiales y simbólicos. Finalmente, lxs médicxs (desde un posición pasiva y a favor del *statu quo*) sostienen que el Ministerio lanza normativas ambiguas y que la principal traba son lxs jefxs de servicio, que no bajan lineamientos, que obstaculizan el cambio y acuerdan de algún modo con las funcionarias del Ministerio, con que sus características generacionales son limitantes para garantizar el cambio. Posiblemente la jerarquía médica que atraviesa sus trayectorias formativas y asistenciales cristalice estas actitudes de pasividad y subalternidad por las cuales no promueven acciones de cambio y sí las esperan de otrxs.

d) *La formación universitaria de grado y en la residencia.* Si a los tres factores anteriores se agrega la cuestión de la formación, se puede ver cómo la constitución de las disputas internas y el corpus de representaciones del campo profesional obstétrico van más allá de lo que sucede en una sala de partos. Con respecto a la formación de grado, existe un consenso entre las entrevistadas en cuanto a que son preparadas para intervenir, enseñadas en la patología y que desconocen aspectos claves de la fisiología.

En relación con la formación en la residencia de obstetricia, es relevante mencionar que las tres maternidades en las que trabajé funcionan como hospital escuela, y esto lleva a una característica sobresaliente del sistema de salud obstétrico público de la ciudad: las mujeres usuarias son instrumentos pedagógicos para lxs alumnxs residentes, que utilizan sus cuerpos para “aprender” técnicas como la episiotomía, la cesárea y el fórceps, entre otros. Asimismo, hablar de hospitales escuela implica tener en cuenta que la *escena del parto* —como decidí denominar el acto de *performance* que se da en el interior de la sala de partos— implica la actuación de diversxs agentes según jerarquía: residentes de primer año, residentes de segundo, médicxs de planta, parteras, enfermerxs, etc. Y si en un mismo hospital también hay residencia de neonatología, como sucede en una de las maternidades en las que trabajé, se debe duplicar la presencia de personas en ese parto. Pero, y fundamentalmente, para la cuestión del campo profesional obstétrico, la situación hospital escuela es relevante en tanto agrega toda otra porción de jerarquías, mandos,

autoridades y modos de trabajo que se entrecruzan y contradicen. Al respecto, son sumamente relevantes las argumentaciones de Castro (2014) sobre la generación del *habitus* médico autoritario en la etapa de formación médica.

Es una batalla que hay que dar: formación universitaria, formación de la residencia. Ahora, la formación de la residencia es interesante, es un lugar de choque, porque vos vas a parar como residente a un servicio. ¿Quién manda en el servicio? El jefe. Pero a su vez pertenece a una residencia, con un jefe de residentes que negocia con el jefe [de servicio]. Entonces vos terminás formándote en la pelea, que está bueno, entre lo que vos estás estudiando y aprendiendo más moderno y a lo mejor el jefe que está aclerosado, que está coagulado en una práctica. Pero el problema es que vos te estás formando en un lugar que la práctica que vos quisieras hacer no la podés hacer. O sea nos ha pasado a todos (Entrevista a Elina, pediatra, funcionaria MSPBA).

Ponele algunos te enseñan de una forma. Nosotros como residentes respondemos a lo que te indican los médicos de planta, algunos te dicen que hagas una cosa y algunos te dicen que hagas otra. Pero cuando vos haces esto que está mal siempre viene el otro y te dice eh “y pero por qué? Y pero por qué?”. Después es difícil ir a cuestionarle al médico de planta, pero ellos lo saben. Ellos saben que durante nuestra formación nosotros respondemos a lo que nos dicen pero la idea es que cuando vos salís labures de la forma en que ellos te lo enseñan. ¿Entendés? Todas las cosas que criticaste no las hagas y la vas viendo (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Sobre esto es interesante resaltar el contexto contradictorio o ambiguo de formación: algunos médocxs que enseñan de forma intervencionista, otrxs que enseñan a cuestionar esa forma, pero otra no se puede hacer hasta no finalizar la residencia. O sea que se encierra a lxs residentes en un rol de acatamiento y obediencia combinado con una actitud crítica en silencio. Esta heterogeneidad de modos y formas de atención tienen como correlato ser una ruleta rusa para el respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que termina resultando una cuestión de azar: “en la guardia de los lunes hay gente piola” o “si te toca la guardia de los viernes, cagaste”, se reproduce en los grupos de mujeres que militan por el parto respetado. La esquizofrenia del quehacer obstétrico

es tal que en lugar de estandarizar la atención para asegurar el acceso a los derechos humanos y el cumplimiento de las necesidades de las mujeres gestantes-parturientas, se estandarizan y normalizan los procesos reproductivos, comportamientos y expectativas de ellas.

e) *Las parteras ¿chivo expiatorio?* El rol que ocupan las parteras como colectivo (“ellas”) en el discurso de las entrevistadas —y, por asociación, en el campo obstétrico— es ambiguo: por un lado, para el ideal que exponen las funcionarias ministeriales (y que se expresa en diversas guías nacionales e internacionales) ellas deberían ser la punta de lanza del cambio hacia la humanización, porque se supone que tienen una formación en el acompañamiento y en la fisiología del parto.²⁰ Por otro lado, para quienes son miembros de los equipos de salud, pueden ser la expresión de la desidia y del no trabajo, o, en paralelo, del trabajo intervencionista, con desgano. Sin duda, son el reservorio de muchos comportamientos esperados, resignadas al trabajo administrativo.

Están muy acostumbradas [las parteras] a que la residencia labore. Años y años donde la residencia mueve la guardia y ellas actuaban o metían mano en el momento, tenía que desbordar todo demasiado como para que laburaran ellas, sino era rascarse la guardia entera (...) Las parteras más viejas, o sea el manejo que tienen es activo. O sea ellas sacan chicos (chasquea los dedos), es eso. O sea, están acostumbradas, nosotros somos los que les ponemos el freno para que no rompan bolsa, para que no las hagan pujar antes de tiempo. Siempre aparte ellas tampoco tienen ninguna responsabilidad, ellas actúan en el parto o en el trabajo de parto pero ellas no tienen ninguna responsabilidad legal. Es el médico el que sale después, ¿me entendés? El médico es el responsable de un parto y de un trabajo de parto (...) Entonces, yo lo he visto, o sea... ellas se manejan con impunidad y hacen cualquier cosa. No todas, obvio, pero yo he visto cosas que... Sí, son la punta de lanza del cambio, no leen una mierda... No te leen nada, no leen nada, no lo leen. No leen, no leen, ponen suero, no leen (risas) (...) ¿Cuántas? ¿Cuántas de las parteras se fuman un trabajo de parto entero?

²⁰ Sobre el quehacer obstétrico y las disputas profesionales de las parteras, recomiendo el trabajo de Gilligan y Salsa Cortizo (2016) en el cual concluyen: “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” (p. 15).

¿Cuántas? ¡No! Ellas cuanto más rápido se hace mejor (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Carla expresa una visión más culpabilizadora de las parteras por la pérdida de su lugar;²¹ Andrea marca la tensión parteras-residentes como explicativa del relego de la tarea de las primeras, y su explicación tiende a dividir responsabilidades.

Acá como es un hospital escuela, en realidad el que está digamos, en la primera línea de fuego, es el residente de primer año haciendo el parto normal, que está todo bien, con el residente de 2do atrás y la partera dando vuelta. Acá la partera perdió un poco la figura de estar ahí tanto. Está, se encarga de la patita, de la huellita, de la partida de nacimiento... [¿Cómo más un rol administrativo?] Exactamente. Acá perdió, bastante (Entrevista a Andrea, neonatóloga).

Rocío (médica obstetra) describe más ampliamente esta relación tensa con las parteras, reproduciendo choques entre comportamientos esperados y reales.

Me quedé pensando eso que dijiste de la partera, ¿por qué acá no participa tanto?

Por... tradición (risas), no sé, porque no quieren, porque no sé, porque se acostumbraron a que como hay residentes

¿Y qué hacen?

Papeles. Llenan el certificado de nacimiento, llenan el libro. Pero es muy raro que estén revisando pacientes, que estén asistiendo pacientes. En la guardia que estoy yo particularmente sí, pero porque las dos que están con nosotras, primero que nosotros se lo permitimos, nosotros las participamos para que sepan, lo que hay y cuando necesitamos es "por favor vayan a ver tal paciente, revisámela, controlala, fijate" o "ha internado tal cosa, a esta hay que ir a controlarla". Nosotras las hacemos partícipes de la atención, pero en todas las guardias no pasa lo mismo. Entonces si vos no le das el lugar y encima te toca alguna que está cómoda con no tener el lugar, listo. El resultado es que no hacen nada. No

²¹ “Estas evidencias históricas invitan a repensar la visión romántica sobre los partos atendidos por parteras en un ambiente femenino y doméstico, y a reconocer el papel que tuvieron las propias mujeres en la cesión de confianza y poder a los médicos. Como sostienen estos estudios, para escapar de la muerte y del dolor cedieron tanto que luego fue difícil revertir la situación (Kholer Riessman, 1998)” (Felitti, 2011, p. 116).

hacen nada digo. Pero, lo que pasa es que se acostumbran. Alguna que está en el privado y acá, yo en el privado las veo más activas desde el punto de vista de la atención del paciente. Acá yo sé que si les pido que hagan un parto a esa misma partera, lo va a hacer. Que si le pido, pero se lo tengo que pedir, no le sale espontáneamente. Por ahí en privado, yo escribo los papeles y ellas están encima de la paciente. Igual acá escriben el papel, no te hacen la historia clínica. Lo que te escriben es el libro de partos, el certificado de nacimiento y la hoja de parto, que ahí pone los datos de la mamá, cómo fue el parto, datos del recién nacido, cuánto pesó, la edad gestacional, todas esas cosas. Pero no, no escriben la historia clínica, no bajan a la guardia... Antes lo hacían, mucho mucho antes de que yo ingresara, pero claro, al haber residentes ¿sí?, y como el residente de primero que está en, todos están en formación, entonces los chicos están mucho más, vos cuando sos residente como que querés estar en todos lados. Entonces eso un poquito fue desplazando la función, no la función, la actividad que tenía la partera, porque era preferible que en lugar de hacer el parto la partera que ya sabía, que ya había hecho no sé un montón de partos, le deje lugar al de primero que recién entró, que estaba aprendiendo. Entonces eh, bueno a muchas les ha quedado muy cómodo eso y lo aprovecharon y listo (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

En este fragmento, Rocío describe cómo las tensiones, choques y superposiciones entre las incumbencias de distintxs actorxs del campo profesional obstétrico han ido delineando el lugar (relegado a lo administrativo) de las parteras en la atención. Lo cierto es que puede advertirse cierto tono peyorativo o culpabilizador, pero en su mismo relato se pueden encontrar razones múltiples, asociadas al lugar que la institución sanitaria les da a las parteras. De todos modos, reconoce distintos ámbitos de competencia, y piensa en el trabajo interdisciplinario o la complementariedad como horizonte de trabajo.

Yo creo que estaría bueno que participen porque se puede hacer, tienen una función distinta que la nuestra. Nosotros estamos formados más en lo médico y ellas están formadas más en lo que es psicoprofilaxis y ellas saben mucho más que nosotros, entonces como que tienen otras herramientas que nosotros no las tenemos, que estaría bueno complementar, lo de uno y lo de otros.

¿Y eso cómo se podría hacer? ¿Es una decisión política?

Sí, yo creo que eso depende del jefe de servicio que es el que tiene que establecer las pautas de cómo tiene que funcionar el servicio (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

En paralelo, las parteras entrevistadas también reconocen que en el hospital público ocupan un rol menor, en la mayoría de los casos por haber cedido el espacio a lxs médicxs, en otros por no haber podido sobrellevar la carga de trabajo que se reactualiza diariamente. Es decir, por haber sido atravesadas por un discurso que deslegitima sus saberes y las somete o ubica por debajo o subordinadas a la decisión de lxs médicxs formadxs o en formación. ¿Cómo van a ser las responsables del cambio hacia la humanización si los equipos médicos no las estiman, si no tienen lugar (porque lo han cedido o lo han perdido) en el campo profesional obstétrico?

Pero la cuestión es que había muy pocos profesionales. Ponele, el más respetuoso que teníamos era [anonimizado, apellido de un doctor] y era uno. O sea... Después se empezaron a encaminar

¿Las parteras no son profesionales?

Sí, tratamos las parteras de encaminarnos pero ahí por más que nos pese, manda el médico. Ahí manda el médico (Entrevista a Bárbara, partera).

Otra partera, Sandra, menciona dos tipos de disputas interrelacionadas. Por un lado, las disputas internas: las diferencias jerárquicas y de conocimiento/experiencia con lxs residentes y lxs médicxs; sostiene que se manejan “criterios diferentes”. Por otro lado, las disputas jerárquicas: entre dirección, Ministerio, Gobernación. Cree que el Ministerio y la dirección deben bajar lineamientos. Paralelamente, la trabajadora social sostiene “la corporación médica es un clan bastante particular, digamos, en sus modos de encarar, en sus modos de relacionarse con el resto, digamos, no sos médico y no sos nadie digamos”. Es importante remarcar que la construcción en el discurso de un “ellos” en el que depositar las críticas, me ha permitido describir lo que otrxs autorxs ya han detallado para otros contextos (Pozzio, 2013), en torno a la heterogeneidad de posturas médicas frente a la humanización del parto y las tensiones entre la estructura institucional y la voluntad de profesionales, que ayuda a complejizar la mirada y evitar lecturas reduccionistas que lxs

ubican como lxs “malxs de la película”. Sin duda, si en algunos casos me he encontrado con los que denomino *objektorxs de conciencia del parto respetado*, se debería incluir en la interpretación toda una serie de jerarquías médicas y condicionantes políticos, económicos y socioculturales que las implican y le dan un tinte diferencial a este campo profesional.

La respuesta a la pregunta sobre quiénes sostienen el modelo y, por ende, quiénes podrán modificarlo, debe tener en cuenta algunas de las claves que he descrito en forma provisoria y que es necesario seguir profundizando.

A modo de cierre y recapitulación: *hacer partos respetados*

Si tuviera que demarcar un aspecto ineludible en el discurso de las entrevistadas, que subyace y tiene una gran carga simbólica a la hora de representar su labor profesional, es la nominación de la tarea obstétrica como *hacer* los partos. Y entonces allí caben las preguntas: ¿no son las mujeres gestantes —y lxs bebx por nacer— quienes *hacen* los partos? ¿Es lo mismo *hacer el parto* que parir? La normalización de este concepto que encierra en sí mismo una definición del quehacer profesional, deja fuera todo tipo de posibilidad de un rol protagónico de la mujer gestante en su propio proceso reproductivo. Asimismo, la acción de hacer el parto conlleva una visión intervencionista del evento perinatal, según la cual no existe la posibilidad de estar expectante, acompañar, asistir, porque parecer ser que, tal como expresa Erviti (2010), los profesionales se presentan como “actores obligados a intervenir”, responsables de evaluar el riesgo y “de definir las acciones” (p. 10).

En un campo profesional obstétrico atravesado por la búsqueda de la humanización de la atención perinatal y la erradicación de la violencia obstétrica, la transición entre modelos podría entenderse como un *hacer partos respetados*.

No es posible discriminar si el parto respetado como un elemento clave aparece en el discurso de las entrevistadas por efecto de la corrección política o por mera sinceridad, como una realidad que precede a los reclamos sociales en auge. Las profesionales sostienen que “nosotrxs” hacemos parto respetado, son “ellos” quienes no lo hacen. Al respecto, Camacaro Cuevas (2009) aporta una posible explicación:

El estatus de paradigma incuestionable que le ha conferido a la obstetricia ser una disciplina médica, la cual a su vez asume las premisas del discurso científico, trae como consecuencia que todas las representaciones simbólicas, los dispositivos de significados de que se vale el discurso médico y sus disciplinas, les legitimen de una manera tan férrea, que producen un cuerpo médico con una ceguera total frente al impacto de la medicalización de la vida, la muerte, y su constante intrusión en los ciclos de la existencia humana (p. 154).

Paralelamente, Wagner (2006), exdirector del área de salud de mujeres y niños de la OMS, sostiene que esta distancia entre el hacer y el analizar el hacer de lxs profesionales de la salud, que no reconocen el sobreintervencionismo de su práctica, se explica porque “el pez no puede ver el agua en la que nada”. Así:

Los asistentes del parto ya sean doctores, matronas o enfermeras, que tienen experiencia en parto únicamente en hospitales, con un intervencionismo elevado y medicalizado, no pueden ver el profundo efecto que sus intervenciones tienen en el parto (...) La mayoría de las personas que se dedican a asistir el parto desconocen qué es un parto no medicalizado. Toda la obstetricia moderna y literatura neonatal está basada esencialmente en la observación de un parto medicalizado (Wagner, 2006, p. 598).

No está de más decir que no fue criterio para la construcción de esta muestra la búsqueda de profesionales “amigables”, más bien todo lo contrario: la búsqueda tuvo como eje rector la heterogeneidad (de actorxs, de disciplinas, de posiciones en el campo). Pues bien, eso no parece significar diversidad de discursos: todxs lxs profesionales indagadxs, tanto en las entrevistas como en charlas informales durante más de seis años de inserción en el campo, se pronuncian como reproductorxs de la tendencia fisiológica y humanista. Todxs hacen partos respetados, con la ambivalencia que esas palabras indican (*hacer* se vincula a intervenir, *partos respetados* se asocia a no hacerlo innecesariamente).

Yo hago respetado siempre. Porque yo con la paciente digamos tengo en cuenta lo que quiere la paciente. Si la paciente quiere la peri, porque la quiere, si se la puedo hacer, se la hago. Si la paciente no quiere la peri porque no la quiere, porque no tiene ganas, por lo que fuere, y se le puede no hacer, yo no se la hago.

Lo mismo me pasa con la episiotomía, con todas las prácticas, con la cesárea, con todo. De hecho hay pacientes que por ahí no quieren tener parto porque no quieren, porque tienen miedo, yo no las obligo a que tengan un parto. La que tiene una cesárea anterior, si quiere tener un parto y está todo dado y está todo bien para que tenga un parto, va a tener un parto. La que no quiere suero, no le pongo suero, siempre y cuando no sea necesario. O sea, yo lo pauto, lo charlo primero. Entonces a mí me parece que el tema del parto respetado como que se encasilla, que parto respetado es si no te dan suero, si no te ponen anestesia, si no te eh, si te lo hacen en domicilio, y no es eso. Respetado para mí es respetar lo que quiere la paciente dentro de lo médicamente posible y correcto, o sea sin ponerla en riesgo (...)

Nosotros intentamos de ver y de hacer lo que cada paciente necesita, que es lo que me parece que hay que hacer. O sea si vos necesitás más atención, te voy a dar más a vos; si la otra necesita, no sé, que le cuelgue un suero porque se siente mejor con un suero, le cuelgo un suero. A veces el trabajo, la cantidad que hay acá y la cantidad de personas que somos no te permite dedicarle todo el tiempo que necesitan a las pacientes. Yo por eso creo que ahí es importante que las parteras participen. Porque ahí la partera sentada charlando con la paciente y dándole contención y todo, porque por ahí incluso ni vinieron al curso de preparto, no saben lo que quieren, porque el problema es ese. No es que si nosotros hacemos o no hacemos lo que quieren ellas o el deseo que tengan, sino que ni siquiera saben. No saben lo que les va a pasar, no saben lo que es normal, entonces como que falta eso que por ahí el hospital no es el lugar indicado para impartir ese conocimiento. Porque los pacientes no se controlan todas acá (Entrevista a Rocío, médica obstetra).

El aporte de este fragmento radica en que la médica vincula el respeto al caso particular de cada usuaria (que es lo que establece la legislación vigente) y sostiene que existe un desconocimiento de las mujeres sobre qué desean, o, mejor dicho, sobre qué pueden desear. Sin embargo, no relaciona esto con el monopolio/expropiación de los saberes por parte de la clase médica ni el incumplimiento profesional de la tarea de presentar alternativas a las mujeres, y propone de base una atención no intervencionista

innecesariamente. Al respecto y en consonancia, Carla —que al igual que Rocío es obstetra tanto en el ámbito público como en el privado— sostiene:

La ley de parto respetado en realidad para mí no es respetar el parto eutócito fundamentalista. Para mí la ley de parto respetado es respetar la voluntad de la mujer al momento de parir. Si la mujer quiere una cesárea, parir por cesárea.

Que sea una decisión informada.

Obvio. Lo que nosotros solemos hacer en el público, si ella quiere una cesárea, informada y consciente, si ella quiere una cesárea fantástico, parís por cesárea. Si la decisión es de un parto, buenísimo, ¿un parto cómo? ¿Querés esperar las 12 horas del trabajo de parto? Porque hay mujeres que no se lo bancan, hay mujeres que tuvieron dos o tres partos, que vos podés hacer un parto conducido, o sea, vos en la mujeres multíparas podés hacer un trabajo de parto conducido, que sabés que los riesgos no son los mismos que en una nulípara. Y la mujer en dos horas, tres horas tiene su parto. Y si es la elección de ella nosotros deberíamos hacer lo que la mujer quiere. Siempre y cuando no pongas en riesgo, las condiciones se den y esté bien informada y sepa bajo qué condiciones toma la decisión. Yo creo que el parto respetado es eso, respetar lo que quiera. Es respetar la decisión (Entrevista a Carla, médica obstetra).

Para finalizar: lo que he querido mostrar en el desarrollo de este trabajo son las representaciones y tensiones respecto a la constitución de un *habitus* médico obstétrico hegemónico e intervencionista, desde la perspectiva y experiencia de lxs profesionales de la salud. Me propuse describir algunas características que surgen en las entrevistas a profesionales sanitarias de la atención de embarazos y partos, que permiten dar cuenta de las disputas y tensiones internas del campo profesional obstétrico alrededor de su quehacer profesional, y las relaciones con las tendencias típico-ideales construidas en torno a la disputa de dos modelos de atención: uno intervencionista y otro fisiológico.

Referencias bibliográficas

Arnau Sánchez, J.; Martínez Roche, M. E.; Nicolas Viguera, M. D.; Bas Peña, E.; Morales López, R. y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural

y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 7. ISSN 1695-9752

Camacaro Cuevas, M. (2000). *Experiencia del parto. Proceso de la mujer o acto médico*. Universidad de Carabobo.

Camacaro Cuevas, M. (2008). Dos sentencias masculinas: parirás con dolor... parirás acostada. En Delgado de Smith y González (comp.) *Mujeres en el mundo. Migración, género, trabajo, historia, arte y política*. Laboratorio de investigación en estudios del trabajo. (LAINET). Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Carabobo. Valencia, Venezuela.

Camacaro Cuevas, M. (2009). Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica. *Revista Venezolana de Estudios de La Mujer*, 14(32).

Cárdenes, G. C. y Ugarte, M. U. (2002). La mujer frente a las tecnologías médicas: Problemas éticos en el proceso del parto. *Revista de filosofía de la Universidad de Costa Rica*, 40(100), 125-132.

Castro, R. (2014). Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197. ISSN: 0188-2503/14/07602-01

Castro, R. y Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria. Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. México: UNAM, CRiM

Erviti, J. (2010). Construcción de los objetos profesionales, orden corporal y desigualdad social. Una reflexión en torno a las interacciones médicos-usuarias de servicios ginecológicos. En Castro, R. y López Gómez, A. (ed.). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina: avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República; México: UNAM, CRiM.

Esteban, M. L. (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Miqueo, Consuelo.

Felitti, K. (2011). Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18.

Gilligan, C. y 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*. Ponencia presentada en IX Jornadas de Sociología de la UNLP 5 al 7 de

diciembre de 2016 Ensenada, Argentina. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.

Magnone Aleman, N. (2013). Modelos contemporáneos de asistencia al parto: Cuerpos respetados, mujeres que se potencian. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 12(5), 79-92. ISSN: 1852-8759.

Marton, B. y Echazú, M. (2010). La violencia simbólica en la consulta médica: la naturalización de la díada madre-hijo y la promoción compulsiva de la lactancia materna. *Sexualidad, Salud y Sociedad - Revista Latinoamericana*, (5). ISSN 1984-6487

Pozzio, M. (2013). *Una propuesta de "Parto Humanizado", los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. Ponencia presentada en VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA.

Sadler Spencer, M. M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario. En Sadler, Acuña y Obach, *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género. Catalonia, Santiago de Chile (pp. 15-66).

Originado en actividad de investigación.

Schwartz, P. (2016). *Maternidades en verbo: identidades, cuerpos, estrategias, negociaciones: mujeres heterosexuales y lesbianas frente a los desafíos de matenar*. Buenos Aires: Biblos.

Valls Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder*. Madrid: España Cátedra Ediciones.

Wagner, M. (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina naturista*, (10), 120-132.