

HACER PARTOS

Una etnografía sobre la formación en obstetricia en una
cátedra universitaria de Medicina, Córdoba



“La visita al hospital”, 1889. Luis Jiménez Aranda.

Trabajo Final para optar por el título de Licenciada en Antropología
Lucía Reano

Directora: Mgter. Fabiola Heredia

Diciembre 2018, Córdoba - Argentina



Bajo Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial- CompartirIgual 4.0
Internacional. <https://rdu.unc.edu.ar/>

*A mi abuela Cata,
con el amor de siempre.*

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	7
INTRODUCCIÓN	
De una trayectoria personal a una de investigación	9
El comienzo: sobre cómo abordar los modos de parir actuales	10
Se reconfigura el dónde y con quiénes: la perspectiva de estudiantes de medicina de una universidad pública al cursar obstetricia	13
Mi “entrada” al campo	15
Sobre decisiones metodológicas y algunas aclaraciones	20
1. OBSTETRICIA: CONSTITUCIÓN DE UNA “MEDICINA DE LA MUJER”	27
El camino hacia los documentos históricos	28
El doctor Lascano, mentor e insignia de una época	31
Protección de las madres, protección de la Patria	35
Hacia la “maternalización” de las mujeres	37
La <i>cátedra</i> de obstetricia en el tiempo	40
El edificio de la Maternidad Nacional de Córdoba	41
De las/os asistentes de partos y una historia universal	44
Sobre la (i)legalidad de cierta asistencia a los partos	47
La creación de la Escuela de Parteras como necesidad de una época	48

2. EL CURSADO DE OBSTETRICIA	
Medicina en la trama universitaria	53
<i>La cátedra</i>	54
Sobre los teóricos	56
Sobre las clases prácticas	59
Sobre los exámenes	66
Sobre los requisitos de asistencia	68
La observación como forma privilegiada de conocimiento	69
3. DEL HACER O ESPERAR COMO DILEMA EN ACCIÓN	75
Haciendo guardia en un servicio de obstetricia	76
Sobre dos “tendencias” o “actitudes” en la atención de partos	97
<i>Si uno fuera adivino, cuántas cosas haríamos o dejaríamos de hacer</i>	99
4. EL MUNDO MÉDICO SE HACE PERMEABLE	103
<i>Una reunión polémica con gente de afuera</i>	106
Apropiaciones de la ley de <i>parto respetado</i> . Interpretaciones y conflicto	116
El parto domiciliario como una elección inquietante	122
Estar en la mira. La relación (tensa) con otros puntos de vista	128
REFLEXIONES FINALES	131
BIBLIOGRAFIA	139

AGRADECIMIENTOS

Pasaron varios años entre que empecé la Licenciatura en antropología, allá por 2010, y lo que hoy finalmente son estas páginas. ¡Llegó el momento! Este trabajo final es el cierre de una etapa que atravesó gran parte de mi vida y por lo tanto son muchas personas a quienes quisiera dar las gracias. Empiezo entonces.

En primera instancia a mis interlocutores “nativos”: a mis compañeras y compañeros del cursado de Obstetricia, por su apertura, sus diálogos y su confianza; especialmente le doy las gracias a Flor por la empatía y el entusiasmo con que me acompañó. También a Marcelo y al Dr. Pérez, secretario de la cátedra el primero y el profesor titular el segundo, por permitirme participar siendo “de afuera”.

Agradezco inmensamente a mis compañeras-amigas de la licenciatura, reconozco que sin su empuje y su presencia me hubiera sido más difícil, y también menos divertido. Cami, Salo, Yani, Agus, Vito, Maki, Cati, Sofi, Mar... gracias por lo mates, las tardes de estudio y los delirios.

Tengo un profundo cariño por quienes compartí el día a día de este proceso, mis convivientes, “les turre”: me vieron horas y horas sentada en la computadora, escucharon mis ideas y reflexionaron conmigo, aportaron con sus lecturas y comentarios, cocinaron mucho, nos agarramos la cabeza con el absurdo demasiado tiempo que me llevó esta última etapa de la carrera, me dieron fuerzas. Pame, Gasti, Ro, Dani y especialmente a Flo, corazón, ¡salud y gracias!

A Fabiola, mi directora, muchas gracias por la paciencia, las lecturas precisas y el aliento.

A los equipos BITS en los que trabajé estos años, ya que me estimularon a repensar el proceso perinatal, su vínculo con los equipos de salud y los establecimientos sanitarios, y me permitieron conocer nuevos territorios. En estos proyectos en los que fui becaria descubrí el modo de investigar que me gusta. Estoy especialmente agradecida con Vale, Nati, Lili y Male, mujeres que me acompañaron con total confianza y de las cuales aprendí mucho.

Muchas gracias a las profesoras y profesores de la licenciatura, quienes me convidaron con lecturas apasionantes y con quienes conocí la antropología, campo de reflexión y conocimiento que me constituye como un lugar desde donde mirar el mundo, donde sea que vaya.

Me formé en la universidad pública, diversa, plural, laica, de calidad, gratuita. Gracias a todas las personas que a lo largo de la historia y en la actualidad la defienden como un derecho innegociable, con uñas y dientes, con tomas y asambleas, con marchas y organización ¡Ni la educación ni la salud deberían ser privilegios!

También agradezco la posibilidad de haber obtenido una beca de iniciación en la investigación, otorgada por la Facultad de Filosofía y Humanidades, durante 2018. Esto me permitió abocarme a la escritura con mayor tranquilidad, además, en lo subjetivo, fue un incentivo importante.

Por último, doy las gracias a mi hermana y hermanos: Celia, Favio y Agustín, por la escucha, el respeto a mi proceso y el compartir. A Susana, mi mamá, y a Jorge, mi papá, por haber confiado en mis decisiones, por estimularme a andar en libertad, por ser el gran sostén material de mis años en Córdoba y por creer en mí. Por darme la vida.

Cierro estos agradecimientos con la intención de que llegue a todas mis ancestras: mujeres migrantes, pobres, trabajadoras de la industria textil, “amas de casa”, campesinas, modistas, docentes, grandes cocineras, genias del bordado, sostenedoras de vínculos... me siento habitada por cada una de ellas.

INTRODUCCIÓN

De una trayectoria personal a una de investigación

A continuación presentaré una serie de reflexiones, preguntas y pensamientos que me sirvieron, aunque en sus comienzos sin saberlo, de disparadores iniciales en relación a este trabajo final. Considero importante narrarlos aquí porque son la semilla de un proceso reflexivo intenso, profundo, y siempre compartido, que dio lugar a que esta investigación haya seguido el camino -o los caminos- que siguió. Hacer un trabajo de este tipo, es decir antropológico y etnográfico, estar en ese universo “otro”¹ delimitado para esta ocasión, intentar comprender los puntos de vista de las personas con las que me encontré, me llevó a una labor de autoconocimiento y reflexividad constante, más aún debido a cuánto me conmueve el tema que elegí y cuánto, en lo personal, estoy convencida de que es necesario discutir en torno a la salud en general, y sexual y (no)reproductiva en particular.

La cuestión del embarazo, los partos y nacimientos comenzó a dar vueltas en mi cabeza hace unos cinco años atrás. Fue de la mano de repensar de manera integral los modos en que las mujeres solemos vivir nuestra sexualidad y los procesos reproductivos y no reproductivos que pueden estar asociados. Fueron tiempos de cuestionar(me) prácticas y discursos relacionadas con estos temas, por ejemplo: las pastillas anticonceptivas y otros métodos hormonales para prevenir un embarazo -debido a que recaía sobre la mujer, como siempre o casi siempre, la responsabilidad de no quedar embarazada, con el plus de trastocar el funcionamiento “natural” propio del organismo-; la consideración bastante expandida de la menstruación como indisposición, casi como un tabú, algo a esconder y desechar; la idea de que con la menopausia se acaba el goce y se apaga la sexualidad; el aborto como algo repudiable en sí mismo; la depilación obligatoria de ciertas partes del cuerpo como una práctica casi obvia de toda mujer, que la hace más femenina y deseable; el embarazo y el parto como algo riesgoso y

1 En este trabajo las palabras entre “comillas” tienen doble uso: en algunos casos indican cita textual de la bibliografía y en otros indica que la autora pretende relativizarlas o utilizarlas de manera impropia (escogiendo darle un sentido especial). Se distinguirá un uso u otro según el contexto de la oración.

relacionado al mundo médico; la maternidad por parte de quienes nacen con útero casi como un destino, entre un largo etcétera que entrecruzaba cuestiones de género, clase, etnia, edad. Algunos de estos temas me tocaron en las fibras más íntimas, en tanto los estaba atravesando con mi propio cuerpo.

En ese proceso reflexivo se me presentaba de una manera bastante cristalizada y generalizada una historia común de las mujeres, reactualizada en y por cada una, es decir que se configuraba en cada una de manera similar, aunque con diferencias y particularidades. Esto es, en la biografía de cada mujer, a cada instante y según las denominadas “etapas fértil e infértil” o el momento del “ciclo de vida” que estuviere atravesando, le correspondían ciertas actitudes estereotipadas, cuidados, formas de relacionarse con los demás y consigo misma, procesos “biológicos” esperables y modos establecidos de vivirlos². Claro que junto con todo ello estaban en la mira los mandatos que suelen recaer sobre varones y mujeres: categorías estas propias del sentido común, la estructura de género y las posiciones y roles que ésta nos asigna. Aquí también emergió la problematización del binarismo sexual construido, la heteronormatividad obligatoria, la educación de los deseos y los placeres. En fin, una serie de cuestiones que podría incluir en el universo de los debates de sexualidad y género, y que tejieron la red a través de la cual fui conectando preguntas, momentos históricos, lecturas, trayectorias de mi propia familia, relatos dispersos por ahí. Porque, como dice la máxima feminista siempre vigente, “lo personal es político”. Lo individual siempre es social, lo íntimo también es colectivo.

El comienzo: sobre cómo abordar los modos de parir actuales

Volviendo entonces al tema general de mi trabajo final, en relación a lo anterior podría definirlo y enmarcarlo, si ello fuera fructífero, como el momento en el que se está dando la gestación humana durante “etapa fértil” o “reproductiva” de las mujeres, también denominado el proceso de embarazo-parto-puerperio.

Leyendo y conociendo más sobre el tema aparecieron voces críticas con las cuales me identifiqué, que señalaban regularidades (prácticas concretas, rutinarias y normalizadas, tanto por parte de las embarazadas y parturientas como de los

² Hay cierto consenso médico, y tal vez social, en identificar diferentes etapas en la vida de una mujer. A grandes rasgos son cuatro: niñez, adolescencia, reproductiva y climaterio.

profesionales de la salud) y cuestionaban lo que podría definir como los modos establecidos de transitar y vivenciar el embarazo y el parto en las sociedades occidentales contemporáneas, fuertemente marcados por preceptos médicos. En verdad era eso último lo que más me inquietaba: los discursos sobre los cuerpos gestantes y en parto que se formulaban en nuestra sociedad, y en particular la centralidad que adquiría en ello el discurso médico. Me rondaba la idea de que esos discursos se filtraban en los cuerpos, las casas, las camas, las relaciones interpersonales y las decisiones vinculadas a la gestación, de una manera muy sutil, profunda y eficiente.

Un fundamento explicativo se me hacía tentador y recurrente: detrás de eso opera un sistema médico hegemónico, legitimado por el estado, con una gran impronta biologicista y que instala una relación jerárquica médico-paciente. Una forma de medicina que también suele ser llamada biomédica, occidental, alópata, tecnócrata o Modelo Médico Hegemónico (Menéndez 1988; Bonet 2004; Davis Floyd 2009), a la cual le interesa, a grandes rasgos, consolidar estrategias de medicalización, normalización y optimización del proceso reproductivo biológico. Todo esto se hace posible con la intervención conjunta del estado, el principal propiciador del control de los cuerpos de su población.

Sucede que ver sólo desde esta perspectiva las cosas me llevaba a pensar la medicina como un campo cerrado en sí mismo, autónomo y automático, casi como una máquina deshumanizada, ¿y dónde quedaban las personas? Debía haber grises, excepciones, contradicciones, como en todo contexto social. Se me hizo difícil, como aún se me hace, la tarea de complejizar esas miradas, desmenuzarlas, matizarlas. Fue una decisión en todo esto ir desde lo macro o sistémico (que en los comienzos pensé y era “cómodo” pensar), hacia una escala local y localizada. Es decir, y siguiendo lo aprendido con la antropología, hacer el ejercicio de evitar analizar “eso” desde afuera sino hacer el camino inverso: empezar a pensar a partir de y con lo que “en el campo” surgía, en la interacción con las personas y entre ellas mismas.

Lo primero que me llegó sobre el tema fue allá por el 2012, un libro que habla sobre experiencias de parto en una maternidad pública de Santiago del Estero, escrito por la enfermera y Magister en Estudios de Género Cecilia Canevari Bledel (2011). Allí fue que por primera vez leí un análisis desde una mirada social y de

género relacionado al tema, fuertemente atravesado por relatos de *violencia obstétrica*³, leyes que no se cumplían, mujeres que sufrían, médicos insensibles y un sistema médico que oprimía a las pacientes-parturientas. Al poco tiempo me enteré que existen mujeres en la ciudad de Córdoba que eligen parir en sus casas, que por motivos diversos prefieren distanciarse de los establecimientos médicos y recluirse en el entorno que les propicia su hogar, y que hay parteras y médicas/obstetras que las acompañan en su decisión. Debido a esto me acerqué al colectivo Mujeres por un Parto Respetado⁴, fui a charlas que ellas dieron en la Facultad de Psicología y la entonces todavía Escuela de Trabajo Social de la UNC. Me fasciné por esas otras maneras posibles de significar, creer, crear y experimentar el embarazo y el parto, leí información “científica basada en evidencias” (OMS 1985, MSCF 2012, OMS 2015, OMS 2018) y aportes antropológicos que avalan esa “perspectiva del parto respetado” (Odent 2006, Davis-Floyd 2009, Rodrigáñez Bustos 2009). A la vez me aproximé a producciones sobre “sistema médico hegemónico”, ya mencionada anteriormente, con criterios mayoritariamente biologicistas, criterios considerados como científicos y por lo tanto también objetivos y neutrales. Me enteré que existe la Ley Nacional n° 25.929 (2004) de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, conocida como *Ley de Parto Respetado*, novedosa en relación a otros países de Sudamérica y del mundo. Fui al Encuentro Nacional de Mujeres⁵ y allí participé del taller “Mujeres y violencia obstétrica”, que

3 Cuando una palabra, frase u oración aparece en *cursiva* indica que son categorías o expresiones propias del campo. Con esta estrategia narrativa persigo la intención de integrar aquello vivido durante el trabajo de campo con el proceso posterior de escritura de este trabajo final. Intenté, durante toda la labor reflexiva y creativa llevada adelante, pensar “con” mis interlocutores a partir de un ir y venir constante entre las notas de campo, las entrevistas, mi experiencia, la bibliografía y las hojas en blanco que hoy conforman este texto. También en algunas partes recurro a la recreación de diálogos.

4 Es un colectivo de mujeres de Córdoba que se formó en 2013 para difundir una mirada crítica sobre la medicalización del embarazo-parto-puerperio. Realizan charlas y talleres sobre el tema, difundiendo la existencia de la Ley de Parto Respetado y desarmando algunas creencias históricamente establecidas sobre el tema. Sus referentes principales provienen de diversos sectores como la psicología, comunicación social, partería, trabajo social, fotografía, entre otras. Para ampliar al respecto ver el Trabajo Final de Lic. En Antropología de Macarena Blázquez (2018).

5 Es un encuentro federal, autoconvocado, autofinanciado e itinerante que se realiza una vez por año desde 1986. Comenzó siendo organizado por mujeres y sólo mujeres participaban. Desde hace unos años, con debates y disputas de por medio, se diversificó el colectivo organizador, las participantes y temas abordados, pudiendo estar presentes también los colectivos disidentes: mujeres trans, lesbianas, travestis. Hasta el momento cada año fue más masivo (70.000 en Chaco 2017). Transcurre en tres días consecutivos del “finde largo” de octubre, durante los cuales hay talleres, debates, actos, festivales y marchas. Participan tanto organizaciones sociales y políticas como personas no organizadas. Las decisiones y programa de los temas a tratar en el Encuentro son debatidas por una coordinación formada por representantes de organizaciones y personas no organizadas de la sede de turno, que se encuentran en comisiones de trabajo.

me resultó muy movilizador y me permitió escuchar historias de otras partes de la Argentina en la voz de sus propias protagonistas, tanto mujeres que han asistido a los centros de salud como de profesionales que están intentando cumplir y hacer cumplir algunos aspectos de la dicha ley.

Fue en ese punto que decidí enfocarme en un primer momento, para mi trabajo final de la Licenciatura en Antropología, en mujeres que hubieran decidido parir en sus casas. Quería saber más de su elección, de los porqués, de cómo habían sido sus vivencias, cuánto las había transformado en su subjetividad pasar por eso, me intrigaba saber si esa decisión iba de la mano de problematizaciones de otra índole, pero que yo consideraba directamente relacionadas (a través de mis prenociones), como la alimentación, prácticas ecológicamente sustentables, replanteos sobre la salud, la educación, etc. Un tiempo me aboqué a esto, seguía fascinada con esas formas que, a mi modo de ver, se salían de lo establecido y resultaban en una mayor autonomía, decisión por parte de las mujeres y soberanía sobre sus propios cuerpos. De los testimonios que iba conociendo sobre la experiencia de quienes parían en sus casas solía estar presente una palabra: “empoderamiento”, y también era habitual que recuperaran una conocida frase de un obstetra francés llamado Michel Odent, la cual sintetizaba de alguna manera sus convicciones: “para cambiar el mundo primero es necesario cambiar las formas de nacer”. Llegué hasta a compartir esa convicción y desde ahí me preguntaba sobre lo que quería conocer más. De alguna manera me resultaba muy cómodo y reconfortante comenzar a indagar sobre el tema en ese universo empírico.

Se reconfigura el dónde y con quiénes: la perspectiva de estudiantes de medicina de una universidad pública al cursar Obstetricia

Las vueltas de la vida y el cumpleaños de doña Catalina, la vecina de abajo, hizo que me ponga a charlar con Marta⁶, otra vecina de unos veintidós años con quien, hasta esa nocecita, nuestra comunicación se reducía a saludarnos desde lejos, de una escalera a otra, o cuando de causalidad coincidíamos en la puerta de salida/entrada de aquel complejo habitacional de barrio Jardín, colindante con Ciudad Universitaria, en el que ambas vivíamos en ese entonces. En pleno festejo y

⁶ Los nombres de las personas que aparecen a lo largo de este trabajo fueron modificados, es decir son ficticios.

charlando en la vereda empezamos a contarnos de nosotras, casi a modo de presentación. Me contó entonces que vivía sola, que era de Salta, que estudiaba Medicina y estaba haciendo guardias dos veces a la semana en el Hospital de Clínicas. Fue en el devenir del diálogo, que su carrera y mi trabajo final confluyeron en un punto: los partos domiciliarios. En esa conversación tornada debate también estaba presente su amiga Ana, quien escuchaba atenta nuestros planteos y replanteos. Ella también vivía en el complejo, debajo de Marta, y llegó a Córdoba haciendo el mismo recorrido: luego de terminar juntas el secundario en una *escuela católica de monjas* se trasladó a esta ciudad a realizar sus estudios en traductorado de inglés, también en la UNC. Ella se mostró más dispuesta a relativizar y cuestionar conmigo algunos postulados que Marta traía a escena, que yo intuía estaban fuertemente permeados por su formación en medicina. Ana opinaba: *si desde siempre las mujeres tuvieron los partos en sus casas, ¿por qué ahora siempre es necesario ir al hospital?* Mientras tanto, por dentro yo pensaba: ¿de dónde venían las ideas temerosas de Marta? ¿Qué nociones sobre el embarazo y el parto circularían en la formación en obstetricia⁷? ¿Tendría que ver esa necesidad de la hospitalización del parto que ella traía, con una lógica médica transversal a toda su carrera? Así se me abrían interrogantes, y ello me hizo pensar en lo “interesante” de acercarme algún día a una clase de obstetricia, ver cómo eran, qué se enseñaba, por qué ella pensaba en el parto domiciliario como una locura y un riesgo innecesario. Pensaba que eso me aportaría a pensar sobre mi tema de trabajo final de ese entonces.

Marta me contó que la materia Obstetricia se podía cursar en la Maternidad Nacional (Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología) o en la Provincial (Hospital Materno Provincial Dr. Raúl Felipe Lucini), que generalmente preferían cursarla en la provincial porque es mayor su casuística: *hay más partos y por lo tanto más posibilidad de ver alguno*. En ambas materias se deben hacer guardias. Ella todavía no la había cursado pero tenía una amiga que sí (en la provincial) y que había podido ver varios, y hasta hacer tactos. Se comprometió, frente a mi curiosidad sobre la materia, en preguntar en la *cátedra* de la Maternidad Nacional,

7 Utilizaré “obstetricia” (con minúscula inicial) como disciplina/campo de conocimiento y “Obstetricia” (con mayúscula inicial) cuando me refiero a la asignatura que cursan los estudiantes de grado de Medicina. El mismo criterio será extensivo a otros términos que constituyen a la vez, por un lado, un campo de conocimiento y, por el otro, espacios curriculares/dependencias administrativas/unidades académicas.

que le quedaba de camino hacia el Clínicas, si podía asistir un externo, alguien no estudiante de la carrera de Medicina. A los dos días tocó a mi puerta trayendo información, le había dicho que podía ir de oyente a cursarla, que tenía que presentar una carta pidiendo autorización al titular de la *cátedra*. Pasé de pensar en ir un día a “ver qué onda” a contemplar la posibilidad de cursarla entera. Luego de dudar uno o dos días acerca de si le daría lugar a esa experiencia dentro de mi trabajo final (y cual sería ese lugar), es que decidí dejar en suspenso lo que venía haciendo en relación a partos domiciliarios y meterme de lleno en el cursado de Obstetricia para ser parte de lo que pasaba allí.

Aquí dio un giro mi investigación, mudé de foco, de lugar, de problema. Me dejé llevar por lo que se abría en ese momento: la posibilidad de estar adentro del mundo médico, y más aún en la formación misma en obstetricia, donde se transmiten, comunican y enseñan ciertas ideas, preceptos y prácticas sobre el proceso de embarazo-parto-puerperio que yo podría conocer más de cerca, y así poder comprenderlas mejor. Marta, sin saberlo ni ella ni yo, se convertía de algún modo en mi primera interlocutora del nuevo campo de investigación que se estaba comenzando a delimitar.

Mi “entrada” al campo

Las clases teóricas comenzaban a las once de la mañana, yo llegué 10:35 para poder presentar la carta dirigida al titular de la *cátedra*, el doctor Pérez, a quien todavía sólo conocía de nombre. Él tenía unos cincuenta y cinco años y había sido designado el año anterior, y de manera interina, como encargado de la *cátedra*, además de ser el jefe del servicio de Obstetricia del hospital. El año posterior a mi cursado, mediante concurso, fue designado finalmente como titular, rol que en los hechos ya había asumido. Mi primer día de clases me asomé a lo que, yo pensaba, sería la oficina de la *cátedra* de Obstetricia ya que ahí había encontrado el día anterior a Ernesto, el *secretario* de la misma (el cargo formal que posee es de trabajador no docente), quien me había informado un poco más sobre mi participación y me había permitido asistir al teórico. En otra oportunidad, y hablando con una compañera de cursado, me enteraría que todas las cátedras de Medicina tienen *secretario* o *secretaria*, una persona que se encarga de tomar

asistencia al finalizar cada clase, de tener listas las cuestiones técnicas cada día, por ejemplo la computadora y el proyector para que el docente sólo se encargue de poner el pendrive y presentar su tema, de dar anuncios importantes, como pueden ser alteraciones en el cronograma pautado, cambios de aula, inasistencia de algún profesor, información sobre régimen de cursado, entre otras. Estimo que la existencia de este personal es para no quitarle a los profesores ese tiempo de su atención médica.

Ernesto justo ese día no estaba, por lo que me atendió una mujer que supongo sería médica por llevar guardapolvo, aunque esa fue la única vez que la vi⁸:

—Sí, decime.

—Hola ¿qué tal?—comencé—, yo soy estudiante de otra carrera de la universidad y estoy interesada en hacer la materia Obstetricia...

— ¿Qué estudias vos?—me interrumpe.

—Antropología, y traigo esta carta para tener la autorización. Ayer hablé con el secretario y él me indicó que tenía que traer esta carta dirigida al doctor Pérez, para poder hacer la materia —yo hablaba con cierto cuidado, había algo en el tono de su voz y la mirada incisiva que me incomodaba, no la notaba tan dispuesta como a Ernesto.

—Bueno, ¿y traes algún certificado, algo que constate de qué carrera sos, que estás en los últimos años?—quiso saber.

—No, lo pongo en la carta, pero no traje nada, lo puedo traer mañana (¡cómo no me voy a dar cuenta que me pedirían un comprobante o algo así! Pensé, y me lamenté, creyendo que tendría que continuar un día más en la incertidumbre de no saber si podría continuar cursando).

—Sí, porque vos lo estás diciendo así de palabra, pero no sabemos —a continuación lee la carta en silencio, veo el movimiento de sus pupilas en un ir y venir recorriendo los renglones, y en eso se detiene. Cuando llegó a la parte que decía que yo tenía la intención de asistir a las instancias prácticas, me dijo: —No, esto no se puede, no creo que se pueda.

8 A lo largo de todo el trabajo estarán oportunamente referenciados los fragmentos de campo cuando tengan cierta literalidad. Aquellas situaciones que son recreaciones, como la que viene a continuación, o aquellas en las que se hizo incapaz consignar quién habla, esa información específica estará ausente.

—Ah, porque yo ayer hablé con el secretario y uno de los profesores que dio el teórico y no me dijeron que no podía. Podemos mostrarle la carta al titular, así de paso ve si está todo bien o si falta algo así mañana lo traigo corregido —le sugerí (yo ya estaba algo tensa, temía que se truncara mi objetivo de hacer la totalidad de la materia, y también comparaba esta situación con mi propio ámbito de formación universitaria, donde es común que en algunas materias haya estudiantes que no son estrictamente de Antropología, aunque claro, no necesariamente están haciendo de esa experiencia de cursado el foco de sus trabajos finales).

—Y también tenés que decir por qué querés venir a las clases, cuál es el motivo —agrega.

—Sí, eso ya lo puse en la carta — me animé a responder. Ella no había terminado de leerla y, mientras la sigo en sus pasos saliendo de la oficina en busca del titular, se da vuelta y me dice:

—Tenés que traer el plan de estudios de la carrera.

— ¿Para qué? —quise saber.

—Y... para ver las materias que tenés —dice y la noto algo insegura de su respuesta (Ahí entendí que ella quería saber si alguna materia de Antropología tenía que ver con algo relacionado a la medicina, y también me quedó la sensación de tener que demostrar que no mentía). Ya quería salirme de esa situación. Le respondí que en realidad para el trabajo final yo elijo el tema que quiero, que en eso es muy amplia la Antropología. Por suerte nos encontramos con el titular afuera, en el pasillo, y le comentamos la situación aportando un poco cada una. Era la primera vez que yo hablaba con él. Dice que no hay problema, que presente la carta con las fotocopias necesarias. La mujer le menciona lo de los prácticos, y me dice que sí, que podría estar en calidad de observadora pero en última instancia eso es algo que después lo vería la Facultad. Él elevaría esa carta a la Facultad, y de ahí había que esperar cierto tipo de aprobación.

Decido dejar en claro mi objetivo de ese entonces, le digo que es importante para mí poder estar en los prácticos, que una parte importante de la metodología de investigación de la antropología tiene que ver con la observación participante. Esas palabras casi a modo de exigencia me salieron impulsivamente y me escudé en una idea bastante discutible: cuanto más pudiera “ver” más podría conocer ese universo social. En verdad sabemos que los modos de “ingreso al campo” (las

condiciones, a través de quienes y bajo qué circunstancias) nos dicen cosas de ese mundo, son elementos a tener en cuenta y a poner bajo reflexión y análisis, y que no hay modos más correctos que otros.

En fin, me dice que claro, que no hay problema, pero no puedo estar viendo una mujer con las piernas abiertas sin autorización, que es un momento íntimo de la relación médico-paciente, y concluye:

— ¿Sos mamá? —quiso saber.

— No — le respondo.

—Bueno, pero vos sabrás de eso, estudias Antropología.

—Claro, le digo —asintiendo y algo sorprendida.

Estas últimas palabras me dejaron tranquila (tenía el aval del titular) pero también algo confusa, ¿qué quiso decir que yo se debido a que estudio Antropología? ¿Se referirá a la cuestión de “ponerme en el lugar del otro”, de ser cuidadosa en la dinámica de encuentro médico- paciente que se genera en los controles de embarazo y en los partos? Aquí se abría una incógnita que, con el paso del tiempo en la *cátedra*, día a día, semana a semana, empezaría a poder descifrar, no sin malestares, confusiones, complicidades y complejidades: ¿qué pensaban de mí el estudiantado y los profesores, en tanto estudiante universitaria de otro campo de conocimiento, específicamente de Antropología? ¿De qué trata la materia Antropología Médica, que es la referencia más cercana que tienen sobre la disciplina? ¿Qué implicaba ser de afuera, en una materia y modalidad de aprendizaje que no solía contar con ese tipo de presencias ajenas al mundo médico? ¿Cómo me manejaría en ese universo social sin el bagaje médico que tenían todos mis “nuevos” compañeros?

Retomando mi acceso a la *cátedra*, al día siguiente sí pude dar con Ernesto. Me dijo que había hablado con el doctor Pérez, que estaba todo bien con ir a las clases. Le comenté, otra vez, que había llevado la carta y las fotocopias que me había pedido el día anterior, porque también quería ir a los prácticos.

—Está medio difícil —me respondió— porque las comisiones están repletas, pero bueno, podés empezar mañana con muñecos, en el 2do piso. Andá al teórico, que ya empieza, después vemos lo de la carta.

—Bueno, a la salida te la traigo —le dije contenta.

—Dale pero andá que ya es hora —dijo otra vez, haciéndome ver que la puntualidad en los teóricos es muy importante—, hoy no es en el aula magna, ¿sabes en dónde es?

—No —le contesto.

—Es en la playa.

— ¿En la playa? —pregunto atónita.

—Si, en la playa de estacionamiento —me aclara.

Llegué a un aula que poco tenía que ver con la solemne y antigua aula magna a la que había ido a la clase teórica el día anterior. El aula de la playa era el plan B, donde cursábamos en el caso de que la otra estuviera ocupada por algún evento más importante, por ejemplo, como ese día, un congreso de Ginecología. En dichas situaciones el pasillo al que daba el aula magna se llenaba de canapés y folletos de productos y empresas farmacéuticas y de médicos en diálogos jocosos.

Volviendo al aula de la playa, ésta tiene los convencionales bancos de escuela, individuales y móviles, distribuidos de manera muy apretada, siendo difícil a veces encontrar un lugar sin pedir a alguien que se mueva para poder pasar. El chico que había al lado me preguntó, mientras esperábamos que llegara la profesora, *si había ido a puerperio*. Yo no tenía idea de qué me hablaba. Le conté que era de otra carrera, que estaba yendo sólo a los teóricos (deduje que puerperio se llamaba a algún tema. Hasta ese entonces no conocía ese término para nombrar a lo que yo siempre denominé posparto). La semana siguiente le tocaba el *práctico de puerperio* y quería saber dónde era, por eso me preguntaba. Luego supe que durante una semana el práctico consiste en ir a las habitaciones de posparto/puerperio, y acompañar a quienes revisan y hacen controles de rutina a las mujeres que han parido. El chico también me contó que se iba con ambo a los prácticos⁹, y que además cuando *tocaba parto* tenía que ir con uno descartable, que costaba \$35, y quería preguntarle a Ernesto si era necesario porque andaba con muchos gastos. La habitual situación económica estudiantil, pensé. En este momento la profesora-doctora de ese día ya estaba lista para dar su clase.

⁹ Ambo se le dice a un conjunto de pantalón y chaqueta mangas cortas que es de uso común entre los trabajadores de la salud. Lo vi utilizado por enfermeras, residentes, estudiantes y jefes de residentes, no así por los profesores de la materia y doctores en general. Utilicé ambo los dos días que *hice guardia* (prestado por el amigo de una amiga, estudiante de Medicina con un tamaño corporal similar al mío).

De esta manera, poco o a poco y en la relación cotidiana con esos estudiantes, mis compañeros de ocasión, tejí vínculos, algunos perdurables hasta el día de hoy y otros que quedaron enmarcados en el cursado mismo y quizás una entrevista. A ellos también suelo recurrir cuando me entra alguna duda o necesito alguna información puntual que en el momento no registré, y ellos pueden recordar fácilmente, como especificidades del régimen de cursado. Con ellos fui conociendo más detalles de cómo se organizaba la materia y supe que otro hospital de ámbito provincial participaba como unidad académica de formación, y que para algunos prácticos debíamos trasladarnos allí.

Sobre decisiones metodológicas y algunas aclaraciones

El equipo docente de la materia estaba conformado por unas veinticinco personas. A lo largo de este trabajo empleo “los doctores” o “los profesores” en referencia a la totalidad del cuerpo médico docente, conformado tanto por varones como mujeres. No pretendo invisibilizar la presencia de profesoras-doctoras (hay cuatro o cinco mujeres), sino remarcar el carácter masculino del plantel, a la vez que de esa manera se referían los propios estudiantes. Además, así decían los mismos profesores cuando hablaban de sus colegas en sentido grupal ante los estudiantes. Y cuando hablaban de alguien en particular, utilizaban más el sustantivo “doctor”, en lugar de “profesor”, colocándolo antes del apellido de cada uno, por ejemplo “el doctor Liniers”.

Absolutamente todos los profesores de la materia son médicos, y la especialidad mayoritaria de ellos es obstetricia, aunque también hay teóricos dados por una neonatóloga y un anestésista. Por lo que pude saber, de los veinticinco un alto porcentaje trabajaba (no necesariamente de manera exclusiva) en la misma Maternidad Nacional, con excepción de un par de ellos que provenía del hospital Misericordia, que participa también como unidad formadora. De algunos pocos no estoy en condiciones de afirmar su procedencia institucional.

En la mayoría de las situaciones que aparecerán a lo largo del trabajo no menciono nombres o características que pudieran ser relevantes para identificar a los profesores, como género, trayectoria o lugar ocupado en la *cátedra*, debido a la numerosa cantidad que eran dictando la materia, por lo cual a varios los he visto

sólo en una oportunidad y durante una hora. Ello hace muy difícil la tarea de presentarlos a todos de manera contundente y significativa. El conocimiento más cercano o personalizado se dio con un puñado de ellos, en la medida que la materia discurría y nos íbamos viendo nuevamente, o que por algún motivo hayamos tenido alguna charla y fácilmente me pudieran identificar como una estudiante externa a Medicina. Vale aclarar que los propios estudiantes también se encontraban, y se encuentran hoy, con la incapacidad de recordar los nombres o apellidos de los profesores, de unir caras con nombres, o de recordar fácilmente quién dio cada tema. Salvo excepciones como el titular de la *cátedra*, el docente con mayor antigüedad o alguno que por algún motivo quedó marcado en su memoria (*el profe piola* o *la profe brava*), les resulta difícil dar alguna información para poder identificar de quién están hablando.

A lo largo del texto nombro con apellido a unos pocos profesores: aquellos identificables a la vez por mis compañeros. Los apellidos utilizados fueron cambiados por otros a modo de intentar preservar su identidad verdadera, aún así reconozco que si mis interlocutores leen este trabajo, probablemente se den cuenta quién está protagonizando cada situación.

*

Realicé un trabajo de campo intensivo durante siete semanas, tiempo que dura el cursado de la materia. Transité la propuesta de la *cátedra* como una estudiante de Medicina, ocupando ese lugar como vía de acceso y conocimiento de ese universo social. Cabe aclarar que, en la formalidad, no fui una estudiante con inscripción y acreditación del contenido aprendido. De todos modos concurrí los días de instancias evaluativas, y participé de distintas maneras según el tipo de examen que era.

Aquí cabe aclarar una cuestión: lejos estuve de pretender camuflarme como una estudiante de Medicina más, aunque a veces la tentación era grande. Siempre que tuve la posibilidad comuniqué mi pertenencia como estudiante a Antropología y los motivos de mi estar allí. A veces la situación hacía que fuera inoportuno anunciarme, y en esas ocasiones sí pasé como estudiante de Medicina. El acercamiento con las diversas personas que sabían que yo no pertenecía al mundo

médico estuvo marcado por una variedad de sensaciones, miradas y comentarios, atravesados por dudas, desconciertos, curiosidades, desinterés, complicidades, tanto de mi parte como de ellas, según quienes fueran en cada oportunidad.

El hacer el cursado “como si” fuera una estudiante de Medicina, tiene que ver con intentar definir de antemano cómo sería mi participación allí y en qué espacios. Ese “como si” lejos está de ser una proyección indebida en el otro: sabemos que es imposible realmente constituirnos en los portadores de esa visión del mundo que intentamos conocer. Más bien se refiere al camino que seguí cuando se abrió la posibilidad de estar en contacto con la *cátedra*, de ir a las clases, de estar en el hospital, de relacionarme con los estudiantes y profesores. Esa fue, recordemos, la vía de acceso que me abrió Marta, mi vecina, propuesta que me entusiasmó y que fue aceptada por el titular. Fue una manera de acotar y construir en el espacio-tiempo, más no sea de una manera que fragmenta lo social, lo que Antropología llamamos el “campo”, tanto para mí como para mis interlocutores. Lo que desde el comienzo planteé, a quienes habilitarían de diferentes maneras mi asistencia continua, fue el deseo de tener la posibilidad de conocer la totalidad de la propuesta de la *cátedra*. Yo pensaba, por ejemplo, quizás erróneamente, que si no iba a los prácticos mi mirada iba a quedar trunca, le iba a faltar una parte importantísima que es la puesta en práctica de lo teórico, la medicina en acción, el estar con las pacientes, y me perdería la mitad de la materia. En relación a esto, afortunadamente pude participar y el espacio estuvo relativamente permeable a mi propuesta desde el inicio, como expuse más atrás.

A demás, otra herramienta-manera de interacción social que me permitió acercarme más a mis compañeros de Obstetricia fueron algunas entrevistas, seis en concreto. Ahora sólo nombraré a esas personas, y luego a medida que aparezcan en el transcurso del trabajo las presentaré con más detalles. Con algunas de ellas “pegamos onda” y fuimos muy cercanas durante el cursado, sobre todo debido a estar en la misma comisión de prácticos (es decir vernos las caras todos los días a primera hora de la mañana): Flor y Mica. Otras fueron contactadas para la entrevista a raíz de haber charlado alguna vez en alguna clase y quedarme con sus números telefónicos o correos electrónicos: Fabricio y Agostina. Por último, otras dos personas fueron contactadas puntualmente para esta ocasión a través de interlocutores que oficiaron de intermediarios, algo que me permitió acceder a

ellas, ya que de otra manera no hubiera podido hacerlo, debido a que nuestro contacto previo era casi nulo: Sabrina y Diego.

El conjunto de entrevistas se dio en un lapso de nueve meses, una vez finalizada la materia. Fue interesante encontrarme con algunos relatos algo diferentes en comparación a lo que era manifestado por las mismas personas durante el cursado; el tiempo, los devenires y la reflexión hacen lo suyo. Las entrevistas fueron lo menos estructuradas o directivas posibles, casi como charlas. Las personas sabían que yo quería hablar sobre la materia, sobre lo que fue para ellos el cursado, qué les gustó, qué no. Realicé algunas mismas preguntas a todas las personas durante el transcurso de cada encuentro, a modo de facilitadoras o guías en el diálogo. Luego el suceder de esa interacción nos iba llevando a lugares, objetivos, deseos e historias, algunas singulares y otras compartidas. Esa actitud de diálogo permitió que fuera posible que “aparezcan” ciertas “pistas” que me resultaron sumamente interesantes seguir, y que hoy forman parte central del análisis.

En relación a cómo nombrar el colectivo de estudiantes utilizaré el mismo criterio que para los profesores, replicando el modo establecido de nombrarlo y nombrarse en el lugar, es decir en masculino: los estudiantes, los alumnos.

Quiero recordar(me) que siempre el trabajo antropológico, como quizás todo tipo de producción, es limitado y acotado en su mirada, en tanto siempre es una mirada posible sobre otras miradas existentes. El debate de la pretendida objetividad en la Antropología (Guber 2009) hoy parece saldado. Nos suena como una vieja ilusión, como algo impensable y también rechazable, no sólo porque sabemos que es imposible sino porque se nos pierde toda la riqueza que surge de la propia interacción social intersubjetiva. El principal medio de investigación del método etnográfico es la sociabilidad, es decir participar del mundo social del cual queremos saber más. Lo que hacemos es “acompañar y vivenciar fragmentos del proceso social en su propio ocurrir” (Quirós 2014: 51), y es con y a través de nuestros cuerpos que eso es posible y, claro, creando lazos. Las conversaciones tomaron gran relevancia como técnica metodológica para entablar vínculos en el campo y conocer de ese mundo. Con este trabajo no pretendo decir verdades, sino hacer un aporte, a través de descripciones e interpretaciones propias, sobre cómo

una porción de estudiantes de Medicina aprenden qué son los partos y los nacimientos y cuál es el conocimiento y el rol médico en dichas instancias.

*

En el capítulo uno abordo la obstetricia en su dimensión histórica, haciendo hincapié en los mecanismos y actores que le dieron impulso en Córdoba. El período abordado va desde 1890 a 1936, donde lo relativo a la maternidad comienza a ser conceptualizado como “problema social” debido, entre otras, a la mortalidad materno-infantil, al conocimiento vulgar asociado a ello (denominado curanderismo y superchería) y a la “necesidad” de buscar el crecimiento poblacional por parte del Estado (vinculado no sólo a la cantidad de la población, sino también a su “calidad”).

Dicho recorte fue construido siguiendo los siguientes elementos: la preocupación estatal en la gestión de la población, materializada en políticas públicas y las primeras leyes de maternidad; la progresiva profesionalización de los saberes asociados a dicho “problema social”, donde la medicina y la obstetricia fueron instalándose y desarrollándose con gran éxito; y por último, ese período histórico es al que tengo acceso con lo que nos dice en sus escritos un importante obstetra cordobés de inicios de siglo XX (a través de quien, en gran medida accedimos a esa época).

El capítulo dos es una presentación de la materia y busca “ordenar” lo que fui conociendo de manera no lineal durante el cursado y en diálogo con los estudiantes: la propuesta formativa de la *cátedra* (los temas abordados en las clases teóricas y las distintas instancias que hacen a los prácticos), las condiciones de cursado y ciertas negociaciones por parte de los estudiantes en relación a ello, las formas preferidas de aprendizaje, las expectativas cumplidas (o no) durante el cursado, entre otras.

En el capítulo tres, por su parte, describo una *guardia* que hicimos con una compañera de cursado en el servicio de Obstetricia, poniéndolo en diálogo con otras situaciones del cursado, sobre todo con sugerencias recurrentes que hacían muchos profesores acerca de tener una *actitud expectante* durante los partos, *no apurar* las cosas ni intervenir de manera innecesaria.

El capítulo cuatro gira en torno a las tensiones que atravesó el servicio de Obstetricia del hospital en una situación puntual con *la gente del parto respetado*. A partir de ello podemos conocer sobre el punto de vista de esos médicos sobre los reclamos y discursos “externos” que ponen en la mira su trabajo cotidiano, y sobre un marco legal que viene a condicionar su atención en consultorios y salas de parto. Además, en su rol docente podemos acceder a cómo dan a conocer su posicionamiento a los estudiantes, y qué lugar se le da en el cursado a las voces disidentes y los marcos legales que están en discusión. El foco estará puesto hacia el final en cómo interpretan ese complejo escenario los estudiantes.

1. OBSTETRICIA: CONSTITUCIÓN DE UNA “MEDICINA DE LA MUJER”

La medicina es una ciencia práctica cuya verdad y cuyos logros interesan a toda la nación; creando una escuela, no se favorece a un puñado de individuos, se permite que, por medio de intermediarios calificados, el pueblo pueda sentir los beneficios de la verdad.

(Foucault 2014:103)

El “saber” puede convertirse en “poder” solamente haciendo valer sus prescripciones.

(Federici 2010: 194)

La inquietud sobre los modos de parir actuales y el papel central que posee la obstetricia como campo médico experto en su abordaje, me llevó a preguntarme sobre su dimensión histórica, a buscar elementos en el pasado que me ayudaran a comprender ¿cómo y cuándo los cuerpos gestantes comienzan a ser objeto de conocimiento e intervención médica? ¿De qué manera se fue estableciendo la obstetricia como el campo profesional del tema? ¿Qué conocimientos se tornaron valiosos y mediante cuáles estrategias de legitimación se difundieron? ¿Cuáles perdieron relevancia? ¿Cómo fue su consolidación hasta ser en la actualidad, los médicos obstetras, casi de modo exclusivo, los encargados de ofrecer asistencia (calificada, profesional, médica, técnica) durante el embarazo, el parto y el postparto?

Así, al indagar hacia atrás en el tiempo, hasta llegar a comienzos de siglo XX, pude conocer que el surgimiento, desarrollo, expansión y fortalecimiento de la obstetricia como especialidad médica, se dio en un cruce de intereses diversos, propios de ese momento histórico. Hablamos de un período singular en la Argentina, donde la “medicina social”, las políticas poblacionales, la eugenesia, la “maternalización de las mujeres”, las leyes laborales para embarazadas y en situación de posparto, entre otras, se fueron desarrollando a partir de múltiples

preocupaciones, de actores sociales diversos, desde diferentes estrategias que presentaré a lo largo de este capítulo.

El camino hacia los documentos históricos

El museo-biblioteca de la Maternidad Nacional es el espacio en el que se cursa, durante una semana, el *práctico con muñecos de última tecnología*, me avisaría Marcelo, el *secretario* de la *cátedra*, con anterioridad¹⁰. Yo inicié ahí precisamente mi participación en las clases prácticas, el lunes de la segunda semana de cursado. Marcelo me designó en ese grupo tal vez porque pensaba que era el sitio menos chocante para empezar a inmiscuirme en ese mundo desconocido para mí. Yo le seguía insistiendo en querer estar en todas las instancias prácticas, y él: *Por lo pronto empezás en el museo. Y mirá que ahí también es fuerte, ¿eh? Vos podés elegir verlo o no, pero hay fetos deformes en formol¹¹, cosas que impresionan.*

Realmente era impresionante, y a la vez me resultaba atractivo por su novedad: un muestrario de unos quinientos fetos de diferentes tamaños en frascos de vidrio, ocupando gran parte de las vitrinas altas que rodean la sala. Están dispuestos de una manera tal que son fácilmente observables, diría casi de manera obligatoria, debido a que quien ingresa al espacio, durante los primeros seis pasos que da, tiene a su lado una estantería con diversos *ejemplares*. Esos *preparados* cuentan, en su mayoría, con referencia de fecha y diagnóstico (casi su totalidad son *piezas anatómicas patológicas*)¹². Hay algunos que tienen bastante tiempo en esas condiciones, los más antiguos pueden llevar unos setenta años conservándose en

10 Marcelo tenía al momento de conocerlo unos cincuenta años y, por la forma de hacer su trabajo, imagino que hacía mucho que era el *secretario* de la *cátedra*. Se lo veía muy organizado en su tarea, conocía los tiempos que le demandaba cada cosa, a veces “se atrevía” a tomar decisiones que esquivaban las pautas rigurosas del cursado, en el vínculo con los estudiantes jugaba entre ocupar un lugar de complicidad y uno autoridad, y el estudiantado sentía mayor cercanía o confianza con él que con los profesores. Con él estuve en contacto para resolver el papeleo formal que necesitaba para participar del cursado.

11 *Feto* en este mundo hace referencia al organismo que crece dentro de un útero humano como resultado de la fecundación de un óvulo, que ya ha pasado por la etapa embrionaria (donde se forman los órganos y tejidos) pero todavía no se produce su nacimiento. Los de la situación que relato por diversos motivos no llegaron a su desarrollo máximo y no han nacido, y fueron seleccionados como piezas didácticas y de museo.

12 En la página web institucional del museo no aparece la palabra *feto*. Se hace referencia a eso utilizando *colección*, *objetos*, *preparados*, *piezas anatómicas* (<http://www.humn.fcm.unc.edu.ar/museo-y-biblioteca.html>).

formol o parafina. Algunos fetos están de cuerpo entero, y exhiben alguna patología o malformación externa que se distingue de manera clara. De otros se muestra una parte del cuerpo, generalmente una mitad: presentan cortes prolijamente realizados siguiendo los planos frontal o sagital, lo que permite visualizar el interior del cuerpo y acceder al desarrollo y ubicación de los órganos y/o la patología. Algunos de los fetos (completos y particionados) expuestos en las vitrinas se asemejan mucho a la “imagen social de un bebé”, debido a las características y tamaños similares a un recién nacido, de ahí, imagino, la *impresión* a la que aludía Marcelo.

Esas centenas de fetos se exhiben, tal vez, en memoria de un tiempo donde se realizaba esa práctica de conservación de *piezas*, lo que posibilitaba actividades de investigación a la vez que eran utilizadas como material didáctico, facilitando el proceso de enseñanza y aprendizaje. En lo que respecta a la materia, no fueron un recurso para ejemplificar o explicar alguna patología o situación, aunque la actual página web de la Maternidad Nacional manifiesta que son *instrumento de enseñanza* (quizás en otro nivel de formación, como la residencia en Obstetricia, eso ocurra). Nos hablan, también, de otras condiciones en el acceso y la construcción de conocimiento, como me daría a entender Sabrina, una compañera de cursado¹³:

Para mí la gente que se recibió en esas condiciones [teniendo que estudiar de los fetos en formol] fue sudor y lágrimas. Yo me imagino, por ejemplo, entender el mecanismo de parto que tenemos que entender, sin un video, sin un muñeco, hacer cuentas para más o menos darte una idea de cómo pasa eso por el canal de parto. Yo creo que tienen un montón de horas más de estudio [estábamos hablando sobre médicos de la edad de los profesores], nosotros ahora tenemos un montón de formas de aprender cosas que antes no había (registro de entrevista, 15 de marzo de 2016).

13 Yo supe de Sabrina una vez finalizado el cursado porque durante la materia no nos vinculamos. Me reconoció en una marcha, *esa chica hizo Obstetricia*, le comentó a su amiga y mi compañera de militancia. Ésta nos puso en contacto y coordinamos un encuentro en una parte tranquila de una plaza céntrica. Sofía es de la ciudad de Córdoba, vive con sus padres y entró a Medicina luego de finalizar el secundario en un colegio universitario que hay en la ciudad.

Las formas de aprender la obstetricia han ido cambiando con el paso de los años. Los fetos en formol han vivido su momento de gloria y utilidad, hasta convertirse hoy en las piezas más importantes que dan a una sala el nombre de museo¹⁴, y forman parte del *patrimonio* del Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de Córdoba.

Como mencioné antes, dicha sala es también la biblioteca de la Maternidad Nacional, por lo que hay, entonces, libros. Las estanterías que los albergan son de madera robusta y añeja, características similares a muchos de los libros que allí se exhiben. Había conocido a Hilda, la bibliotecaria, mientras cursaba mis primeras clases prácticas en lo que es su espacio cotidiano de trabajo¹⁵. Ella inmediatamente estuvo dispuesta a que yo encontrara lo que buscaba. Frente a mi pedido de algún material que hablara sobre la creación del edificio de la Maternidad Nacional y sobre los primeros tiempos de la obstetricia en Córdoba, ella, con años y años trabajando allí, reconocía fácilmente qué información me serviría y, quizás también, qué es lo que yo “debía” saber.

Comenzó a contarme lo que conocía del tema, y me recomendó enfáticamente leer los trabajos del doctor Lascano, quien había sido muy importante, una especie de pionero en Córdoba. A saber, según la referencia que Hilda me dio: se había formado en el exterior, había escrito muchos artículos científicos y también había estado muchísimos años en la Maternidad, como director y profesor¹⁶. Hilda me ofreció algunos libros, los miramos juntas y finalmente me volví a casa con dos de

14 Hay unos quinientos *preparados* y, además de ellos, se exhiben maquetas que representan partes humanas en mármol y acrílico traídas de Francia por el Dr. José Clemente Lascano, quien presentaré a la brevedad. También hay documentos históricos, libros con una antigüedad de más de cien años, e instrumentos y aparatos obsoletos, ya en desuso.

15 Hilda es una mujer de unos cincuenta años y hace varios años que es la bibliotecaria. Es de esas personas con un diálogo fácil y abierto. Cuando charlábamos sobre mi tema de interés, solía buscarme libros afines, inclusive me hablaba de ejemplares existentes en otras bibliotecas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Recuerdo que cuando le conté que estudiaba Antropología me recomendó leer una publicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre las diferentes maneras de parir en el continente, que estaba disponible en la biblioteca de uno de los dos colegios secundarios pertenecientes a la UNC.

16 Hasta el 19 de Mayo de 2014, a modo de reconocimiento del trabajo hecho por él, la biblioteca-museo se llamó “Museo de Anatomía Patológica Doctor José Clemente Lascano”, momento en el que mediante resolución decanal (1646/2014) cambia su denominación a “Museo del Niño y la Mujer”. Interesante para reflexionar, aunque no lo haremos aquí, sobre los distintos sentidos e implicancias que abre una y otra denominación, por ejemplo en relación a la construcción de la memoria institucional y disciplinar cordobesa (pensando en la colocación/eliminación de un nombre propio como nombre de un museo), como así también a la asociación directa entre mujeres gestantes y madres que propone el nuevo nombre.

ellos. Uno era un compendio de distintos tipos de escritos elaborados por el mencionado médico, José Clemente Lascano (1885-1955): actas de congresos, artículos para prensa, registros de conferencias, guía para la divulgación de recomendaciones y preceptos médicos, publicados desde 1911 a 1940. El otro era la “biografía” del actual Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología, escrita por Eduardo O. Figueroa, un actual médico local (2001).

El doctor Lascano, mentor e insignia de una época

¿Por qué hacer hincapié en el doctor Lascano? Recupero sus palabras e ideas ya que fue toda una personalidad en relación a la institucionalización de la obstetricia en Córdoba y la profundización de ciertas ideas epocales, importadas muchas desde Europa y luego reapropiadas y divulgadas en su propio contexto. Lo llamo “personalidad” en tanto el renombre que tuvo en su momento, convirtiéndose, tempranamente, en el gran referente de la especialidad durante la primera mitad del siglo XX en Córdoba. Al día de hoy, historizando la construcción de la obstetricia como profesión médica en dicho lugar, es inevitable encontrarnos con Lascano. El período histórico al que accedemos a través de sus propios escritos es el que tomamos en consideración para este capítulo, a excepción de cuando hablamos, ya hacia el final, de la Escuela de Parteras.

Un poco sobre su vida: al recibirse de médico en la UNC Lascano vivió en Francia durante tres años desempeñándose como practicante con médicos pioneros de la obstetricia moderna (Pinard, Bard y Fabre). Los anhelos y el deber de ese momento eran dotar de científicidad a la obstetricia, y el ejemplo a seguir, como habitualmente sucedía en la medicina de esos (¿y estos?) tiempos, era Europa: se consideraba que allí se generaba el conocimiento y los avances en la materia dignos de ser emulados. Luego de su vuelta a la ciudad de Córdoba, en 1913 ocupó la titularidad de la Cátedra clínica obstétrica de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), cargo en el que se desempeñó durante más de treinta años. Desde ese lugar consiguió la concreción de un edificio único que funcionara como maternidad (donde realicé el trabajo de campo), tal como, él había visto, sucedía en Francia.

Hizo múltiples esfuerzos por atraer a las mujeres a los hospitales *desde la soltería, momentos prenupciales, preconceptionales, hasta el embarazo mismo y el postparto*, en un contexto en que ello no era una práctica habitual. También se interesó y defendió la cuestión legal que protegía y asistía a las mujeres madres (Lascano 1942). Fue director del servicio de Maternidad, cuando éste funcionaba aún en el Hospital San Roque¹⁷ y luego en el Hospital de Clínicas¹⁸. Finalmente en 1931 queda inaugurado el edificio de la Maternidad Nacional¹⁹, proyecto impulsado con mucho ahínco por Lascano, ocupando su dirección desde el primer día. Fue dos veces decano de la FCM, Director de la Asistencia Pública de Córdoba, Director del Departamento Municipal de Salubridad, Académico Honorario de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, Miembro Honorario de la Sociedad Tocoginecológica del Uruguay, Miembro Honorario de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires, entre otros títulos y cargos de renombre (Figueroa 2001; Lascano 1940; Lascano 1942).

Vemos, a partir de su participación en simultáneo tanto en “foros especializados” y académicos como en la gestión estatal, que fue alguien que entendió que la obstetricia (como ciencia médica), la maternidad (como hecho biológico y social) y la reproducción de la población (como campo demográfico y eugenésico) eran asuntos que estaban o debían estar ligados.

*

17 Es el segundo hospital fundado en Córdoba, en el año 1800, como parte del complejo de la Iglesia San Roque. Fue el lugar en el que se creó en 1877 la Facultad de Medicina de la UNC, siendo el único ámbito de aprendizaje de la carrea durante más de treinta y cinco años. En la actualidad continúa siendo unidad formadora, compartiendo esa característica con otros establecimientos. Hasta 1850 estuvo administrado y conducido únicamente por religiosos, luego el gobierno provincial comenzó a tener algún tipo de incidencias y responsabilidades. En el año 1950 pasó a depender totalmente del Gobierno de la provincia de Córdoba (Guerra 2015).

18 El Hospital Nacional de Clínicas pertenece a la UNC, es decir es de ámbito nacional, y fue planeado desde sus inicios como hospital-escuela universitario. Queda inaugurado en mayo de 1913. Desde ese momento empieza a recibir a la mayoría de los practicantes que hasta entonces asistían para su formación al Hospital San Roque.

19 Es considerado el segundo hospital-escuela de la ciudad. Al igual que el Hospital de Clínicas es de ámbito nacional, perteneciente a la UNC. Podemos pensar que es significativo que sea una Maternidad, y no otro tipo de establecimiento (que se aboque a alguna otra especialidad), el que decidió construirse en segundo lugar. Nos habla de una política dirigida hacia un sector de la población, de una “necesidad” y una tendencia en ese tiempo de abocarse a las mujeres como reproductoras (también lo veremos en las leyes dirigidas hacia ellas).

La consolidación de la especialización en obstetricia supuso en Córdoba, al igual que en otros lugares de la Argentina, un proceso marcado por cuatro aspectos importantes, siguiendo a la historiadora Yolanda Eraso: “la competencia por la apropiación de un monopolio (frente a las parteras y médicos generales); la creación de nuevas instituciones (maternidades); la emergencia y participación en foros especializados (órganos de expresión, sociedades, congresos); el desarrollo de técnicas y recursos que llevaron a la medicalización del embarazo y del parto” (Eraso 2001: 109).

En cuanto a la participación en “foros especializados” y la difusión de técnicas innovadoras, el profesor Lascano fue un ávido escritor de asuntos obstétricos. Con él “se iniciará una etapa de “literatura obstétrica” con numerosas publicaciones; aspectos que, siempre relativos a figuras carismáticas, constituyen elementos tradicionales en la formación de una especialidad médica” (*ibid*: 111). Lascano se abocó a relatar minuciosamente casos clínicos patológicos y anormales, a elaborar escritos de orden histórico, a describir técnicas novedosas, por sólo mencionar algunas. Publicó sus escritos en jornadas, congresos y revistas médicas, tanto del ámbito nacional como internacional, y además realizó apuntes para la cátedra que tenía a su cargo, los cuales también fueron utilizados en la Escuela de Parteras de aquel entonces²⁰.

Lascano, como venimos viendo, tuvo un gran reconocimiento en su tiempo. En 1938 se cumplieron *las bodas de plata* de estar al frente de la titularidad de la materia Clínica Obstétrica (ya con sede en el edificio de la actual Maternidad Nacional), y el decano de la FCM de aquel momento inauguró el dictado de ese año con un discurso, resaltando el *trabajo ejemplar* que Lascano venía haciendo durante esos últimos veinticinco años:

Ya no hay bóvedas lóbregas y húmedas, han desaparecido las camas cortinadas en tules; el verdor de las glicinias ya no existe. Es que el progreso, a

20 Paso a nombrar algunos de los temas que trabajó y publicó Lascano, para darnos una idea de su diversidad y el contexto en el que fueron producidos: tuberculosis y embarazo, historia de la obstetricia reciente (para su época), casos de operación cesárea en Córdoba, procedimientos obstétricos ya en desuso, “casos raros” de ruptura de útero en el embarazo, demografía de algunas enfermedades, sobre “manifestaciones histéricas múltiples desaparecidas por medio del hipnotismo”, proyecto sobre el Instituto de Maternidad, descenso de peso fisiológico en el recién nacido, aspectos sociales de la asistencia obstétrica, legislación argentina sobre la protección a las madres, presentación de un “Lecto-aspirador” modelo, “biodemografía” de la mortalidad materna e infantil, entre otros.

través del tiempo, viene elaborando su obra. Así surgió este nuevo edificio, la Maternidad Modelo, en cuyo diseño, maestro, habéis puesto tanto afán, tanto de vuestra vida, imponiéndole forma, función precisa y adecuada, materializando un palacio de blancura y luz, muy propio para albergar a madre e hijo, noble y humana realización de su destino (Lascano 1938: 5).

Con Lascano, a través de su figura, de sus esfuerzos y sus apuestas, podemos ver los caminos que se abrieron para dar lugar a la formación de una especialidad médica naciente y a la construcción de un discurso médico que rápidamente pretendió expandir su ámbito de conocimiento y acción. Lascano encarnará en sí mismo el espíritu de un tiempo, en él se condensa el proyecto médico científicista, “objetivo”, y riguroso al que debía apuntar la obstetricia, y la medicina en general, bajo la idea de “progreso”. Es importante aclarar aquí que la “originalidad” de Lascano no debe ser entendida como individual, más bien comprender sus aspiraciones y discursos como posibilitados y condicionados simbólicamente y materialmente por su contexto.

Un proceso con ciertas afinidades fue el de la especialización médica sobre la crianza infantil, que dio lugar a la constitución de la pediatría como profesión que la aborda. Surgida en un período de tiempo similar a la obstetricia, ambas pertenecen a un momento en el cual la medicina “busca situarse y ser reconocida como saber experto”. Dicho proceso puede ser conceptualizado como “medicalización”, entendida en términos generales como la expansión de las categorías e intervenciones de la medicina hacia nuevos y más ámbitos de la vida, los comportamientos y las relaciones sociales, implicando una redefinición de eventos vitales en términos médicos (Colángelo 2012).

María Adelaida Colángelo construye conocimiento antropológico con distintos tipos de documentos elaborados por médicos a fines del siglo XIX y comienzos del XX; y este capítulo primero tiene semejanzas en relación a quién es mi principal interlocutor: un médico cordobés que produjo distintos tipos de materiales desde su lugar de médico, investigador, docente universitario y funcionario público. “En este caso, es como si el antropólogo escuchara una conversación entre actores comprometidos, a los cuales no puede pedir, mediante preguntas, que llenen los silencios o lagunas de información” (*ibid*: 25). Sin

embargo, a pesar de la distancia temporal con las personas de carne y hueso, el proceso sería semejante al de cualquier etnografía en el sentido de que las personas construyeron discursos (y los dejaron asentados en papel), y deben ser abordados no como verdades que llegan a nuestro tiempo sino como narrativas sociales, poniendo atención a las condiciones de producción.

Protección de las madres, protección de la Patria

Hablamos de finales de siglo XIX y principios del XX, cuando aparecen los primeros intentos de proteger a las mujeres gestantes, así como a la descendencia que de ellas pudiera nacer. A partir de allí se va dando una paulatina institucionalización de la gestación humana y los nacimientos, lo cual fue propiciado no sólo desde la obstetricia, sino también desde un discurso social y político renovado, que tuvo en la mira el mismo objeto de la obstetricia: las mujeres gestantes.

La familia es entendida en ese contexto como célula primaria, un microcosmos de lo que es la sociedad en su conjunto, la Patria en una escala pequeña²¹. Hacia allí, hacia el ámbito familiar entendido como una conformación privada y doméstica, fueron dirigidas muchas de las medidas médicas y estatales. En ello, las mujeres fueron el sujeto/objeto privilegiado, entendidas desde una perspectiva que las naturalizaba como madres (Nari 2004).

[La mujer] Como obrera de la Patria, la hace a ésta engendrando y criando hijos, que mientras más sanos y robustos sean, física, mental y moralmente, mejores elementos serán para formar y engendrar aquella. Como obrera del hogar, las buenas condiciones higiénicas y su salud la harán ser el centro de la felicidad de la familia (Lascano 1942: 8).

Con esta visión de época surgen a nivel nacional derechos y deberes vinculados a la maternidad: “la mujer”, por un lado, tiene el deber de generar y criar a su descendencia, que más adelante forjará con sus manos la Patria y, por el otro lado, debe tener la posibilidad de realizar esa crianza en condiciones

21 Nombro Patria con mayúscula replicando el modo en que aparece escrita en los documentos de comienzos de siglo XX con los que trabajo.

favorables. Maternidad y Patria eran entendidas como espejos la una de la otra, es decir las configuraba una situación análoga, ambas se retroalimentaban y definían recíprocamente: el beneficio de la relación era mutuo. La Patria aparece como la madre de la población (la nación argentina), y las mujeres como las madres de los individuos que luego formarán esa población acorde a cómo fueron criados. Entonces, el estado argentino protege a las madres, éstas a sus hijos, y éstos, en un futuro, forman una Patria *loable y robusta*. Los esfuerzos comenzaron a estar dirigidos, de esta manera, a disponer de protección a las madres a través de leyes sociales, *pues la protección debe ser obra del estado y no de la caridad* (Lascano 1942: 34)²².

En el año 1906, con el nombre de Ley Palacios (N°5291), se da la *primera manifestación legal* de la protección a la *mujer-madre*, según relata Lascano. En este caso a mujeres obreras, que comienzan a tener el derecho de regresar a su trabajo pasados los treinta días del parto, debiendo reservárseles el puesto, y teniendo quince minutos cada dos horas para amamantar (Lascano 1940). Esta ley inaugura una seguidilla de leyes que tiene como principal beneficiaria a la “madre trabajadora”, la que se encontraba sola, viuda, desamparada o necesitada, siendo éstas las destinatarias de las primeras acciones de protección legal en la Argentina, a las cuales accedimos a través de Lascano, en su trabajo “Aspecto social de la asistencia obstétrica. Reseña histórica y legislación argentina” (1942)²³.

La última ley nacional de la cual hace referencia Lascano data de 1936, que crea la Dirección de Maternidad e Infancia (N° 12.341), y se encarga de la formulación y aplicación de políticas de salud para mujeres y niños hasta los seis años de edad; “Tendrá por finalidad (art. 3): propender al perfeccionamiento de las generaciones futuras por el cultivo armónico de la personalidad del niño en todos sus aspectos, combatiendo la morbilidad infantil en todas sus causas y

22 En ese momento las acciones de caridad, filantrópicas y de beneficencia eran muy comunes. Los grupos que las llevaban a cabo contaban con gran aceptación y visibilidad pública, incluso a veces recibían presupuesto estatal. Tenían a su cargo lo que hoy está en su mayoría en manos del Estado, y con un rol importante por parte de profesionales médicos: casa de expósitos, hospital de mujeres, asilo de huérfanas/ huérfanos, hospital de alienadas, hospital de oftalmología, hospital de niños, entre otros (Eraso 2009).

23 En el año 1921 se sanciona la “Ley de trabajo de mujeres y niños” (N° 11.317). Más de dos décadas después aparece la “Ley de subsidio obstétrico” (N° 11.933), en 1934, y prohíbe emplear embarazadas treinta días antes de la fecha de parto y 45 días posteriores al mismo, además otorga “subsídios” en forma de dinero a las mujeres empleadas que se encontraran dentro de este período (Lascano 1942).

amparando a la mujer en su condición de madre o futura madre” (Lascano 1942: 24).

Lascano está viviendo en una época en la que el estado se esfuerza por comenzar a registrar minuciosamente algunos aspectos que tienen que ver con la reproducción de la población. Es así que en el marco de la legislación naciente, se creó un registro para cada mujer y en cada uno de sus embarazos a través de una “ficha sanitaria individual” y se realizaron los primeros estudios demográficos de morbilidad materna para generar datos poblacionales al respecto. Además, para poder aplicar dichas leyes, y sobre todo la sancionada en 1936, fue necesario elaborar censos y estadísticas de las instituciones públicas y privadas que atendían a las gestantes, parturientas y a las puérperas.

Hacia la “maternalización” de las mujeres

Vinculando a las mujeres con su *función de generación de la vida*, Lascano nos dice:

Esta función, por ser de la especie, es más importante que todas las del individuo y hace de la mujer, al cumplirla de modo natural o patológico, el centro capital de la vida humana a cuyo alrededor se deben agrupar todas las defensas.

Así la obstetricia moderna no es una de tantas especialidades de la medicina, sino que, al abarcar aquella función en toda su amplitud, ayudada por todas las demás, se ha convertido en una de las más importantes y de mayor alcance médico y social (Lascano 1938: 38-39).

La mencionada ley que crea la Dirección de Maternidad e Infancia establece para su funcionamiento siete divisiones internas²⁴. Una de ellas, la número III, es Eugenesia y Maternidad, que se encarga, entre otras cosas, de la “formación de una conciencia social o sentimiento eugénico”, “la educación eugénica, prenupcial, preconcepcional y prenatal”, y establece la creación de múltiples establecimientos

24 A saber: I) Higiene y servicio social; II) Inspección y legislación; III) Eugenesia y Maternidad; IV) Primera infancia (hasta los 2,5 años); V) Segunda infancia (edad preescolar: de 2,5 a 6 años); VI) Niños enfermos, anormales y necesitados; VII) Asistencia odontológica.

que se abocarán a la temática, como ser hogares-talleres maternos, maternidades y salas de parto, instituciones que prestan ayuda material a las madres, salas-cunas, escuelas de madres, consultorios prenupciales y de asistencia preconcepcional, asistencia ginecológica y obstétrica, entre otros.

El estado argentino comenzó a contemplar un abanico de situaciones vinculadas a la sexualidad y la reproducción de las mujeres, a las cuales entendía que debía atender, regular, conducir, y proteger. La obstetricia en ello tuvo un papel muy importante, ya que se constituyó en la disciplina por excelencia encargada de producir conocimiento y prácticas vinculadas a la reproducción. El discurso médico se tornó en el legítimo para hablar sobre los cuerpos gestantes y, en un estrecho vínculo con otras esferas estatales, se fueron instalando preceptos que contribuyeron a construir y reforzar ciertas ideas sobre la reproducción y las mujeres que veremos a continuación.

Podemos decir que estamos asistiendo a un contexto en el que desde lugares médicos y estatales se está produciendo la idea de la maternidad como la finalidad de gran parte de la población: las mujeres. Siguiendo a Marcela Nari, ello puede ser nombrado como “la “maternalización” de las mujeres (es decir, la progresiva confusión entre mujer y madre, feminidad y maternidad)” (2004: 101). Esa idea tiene asidero en “aquellos discursos que exaltan la capacidad maternal de las mujeres para aplicar a la sociedad como un todo los valores asociados a ese rol, a saber, cuidados, crianza y moralidad” (Eraso 2009: 202). Si bien la maternidad es considerada casi como un rol social natural de las mujeres, ciertamente no había, como no lo hay ahora, una forma única de llevarla adelante, aunque si había formas que desde la medicina eran consideradas mejores que otras. Aparecen de esta manera criterios y modelos médicos de cómo se es madre, y un gran esfuerzo para que puedan hacerlo con asistencia médica, comenzando ello en la gestación, por lo que fue un tiempo en el que comenzó a instalarse el fácil acceso a los controles médicos prenatales y la importancia que radicaba en ello.

En esta línea, Lascano, mientras fue director de la Asistencia Pública de la ciudad de Córdoba y preocupado por la “obstetricia social”, produjo una Guía de “Consejos médicos” (1920 con reedición en 1940) para entregar a las mujeres. Con un variado contenido, resalta, por ejemplo, *la obligación de procrear* debido a la *ley biológica* de perpetuarse en los hijos y el *profundo egoísmo* que demuestra no

tenerlos voluntariamente. También escribe sobre el deber de amamantar al hijo: *para eso la naturaleza le ha puesto en su seno el único alimento que a éste le conviene. El hacerlo es una obligación moral y una necesidad fisiológica para la madre* (Lascano 1940: 22), informa sobre el deber de parir atendida *por persona competente, el médico o partera diplomada*²⁵.

Los médicos obstetras comenzaron a tener progresivamente especial autoridad para hablar sobre las cuestiones sexuales y (no) reproductivas de las mujeres:

Lo que resulta indudable fue la adscripción y contribución que los obstetras hicieron desde su disciplina al rol social de la mujer, fijándola en el hogar, al cuidado de los niños; reproduciendo así los dos grandes valores que se les tenía asignado, la maternidad y la responsabilidad del espacio doméstico (Eraso 2001: 123-124).

Podemos entender el discurso médico como parte del discurso social de una época, es decir, que existe porque 'puede existir' como tal en un momento y lugar determinado (Foucault 2002). No desconocemos que, en relación al momento que estamos analizando, existían discursos 'otros' conviviendo con el discurso médico; más bien aquí hacemos hincapié en la instalación de un tipo de discurso, basado en un tipo de saber, de reglas, objetos y conceptos, que fue constituyéndose en el discurso legítimo para hablar del proceso de embarazo-parto-puerperio, atravesado por cierta moralidad, creencias y conocimientos válidos, construidos como verdades. Fueron los hospitales y asistencias públicas los establecimientos principales donde las mujeres comenzaban a incorporar las definiciones, prácticas y lugares que el estado, presente a través de los efectores de salud, les otorgaba.

La cátedra de obstetricia en el tiempo

25 Ese material también cuenta, por ejemplo, con consejos sobre cómo y cuándo realizar el destete, sobre las vacunas que deben colocarse al niño antes del año de nacimiento, da indicaciones sobre la vestimenta y el aseo del niño, da recomendaciones sobre cuidados higiénicos durante el embarazo, pronuncia que *el aborto provocado por liberarse del hijo es inmoral y criminal y no está justificado en ningún caso, bajo ningún pretexto* (1940: 30), entre otras.

Volviendo más atrás en el tiempo, en 1877 se crea la Facultad de Medicina de la UNC (hoy llamada Facultad de Ciencias Médicas), conformada por las Escuelas de Medicina, de Farmacia y de Obstetricia (encargada de la formación de obstétricas, también denominadas parteras). Las clases inician en 1878.

En los comienzos se incorporaron al plan de estudios de la carrera de Medicina dos asignaturas afines que trataban cuestiones reproductivas con la mirada puesta en las mujeres: Obstetricia, que ya no existe al día de hoy, y Clínica Obstétrica, que es la que perdura y que se conoce como Obstetricia (y que es el ámbito en el que me inmiscuí y que posibilitó el desarrollo del presente trabajo final). El cursado de ésta última estaba pautado, al igual que en la actualidad, para el quinto y último año de la carrera.

Para el dictado de ambas materias se hizo, durante los primeros años, un mejoramiento de las instalaciones del Hospital San Roque, que tuvieron que ver con la adecuación de salas para atención de situaciones obstétricas. Podemos decir que aquí se da inicio al primer espacio que funciona, de manera rudimentaria, como maternidad en la ciudad de Córdoba: consistía en dos habitaciones con un total de ocho camas: seis para partos normales y dos para aislamiento de enfermas con infecciones de posparto graves.

Hacia 1913 el cursado de Obstetricia comienza a tener lugar en el Hospital Nacional de Clínicas, donde se contaba con veintiocho camas dispuestas para dicho servicio. En este establecimiento funcionaban nuevas y más dependencias orientadas a las madres: “La sala se ‘armó’ con 2 secciones: una para puérperas y otra para embarazadas. Se disponía además de pequeñas piezas que fueron destinadas a consultorio externo, sala de partos y habitaciones para la partera que estaba de guardia” (Figueroa 2001: 42).

Hablar de la *cátedra* de Obstetricia en el tiempo es mencionar la creación de una carrera universitaria y de una facultad, y es hablar también de la seguidilla de establecimientos que fueron adaptándose y creándose con la finalidad de su enseñanza y de atender cada vez más situaciones. Así es que en 1932 abre las puertas, finalmente, el Instituto Maternidad (hoy denominado Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología), dependiente de la UNC, y donde, desde ese momento, se forman cientos de estudiantes por año.

Vemos que desde sus inicios la organización de la enseñanza médica en obstetricia se dio en hospitales, denominados “hospitales- escuela”. Esa fue la solución encontrada para el problema de formación de profesionales capacitados para atender al proceso de embarazo-parto-posparto: se utilizó el paso de las mujeres por los hospitales como la instancia privilegiada de aprendizaje de la especialidad. En este punto es pertinente recordar que la mayoría de los estudiantes de Medicina en aquel tiempo eran varones, según lo cual el acceso a las embarazadas y parturientas se daba de manera esporádica, cuando debían atender de emergencia a las que llegaban al hospital con algún evento de riesgo. Hablamos de un contexto en el que aún no estaba incorporada en el conjunto de la sociedad, y las mujeres en particular, la concurrencia a hospitales para los controles de embarazo y los partos, como así tampoco se consideraba que los médicos obstetras contaran con un saber valioso o relevante que se tradujera en un beneficio para transitar dichos momentos.

Si atendemos a la infraestructura edilicia de cada uno de los establecimientos arriba mencionados, podemos reconocer que con el paso de los años se fue ampliando el tipo de situaciones que en ellos se abordaban, como así también se crearon más momentos de encuentro entre las embarazadas y parturientas con los médicos y los hospitales. El camino trazado siguió la tendencia de ya no sólo atender partos complicados o embarazadas con alguna patología, sino intentar abarcar la totalidad de situaciones obstétricas existentes, las cuales antes de estar enmarcadas en hospitales o centros de salud acontecían en otros espacios y estaban involucradas otras personas.

El edificio de la Maternidad Nacional de Córdoba

Este edificio contaba el momento de su inauguración, año 1932, con gran diversidad de espacios y servicios: consultorios prenatal, ginecológico, dental y de puericultura y pediatría. También contenía una farmacia, un laboratorio, servicio de rayos X, una morgue y museo de anatomía obstétrica normal y patológica, un archivo de historias clínicas, aulas y elementos para la enseñanza de la especialidad, pabellones de aislamiento, salas de operaciones, salas para recién

nacidos, dependencias para el personal médico y parteras (Lascano 1939). Se inaugura con capacidad para sesenta camas y cuarenta cunas.

En Córdoba los médicos obstetras debían afianzar los hospitales, entre ellos la Maternidad Nacional (hoy Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología), como referencia para las embarazadas y las madres, en relación a otros espacios propios de ese tiempo, considerados obras de la caridad y la filantropía (Eraso 2009). La manera de demarcarse de esas organizaciones y actividades fue, principalmente, resaltar la importancia de la asistencia técnica eficaz que existía en los establecimientos médicos “bien equipados”, y a la vez instalar eso como la asistencia propicia para el cuidado de las gestantes y parturientas. Por ello un edificio que funcionara como Maternidad “modelo en su asistencia médica y social” era considerado indispensable, al tiempo que, ya mencionado antes, solucionaba el problema de la enseñanza de las escuelas médicas y de parteras. Además los “casos” atendidos serían de suma importancia para la investigación científica, que de esa manera *tendría su mayor extensión y ramificaciones*, nos diría Lascano (1939: 11), quien ocupó la dirección hasta retirarse en 1945.

*

Siguiendo la historización de Marcela Nari sobre el proceso de medicalización de la reproducción, nos dice que ello:

Debía apoyarse en algún referente material: instituciones. Espacios físicos donde atender la salud de las mujeres-madres y los niños: hospitales, maternidades, dispensarios, institutos de puericultura, “gotas de leche”²⁶. También lugares en donde se planificaban políticas y se tomaban decisiones sanitarias. Estos espacios fueron fundamentales en la consolidación de las teorías médicas sobre los cuerpos y la salud de mujeres y niños (...) (Nari: 121).

26 Nacen para luchar contra la desnutrición y mortalidad infantil. Eran centros donde se entregaba leche para bebés cuyas madres no podían amamantarlos. Tuvieron una importante labor en la promoción de la lactancia materna y de asesoramiento en la crianza. La leche se pagaba o no en función a las posibilidades económicas de la madre.

La Maternidad Nacional fue el primer edificio de Argentina pensado y diseñado desde sus inicios con el fin de ser una maternidad y, siguiendo las características que tuvo desde su planificación, ya no sólo aparece como establecimiento para asistir partos o situaciones problemáticas en el embarazo, sino acobijando un nuevo modelo de formación técnica, pensada como necesaria para que la disciplina se aprendiera y llevarse a cabo rigurosamente.

Aún así, a pesar de los esfuerzos dirigidos para atraer a las mujeres a la dependencia hospitalaria, Lascano en el año 1939 solicita en una de sus publicaciones la creación del servicio de *la visitadora competente (mujer con alma especial, comprensiva y caritativa)* y de la *asistencia obstétrica a domicilio, en condiciones determinadas y con la misma vigilancia y orientación técnica implantada en su régimen interno* (Lascano 1939: 10)²⁷. Podemos interpretar que hacia comienzos de la década 1940, en la ciudad de Córdoba, la asistencia médica no estaba incorporada por la mayoría de la población gestante y que los partos se daban, en cantidades considerables, en lugares no hospitalarios.

Una vez inaugurada la Maternidad Nacional albergaría con el paso del tiempo numerosos proyectos y nuevas dependencias. No me detendré en ello aquí, solo resaltaré su creación como la concreción exitosa del proyecto de modernización y científicismo perseguido por el doctor Lascano al igual sucedía con colegas de su época en gran parte del país.

De las/os asistentes de partos y una historia universal

En el I Congreso Brasileiro de Ginecología y Obstetricia de Rio de Janeiro, en 1940, Lascano realiza una reseña histórica del desarrollo de la asistencia obstétrica, y dice:

27 En sus comienzos los médicos hicieron equipo con parteras y visitadoras sociales, debido a la limitación de sus prédicas y a la escasa concurrencia de las mujeres a los hospitales o Asistencia Pública. Así, si las mujeres no concurrían a instituciones médicas, las instituciones médicas (a través de esas las visitadoras y parteras) golpeaban en las puertas de sus casas. Las visitadoras y el servicio social de la Maternidad Nacional eran pensadas por Lascano para *combatir los efectos de la ignorancia y llevar hasta el hogar la ayuda médica, económica y moral, con la vigilancia del cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, tantas veces mal seguidas* (Lascano 1939: 7-8). A la vez, al tener un conocimiento cercano de cada situación, tenían la función de orientar al médico para un mejor tratamiento.

Profundizando un poco en la historia de la obstetricia vemos que ésta es puramente empírica y atrasada hasta tan solo cuatro siglos. La primera asistencia a la mujer madre, se reducía a los cuidados y consuelos que en su estado y sufrimiento en el parto le prodigaban sus allegados, más especialmente las mujeres que, por haber pasado el trance muchas veces, se creían con mayores conocimientos para aquellos cuidados. De allí nació la comadrona que habría de monopolizar por siglos la asistencia obstétrica. Como muy bien lo dice el historiador de la obstetricia Von Siebor, el pudor innato, la mayor confianza en las personas de su sexo y los prejuicios religiosos influían para alejar a los hombres de la práctica de los partos y así vemos que los grandes médicos de la antigüedad y de la edad media, apenas conocían con graves errores la anatomía obstétrica, pues no podían hacer disecciones en cadáveres humanos, sino en animales y desconocían por completo las leyes de la evolución de un parto normal, al que nunca asistían, pero tenían que acudir, por tristes privilegios, para asistir a los anormales. Hipócrates, Celso, Soranus, Galeno, Habicena y varios otros de menor renombre, son pálidas luces en las tinieblas del pasado, antes de la era cristiana y de la penumbra de la edad media de la historia, en la que, si la asistencia obstétrica era deficiente, no se conocía el problema de la asistencia social.

(...)

En el siglo XIII se funda el Hotel-dieu de París y se le destina un local para las parturientas, primera Maternidad, que yo sepa, en el mundo. Pero estas seguirían asistidas por mujeres, los médicos no tenían entrada y no podían observar el parto normal. Más de dos siglos se pasan en estas condiciones hasta que cambia el régimen directivo de aquel, se permite que los cirujanos frecuenten este local, lo que fue el abrir la puerta para el progreso de la ciencia.

(...)

Decayó el prestigio de las parteras con sus supercherías y prácticas deficientes, y aunque habían mejorado sus conocimientos en las nuevas escuelas, en las que se destacaron algunas muy conocidas y se acrecentó el de los médicos, a grado que no solamente las princesas y las mujeres de la nobleza preferían a éstos para su atención, sino que hasta las burguesas y obreras los deseaban.

Siguen los progresos del arte hasta mediados del siglo XIX, hasta que los grandes descubrimientos en los campos de la química, de los anestésicos, de la anatomía patológica, de la medicina experimental y de la bacteriología, etc, como la multiplicación de las grandes Maternidades, hacen que la segunda mitad del siglo sea la cuna de la ciencia obstétrica que hoy ha alcanzado un nivel igual al de cualquiera de las principales ramas de la medicina.

Ya no va a ser solamente el arte y la ciencia de los partos, sino que abarcará el estudio de todos los problemas médicos, quirúrgicos, etc. de la gestante, parturienta o puérpera y del recién nacido, que tantas preocupaciones ofrece al tocólogo²⁸ (Lascano 1942: 3-6).

Con este fragmento me interesa recuperar cuál era el espíritu y la necesidad con la que se crea el edificio del actual Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología y qué tipo de obstetricia se perseguía (y en detrimento de qué otras formas y actores implicados hasta el momento en la atención de partos), además de dimensionar dónde se encontraba la referencia y el ejemplo a seguir. Desde la medicina se buscaba la cientificidad de la obstetricia, su rigurosidad, el objetivismo, la modernización, lo que implica considerar que el médico obstetra es el personal capacitado por excelencia para hablar, saber y hacer sobre los cuerpos gestantes.

Desde nuestra posición geopolítica en una matriz moderno-colonial se miraba al mundo europeo como referencia positiva y ejemplo a seguir. La obstetricia aparece así como una ciencia que nace más allá de estas tierras. En viajes trasatlánticos hacia Europa, y a partir de publicaciones que se generaban allí, los médicos se nutrieron de técnicas y conocimientos que adaptarían a la realidad local, argentina y cordobesa, como también sucedió con otras disciplinas ávidas de ser enmarcadas en el paradigma científico de la época. Según los propios términos que utiliza Lascano, el objetivo era la conversión de la partería a la obstetricia, de arte a ciencia, y ello implicaba un conocimiento pormenorizado de cuestiones biológicas y anatómicas, como así también de técnicas novedosas sobre todo el proceso en cuestión: embarazo-parto-puerperio, incluyendo al recién nacido.

²⁸ Sinónimo de obstetra.

El mencionado médico interpreta el desarrollo de la obstetricia como una sola y gran historia disciplinar mundial, la historia del “progreso”, que casi de manera lineal va hacia un lugar claro: el de los descubrimientos médico-científicos, la aparición infalible de las grandes maternidades y la disminución de la mortalidad materna e infantil debido a la protección legal y los avances de la ciencia. Es por ello que, atendiendo a Lascano, hablar de lo que sucedió en Europa es hablar, de cierto modo, de Córdoba, ya que aquí, aunque con demoras, se estaba caminando sobre los firmes pasos bien trazados por aquél continente.

Al decir de Lascano, la historia de la obstetricia tiene un pasado universal y natural común: las personas encargadas de la asistencia de las parturientas fueron, originariamente, las allegadas mujeres. A ello le siguieron las comadronas, algo más familiarizadas con el tema, aunque más no sea de manera empírica. Luego aparecieron las parteras matriculadas y, finalmente, tal y como estamos en la actualidad, en su configuración cúlmine, los obstetras.

Atendiendo a lo mencionado en la actualidad por parte de algunos profesores de la *cátedra*, hoy también se mira a Europa, puntualmente a los países nórdicos como Holanda o Noruega, que además de tener muy buenos índices de baja mortalidad materna e infantil, también poseen un sistema de salud donde los partos en domicilios son habituales: son asistidos por matronas (sinónimo de obstétrica o partera matriculada, según en lugar), ya sean del ámbito público o privado, en tanto los nacimientos que suceden en hospitales son aquellos de alto riesgo. Esta observación sobre Europa surgió cuando hacían referencia al *parto respetado*, en asociación directa a *parto en la casa*, reflexionando que allí son posibles porque su sistema de salud cuenta con los recursos necesarios para afrontar ese modo de parir: una ambulancia esperando afuera de la casa por si algo llegara complicarse y un quirófano listo en el hospital más cercano, además de que todos los embarazos cuentan con seguimiento médico, en contraste con Argentina, donde, por diversos motivos, la cobertura no llega a la totalidad de los casos²⁹. En aquellas situaciones que no cuentan con todos los *controles* de seguimiento del

29 Esta referencia a Europa aparece porque a ella apelan muchas veces quienes están construyendo y difundiendo discursos que problematizan y cuestionan los modos actuales de asistir partos (identificados con fuerte rechazo al intervencionismo médico), “demostrando” así que los partos domiciliarios “son posibles” y no algo descabellado, que hay sistemas de salud que se organizan de otra manera, etc. La respuesta recurrente a ello, por parte del cuerpo médico-docente, fue la que mencioné en el cuerpo del texto, y que desarrollaré en el capítulo cuatro.

embarazo realizados se presume la existencia de riesgos, y durante el parto se despliegan una serie de análisis y *conductas* para remediar esa falta.

Sobre la (i)legalidad de cierta asistencia a los partos

El reglamento de la ya mencionada Ley 12.341 del año 1936 (que crea la Dirección de Maternidad e Infancia) define como uno de sus objetivos algo que quisiera retomar aquí. Al decir de Lascano, la suma importancia de la *represión del curanderismo y asistencia obstétrica ilegal que, no solamente en la campaña sino en las ciudades constituye un grave peligro para la salud de la madre* (1942: 30). Cuestiones médicas aparte, es decir más allá de que haya sido riesgosa o no la actividad del *curanderismo* para la parturienta, es posible interpretar este intento por alejar y anular ese tipo de asistencia (personas en su mayoría mujeres y no formadas en el ámbito universitario), a través del desprestigio y de hacerla ilegal, como una estrategia que tendía al posicionamiento social a los obstetras y a instalar marcos interpretativos que se denominaban científicos y objetivos. El discurso estatal y el discurso médico están haciendo que los obstetras se constituyan en un grupo exclusivo de personas capacitadas en el tema y aptos para llevar adelante la ciencia de los partos. Recordemos que a partir de la mencionada Ley se implementa un registro estandarizado de controles de embarazo y de nacimientos, que individualiza a cada mujer y cada embarazo en una historia clínica, a la vez que se centraliza toda esa información, plausible de ser concentrada en números estadísticos.

Así, durante las primeras décadas del siglo XX (el período de tiempo que estamos abarcando en este trabajo), asistimos a un proceso de legitimación de los saberes y prácticas médicas, respaldado y fomentado por marcos legales. Para ello “era necesario apropiarse y descalificar los conocimientos de las mujeres en general y excluir a algunas en particular, hasta entonces dueñas de esos espacios: las comadronas” (Nari 172). Los paradigmas y saberes “otros”, que contaban con gran vitalidad y aceptación generalizada a los inicios del siglo, fueron objeto de leyes que prohibían la práctica asociada a ellos, hasta ocupar hoy las sombras en el discurso médico y estatal. Ahora bien, ¿qué sucedió con aquellas mujeres que

ejercían la partería? ¿Cómo se reacomodaron frente al marco legal que limitaba su trabajo?

La creación de la Escuela de Parteras como necesidad de una época

Al indagar sobre el surgimiento de la obstetricia en Córdoba nos encontramos con que hubo más personas, además de los obstetras, formándose en la asistencia de partos. Durante al menos cincuenta años se dio una convivencia, no sin tensiones, entre personal capacitado de diferentes maneras para acompañar, asistir y examinar a las embarazadas y parturientas: por un lado las parteras de oficio, formadas empíricamente y de un modo “informal”; por el otro los especialistas médicos, es decir los obstetras; y finalmente las parteras matriculadas. En torno al tercer grupo me abocaré en este apartado.

La Escuela Universitaria de Parteras abre sus puertas en 1884 formando parte de la Facultad de Medicina. Junto con la Escuela de Farmacia y la carrera de Odontología, aunque esta última en un número ínfimo, fueron las carreras encargadas de comenzar a albergar a las mujeres en el seno universitario. Dentro de estereotipos que reproducen una idea de predisposición natural en las mujeres a tareas de cuidado, limpieza, educación e instrucción, pensamos que no es casualidad la pertenencia de las mencionadas tres carreras al ámbito de la salud, quedando habilitada la formación universitaria para “trabajos femeninos” (Vera de Flachs 1997).

La Escuela de Parteras se crea con la intención principal de que no quedara ninguna curandera, comadrona ni partera “empírica” haciéndose cargo del “arte de partear”, como así tampoco realizando prácticas “criminales” (haciendo alusión a los abortos). Los esfuerzos van dirigidos a formar personal capacitado bajo los preceptos médico-biologicistas de la época. Para emprender ese camino se llevaron a cabo algunas medidas concretas: se abrió la mencionada Escuela; se revalidó el título a las parteras extranjeras (provenientes en su mayoría de Italia y Francia con la ola migratoria de fines de siglo XIX y comienzos del XX); se dispuso de un examen para las parteras-comadronas no diplomadas para que acreditaran idoneidad para llevar adelante su trabajo. De este modo se inaugura la portación de un diploma para poder ejercer la partería dentro de los marcos de la legalidad.

En todo este proceso de reacomodamiento de trabajos y perfiles profesionales, la atención de las parteras fue siendo cada vez más restringido a partos “normales”, relacionados al “trabajo manual” y por lo tanto desvalorizado en un contexto médico científicista. En cambio, el parto médico se ejecutaba con recursos “científicos” e instrumentales, y fue bien ponderado y reservado exclusivamente a los especialistas. Se va dando de esta manera una jerarquización de los saberes y reglamentaciones del ejercicio profesional, que prohibió a las parteras que atiendan las complicaciones del parto, otro tipo de afecciones y, fundamentalmente, los abortos (Nari 2004). A la vez, el programa de estudios de partería preveía la expulsión inmediata del establecimiento médico a las estudiantes si se llegaba a constatar “actos de curanderismo que afecten la moral” o prácticas sancionadas por la ley (abortos), también les prohibía publicar en los diarios aquellos avisos que implicaren una “ampliación a lo que el título les habilita”, como practicar curaciones, masajes, o dar medicaciones para regularizar las menstruaciones (Eraso 2001).

Siguiendo los aportes que hace María Cristina Vera de Flachs (1997) sobre la participación de mujeres en los claustros universitarios, en el período comprendido entre los años 1884 y 1913, el 3,6% de los egresados de la UNC fueron parteras. Ello se traduce en un total de cincuenta mujeres tituladas en esa labor durante los primeros 29 años de funcionamiento de la Escuela de Parteras. Es significativa la escasa cantidad de egresadas de la Escuela o que revalidaron sus títulos en comparación con la cantidad de mujeres haciendo ese trabajo cotidianamente: el tercer censo Nacional de Población registró para 1914 un número de 211 parteras en la provincia de Córdoba (Vera de Flachs 1997). Si tenemos en cuenta que 50 era el número de egresadas y extranjeras que revalidaron sus títulos en ese entonces, podemos inferir que la gran mayoría eran “comadronas idóneas” o “parteras empíricas”, es decir que se desempeñaban con otra formación y fuera de la ley. Ya en 1940 sólo la ciudad de Córdoba contaba con 60 diplomadas y 99 estudiantes matriculadas en la carrera. Hacia los años sesenta la cantidad de inscriptas y egresadas promediaba las 25 anuales (Eraso 2001; Vera de Flachs 1997).

Cabe mencionar que en los primeros tiempos del funcionamiento de la Escuela de Parteras, los partos no sucedían masivamente en los hospitales. Por un

lado, había una cantidad escasa de camas disponibles en comparación con la cantidad de nacimientos, y por el otro las mujeres aún no estaban habituadas a trasladarse a esos grandes establecimientos para parir. Además existían casas de parto, acondicionadas para tal fin y con una partera diplomada encargada del espacio. En esos espacios las parteras, anunciaban también atención de curaciones, casos urgentes y “afecciones de señoras”. En este tiempo comenzó a haber una demarcación por parte de esas parteras matriculadas de otras mujeres que no tenían el conocimiento que comenzaba a ser legitimado en la época (estudios formales y los certificados consiguientes). En este período, donde las capacidades y el saber quedaban demostrados en un diploma, los oficios de las parteras empíricas y comadronas parecen quedar obsoletos, y restringirse a la superstición y el peligro, al mismo tiempo que se tornan ilegales.

Como vimos antes, la Escuela de Parteras albergaba, salvo raras excepciones, a mujeres. Aun así, no fue instantánea su adhesión a la propuesta de la Facultad de Medicina, de hecho los números de ingreso registrados para los primeros treinta años de la Escuela son bastante bajos, lo que indica que continuó habiendo una prolífera actividad de partería por fuera de los canales institucionales y no ejercida por el “personal idóneo” titulado para tal fin. Mientras tanto, la ley ya mencionada del año 1938 continuaba haciendo explícita la extirpación de “curanderas” y “comadronas” del seno de la sociedad, vinculándolas al mundo del delito: la ley y el mundo médico, parteras matriculadas incluidas, continuaban delimitando su campo de acción y desprestigiando a quienes no se sumaban a las reglas impuestas del momento.

Hacia 1940 se establecieron cambios curriculares e institucionales: la Escuela de Parteras pasó a llamarse Escuela de Obstetricia, las condiciones de ingreso fueron más exigentes y las estudiantes con mejores promedios quedaban a disposición de la Maternidad Nacional como practicantes internas. Además el diploma de Partera, se modificó y cambió por el de Obstetra.

Con el golpe cívico-militar de 1966, conocido como “Revolución Argentina”, la universidad se vio claramente condicionada y restringida. Con respecto a las estudiantes de Partería (Obstetricia en ese entonces), se resolvió que debían rendir un curso de capacitación impartido por docentes de la Escuela de enfermería, con nuevos contenidos, que versaban sobre química, física, biología y psicología.

Por último, en 1968, se cambió el plan de estudios y se crearon dos etapas o ciclos: el primero consistía en aprobar los estudios en la Escuela de Enfermería, obteniendo en dos años el título de Enfermera; el segundo, de un año y medio de duración, se realizaba en la Escuela de Obstetricia para obtener el título profesional habilitante de Obstetra.

Estando en tratativas la creación de un tercer ciclo para obtener la Licenciatura en Obstetricia (el cual profesionalizaba la partería y generaba una jerarquización de conocimientos a su interior), ocurre el golpe de estado de 1976 y se inaugura la dictadura cívico-militar más cruenta de nuestro país. En ese marco se cerró la Escuela de Obstetricia y con los recursos originados por ese cierre, debido al presupuesto que quedaba sin invertir, se crean los cargos de los primeros médicos residentes destinados a la Cátedra de Obstetricia de la Maternidad Nacional. De esta manera, se da inicio en Córdoba a un nuevo campo disciplinar de mayor especialización profesional, ya que a partir de ese momento, y hasta el día de hoy, quienes asisten partos deben tener un alto nivel de profesionalización médica: los seis años de la carrera de Medicina más los cuatro posteriores de la especialización en Obstetricia (Acerbi Cremades 2013).

*

El cierre de la Escuela de Parteras implicó, por un lado, el alejamiento de las mujeres entre sí (recordemos que casi en su totalidad quienes se formaban y desempeñaban en la partería eran mujeres), ya que la Obstetricia era una profesión masculina, con salvadas excepciones. Estos médicos a partir del cierre de la Escuela tendrán el monopolio en la actividad y ya no tendrán que compartir con nadie más su campo de acción y objeto de estudio. Los nacimientos se darán preferiblemente en su totalidad en edificios médicos.

Vemos cómo a lo largo de las historias disciplinares médicas también se vislumbra la historia de los cuerpos, de la sexualidad, del género. La obstetricia, cada vez más especializada y también cada vez más abarcativa en relación a las situaciones a las que atendiera, se fue instalando con mucho éxito en nuestro contexto. A diferencia de otras provincias argentinas en las que aún existen escuelas de partería en las universidades (llamadas ahora Licenciatura en

Obstetricia), o se han abierto nuevas³⁰, en Córdoba asistimos a su desaparición absoluta (hablando en relación a una formación “oficial”). Paulatinamente, los especialistas en obstetricia se abocaron a tratar no sólo las distocias o patologías relacionadas con el embarazo: “su principal objetivo, y a la larga su triunfo, fue minimalista: consistió en extender su intervención a todos los casos” (Eraso 2001: 124).

Según fuimos desarrollando, antes de la efectiva instalación de la obstetricia, disciplina enmarcada dentro de la medicina oficial, el mundo de los partos era femenino, hasta entonces un “tema de mujeres”. La obstetricia, en tanto, inicia su recorrido protagonizada mayoritariamente por varones (médicos generalistas abocados a cuestiones reproductivas): “En este proceso, el estatuto de los papeles del género que la obstetricia propiciaba, podía predecirse con certeza: la maternidad, fue cada vez más un asunto femenino (condición de la mujer); al tiempo que, cada vez más un asunto masculino (del obstetra)” (Eraso 2001: 124). De la mano de la masculinización y la profesionalización de la atención de los embarazos y los partos se va dando su biologización y medicalización: se lo convierte en hecho médico y se lo enmarca dentro de establecimientos sanitarios para su control e intervención.

30 Las ciudades argentinas en donde existe el estudio de Licenciatura en Obstetricia son: Santiago del Estero, Entre Ríos, Mendoza, Bahía Blanca, Capital Federal, San Luis, La Plata, Misiones, Catamarca.

2. EL CURSADO DE OBSTETRICIA

Sigamos con nuestra ciencia luchando en pro de la vida humana con la satisfacción que da al espíritu y, aunque no lleguemos al fin del horizonte, que de la pléyade de jóvenes que ya están listos o en formación para superarme en cualquier momento, surja el que ha de escalar la montaña, para mayor bien de la humanidad, legítimo orgullo de la ciencia y el alto honor de Córdoba y su Universidad.

(Lascano 1938: 39-40)

Medicina en la trama universitaria

En la UNC, Medicina es una de las carreras más demandadas junto con Abogacía y Psicología, teniendo un caudal de inscriptos (aunque no ingresantes) de más de 2.500 por año³¹. Los estudiantes que llegan a Obstetricia vienen de transitar una formación similar de un mínimo de cinco años, en el que precisaron cursar y acreditar las materias del plan de estudios con ciertas pautas pre-establecidas de tiempo y forma. Sólo les resta cursar algún par de materias más, si Obstetricia no fue la última, y realizar la Práctica Final Obligatoria (PFO)³².

Al día de hoy es casi una regla que luego de recibirse de médicos realicen una especialización, que permite, como su nombre lo indica, poder adquirir conocimientos distinguidos, puntualizados y técnicos sobre una rama de la medicina en particular. El título de médico parece ser insuficiente para desempeñarse en el mercado laboral actual. Absolutamente todos los compañeros de cursado con quienes hablé sobre el tema iban a especializarse luego de

31 Si hablamos de Facultades, la unidad académica que más inscriptos tuvo en 2017 (afirmando una tendencia de larga data) fue Ciencias Médicas (FCM) con un total de 8.595 (2.714 de la carrera de Medicina). Le siguió la Facultad de Derecho, con 3.876 aspirantes, y en tercer lugar estuvo la Facultad de Psicología con 3.110 (Cámara 2016).

Hasta el año 2015 inclusive, el ingreso a la carrera de Medicina era con examen eliminatorio, lo que hacía que de una demanda aproximada de 2500 personas, ingresaran efectivamente alrededor de 650. En 2016, con el objeto de adecuarse a la Ley de Educación Superior (27.204), la FCM comienza a implementar un cursillo nivelatorio que elimina así el cupo de estudiantes de la cohorte. De todos modos, con el nuevo sistema el 71,73% de los aspirantes en 2016 quedó libre, y el número que efectivamente estuvo en condiciones para comenzar el cursado completo fue similar al cupo de los años anteriores: unos 700 (Cámara 2016; La Voz del Interior 2016).

32 Luego de acreditar la totalidad de las materias de la carrera los estudiantes deben realizar la Práctica Final Obligatoria (PFO) que les demanda un año más y, como el nombre lo indica, apunta a afianzar conocimientos a través de prácticas con inserción hospitalaria. Finalizada esta instancia recibirán su título de Médicos.

recibidos y para ello aspiraban a una Residencia. Para la mayoría terminar su carrera de grado es cumplir con una etapa de formación base para comenzar con otra formación que les habilitará para trabajar de lo que quieren. Por el tiempo que dura esa etapa serán “médicos en formación”, retomando la manera de nombrarlos por Ferrer (2015), período en el que se habilita una “tensión estructural entre el ser trabajador y el ser estudiante” (*ídem*: 5). Pero esto ya es otro camino de indagación³³.

La cátedra

La materia Clínica Obstétrica, o simplemente Obstetricia como se la llama cotidianamente, está pautada para el quinto y último año del plan de estudios de la carrera de Medicina. Tiene una duración de siete semanas y se dicta cuatro veces al año (dos en la primera mitad del ciclo lectivo y dos en la segunda mitad). Yo la realicé en el segundo turno, que abarca las últimas dos semanas de mayo, todo el mes de junio, y la primera de julio.

El cupo máximo de cada cohorte es de ochenta estudiantes, por lo que anualmente la *cátedra* recibe y es responsable de la formación en obstetricia de unos trescientos veinte estudiantes de Medicina.

El cursado es de lunes a viernes por la mañana, y cada día tiene clases teóricas e instancias prácticas, y la gran parte de estas últimas, como vimos en la introducción y ahora desarrollaremos, se dan en contextos de atención a usuarias del servicio de Obstetricia.

Los ochenta estudiantes son distribuidos en ocho comisiones de prácticos, teniendo entonces unos diez estudiantes cada una. Las comisiones son estables y rotan semanalmente por lugares preestablecidos, de manera que la totalidad del cursado práctico se realiza con las mismas personas. Al comenzar la materia ya está disponible la grilla de rotación. Los grupos son designados por la *cátedra* según la letra de comienzo de los apellidos, por eso algunos *estaban solos* según me

33 Para conocer más de cerca las posibilidades de especialización en general, y de las residencias en particular, su surgimiento y formas de sociabilidad, como así también su vínculo con la “modernización de la medicina” y “la racionalidad que orienta los esquemas de pensamiento, sensibilidad y acción de los médicos en formación en el marco de sus estrategias de reproducción social”, existe una etnografía local que se puede consultar llamada *La Maquila de médicos. Una etnografía en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas, Córdoba* de Macarena Ferrer, dirigida por el Dr. Gustavo Sorá (Ferrer 2015).

decían, haciendo alusión a que no podían cursar con sus compañeros más cercanos o amigos.

A modo de ejemplo, un día convencional de cursado sería³⁴:

-Primero, a las 8:30hs comienza el práctico, yendo toda la semana al mismo lugar asignado.

-Segundo, a las 10:00hs u 11:00hs dependiendo del cronograma pautado o la inasistencia de algún doctor-profesor, se da el teórico. Es aquí cuando están todos estudiantes juntos y muchos se reencuentran. Cada teórico suele durar entre cuarenta minutos y una hora, y puede haber una o dos clases por mañana. El espacio físico asignado es el Aula Magna de la Maternidad Nacional, salvo contadas excepciones como el uso del mismo para algún evento especial, como por ejemplo un congreso.

El aula magna se ubica en el segundo piso del hospital, allí los ochenta y un estudiantes cabíamos sin ninguna dificultad, estimo que su capacidad es para unas cien personas. Al ingresar, por alguna de las dos puertas altas de doble hoja, el cambio visual es impactante, en tanto el exterior que se deja atrás es de un blanco que da la sensación de un corredor pulcro y amplio, y el aula en cambio se tiñe de un aire más apagado: está revestido casi en su totalidad de madera oscura, lisa, brillante y maciza. La disposición del espacio se corresponde con lo que podríamos identificar con un auditorio, al que se entra por la parte más baja, entonces, al ingresar, lo primero que se recorre con la mirada son las gradas hacia arriba, donde los bancos largos nos quedan de frente. En cada uno pueden entrar unas diez personas, hay dos filas que se replican siguiendo los desniveles que instalan las escaleras. Hay tres pasillos, uno al centro y en cada uno de los costados. El profesor, de esta manera, queda a nuestras espaldas mientras subimos y nos ubicamos en nuestro lugar, y su escritorio, colocado sobre una plataforma, se encuentra en el medio del aula, entre las dos puertas de ingreso. El espacio no tiene ventanas, se alimenta de luz artificial y del resplandor que ingresa cuando las dos puertas de ingreso están abiertas (éstas, como ya mencioné, dan a un pasillo que sí tiene grandes ventanales al exterior).

34 Cuando utilizo el tiempo presente no tiene pretensión de generalizar o dar por sentado un carácter cristalizado de lo que hablo. A lo largo de este trabajo tiene la intención de ser un recurso discursivo que da cuenta de la recurrencia de las acciones que quedan circunscriptas a los tiempos de mi experiencia de investigación. No pretendo hacerlo extensivo a todas las experiencias futuras.

Con el discurrir del cursado supe, además, que el Hospital Provincial de Nuestra Sra. de la Misericordia (llamado comúnmente *el Mise, Miseria o Misericordia*) también participa como unidad académica de formación en la *cátedra*. Esto significa que hay doctores de ese hospital que son profesores de la materia y están encargados de dar teóricos, dirigiéndose para ello a la Maternidad Nacional, y a su vez los estudiantes asisten al Misericordia para algunos prácticos.

Sobre los teóricos

A partir de las clases teóricas, podemos decir que la materia está dividida en dos partes, según los temas que las componen y el examen que marca el fin de cada una. La primera parte tiene que ver con aspectos fisiológicos y anatómicos del proceso de embarazo-parto-puerperio. Se aborda *la normalidad* de cada *elemento* que interviene en dicho proceso y las situaciones asociadas al mismo: la pelvis, la placenta, los efectos del embarazo en la madre, la lactancia, el desarrollo del feto en crecimiento, la atención primaria en obstetricia (es decir los controles de embarazo en consultorio), el parto y sus mecanismos, el alumbramiento (como se nombra a la expulsión de la placenta), el puerperio o posparto y aspectos del recién nacido.

La segunda mitad, por su parte, se aboca a patologías o situaciones consideradas como de alto riesgo, y que requieren análisis, intervenciones y una serie de conductas especiales. Ellas son: embarazo y parto múltiples, anomalías ovulares, anomalías en la duración del embarazo, hemorragias, patologías placentarias y de cordón umbilical, enfermedades por incompatibilidad sanguínea materno-fetal, patologías propias de la gestación (hipertensión, eclampsia³⁵), patologías concomitantes con la gestación (diabetes, enfermedades tiroideas, cistitis, anemias, complicaciones en los mecanismos de coagulación, patologías del hígado y vías biliares), infecciones, complicaciones fetales, recién nacido patológico (prematureo; pequeño o grande para la edad gestacional; malformaciones congénitas), desgarros en el parto, alumbramiento patológico, obstetricia operatoria (modificación manual de la ubicación del feto a otra más favorable,

35 La eclampsia es un padecimiento ocasionado por el embarazo y consiste en la aparición de convulsiones o coma durante ese período, riesgoso tanto para la embarazada y como para el feto. En los controles prenatales se pueden detectar signos de riesgo (preeclampsia), y proporcionar un tratamiento para prevenirla.

fórceps, ventosa extractora, episiotomía, extracción manual del feto que no está de cabeza), cesárea, cánceres.

Entonces, los temas del primer bloque tienen en común hacer foco en lo fisiológico, en lo que se dice la *normalidad* del proceso de gestación, en lo que sucede en la mayoría de los embarazos y partos. Nos habla de situaciones o estados de *bajo riesgo* y de procedimientos que son de control, de seguimiento de dicho proceso, de rutinas médicas cotidianas. El segundo, en cambio, se aboca a la *anormalidad* (en tanto excepciones o bajos índices de aparición) y las patologías. Estas situaciones indican algún riesgo para el *binomio madre-hijo*, y por lo tanto demandan una especial *vigilancia*, intervenciones específicas a cada diagnóstico y mayor preparación médica.

El contenido de la materia distribuido en dos partes marcadamente diferentes, y la posibilidad de conocer distintas cosas en cada una, genera opiniones variadas por parte de los estudiantes. Hay quienes tienen interés de *ver otras cosas* más allá de la *normalidad* estereotipada y repetida que, a su parecer, aborda la primera mitad. En este sentido, una compañera del cursado, Mica, me hizo pensar en esos casos *de rutina, muy de memoria*, en los que rápidamente se aprende qué hacer, cómo y en qué momento.

Mica es de Córdoba capital e hija de un reconocido médico cirujano especialista en cabeza y cuello que tiene su propia clínica privada en la ciudad. Nos conocimos durante el cursado porque nos había tocado en la misma comisión de trabajos prácticos, parecía tímida pero cuando entraba en confianza el diálogo se daba sin problemas. Mica una vez recibida se especializaría en dermatología, entre otras cosas porque quería algo *tranqui* y no tan pesado como su papá, que atiende urgencias a cualquier hora de la noche e hizo muchísimos años de especialidad.

Me citó en un shopping para la entrevista, el aire acondicionado nos aliviaba un poco del calor insoportable de febrero. Estábamos hablando de la estructura bipartita de la materia cuando me dijo:

— Pensé que íbamos a ver más enfermedades del embarazo y todo eso. La primera mitad es lo normal, o sea cuánto tiene que medir el bebé, cómo es el canal de parto, los diámetros de la pelvis, cosas así, cosas normales. Y después pasas a la parte de patología que es más linda, porque la entendés más.

— ¿Cómo que la entendés más? —pregunté sorprendida, ya que a mí, por el contrario, me había parecido más difícil.

— Claro, ves un proceso fisiopatológico. En cambio en la primera parte ves lo que es normal, tenés que aprenderte cómo gira el bebé para salir, son cosas muy de memoria. La segunda parte me pareció más interesante, saber de qué mueren, qué hacer, distintos temas hay. Por ejemplo qué puede ser cuando te viene una mujer con hemorragia en tal trimestre o en tal otro, ¿me entendés?

— Sí, también frente a un embarazo normal o a un parto normal lo que puede hacer el médico es menos —le sugerí, notando por dónde iba la cuestión.

— Claro, es menos. Y es menos interesante por eso, no podés hacer nada. O sea podés hacer los controles, ecografía, tactos, todo eso, pero es muy de memoria. En cambio cuando llega alguien con un problema te atrapa más, porque tenés más adrenalina, tenés que resolverlo.

(Registro de entrevista, 23 de febrero de 2016)

Mica prefiere aprender aquello que permite salirse de lo aprendido de memoria, cuando entra en juego la inmediatez y el riesgo, lo interesante y la adrenalina, el trabajo decisivo del obstetra. Existen al mismo tiempo otras expectativas sobre la materia, tal como conocería en la entrevista con Sabrina, presentada en el capítulo anterior:

Para mí nosotros salidos de la facultad como médicos generalistas no tenemos que ver patologías que va a atender el especialista. Por ejemplo a mí me pasó en el examen que es con bolillero, el profe me preguntó qué patología daba una alteración en los análisis de laboratorio. Mi respuesta estuvo bien, 'pero una más rara, mucho más rara, que nunca se ve', me dijo. Y yo no la tengo que saber, eso no me suma porque no la voy a ver en la práctica, y porque probablemente deje de saber otras cosas por esas. A demás lo más probable es que vos no la puedas identificar Lu, vos podés estudiarla pero nunca una enfermedad se ve como vos la estudiás. Entonces a vos no te va a salir de la galera que eso es lo raro que te enseñaron en una clase varios años atrás, y

para lo raro están los especialistas. Nosotras tendríamos que ver cómo asistir un parto, ni siquiera podálico, un parto normal. Para mí se tiene que hacer hincapié en lo que vas a hacer una vez recibido, en cómo puedes ayudar estando en un dispensario, sin nada, en un embarazo o en un parto.

(Registro de entrevista, 15 de marzo de 2016)

Así, y como seguiremos desarrollando a lo largo de este capítulo y todo el trabajo, nos encontramos con distintas expectativas y reflexiones sobre la materia y también con “perfiles” diferentes entre los estudiantes.

Sobre las clases prácticas

Podemos decir que hay tres tipos de prácticos, según quiénes se encuentran, para qué se encuentran, y qué sucede. Por un lado existe un formato tipo clase convencional, donde está el doctor-profesor y todos los estudiantes de la comisión en el mismo espacio físico: el aula-museo de la Maternidad Nacional, presentada al inicio del capítulo uno. En estas clases los profesores hablan sobre un tema que prepararon mientras los estudiantes escuchan y toman nota, y pueden valerse de unos muñecos para recrear lo que están explicando. Esta instancia propicia la participación de los estudiantes mediante preguntas y comentarios, como así también de la repetición por su parte de las maniobras obstétricas que el profesor enseñó con dichos muñecos.

Además, están los que se dan en instancias de atención, entonces los estudiantes participan de a dos o tres en una dinámica de encuentro *médico-paciente*, en la que pueden tener mayor o menor grado de intervención (por ejemplo pueden meramente observar lo que sucede, o en cambio pueden hacer cosas en reemplazo del médico). Estos prácticos suceden en: consultorios externos³⁶, salas de parto, habitaciones de posparto, Departamento de Alto Riesgo (DEAR)³⁷ y en la guardia del servicio de Obstetricia³⁸.

36 Se denomina a los espacios de atención en los que se hacen *controles* y seguimientos de embarazos. Se inicia la historia clínica si fuera la primera vez que la paciente va a consulta por ese embarazo y se sigue completando en las visitas posteriores.

37 Es el consultorio que se aboca, como el nombre lo indica, a embarazos considerados de alto riesgo (para la vida de la madre, del feto o de ambos). Necesitan de un seguimiento distinto y especializado según el diagnóstico.

38 Es un área que está abierta las 24hs y recibe situaciones de urgencia y/o emergencia obstétricas.

A todos esos espacios debí ir con guardapolvo blanco. El primer día que lo necesité fue para entrar al consultorio de embarazo. Marcelo, el *secretario*, me había dicho que tenía uno para prestarme pero al instante dudó porque tenía bordado el nombre de un doctor. Una compañera me dio la idea de taparlo con el pañuelo, pero al momento de buscar a Marcelo no pude dar con él. El doctor que estaba a cargo del práctico al ver que yo no regresaba salió a buscarme y resolvió prestarme la chaqueta de su ambo verde agua, que a mí me remite a cirugías pero que en última instancia, en ese momento, era mejor antes que nada.

Otra modalidad es la *revista de sala*. Se llama así a la reunión que sucede de lunes a viernes a partir de las 8.30hs en la *sala de la playa*, conformada por residentes en obstetricia, obstetras, a veces neonatóloga, y los estudiantes de la comisión que le toca esa semana en ese lugar. Los residentes reportan las *actividades* ocurridas las últimas veinticuatro horas, o setenta y dos en el caso de ser un día lunes, en la guardia de su servicio. También suele tratarse algún *caso* o diagnóstico que necesite ser puesto en común y debatido por los doctores. En esta instancia todos los estudiantes de la comisión observan como espectadores desde sus pupitres. Los protagonistas de la escena, quienes comentan y debaten, se ubican hacia el frente del estudiantado, arriba o abajo del escenario que hay en la sala, formando una media ronda abierta hacia ellos. Si la *revista de sala* finalizó antes del horario del teórico, un doctor se queda a cargo del curso, pudiendo retomar como insumo de la clase algún caso de los que se trató minutos antes. Una mañana el profesor nos dijo:

En medicina casi siempre lo difícil es el diagnóstico y lo fácil el tratamiento. En obstetricia pasa al revés, el diagnóstico es simple, porque es obvio. El problema es que la obstetricia es opinable, y se opina distinto de un hospital a otro, de un médico a otro, y en cada médico dependiendo la hora (registro de campo, 27 de junio de 2015).

Este profesor se está refiriendo a que hay criterios médicos diversos y disímiles; existen protocolos, reglas y rutinas también cambiantes de un establecimiento de salud a otro; hay trayectorias profesionales y personales que en

Generalmente quienes están a cargo son los residentes de la especialidad.

sus devenires puede hacer que las personas cambien de pareceres; hay un trabajo cotidiano que implica poner el cuerpo y el conocimiento en la relación con otros, donde el cansancio, las ansiedades o los tiempos personales pueden hacer que se tomen diferentes medidas frente a panoramas similares.

Un día de *revista de sala* empieza así:

En el día de ayer se registraron tres actividades. Una es Pérez Graciela, tercigesta³⁹, múltipara⁴⁰ con embarazo de 39, 6 semanas según FUM⁴¹. Entra por guardia el 29/6 a las 13horas con diagnóstico embarazo a término más trabajo de parto más genitorragia⁴², se interna para control y tratamiento. Siendo las 15.30 hs del día miércoles nace por vía alta⁴³ niño sexo masculino, 3.700 gramos (registro de campo 30 de junio de 2015).

Como toda profesión, la obstetricia tiene su jerga propia, que la hace accesible para quienes están interiorizados en el tema, y de difícil comprensión para quienes no están en el ámbito médico. Parte de aprender esa especialidad fue incorporar palabras y categorías que definen con precisión aquello de lo que se habla. El lenguaje técnico utilizado en los informes diarios de *revista de sala* permite, entre otras cosas, expresarse de una manera estandarizada, concreta, corta y por lo tanto más rápida, pudiendo en pocos minutos, como experimentó el lector recién, dar mucha información y reportar cómo fue un ingreso a guardia y su resolución, en un lenguaje técnico que podemos pensar, además, que provoca cierta distancia emocional acerca de lo que describe y nombra.

Luego de este tipo de resumen cotidiano del trabajo que han tenido, comienzan las interconsultas y el debate entre los médicos si hay alguna situación que lo amerita, como la que sigue a continuación. Durante unos siete días se debatió sobre qué actitud tomar frente al siguiente caso: 37,2 semanas de embarazo, 16 años, hipertensa⁴⁴, con mucho aumento de peso durante el embarazo

39 Tercigesta: tercer embarazo.

40 Múltipara: que ha tenido más de dos partos vaginales.

41 FUM: fecha de última menstruación.

42 Genitorragia: sangrado sin saber motivo, me explica la compañera del lado.

43 Vía alta: cesárea.

44 Hipertensa: persona afectada por presión arterial alta (excesiva fuerza de la sangre que empuja contra las paredes de las arterias). En un embarazo es considerado un componente de alto riesgo.

y un quiste de 7 cm en un ovario. Posible preeclampsia⁴⁵. Esa mañana eran unos diez médicos en la sala de la playa⁴⁶.

—Yo propongo en cinco días inducir el parto con prostaglandina⁴⁷ —comenzó una de las dos obstetras jóvenes—. Con 37 semanas tenemos un cuello inmaduro. Lo más probable sino es que termine en cesárea, y le marcamos el rumbo obstétrico a esta chica, que es muy joven, que posiblemente después tenga otros hijos y tengan que terminar en cesárea.

— Yo, personalmente, en mi experiencia de cuarenta y cinco años de obstetricia, hubo una sola que [con preeclampsia] llegó a término [con el embarazo]. A los 16 años el cuello del útero no está listo —objetó la doctora López⁴⁸.

— Le daría el alta, y esperaría unos días más a ver como evoluciona, pero en su casa —propuso uno de los doctores.

— ¿Cómo vas a darle un alta si tiene un quiste de 7cm? Una paciente no puede irse igual como vino, una respuesta hay que darle. Yo pienso en la paciente, en la familia ¡Siete días internada y se va a ir sin respuesta! Después pueden pasar un montón de cosas —dijo levantando la voz *el profe malo* que ya habíamos tenido en clases una vez (era llamado así debido a su tono de voz elevado y actitud prepotente, y sobre todo porque cuando tomaba exámenes los hacía muy difíciles).

— Está creciendo, algo está pasando, yo le haría un legrado⁴⁹ —opinó otro.

— Yo le daría anticonceptivos —intervino la otra obstetra joven—. Cuántas mujeres andan por la vida con un quiste de 7cm y ni se enteran, o con anticonceptivos van bien. Además, hay que desconfiar de las ecografías porque entre operadores varía. Y yo también pienso en la paciente, le vamos a abrir la panza, podemos tener que sacar el ovario, las trompas...

— ¿Y qué sabemos de su ecosistema ambiental? —quiso saber el obstetra más añoso.

45 Preeclampsia: es una *complicación del embarazo* y la hipertensión suele ser uno de sus indicadores. Puede llevar a complicaciones graves, por lo que hay pautas estrictas para transitar el embarazo y se provoca el parto lo antes posible (cuando el feto esté suficientemente desarrollado).

46 En esta situación no pondré especial atención a las individualidades que intervienen como al hecho de mostrar todas las intervenciones en su intertextualidad tal como se escuchaban: superpuestas, solapadas.

47 Prostaglandina: son sustancias que el cuerpo genera naturalmente. En este caso se utilizan para *preparar* el cuello del útero y ayudar a dilatarlo, antes de provocar las contracciones con otras sustancias.

48 La presentaré más adelante.

49 Legrado: raspaje uterino que permite desprender tejido y se indica para distintas situaciones.

— ¿La casa? Tiene problemas de contención, acá está más segura que en la casa —respondió otro médico del plantel.

— Es una falta de respeto, desde el viernes que vengo escuchando de esta paciente, ¡hay que actuar! —sentenció esta vez la doctora López.

— ¡Pero la vas a abrir, la vas a llenar de pegotes, y encima no tiene chicos! —dijo levantando el tono una de las obstetras jóvenes.

— No me venga a contrariar más—, le dijo el *profe malo* a esta joven colega—, hagamos una videolaparoscopia⁵⁰.

— Hay que pedirlo con tiempo al aparato —recordó uno de los obstetras—. El director se olvidó que esto es una maternidad y él como es ginecólogo lleva todo para ese lado. El aparato debería estar disponible para todos, y no que sólo haya dos personas que lo hacen.

— Y está limpio 48hs después del uso —continuó otro en tono de reproche—, lo mandan a limpiar no sé dónde, y es extraño que tarde tanto, si en un par de horas eso se hace. Pero hay algunos que aprovechan eso y lo utilizan en su consultorio privado—finalizó algo indignado.

Cuando la *revista de sala* terminó nos quedamos a cargo del *profe malo* hasta que llegó la hora de inicio del teórico. Esa mañana, finalmente, se resolvió hacer la videolaparoscopia y él fue uno de los que defendía ese paso a seguir. Al respecto nos dijo:

Cuando uno quiere algo lo consigue, y siempre hay que dar un diagnóstico, la paciente no puede irse sin saber qué tiene. Ese quiste puede causar una torsión, hay que hacerle una videolaparoscopia y con aguja fina punzar el quiste. Porque si le pasa algo a esa mujer, ¿quién es el responsable? A la institución no le va a pasar nada, porque antes se van a avivar, ¿saben lo que van a hacer? Cirugía convencional, le abren y le sacan el quiste. Si uno fuera adivino, cuántas cosas haríamos o dejaríamos de hacer (Registro de campo, 5 de julio de 2015).

50 Videolaparoscopia: puede ser utilizada como una herramienta de diagnóstico y tratamiento. Se realizan incisiones en la piel que varían entre 5 a 10 milímetros por donde se introduce un tubo con una cámara diminuta (el laparoscopio) y otros instrumentos, que permite visualizar los órganos y realizar una cirugía considerada mínimamente invasiva.

Hay circunstancias en las que parece estar muy claro qué medidas tomar, y no hay disenso aparente entre los colegas. En cambio, hay otras que implican un análisis pormenorizado, apreciaciones diferentes, especulaciones y diálogos encendidos. El momento en el que ese intercambio sucede, sobre todo cuando no son urgencias, son justamente las *revistas de sala*. En esas instancias puede haber, como vimos, cerca de diez médicos intentando resolver alguna situación.

Los estudiantes se empapan de *casos* complicados, ven cómo sus profesores conviven con los desafíos cotidianos de su trabajo. En estas instancias van aprendiendo cómo es el trabajo puertas adentro, entre los médicos, cómo se toman las decisiones, cuáles propuestas “ganan” o tienen más fuerzas, cómo se enuncia lo que se defiende, qué lecturas diferentes se pueden hacer frente a las mismas “evidencias”, etc. *Muchas veces aprendés más con esas charlas que con el libro. O sea, lees el libro pero el tema a lo mejor te queda claro cuando escuchás las opiniones, cuando mínimamente lo debaten al caso*, me dijo Mica acerca de las *revistas de sala* como modo de aprendizaje de la medicina a lo largo de los cinco años en la universidad.

*

Volviendo a las clases prácticas, su finalización está sujeta, la mayoría de las veces, a la modalidad del encuentro. A saber, si toca estar en una dinámica de atención hospitalaria (un consultorio de embarazo, en el *DEAR* o en alguna guardia), el estudiantado se pone de acuerdo entre sí y luego con el docente para definir más o menos un horario acertado para retirarse y poder llegar a horario al teórico. También depende si el práctico es en la misma Maternidad Nacional o en el Hospital Misericordia, ubicado a unas veinticinco cuadras de la primera. Si es en el primer lugar, un margen de cinco minutos puede ser el acertado, mientras que si hablamos del segundo hospital es preciso retirarse con margen de unos veinte minutos aproximadamente para poder llegar a tiempo a la Maternidad Nacional. En cambio, si el práctico sucede en un ámbito totalmente pensado como clase, la finalización será definida por el doctor-profesor a cargo.

Las clases prácticas en contextos asistenciales están atravesadas por el azar, es decir por las contingencias y las situaciones concretas que se presentan, lo cual

hace imposible saber con antelación qué va aprenderse cada día. En estas instancias no hay una linealidad en el aprendizaje o un camino pautado de antemano, como podría ser: desde lo considerado más simple a lo más complejo (parto con presentación cefálica -de cabeza- y partos podálicos -de nalgas o de pie-), de lo que sucede primero a lo que sucede después en el proceso de gestación (primero los controles de embarazo y luego el trabajo de parto), de lo normal a lo excepcional (embarazos saludables y embarazos con alguna patología).

Puede pasar que en los tres o cuatros *controles* que hay en la hora u hora y media que dura el práctico, las características de todos los embarazos sean similares (y por lo tanto similar lo que se aprende): del mismo trimestre, todos controlados y de bajo riesgo, deseados, la totalidad de las embarazadas con embarazos y partos previos, entre los veinte y los treinta años de edad, acompañadas. También puede suceder, en cambio, que sean situaciones muy distintas una de la otra (lo cual resulta más *interesante* porque se aprenden más cosas): un *embarazo adolescente*, posible diagnóstico patológico, primer control luego de varios meses de embarazo sin tener ningún análisis realizado, algún factor de riesgo, situación de violencia familiar, y un largo etcétera.

*

Los teóricos y los prácticos con formato “clase” siempre están a cargo de alguien que forma parte del plantel docente, pero no sucede lo mismo en los prácticos cuando éstos son en un contexto asistencial: quien se constituye como profesor o referente es quien está de turno en su función hospitalaria, pudiendo ser algún médico que no es estrictamente docente de la *cátedra* o inclusive ser un residente⁵¹ de la especialidad Obstetricia. De cualquier manera, ellos saben que un grupo de cursantes de Obstetricia puede presentárseles cada día para acompañar su trabajo. Ese grupo oscila entre dos y diez (dependiendo de dónde sea y cómo esté organizado ese práctico). Por ejemplo, si a una comisión le toca estar en consultorios prenatales o de embarazo, pueden ser distribuidos de a dos y

51 Los residentes son egresados de una carrera de grado que deciden hacer una especialización en algún área temática del campo de la salud. Deben rendir un examen de la especialidad a la que aplican, e ingresan por orden de mérito hasta llenar el cupo existente. Duran un promedio de cuatro años, en el transcurso del cual reciben un pago mensual. Tanto en el Hospital Maternidad Nacional como en el Hospital Misericordia hay residentes en Gineco-Obstetricia.

entonces formar cinco subgrupos de pares. Esta designación se hace de manera diaria y azarosa o sin criterio aparente más que la cercanía de los cuerpos (*ustedes dos al consultorio uno, ustedes dos al consultorio dos, ustedes al tres, y así...*).

El esquema de prácticos y de teóricos se da de manera independiente, es decir no hay una correlación lineal entre los contenidos que se ven en unos y otros. Los teóricos se imparten para todos los estudiantes juntos, entonces van incorporando la misma información al mismo tiempo, mientras que los prácticos, al ser rotativos semanalmente por diferentes espacios, cada comisión sigue su camino propio. Puede suceder que los contenidos de un práctico estén acompañados, casualmente, con los teóricos, por abordar cuestiones similares al mismo tiempo. Por ejemplo, se puede empezar el cursado en el *práctico de muñecos*, lo que posibilita conocer, al igual que en los primeros teóricos, cuestiones vinculadas a la *normalidad* o lo fisiológico del proceso que atiende la obstetricia, a saber: trabajo de parto normal, las diversas maneras en las que el feto puede estar ubicado y las maniobras obstétricas posibles para cada ubicación, los indicadores de parto, las contracciones, la dilatación, los tiempos de gestación, entre otras. De diferente manera, hay comisiones que la primera semana de cursado deben ir al *DEAR* (Departamento de Alto Riesgo), cuando recién están interiorizándose en la obstetricia y tienen menos elementos para entender lo que sucede en esos espacios en relación a alguien que va en las últimas semanas de cursado.

Sobre los exámenes

Cada una de las partes teóricas de la materia termina con un examen, que se rinde en el horario de prácticos y en el lugar en el que cada estudiante debía asistir ese día. La toma del examen corre por cuenta de los doctores-profesores que están a cargo de cada comisión esa semana. Es de modalidad oral y puede ser individual o grupal, eso parece ser definido por quien esté evaluando.

Además existe un tercer examen parcial cuando se finaliza el cursado, con la modalidad múltiple opción, a modo de hacer un recorrido por todos los contenidos abordados durante las siete semanas de cursado, en ambas partes.

Para aprobar la materia hay cuatro posibilidades diferentes, con sus propias características y requisitos. Tengamos en cuenta que las calificaciones posibles van del 1(uno) al 10(diez), y cuanto más bajo es el número en esa escala menor es, presumiblemente, lo que el estudiante sabe.

Por un lado está la opción de *promoción directa*, con la condición de aprobar los tres exámenes parciales con una nota de 8(ocho) o mayor a 8(ocho) y tener asistencia perfecta a todo el cursado. De esta manera no hay examen final, sólo la *firma de libreta*, es decir la firma del profesor titular que acredita la aprobación.

También existe la *promoción con promedio*, para la cual los tres exámenes deben promediar como mínimo un 7(siete), y ninguno ser menor a 4(cuatro). Se rinde un final oral a partir de temas que salen al azar de un bolillero, donde cada bolilla es una unidad de la materia. Con esta opción hay tres años como plazo para rendirla.

Una tercera condición es ser *regular*, cuando los tres exámenes promedian una nota menor a 7(siete) pero todas son mayores a 4(cuatro). Durante los tres años que dura esta condición, el estudiante debe dar un examen ante un tribunal que contiene dos instancias: una práctica, con muñecos con los que se puede recrear un trabajo de parto, y, al igual que con *promoción con promedio*, debe dar el examen oral con bolillero.

Pasados los tres años de plazo para rendir en la segunda y tercera condición, el estudiante puede cursar la materia nuevamente o rendirla según la cuarta condición posible: ser alumno *libre*, con formato similar a ser *regular* sólo que con más contenidos a exponer. Esta opción también existe para quienes no quieran/puedan cursarla. Ésta sería la modalidad más exigente en tanto es la única instancia que los doctores-profesores tienen para saber y evaluar cuánto sabe ese estudiante y si merece o no aprobarla.

Sobre los requisitos de asistencia

Cada día se computan dos asistencias, una para el práctico y otra para el/los teórico/s. Recordemos que para la *promoción directa* se necesita de asistencia perfecta a todo el cursado, es decir no haber faltado ni una vez a ninguna de las dos instancias. Este requisito durísimo, al decir de algunos compañeros, se tornaba

muy pesado, y a veces hasta imposible, para quienes querían apuntar a dicha condición.

Una mañana, una compañera llegó tarde y apurada al práctico: se había quedado dormida y tuvo que tomar un taxi, algo que nunca hacía debido al alto costo que ello le suponía; de esa manera pudo seguir en el camino promocional. En otra ocasión hubo una situación tensa entre algunos estudiantes que no vivían en la ciudad de Córdoba y Marcelo, el *secretario*: ellos viajaban para cursar y al día siguiente habría un paro de colectivos interurbanos y no tendrían transporte público para llegar a la ciudad. Debían llegar a un acuerdo que no les perjudicara, sostenían, debido que era un asunto externo en el que poco podían incidir y excedía a su mera voluntad de ir a clases. También recuerdo un día finalizado el teórico que se acercaron dos compañeras a hablar con Marcelo, ellas no tenían colocado el presente de ese día en la planilla debido a llegar hacia el final de la clase: es que se habían demorado en el Misericordia para ver un parto, *lo grabamos si quiere ver*, dijeron a modo de prueba. Como ver partos es la suerte mayor del cursado (*¿y?, ¿ya vieron algún parto?*, solían preguntarnos los profesores), las chicas en esa oportunidad no perdieron su promoción: el motivo de su falta fue suficientemente válido, ya que por un lado estaban abocadas a un práctico de la materia, y por el otro, nada más y nada menos que a un parto.

De esta manera, el estudiantado recurría a negociaciones y diálogos con Marcelo para llegar a acuerdos en relación al tema de las faltas. Si bien la asistencia perfecta es una de las condiciones para la preciada *promoción directa*, hay excepciones a la regla y se va contemplando situación por situación. En algunas, como la del paro de colectivos, donde se ven afectadas muchas personas y es algo que no depende ellas, Marcelo consultaba con el titular de la *cátedra* y así tenía autorización y respaldo para comunicar al estudiantado las decisiones tomadas.

La observación como forma privilegiada de conocimiento

Los estudiantes tienen la posibilidad de cursar Obstetricia en dos *cátedras*, que tienen sede en dos hospitales de la ciudad: la Maternidad Nacional (donde yo la cursé) o la Maternidad Provincial. En general hubieran preferido cursarla en la Provincial por varios motivos, siendo el principal la posibilidad de observar más

partos. Esto se hace posible, por un lado debido a la mayor cantidad de guardias que les exigen y, por el otro, debido a la mayor casuística que tiene ese establecimiento. Esto último quiere decir que hay más partos por día y por lo tanto, también, más posibilidades de que algo suceda cuando se está ahí. A demás hace referencia a que hay mayor variedad de *casos* y por lo tanto es más amplio lo que se puede observar y conocer. También está la idea de que *te dejan hacer el parto prácticamente a vos, haces desprendimiento de placenta, por ejemplo, cosas así.*

Las dos *cátedras* tienen cupo, y cuando uno se llena, generalmente la Maternidad Provincial primero, no queda otra opción que realizarla en la que queda. Una compañera, Agos⁵², un día me contó:

En la Provincial mis compañeros han visto de todo tipo: partos simples, partos complicados, embarazos múltiples, de todo tipo digamos. Y a mí me gustaría ver más esas cosas de la parte práctica, de estar ahí en el parto y ponernos en práctica a nosotros, en situaciones de parto. Porque si se me presenta una mujer en medio de la nada en trabajo de parto, con lo poco que he visto más o menos sé cómo me voy a manejar, pero si hubiera visto más cosas podría llegar a estar más preparada (registro de entrevista, 2 de julio de 2016).

Retomemos nuevamente a Sabrina, quien creía desacertado que como futuros médicos generalistas tengan que aprender tantas patologías del proceso de gestación, en vez de dar mayor relevancia a aprender a asistir *partos normales*. Ella también consideraba como principal diferencia entre los dos hospitales la mayor cantidad de guardias que exige el cursado en la Provincial. Reconocía *que no a todos les gusta, porque vos mientras estás cursando es agotador*, a la vez que asumía que es la única manera de aprender: observar cómo sucede. Al parecer de las personas con las que hablé del tema, *ver partos* en el cursado de la Maternidad Nacional es cuestión de suerte, si te toca te toca. En cambio en la Provincial ello está garantizado.

52 Con ella estuvimos juntas en la comisión de prácticos, por lo que el cursado nos encontró de una manera relativamente cercana. Entramos en diálogo en varias oportunidades, nos tocó juntas en consultorios de embarazo y nos vimos meses después para una entrevista. Me citó en su departamento, casualmente vivíamos a una cuadra, en un barrio cercano al campus universitario. Ella es de Jujuy y tenía en ese momento unos 23 años, vivía con su hermano, ambos se habían trasladado a Córdoba al finalizar sus estudios secundarios. Ya sabía que una vez recibida se iba a especializar en pediatría.

Mica, quien aparece también más arriba con su preferencia por aprender más patologías, sostenía que hubiera sido importante ver algún parto, pero que todas las mujeres que le tocaron estaban en trabajo de parto, esperando. *Y nosotras estábamos ahí también, esperando, porque no estaba naciendo el chico. Más que eso no pudimos ver, lamentablemente.* En la propuesta formativa de esta cátedra el ver partos parece ser una cuestión de suerte o de casualidades: estar en el momento indicado en el lugar preciso.

*

Teniendo esto en cuenta, recordemos ahora que la totalidad de los teóricos de la cátedra se dan en el edificio de la Maternidad Nacional, mientras que durante dos semanas las instancias prácticas también tienen lugar en el Misericordia. Entre estas dos instituciones hay diferencias de distinto orden, según pude conocer y me fueron diciendo mis compañeros. Las posibilidades de aprendizaje práctico que se desprenden de las dinámicas cotidianas en cada establecimiento son diferentes; esto me lo mostró Fabricio a partir de lo que fue su experiencia de cursado.

Fabricio es un estudiante proveniente de un pueblo del interior de la provincia de Córdoba, y a quien casualmente conocía previamente por ser amigo de mis primos. Debido a ese reconocimiento mutuo el primer día que nos vimos quiso saber con sorpresa los motivos de mi participación; nos solíamos saludar en clases, intercambiar algunas palabras. Él hacía mucho tiempo ya que estaba decidido a especializarse en traumatología después de recibirse. Compartimos una charla-entrevista unos meses después del cursado, primero conversamos sobre las vacaciones, sobre mis primos, el pueblo; luego pasamos a su experiencia cursando Obstetricia. En esa oportunidad me dijo:

En los controles en el Misericordia por ahí te caía una mamá que no se había controlado nunca, caía al parto y no había ido ni a un control, no tenía historia clínica. Un día cayó una mujer casi con el bebé afuera, con bolsa rota y todo, y no tenía ni un control, ¡o sea nueve meses sin un control! Con todo lo que eso lleva, el problema que lleva para la madre y para el bebé. Entonces eso es lo que cambiaba en el Mise, y eso estaba bueno porque ahí ves un poco más de lo que

estudiás, de lo que puede pasar, porque vos no sabes qué va a pasar en un parto, de lo poco que vimos nosotros como que es algo medio espontáneo eso. Puede salir todo bien o te puede llegar una urgencia que tengas que tomar otros recaudos, que sea algo grave. El Mise estuvo bueno porque ves la realidad, ves mucho más, ves otras cosas. En la Maternidad lo ves de otra manera, ahí las pacientes estaban muy controladas, mucho más controladas, y es mucho mejor. Vos veías otro tipo de gente y por ahí no había casos tan graves, porque a medida que baja la clase social aumenta la morbilidad (Registro de entrevista, 3 de mayo de 2016)

Los dos establecimientos y servicios de Obstetricia a los que la *cátedra* da acceso difieren, entonces, por la cantidad de *actividades* diarias o partos (en el Misericordia pueden estar sucediendo tres o cuatros actividades en simultáneo, por ejemplo un trabajo de parto, un parto, una recuperación, una preparación para cesárea, mientras que en la Maternidad puede haber tres partos en un fin de semana). También difieren por el precio de acceso a ambos servicios, ya que la atención de partos y cesáreas en el Misericordia es gratuita y en la Maternidad tenía un costo de \$2000 (dos mil pesos) al momento de realizar el trabajo de campo, a mediados del 2015 (imaginemos que el precio de la atención es una limitación en su acceso). Además son distintos por “el tipo” de gente que asiste a uno y otro, al decir de Fabricio, haciendo referencia al sector socio-económico al cual pertenecen, lo que permite ver situaciones diferentes con desafíos propios.

Ahora bien, ¿de qué nos habla Fabricio cuando dice que estuvo bueno el Misericordia porque se ven mucho más embarazos no controlados o problemas/situaciones vinculadas a las condiciones del sector materialmente más desfavorecido de la sociedad, y en cambio en la Maternidad Nacional está todo más controlado?

En la formación de grado en obstetricia el objeto de acción y conocimiento es el proceso perinatal, en relación al cual la incorporación de habilidades médicas para su atención y control se va produciendo fundamentalmente, según fuimos viendo, en la experiencia de encontrarse en situaciones de atención, insumopreciado para el aprendizaje. Si bien no son los estudiantes mismos quienes están efectivamente a cargo de la asistencia a las pacientes, sí comienzan a poner en

juego ciertos saberes previos. Por ello, cuantas más situaciones desafiantes y novedosas se presenten en las guardias y otras situaciones de atención, más experiencia y preparación tendrán para afrontar situaciones nuevas con mayor soltura, confianza y capacidades. En obstetricia (como apareciera recurrentemente en el cursado tanto por parte de profesores como de estudiantes) todo parece jugarse entre la vida y la muerte. Con esa posibilidad latente se desempeña la atención médica. El estar cada vez más y mejor preparados para afrontar ese *riesgo* requiere encontrarse en situaciones nuevas, no habituales, que amplíen el caudal de lo conocido y los acerque cada vez más a “la realidad”, como dijera Fabricio, pensada ésta como la totalidad casi infinita de situaciones posibles, atravesada por varios y diversos factores que pueden darle forma.

Ser “buenos” en obstetricia implica desplegar las capacidades técnicas y profesionales con éxito, lo que en primera instancia significa que el *binomio madre-hijo* salga con vida luego del accionar de los obstetras. Y si bien es deseable que no haya complicaciones en un parto, ello a la vez se vuelve la materia prima necesaria para que las personas involucradas en su atención puedan caminar hacia la experticia. La noción de “hábitus” (*sensu* Bourdieu 2007) nos ayuda a pensar este proceso de formación: los estudiantes, aprendices de obstetricia y de medicina en general, van haciendo propia la idea de que un obstetra debe ser infalible, de manera que se torna imprescindible “aprender” lo más que puedan a través de la incorporación de las habilidades necesarias para desempeñarse, fundamentalmente en los partos, con éxito. Ello “se puede alcanzar” mediante un tipo de saber estrictamente vivencial, que pasa y se construye con/por el cuerpo en tanto están ahí y forman parte de alguna *conducta* médica o acontecimiento. Al transitar el proceso formativo de Medicina los estudiantes van incorporando, y a la vez poniendo en práctica, las diversas estrategias de todo tipo (no sólo intervenciones médicas) que “han servido o han sido útiles” en la atención en consultorio, en las salas de parto, en las *revistas de sala* (revolviendo casos entre los colegas), y el resto de los ámbitos por los que pasaron.

El aprendizaje en estas instancias *normales* aportan un conocimiento indispensable, en tanto son la puerta de acceso al mundo de los partos, en los cuales comienzan a conocer de su quehacer médico y la toma de decisiones. A la vez constituyen un tope, es decir una vez que “conocen” en qué consisten, que han

estado en un número considerable de situaciones afines, y por lo tanto están empapados en su dimensión fisiológica y cotidiana, les proporcionaría una escasa información/conocimiento nuevo o relevante. Hay un gran interés por parte de los estudiantes de aprender haciendo y/u observando en situaciones “novedosas” o de *riesgo*, las cuales una vez experimentadas son parte del caudal de conocimiento que se dispone por las técnicas corporales que implican (Mauss 1991). Estas situaciones conllevan desafíos, como venimos viendo, y se alejan del trabajo casi repetitivo que, una vez incorporado, implica un *parto normal*. Encuentro una idea generalizada por parte de los estudiantes de que si están preparados para asistir partos complicados, por lógica están preparados para asistir y guiar *partos normales*: saber lo complejo permite abordar lo simple. Fabricio nos expresaba parte de esto en su articulación entre querer que las personas y los embarazos estén bien, controlados y sanos, y el querer aprender cosas nuevas y diferentes, lo que implica por lo que fuimos viendo que esas personas presenten alguna alteración en los parámetros de bajo riesgo.

3. DEL HACER O ESPERAR COMO DILEMA EN ACCIÓN

“Si los partos son actos naturales, el médico no tiene gran tarea que cumplir, o cuando mucho, le incumbe ayudar un poco a las fuerzas de la naturaleza y nada más”

(Peralta Ramos en Nari 2004: 113)

Durante el cursado me comenzó a llamar la atención algunas sugerencias e imperativos que aparecían de manera recurrente y sobre un mismo asunto. Frente a un auditorio con ochenta estudiantes oyendo atentamente, primerizos en la obstetricia, muchas veces el profesor recomendaba *no intervenir por intervenir*, más bien mantener una actitud expectante, *no hacer nada* cuando se da el *curso normal de las cosas, esperar*. La mayoría de las veces hacían alusión a los trabajos de parto y partos, y traían a escena algún ejemplo de maniobra obstétrica o intervención que para tal o cual circunstancia era innecesaria y enunciaban los posibles efectos contraproducentes de realizarlas, como ser:

Si te viene una paciente con dos o tres contracciones en diez minutos y tres-cuatro centímetros de dilatación, el trabajo de parto va a ir aumentando progresivamente solo. Pero vos poniendo oxitocina apurás las cosas, y se puede generar por ejemplo una hipertensión. Hay muchos casos que van a cesárea por causa de esto ¿Qué es lo que les dije yo que tenían que hacer los otros días? Esperar (registro de campo, 23 de mayo de 2015).

Comencé a pensar en este tema a partir de lo que fue mi propia experiencia en los prácticos cuando me tocaba estar en las salas de parto, ya que muchas veces el desempeño médico de quienes estaban a cargo contrastaba con las sugerencias dadas por los profesores en las clases teóricas. Es decir, en la práctica se tensionaban los discursos que circulaban en las aulas, en el sentido de que no solía coincidir lo que se decía sobre el hacer y el hacer mismo ¿De qué nos habla ese

“desfasaje”? ¿Cómo entender esa relación entre lo dicho y lo hecho en los diversos espacios de aprendizaje y atención obstétrica?

Haciendo guardia en un servicio de obstetricia

La semana que nos tocaba hacer las dos guardias obligatorias a mi comisión, coordinamos con Flor para hacerla juntas.

Flor es una estudiante de unos 24 años que se trasladó a la ciudad de Córdoba desde su pueblo del interior de la provincia para estudiar Medicina cuando terminó sus estudios secundarios. Milita en una agrupación estudiantil que reivindica la salud como un derecho, y ella lo transmite a menudo en las reflexiones que hace sobre la atención sanitaria. La escuché muchas veces con una postura crítica sobre la jerarquía de la *relación médico-paciente* y de la idea de que los médicos saben todo. Ella lo veía cotidianamente en los consultorios con el cursado de las materias, pero además le pasaba en carne propia al sentir que la ubicaban en un pedestal cuando hacía su trabajo de revisión médica para el ingreso a una pileta de natación:

Vos ya te das cuenta que las personas te tratan a vos como si vos fueras no sé si mejor, pero sí que sos distinto. Eso ya es toda una concepción cultural de que el médico está allá arriba. Hay gente que no, y me gusta que haya gente que no, que va y te habla de igual a igual, pero hay muchos que van con esto de ‘muchas gracias doctora, discúlpeme doctora’ ¡Y no! ¡Tomate un mate conmigo! (registro de entrevista. Flor, 12 de noviembre de 2015).

Cuando comenzó Medicina tenía la idea de, una vez recibida, especializarse en obstetricia, porque prefería ver a la gente nacer, y no a la gente morir, *¿Un concepto de mierda, no? Pero bueno, yo creía eso digamos. Y cuando iba cursando un poco las materias me iba dando cuenta que no, que cada vez estaba más lejos. Y cuando la cursé fue el definitivo no.* Flor no pudo terminar de cursar la materia, debido a una gran incapacidad emocional y física de rendir el segundo parcial por el *bombardeo constante* de situaciones y palabras dichas por los profesores, las cuales, a su decir, ya no pudo soportar. Recuerdo mi desesperación durante el

segundo parcial al no verla allí. La llamaba y no atendía. Luego del mediodía me diría que se encontraba totalmente descompuesta de los nervios, y que la haría más adelante, con algunas cosas un poco más claras y procesadas. Cursar aquel bimestre la llevó, como ya anuncié, a un rotundo rechazo de especializarse en obstetricia, y también la estimuló a seguir pensando sobre el papel social del obstetra.

A lo largo del cursado y también en charlas posteriores, Flor trajo reflexiones sobre el mundo médico que iba conociendo a lo largo de los años de cursado de Medicina. De alguna manera yo accedí a mucho de ese mundo social a través de Flor, de transitarlo juntas y de dialogar bastante en los recreos, de sentarnos al lado en las clases o que acudiera a ella si tenía alguna duda. Esto se vio favorecido porque estábamos en la misma comisión de trabajos prácticos (es decir nos vimos de lunes a viernes durante todo el cursado, junto con un grupo reducido y estable de nueve personas más), y también porque sentimos cierta afinidad y llegamos a un alto nivel de confianza y empatía en el diálogo.

*

Me puse el ambo en un baño del hospital Misericordia y fui a encontrarme con ella, a las 12:30hs, en la puerta de acceso de la guardia de Obstetricia. Bajamos hacia las habitaciones de puerperio para comenzar la jornada, ya que no sabíamos bien hacia dónde dirigirnos o con quien hablar. Allí encontramos a la jefa de enfermería, quien nos mandó para arriba de nuevo, *Subiendo las escaleras, a la izquierda. Toquen en esa puerta, ahí están los residentes*. Nos guió en qué hacer a la vez que demarcó nuestros referentes para la ocasión.

Subimos, tocamos la puerta, Flor explica que venimos de Obstetricia de la Maternidad, que nos toca hacer guardia. *Pasen chicas, pasen, dejen todo ahí arriba de la cama*. Había una cucheta a nuestra derecha, repleta de bolsos, camperas y frazadas. Enseguida imaginé y supe que eran las pertenencias de los residentes de turno, que las frazadas y las camas eran para las siestas que podrían hacer durante sus largas jornadas de trabajo y que esa gran sala era su recinto y lugar de encuentro.

Adentro había dos chicas y un chico, los tres con ambo. Me impactó las caras serias y preocupadas que tenían. Llenaban planillas, leían registros y tomaban agua. La mesa que ocupaba el centro de la sala estaba repleta de papeles *¿Puedo pasar al baño?*, le pregunto al chico. *Si, tenés este* (y me indicó una puerta a dos metros de él) *o sino afuera al otro al lado de la escalera hay uno más íntimo. Está bien, paso a este.* Me estaba derritiendo de calor, necesitaba urgente sentirme más cómoda. A pesar de afuera, en la calle e inclusive en algunos pasillos, estar muy frío por ser invierno, la temperatura ahí adentro era agradable. Era la primera vez que usaba un ambo (pantalón y chaqueta). Me saqué el jean abajo del pantalón y la campera abajo de la chaqueta.

Ya pasó todo, nos dijeron, dos cesáreas y un parto. El parto estuvo medio complicado, quedó parte de la placenta pegada en el útero, hubo mucha sangre, nos comentó el chico. Recién venían de ahí, imaginé que a ello se debían sus rostros serios y la tensión que se respiraba en el aire. Podíamos ir a ver a esa *puérpera* o ir a consultorio de guardia. *Vengan conmigo*, dijo una de las residentes. Fuimos hasta la zona de las salas de parto, y ella no recuerdo bien cómo “desapareció”, es decir la perdimos de vista, nos dejó de acompañar. Con Flor nos quedamos solas en un pasillo deshabitado sin saber qué hacer, *¿nos sentamos en esta camilla a esperar que pase algo?*, dudamos. Al pasillo daban seis puertas una al lado de la otra, y hacia el final, en la punta, estaba el quirófano. Del lado izquierdo del pasillo grandes ventanales daban a un espacio verde y entraba luz natural.

Con sorpresa reconocimos que en la habitación 1 estaban pasando cosas. Desde la puerta abierta pudimos ver que una mujer estaba dormida en la cama. Luego, una chica con uniforme de limpieza pasaba el piso. Nos asomamos un poco más y hacia el fondo de la sala vimos una médica de espaldas, que le hacía cosas a un bebé. Todo esto sucedía en total silencio, interrumpido a veces por el ir y venir del palo de piso o el *pip* de algún aparato que estaba usando la médica.

Tardamos unos segundos en comprender que hacía poco había ocurrido un parto y que esa especie de calma era la escena posterior a la *expulsión* del bebé. Le pedimos a la chica que limpiaba entrar a ver eso que pasaba al fondo y sólo tuvimos que esperar unos pocos minutos a que terminara de lavar el piso, y entre los espacios que se iban secando fuimos dando saltitos hasta atravesar la sala.

Llegamos entonces adonde estaba la médica y nos ubicamos con Flor una a cada lado para poder ver de cerca lo que estaba haciendo. Mediante un intercambio de miradas y una sonrisa la saludamos, en continuo silencio, y dedujimos entonces que era la neonatóloga. Ella prosiguió con lo suyo mientras nosotras estábamos atentas a cada movimiento, no hizo falta decirle por qué estábamos ahí. Le metió un tubo flexible y transparente por la boca, lo deslizó hacia adentro sin aparentes dificultades. Aspiró, subía líquido transparente y sangre. El bebé se quejaba. Hacía muecas que sugerían ahogo y sufrimiento, apretaba fuerte los ojos, se movía como nervioso y quería llorar pero no podía pues el tubo le estorbaba las vías respiratorias. Calculé hasta dónde la llegaría el tubito, hasta el centro del pecho. Flor hacía muecas de desagrado, le costaba mirar esas intervenciones *¿Para qué se le hace eso?*, quise saber. *Es la aspiración de líquidos gástricos, del líquido amniótico que le podría haber quedado, para que no sienta molestias y pueda tomar la teta rápido*, me dijo mientras le retiraba el tubito. Su respuesta trajo automáticamente a mi memoria las palabras de un profesor durante un teórico, que había dicho que el líquido amniótico que puede quedar en las vías respiratoria o los pulmones se reabsorbe solo y no causa riesgo alguno. Puso una inyección en cada muslo (una con vitamina K y otra para prevenir la hepatitis B). Colocó un líquido en los ojos, aspiró las fosas nasales, insertó otro tubito por el ano para asegurarse de que no estuviera obstruido. Lo trasladó a una balanza y lo pesó, lo midió en varios lados, y terminó su trabajo.

Si yo me quedara con la reacción de Flor de este día, es decir si no hubiera tenido la posibilidad de seguir en contacto y encontrarnos meses después del cursado para una entrevista, diría que el tratamiento que le hicieron a ese recién nacido y que ella vio a menos de un metro de distancia, le causó un impacto grande y que lo vivió como una situación violenta. En dicho momento nos reconocí en un mismo impulso contenido de correr la mirada y dejar de ver. También, siguiendo nuestras percepciones, que al día siguiente pudimos conversar y reconocer como similares, nos atravesó una sensación casi visceral de rechazo y hasta de consternación.

Ahora bien, los pensamientos de Flor cambiaron con el paso del tiempo y la socialización de eso vivido con otras personas, que contribuyeron en nuevas reflexiones. El intercambio con sus compañeros de militancia, quienes también

estudian Medicina, fue de gran influencia en cómo ella resignificó el accionar de la neonatóloga y sobre todo la angustia que eso le había generado. Pudo reciclar esas emociones fuertes, pensarlas con distancia y así entender la necesidad de cada una de esas intervenciones a luz de un beneficio para el propio bebé. Pudo pensar eso más allá de la afectación que le causó es ese momento su reacción de empatía hacia el bebé. Recordemos que quien era objeto de las acciones que, para quien observa por vez primera como nosotras pueden interpretarse como maltrato, era un recién nacido, es decir un sujeto que fácilmente podemos significar como indefenso. Recordemos también que lo descrito más arriba es un control de rutina para todo recién nacido de un parto normal, por lo que no hubo nada que fuera hecho de manera excepcional. Es decir, la neonatóloga estaba haciendo su trabajo en las condiciones más favorables (un recién nacido presuntamente sano) y de hecho así lo sugería su desempeño seguro y tranquilo a la vez.

Por nuestra parte, considero que la situación nos resultó inquietante tal vez por ser la primera vez que observábamos el trato médico protocolar hacia un recién nacido, algo que ya sabíamos de los apuntes de la materia o de alguna clase teórica, pero que en vivo y en directo tomaba otras implicancias. Ahora bien, en nuestra tarde de entrevista algunos meses después del cursado de la materia, Flor me mostró cómo había integrado esta situación de *recepción del recién nacido*:

Es un poco fuerte pero también es necesario, porque si no lo haces no podés saber. Si no le metés el tubito y hay obstrucción el nene se puede morir. Entonces sí, es cruento pero se entiende que es necesario, y que el nene llorará pero después nunca más se va a acordar, y tampoco es que sufre. Se justifica, digamos. Todos los estudios, desde la gotita para que no se enferme de los ojos por el herpes, hasta el tubito que le meten en el ano. Es un poco cómo se da en medicina. Yo no sé cómo habrá sido en los comienzos esto de los recién nacidos, pero bueno había una mortalidad infantil más grande, porque había cosas que se les escapaban de las manos. La medicina ahora está tecnologizada digamos, entonces todo parece como más violento a la vista, un sometimiento. Pero por ahí entendés que sí, que se tiene que hacer. Es un poco 'si no lo hacemos se nos muere, o corremos el riesgo de que tenga una complicación'. Y bueno, como que

lo vamos naturalizando así, para el adentro nuestro, ¿no? (Registro de entrevista. Flor, 12 de noviembre de 2015).

Flor reconoce cómo va incorporando y naturalizando los sentidos médicos de cada situación o intervención, ello propiciado de diferentes maneras por la socialización en el ámbito de la medicina y por su militancia estudiantil, asumiendo que todo recién nacido tiene derecho a recibir los controles necesarios para saber si está sano y que se puedan detectar problemas a tiempo en el caso contrario. Al decir de Flor, la disminución del índice de la mortalidad infantil habla del éxito de la medicina actual, aún siendo crítica de lo que implica el tipo de intervenciones que la sustentan (no elegidas por el paciente, tecnologizadas, que parecen violentas, que implican un grado de sometimiento de quien las recibe).

La medicina actual tiene, a su parecer, un alto grado de efectividad en el control de los procesos que atiende (antes *había cosas que se le iban de las manos*), y eso también es un gran punto a favor en su justificación. Su “nuevo” punto de vista quizás tiene que ver, también, y aquí me arriesgo, con hacer habitable un ámbito que de otra manera se le presentaría demasiado hostil o muy *cruento*, y que además es donde ella está proyectando su futuro. Tal vez es parte de ir incorporando los sentidos y las reglas del juego. Esto de ninguna manera quiere decir que cada día que pasa va asimilando sin más la lógica médica actual. Sino que al estar inmiscuida en ella y elegir continuar ahí, van dándose resignificaciones, negociaciones, disrupciones, encuentros necesarios entre puntos de vista distintos. En el recorrido que Flor va haciendo, en ir aprendiendo cómo se llega a ser médica, qué es ser médica hoy, quienes son “los otros” en el ámbito médico, se entreveran y conviven apreciaciones, posturas y resignificaciones dentro de unos márgenes más o menos difusos y delimitados a la vez.

*

Volviendo a nuestro día de guardia, una vez realizado ese control de rutina la neonatóloga se retiró de la sala y una de las enfermeras, como la madre del bebé continuaba dormida, se sentó a darle la mamadera, *los treinta mililitros*. Los tomó rápido y *le hizo el provechito*. El color rosa de la ropita sugería que era una nena.

Hablaron del parto, ella con otra enfermera que recién había ingresado. *La chica que lo hizo era la primera vez que hacia uno, se le notaba*, dijo la de la mamadera. *La madre no quería que fuera ella, quería a otro médico*, aclaró. A lo que Flor preguntó *¿Y cómo se notaba que era nueva? -Y porque estaba insegura, eso se nota, los padres lo notan*, le respondieron. Solo después de continuar el diálogo con las enfermeras supimos que la mujer estaba dopada y no solo dormida, debido a los efectos de la anestesia, y que ella había sido la chica del *parto complicado* que nos contaron al comienzo los residentes. Esa mujer era la que había tenido hemorragia por no haber salido completa la placenta, por lo cual necesitó algunas intervenciones especiales.

Vimos venir al padre del bebé desde la puerta que marca el acceso al sector de salas de parto. Estaba sonriente, muy sonriente, y los ojos acuosos. Traía una bolsa con bebida, agua saborizada pude distinguir, y otra con dos sándwich pebete. Luego vi esa escena varias veces: el acompañante trayendo agua saborizada (se les recomendaba una bebida sin gas) y esos sándwiches, probablemente comprados en el kiosco-carrito de la salida que está más próxima al servicio de Obstetricia.

La puerta de doble hoja de la habitación estaba abierta, nos dijo *hola* y se dirigió hacia la mujer, a lo que la enfermera lo detuvo con un gesto y le dijo en tono amable *no la moleste que está dormida*. En cambio, le cedió lugar en el único sitio de la sala para sentarse, el sillón de un cuerpo donde antes le había dado la mamadera a la recién nacida. *Siéntese acá papá*, dijo mientras se levantaba y le entregó la beba, que ya se había dormido. El papá le sonrió a la criatura, la saludó, la miró detenidamente, le habló, la saludó. La veía por primera vez. Con Flor cruzamos mirada y nos sonreímos, nos había conmovido esa escena. Al ratito él se levantó y se acercó a la mujer, extendió los brazos mostrándole a la hija y ella, aún somnolienta, hizo una sonrisa cansada, le toco la manito, la saludó también, miró a su compañero, y se sonrieron. Sin decir nada con Flor entendimos que debíamos seguir nuestro recorrido.

Salimos y en la sala del lado estaba la mujer que habíamos visto pasar unos minutos antes, junto con su marido. Tenía cinco centímetros de dilatación del cuello del útero (de los diez estipulados como máximos y necesarios para que pase la cabeza del bebé), pero nada de contracciones. Desde otro hospital la habían mandado al Misericordia porque no tenían anestesia, por si algo se complicaba.

Nos presentamos con Flor y charlamos bastante con ambos. Supimos que él no iba a estar presente en el parto porque a ella la ponía nerviosa, que en ningún parto había entrado, por lo que, al rato, se fue de la habitación.

Karen nos contó que *ya* tenía 6 (seis) hijos, que el que venía era el séptimo, y era varón, Agustín. Que todos nacieron grandotes, que con los últimos dos había llegado con mucha dilatación y contracciones, y que todos fueron partos rápidos. Durante el cursado aprendimos que las *multíparas* (aquellas con dos o más partos vaginales previos), suelen tener un trabajo de parto relativamente rápido, por eso a pesar de no tener nada de contracciones, no la quisieron *hacer volver* a la casa.

Mientras estuvimos en la habitación presenciamos una seguidilla de personas que ingresaron y que luego de saludar indefectiblemente tomaron la historia clínica perinatal de Karen entre sus manos. De esa manera pueden conocer cómo fue el desarrollo del embarazo y también sus *eventos obstétricos* anteriores. Las dos enfermeras, la jefa de guardia de Obstetricia, algún residente y la neonatóloga al leer que *ya* tenía seis hijos, le preguntaron si no pensaba en alguna forma de cuidarse de no tener más y le sugería ligarse las trompas. Karen dijo que pensaba en el DIU, que en el dispensario del barrio lo ponían. Una de ellas le informó: *Pero puede ser las ligaduras también, es un rato, en el mismo día ya te podés ir, o al día siguiente. Hay mamás que hasta vienen con los bebés, y los tienen con ellas*, aclaró. A Karen no se la veía convencida, y finalmente dijo que podría ser.

Flor después me haría pensar un poco en esta situación:

—Viste cómo Karen fue cambiando el discurso cuando todos le iban preguntando del séptimo hijo, y cómo a nosotras nos dijo que lo había buscado, y después terminó diciendo que no, que no lo había buscado, que se iba a ligar las trompas. Todo por cómo fueron induciéndola a eso. Cada médico que llegaba le iba diciendo ‘¡Ay! ¡Te parece el séptimo mamita! ¿No estás pensando...?’ —dijo recreando la situación— y ella dijo ‘Sí, ya consulté en el dispensario del barrio’, pero para mí ni preguntó. En cambio —prosiguió— cuando se sintió en confianza con nosotras pudo decirnos que lo buscó, ¿y quién sos vos?, pensando en el médico, para decirle a una persona ‘Es demasiado siete, ya es demasiado’ —finalizó algo enojada.

—Pero en la ficha de la historia clínica del embarazo aparecía que no había sido buscado, ¿te acordás? —le dije siguiendo el diálogo.

—Y, yo siendo Karen, si voy a mentirle a alguien... —dijo intentando hilvanar ideas—. A ver, es muy probable que ella ante una situación en un consultorio donde el médico le haya preguntado con tono desafiante y en posición de juez ‘¿Y vos lo buscaste al séptimo?’, le haya dicho que no. A nosotras que nos paramos más desde un lado *te venimos a acompañar* puede que nos haya dicho la verdad. No sé, yo me pongo en su lugar, pero capaz que en realidad no lo buscó y qué se yo, no lo vamos a saber— finalizó.

(Registro de entrevista. Flor, 12 de noviembre de 2015).

Karen nos contó a Flor y a mí, que estuvimos bastante con ella en la sala, que hacía veinticinco días que su hijito de tres no iba al jardín, y eso le preocupaba. No iba al jardín porque ella no podía caminar, le dolía no recuerdo si la cintura pero era algo generado por el embarazo, y el esposo en ese horario trabajaba. A la nena de seis la llevaba su vecina, porque la hijita iba al mismo grado que la suya. Ese día del parto, la más grande, la de dieciséis años, había faltado al colegio y se había quedado haciéndole el almuerzo a los más chicos. *Estoy cansada, ya quiero tenerlo*, nos comentó luego de explicar la dinámica familiar de las últimas semanas. Le dijeron que le iban a poner goteo, *ositocina*, así tenía contracciones. Le pregunté si en los partos anteriores le habían puesto, me dijo que nunca, que no había sido necesario. *Tuve todos los partos acá en el Misericordia, en el anterior también había como siete estudiantes, mirando, aprendiendo*, nos dijo. *-¿Y no te molestaba eso?*, preguntamos. *Estás tan dolorida, que no te importa que te miren, con tal que te saquen el chico de una vez*, nos respondió.

Entró una enfermera que no habíamos visto antes y le dijo que se acueste, le pinchó el antebrazo y la dejó conectada a una bolsa de suero. Le escribió algo a esa bolsa con un fibrón y salió *¿Será suero? ¿Será solo suero o ya tendrá la occitocina?*, me preguntaba. Flor quiso saber si Karen tenía miedo y respondió que no, que estaba tranquila. A partir de ese momento, debido a la *vía intravenosa*, quedó acostada en la camilla y restringida en sus movimientos.

Madre, ¿usted se me ha hecho una ecografía para enterarse que estaba embarazada?, preguntó otra enfermera mirando algo en la historia clínica, sin comentar el por qué. Al ratito entró un chico, en silencio, con guardapolvo blanco (no con ambo) y con una caja plástica como las de pesca o de herramientas. La

abrió y pudimos ver que estaba llena de tubos de vidrio y jeringas. Le sacó sangre a Karen, llenó cuatro frasquitos y salió. A los diez minutos entró un residente, el que estaba en la sala del inicio (donde dejamos los bolsos), y le preguntamos con Flor el motivo de la extracción de sangre, era para hacerle análisis. Supongo que no estaba completa la historia clínica. Dijo *ya voy a canalizar*, y salió *¿Qué es canalizar?*, nos preguntó Karen. *Canalizar es el goteo que te van a hacer, con la occitocina*, le digo yo. Y Flor amplió explicando que era la hormona que normalmente se libera en el trabajo de parto, que le iba a generar contracciones y dilatación, e iba a hacer que todo se diera más rápido.

*

Las salas de parto de este hospital son “Unidades de trabajo de parto, parto y recuperación” (llamadas cotidianamente UTPR, por sus siglas). Esto significa que tanto el trabajo de parto, como el parto, la zona de “recepción del recién nacido” (RRN) y la *recuperación* de quien ha parido se dan en el mismo espacio físico⁵³.

La sala tiene, entrando y hacia la izquierda, la silla de parto y a continuación la camilla donde estaba Karen en ese momento. Hacia la derecha un sillón de un cuerpo con una mesita mínima multifunción al lado, y le sigue un placard empotrado donde se encuentran insumos de enfermería. Al frente y a la derecha una puerta que da al baño, y hacia el frente y a la izquierda nace un pasillo corto que da al sector RRN. Con Flor nos vamos a recorrer ese sector: mesada de granito, aparatos, tubos, visores, jeringas, reloj, balanza; daba la sensación de tecnología y asepsia. Descubrimos que se comunica con la sala de parto del lado, de modo que hay una zona RRN cada dos salas de parto. El esquema espacial forma, entonces, una U: en la base de la U está el sector de RRN, que se comunica con dos salas de

53 El hospital Misericordia es un establecimiento que adhiere al modelo de atención denominado “Maternidad Segura y Centrada en la Familia” (MSCF). Dicho modelo y programa fue lanzado en 2010 por el Ministerio de la Salud de la Nación junto con Unicef (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés), y al día de hoy son 102 hospitales públicos de la Argentina trabajan desde ese “paradigma” o “política institucional”. Uno de los requisitos de MSCF es la adecuación de las instalaciones hospitalarias: “Las salas TPR (Trabajo de Parto, Parto y Recuperación) son una alternativa a las salas de trabajo de parto convencionales [donde, por ejemplo, la internación en trabajo de parto se hace en salas o pabellones compartidos con otras personas en la misma situación], ya que facilitan el ingreso de la familia; además, en ellas es posible la utilización de tecnología de apoyo en el momento requerido. Son salas de internación individuales que permiten la atención durante el trabajo de parto, el parto y la recuperación luego del nacimiento, con intervenciones mínimas durante el trabajo de parto en mujeres consideradas de bajo riesgo” (Unicef 2011; 50).

parto, una en cada extremo, de modo que desde ambas se puede ver la zona de neonatología y desde allí a ambas salas, pero las salas entre sí no tienen conexión visual, aunque sí auditiva. Salimos por la sala vacía y recorrimos el resto de las UTPR, todas seguían el mismo diseño y encontramos la regularidad de que en las ocho existentes había una cruz católica de madera sobre la pared opuesta a la de la camilla y sillón de parto, de modo que la embarazada acostada se encuentra con ella siempre que mira al frente.

Alguna residente nos ve en el pasillo “a la deriva”, nos reconoce como estudiantes haciendo guardia y nos invita al consultorio de guardia. Estando allí, entra una chica, que ya había ido el día unos días atrás. Estaba de ocho semanas de embarazo y parecía haber tenido un aborto espontáneo. La misma residente del “parto complicado”, “*la nueva*” como la habían llamado también, ahora estaba en ese consultorio, y fue quien *le hizo el tacto* para sentir el cuello uterino, que esta vez, a diferencia del domingo, estaba un poco dilatado. Le dijo que se quedara así un ratito, es decir que no se cambiara, que ya vendría alguien a corroborar el tacto. Al ratito entró un médico obstetra y repitió esa acción. Decidimos con Flor ir a ver cómo iba Karen.

Todavía faltaba una hora y media para el parto, estimaba una residente. Cuando llegamos ya estaba con occitocina y habían empezado las contracciones. Flor se tiene que ir, nos saluda, le desea suerte a Karen. Me acerco a la zona de RRN y Karen grita algo, me acerco, *¿Qué pasó?*, quise saber. *No sé, escuché un plaf, algo me está cayendo*, me dijo. Justo entra una enfermera, la que le había colocado el suero, y dijo que no sabía si lo que caía era pis o si había roto bolsa. Le puso una *chata* para que el líquido no mojara las sábanas, le pasó un papel por la vulva para ver el color y quedó mojado de un color amarillento. Era líquido amniótico, lo que indicaba que la occitocina iba haciendo efecto y el parto estaba cada vez más cerca.

En ese momento se estaba realizando una cesárea, por lo que hacía unos instantes había llegado la neonatóloga al sector RRN compartido con la habitación en la que estaba Karen, y esperaba que llegue el bebé desde quirófano. Ahí había otras dos mujeres también, que interpreté como enfermeras en el transcurso de la charla. Hablaban de una mantita bonita que le habían traído a ese bebé, tejida al crochet, y que no debían saberle el sexo porque la ropita era amarilla. Nos ponemos a charlar y les cuento que estudio Antropología y que estaba haciendo la

materia como parte de la tesis, la neonatóloga habló de cuando ella hizo la materia Obstetricia, de un doctor muy rígido que había tiempo atrás, que enferma y todo tenía que ir a clases porque no podía faltar ni una vez, que se acuerda cómo la sufrió, que era invierno y cursaba todos los días a las 20hs. Las enfermeras por su parte me dijeron que en ese hospital entonces tendría mucho para ver, porque iban mujeres de muchos lados, chinas, bolivianas, que tenían costumbres muy diferentes y a veces ni hablaban español.

En eso una chica trajo al bebé desde el quirófano, que lloraba. *No lo palabreaste como yo te dije*, le reprochó en broma la neonatóloga a la chica, residente de neonatología, haciendo referencia al llanto. *Sí, yo le hablé pero no hace caso*, respondió. *Usted tiene que obedecer bebé*, se dirigió la neonatóloga a la criatura mientras la tomaba en brazos para comenzar a hacerle los controles. En eso giré la cabeza, y pude ver que Karen ya tenía contracciones intensas, me acerqué. *Son muy fuertes ésas*, me dijo, *duele mucho. ¿Son más fuertes que los partos anteriores?*, indagué. *Sí*, respondió y frunció el ceño. Recordé algún teórico donde nos decían que uno de los efectos de la canalización con occitocina eran contracciones más fuertes que lo habitual, y de aparición más repentina, casi como espasmos. *Me dijeron que ya falta poco, ojalá que pase rápido*, dijo inquieta. Vi que los latidos cardíacos del bebé estaban dentro de los parámetros normales (mediante monitoreo electrónico se podía ver continuamente la frecuencia cardíaca fetal, y en los teóricos habíamos aprendido a interpretar esos datos). A la vez las contracciones uterinas todavía eran cortas pero irían siendo más duraderas, yo las iba siguiendo con un reloj de pared que había sobre la cabeza de Karen, y había aprendido cómo se hacía en el transcurso de esas horas de guardia. Karen ya tenía ganas de pujar. Entraron tres residentes y le hicieron un tacto, tenía 7cm. Le dolió mucho ese tacto, lo demostró su mueca de dolor, pero *calladita, no se queja*, como escuché a unas enfermeras en el pasillo sobre ella, la *buenita de la sala tres*. Las residentes luego del tacto hablaron entre ellas por lo bajo, llenaron planillas. *¿Está todo bien? ¿Mi bebé está bien?*, les preguntó Karen. *Sí*, le respondieron, y salieron de la sala. Hice unos pasos y, entonces, me preguntó *¿vos también te vas? no me quiero quedar sola*, me hizo saber.

Me acerqué por el lado derecho de la camilla, *¿qué hago?*, *¿le agarro la mano?*, *¿qué se dice en un momento así?*, me preguntaba a mí misma, a mil por segundo.

¿Cómo se acompaña a una mujer pariendo? Por los movimientos de gente que veía en la sala y sus formas de interactuar con Karen, y por lo que percibía en general en la atención a las pacientes, imaginaba que no era habitual agarrar las manos en una situación como esa. En general le hablaban desde la punta de la camilla, y el contacto físico hasta el momento no había incluido muestras de afecto claras, más bien el contacto físico había sido estrictamente parte del control y seguimiento del trabajo de parto: extracción de sangre, colocación de los sensores de monitoreo fetal, tactos, ubicación de la chata bajo la cola, limpieza de la zona genital, canalización para suero y occitocina, ayuda en la colocación de la bata.

Las contracciones ya eran muy fuertes y más seguidas, *me dan ganas de pujar*, me dijo con una mueca de dolor. Le tendí la mano, *y bueno, viste recién dijeron que si tenés ganas de pujar que pujes*, le sugerí. Las palmas de las manos nos iban transpirando y entrando en calor; en cada pujo me las apretaba con fuerza, en cada descanso me iba diciendo cómo estaba, mientras yo intentaba, de alguna manera, darle tranquilidad.

Le estaba doliendo mucho, le pidió por favor a dios. Miré la cruz colgada en la pared a nuestro frente. Seguíamos solas en la sala. Observé la frecuencia de los latidos de Agustín, estaba muy bien. Comencé a medir cuánto duraban en ese entonces las contracciones y cada cuánto tiempo le venían. Llegó un momento en que comienza a costarme hacer ese registro, entré en dudas. Ingresó la enfermera que le había colocado la chata, nos ve así, registra las contracciones y se dirige hacia las piernas abiertas de Karen. Entraron las tres residentes que habían estado algunas veces durante la tarde, decidieron pasarla al sillón de parto, ubicado aproximadamente a un metro y medio de la camilla. Yo ya quedé alejada de ella y fueron entrado en acción otras personas.

Siguió llegando gente con ambo, distingo dos residentes varones (el que le había colocado occitocina y otro que entró por primera vez pero que yo había visto días anteriores durante los prácticos en el hospital), la neonatóloga de guardia, más enfermeras. Karen se sentó entonces en la silla de parto ayudada por dos personas que la acompañaron hasta allí, y una de las tres residentes comenzó a guiar el parto. Se colocó al frente y entre las piernas abiertas de Karen, que tenía los pies suspendidos y apoyados sobre los apoyapiés de metal frío, le tomó la vulva con las dos manos y tiró con fuerza, como queriendo abrirla, hacer espacio. Le tiró un

chorro de líquido antiséptico en la zona genital, que teñía todo lo que mojaba de color marrón. Debajo de las piernas abiertas había gran un tacho de basura rojo con una bolsa “de consorcio” donde fueron cayendo todos los fluidos, gasas, y “residuos patológicos”. Le vinieron contracciones, y en ese momento ya gritaba más fuerte. Continuó entrando gente, éramos diez en la sala y Karen, el espacio estaba repleto. En ese momento me incomodaron los tubos de luz encendidos encima de Karen, que daban una tonalidad blanca y fría a la sala, y me imaginaba a ella encandilada cada vez que miraba para arriba cuando se acababan las contracciones.

Uno de los residentes de más experiencia, el que había visto días anteriores, estaba en los últimos días de su residencia. Se encontraba a un lado del sillón de parto, al costado de Karen, y comenzó a contarle algo sobre un caso clínico a una colega que estaba ubicada como él pero del otro lado del sillón. Fueron alternando el diálogo con indicaciones para Karen: *concentrate mamá, ¡hace fuerza!* La residente encargada roció otra vez la vulva con antiséptico, y se respiraba adrenalina en el aire. *Levantá la cabeza, agarrate de las rodillas*, le indicó otra de las residentes. Karen se veía incómoda con esa posición, estaba apoyada solamente con la espalda y con las manos hacía fuerza para sostener las rodillas para que no se le escaparan. *No hace buena fuerza*, dijo entre indignada y alterada la residente que estaba entre las piernas. Todos pudimos escucharlo, pero se había dirigido a la residente que estaba al lado de ella siguiendo de cerca sus acciones: era *la nueva* del parto complicado anterior y la única en la sala con delantal de goma, barbijo, guantes, y bolsas de nylon en los pies, lista para algún momento que estaría por llegar. *Hacé fuerza abajo, no con la cara*, le indicaron desde el costado, *como si estuvieras haciendo caca*, acotó otro. *Sin gritar, ¡vamos! Vamos que tu bebé quiere salir, ¡ayudalo!* dijo *la nueva* entre las piernas. *Cuando se te van las contracciones respirá, juntá fuerza, ¡vamos!*

La residente al frente de las piernas le volcó antiséptico otra vez en la zona de la vulva y el ano. El residente al lado de Karen, el que estaba a punto de recibirse, se subió, para ganar altura, a un caño que tenía el sillón a unos 30cm del suelo, apoyó el antebrazo donde terminaba el útero cerca de los senos, y en las contracciones siguientes se abalanzó sobre el antebrazo con el peso de su cuerpo, haciendo presión. Karen gritó de dolor, *¡Basta doctor!*, imploró. El residente se agarró de las

manos con la residente ubicada a su frente, con quien hablaba al comienzo sobre un caso clínico, y lo ayudó en las siguientes contracciones a hacer más fuerza y presionar otra vez en el mismo lugar. *Una más, la última, con fuerza, ¡dale!* gritan y presionan al mismo tiempo. Karen lanzó un grito sostenido, *¡Duele doctor!, ¡no haga más eso por favor!*, pidió seguidamente entre dolorida y asustada. Pasaron esas contracciones, *no sabés como ayudó*, dijo el residente. Durante esa secuencia reviví, otra vez, algunos teóricos, porque esa maniobra que habían practicado estaba desaconsejada, habían dicho algunos profesores. La maniobra de Kristeller podía traer consecuencias negativas, según nos habían informado, tanto para la madre, y en ese momento recordé los desgarros severos, hematomas, fractura de costilla, prolapso uterino, como así también para el bebé, por ejemplo dificultad respiratoria, fractura de clavícula, hematomas, desgarros musculares y golpes en la cabeza, lesiones en órganos internos y hasta la muerte.

Dale que ya veo la cabecita, una más, dijo la residente entre las piernas *¡No puedo!*, respondió. Karen se estaba cansando. *Una más, ¡dale que tiene salir, en esta sale!*, la incentivó. Estaba la cabecita ahí, *coronando* como se dice en jerga médica, hubo cambio de roles, *la nueva*, que estaba con guantes y delantal de goma, se puso al frente de la vulva para recibir al bebé. Lanzó un chorro de antiséptico en la zona e intentó tomar la cabeza con las dos manos, faltaba muy poco para que lo consiga. *Vamos que en ésta tiene que salir, no puede estar más tu bebé ahí adentro, ¡dale!, ¡en la próxima con todas tus fuerzas!* Apenas pudo tomar la cabeza, comenzó a tirar. Se notaba que hacía muchísima fuerza, finalmente salió. Pensé y me dije: ahora que salió la cabeza en las próximas contracciones con un poco de fuerza se acomoda solito y salen los hombros, como dijo el profe en el teórico. La residente continuó tirando, esta vez se colgó para que saliera el hombro que estaba hacia arriba, hizo su fuerza de a tirones cortitos y repetidos. Parecía que iba a desnucarlo. Tiraba, tiraba, y lo sacó. Después tiró en la dirección opuesta, hacia arriba y con fuerza, para retirar el otro hombro. Por fin salió Agustín. Por fin, ya está, pensé.

En relación al nacimiento de Agustín, una vez afuera se sorprendieron por el tamaño, le cortaron el cordón y lo llevaron al sector de RRN. De nuevo un teórico vino a mi memoria, *no es necesario cortar el cordón umbilical apenas sale el bebé*,

nos dijeron. Incluso, además, es preferible esperar hasta que deje de latir porque mientras tanto continúa transmitiéndole cosas importantes al bebé.

Desde el sector RRN anunciaron el peso y en la sala se sorprendieron. La residente que había asistido el parto al comienzo le dijo a *la nueva* que retiró al bebé: *vas a decir, ¡hice un parto de cuatro kilos setecientos!* Hubo sonrisas, y ella aprobó el comentario, se la veía entre nerviosa y feliz. Se notaba que era algo inusual el peso de Agustín y por lo tanto meritorio de reconocimiento, quizás más todavía por ser *la nueva*. En ese momento se empezó a ir la gente, quedaron las dos residentes implicadas directamente en el parto, una enfermera y yo. Una de ellas masajé el útero por fuera para comenzar a estimular el desprendimiento de la placenta, cosa que le dolió mucho a Karen. La enfermera sacó del placard un paquete de papel blanco, y comenzó a desplegar los elementos que contenía sobre la mesita: bandeja metálica, pinzas, agujas, gasas. *La nueva* tiró antiséptico en la zona genital, y comenzó a tirar del cordón para que saliera la placenta, y yo recordé: se puede esperar media hora a que salga sola la placenta, eso habían dicho en los teóricos. Inclusive era riesgoso tirar del cordón porque podían quedar partes de la placenta adheridas al útero y eso causar una gran hemorragia, recordé. Las contracciones seguían. Esas son las que estimulan el desprendimiento de la placenta y su expulsión, me acordé de una clase. Mientras *la nueva* seguía con esta tarea, la más experimentada le comentó que la próxima, a la hora de jalar de la cabeza del bebé, lo hiciera de modo sostenido, es decir colgándose de la cabeza de manera continua y decidida, y no de a tironcitos. Mientras escuchaba y asentía, continuaba tirando del cordón hasta salió la placenta, la revisó, por suerte estaba entera. La arrojó al tacho de basura debajo de las piernas abiertas. Roció antiséptico de nuevo y manos a la obra para suturar los desgarros.

*

Durante las cinco horas de guardia de ese día vimos a *la nueva* en acción en varios momentos: cuando recién había finalizado el *parto complicado* y llenaba planillas, cuando hizo un tacto de control en el consultorio de guardia a una chica que había tenido un aborto espontáneo, cuando relevó a su compañera más experimentada durante la salida de Agustín por el canal de parto y en el proceder

posterior (salida de la placenta y sutura del desgarro). En el escalafón de los residentes ella se ubica en el rango menor, el *R1*, el de *los pichis*, podríamos decir según escuché, en otras situaciones, que se denominaban ellos mismos:

— ¿Qué hacen allá? —preguntó la neonatóloga que estaba ese día en la *revista de sala* de la Maternidad Nacional, al grupo de cuatro residentes que estaban sentados juntos. Ese día estaban ocupando un lugar inusual de la sala.

—Los *pichis* estamos de este lado— dijo una de ella entre risas, en esta situación englobándose todo el grupo de residentes bajo la misma categoría.

A ese término también lo escuché al charlar con una amiga, médica y en ese momento residente del último año de la especialidad Medicina Familiar (es decir venía de hacer toda la formación de base que da la carrera de Medicina más tres de la *resi*). Reflexionando en conjunto sobre el sistema de residencias, me comentó, según sus propios términos, acerca del *lugar que ocupás subjetivamente adentro de la institución*:

Sos el pichi, sos el nuevito en formación, no sos un compañero de laburo. Y está bien que al principio no tenés las capacidades, las habilidades y conocimientos para eso, para ser un compañero más, pero te juro que muy rápido pasas a serlo. La residencia dura de tres a cinco años, depende dónde la hagas, pero son largas, y al año y medio ya estás quemadazo, ya incorporaste toda la práctica porque te cansaste de hacer guardia, te cansaste... entonces digo, todo eso hace que en la operatividad seas ya un compañero más. Y no, y seguís siendo un pichi que encima estás en un sistema tan verticalista que vos entrás y tus propios compañeros de residencia de años superiores se cagan en vos. Entonces vos vas subiendo y te vas cagando en los que vienen.

Los pichis, puede hablar de una demarcación entre, por un lado, los médicos residentes como grupo y los ya profesionales (como sucedió en la *revista de sala*) y/o, por el otro, entre los residentes mismos en distintos años de formación (como dijera mi amiga), o *la nueva*, como se hizo referencia a la residente inexperimentada de nuestra tarde de guardia. Ello es alusivo a un sistema de relaciones donde hay posiciones diferentes en una estructura jerárquica. En ellas

se juega el prestigio y la demostración de capacidades, hay tareas y responsabilidades particulares y concretas según la posición que se esté ocupando, corporizan diferentes niveles de autoridad, y también reciprocidades y reconocimiento mutuo (*¡Vas a decir, hice un parto de cuatro kilos setecientos!*).

Ahora bien, esas posiciones no son estancas, como ya venimos viendo, sino más bien móviles y, siempre, relacionales, es decir depende con quién se dé la relación interpersonal es que adquieren relevancia y pertinencia. Por ejemplo en el parto complicado, si bien la embarazada veía insegura a la residente a cargo y prefería que otra persona la asistiera, no tuvo ningún tipo de incidencia y *la nueva* hizo su trabajo según estaba establecido. Podemos afirmar que los residentes, sea cual fuere su (in)experiencia, en su relación con pacientes ocupan un lugar de autoridad y de alguna manera queda sin efecto el patrón de demarcación descripto (*los pichis*). No quiere decir que no esté presente (porque las pacientes pueden reconocer que quien las atiende está aprendiendo y ocupa un lugar de menor legitimidad o prestigio que los especialistas formados), pero en la interacción eso incide poco o nada. De esta manera, *los pichis* sirve como un término “interno” que funciona entre personas afines en tanto están ocupando posiciones al interior de la organización médica. Cabe aclarar, por si fuera necesario, que una persona no estará por siempre encarnando un mismo rótulo (ni una misma posición), ya que en su trayectoria personal-disciplinar irá transitando y conquistando nuevas demarcaciones (y nuevas posiciones), y desempeñándose en ellas.

Como vimos anteriormente, ser *la nueva* o *la pichi* implica, entre otras cosas, que se está aprendiendo, y por lo tanto hay otras personas que están enseñando. La residente *nueva*, durante la tarde de guardia, fue alternando su trabajo en distintos espacios de atención y siempre tuvo a alguien supervisando sus acciones. Los *no pichis* (residentes de años más avanzados en relación a ella o el obstetra que corroboró el tacto) estuvieron, en ello, reafirmando su autoridad y también poniéndose a disposición de la aprendiz, marcando errores, haciendo sugerencias, avalando decisiones y reconociendo méritos.

Por último, para los estudiantes como Flor y yo, todo lo que fue hecho (y no hecho) en las guardias, consultorios y otros espacios de atención hospitalaria, sea por la residente inexperta o por un obstetra con larga trayectoria en su profesión, define de alguna manera las acciones, movimientos, roles posibles y permitidos en

la atención obstétrica, son una referencia. Recordemos mi inseguridad y el dilema interno en el me encontré al interpretar, por un lado, que Karen me “pedía” un acompañamiento cercano y, por el otro, reconocer que “eso no se hacía”, o más bien, que yo en el lugar de estudiante que ocupaba debía moverme diferente, por ejemplo ir rotando mi participación en los lugares donde “pasaban cosas” y entrar a la sala de Karen esporádicamente, interesándome en cuestiones más técnicas. También tengamos en cuenta la incomodidad que sentía por saber que quien tiene ese tipo de contacto físico y visual con la parturienta (quien corresponde que lo tenga), no suele ser una estudiante, residente u obstetra, sino más bien una “doula”(veremos más adelante de qué se trata), un familiar o acompañante, o alguna enfermera en alguna ocasión puntual. Con esto pretendo remarcar que los *pichis* en relación a los estudiantes ocupan un lugar de referencia (saben más que estos, tienen más experiencia), y sus acciones, palabras, formas de moverse y decisiones demarcan lo que los estudiantes aprenden e incorporan como posible de ser dicho y hecho, y cómo.

*

Volviendo al parto de Karen, *la nueva* seguía, entonces, en acción, y fue la encargada de suturar la zona genital, mientras su compañera le iba enseñando y sugiriendo cómo, cuánto y por dónde dar las puntadas. Karen quería saber de Agustín: *¿está bien?, ¿mi bebé, está bien?* preguntó varias veces. Finalmente la residente con más experiencia le respondió: *es enorme gordi, hay que hacerle un montón de estudios*, y prosiguió supervisando la sutura. Esa explicación la asustó, y al instante volvió a preguntar. Yo me acercaba de a ratitos al sector RRN y veía que le estaban haciendo las intervenciones “de rutina”, pero no hubo alguna diferente a las que había observado o leído en otros momentos. Entendí que todo estaba yendo bien por el momento, que había que esperar a que la neonatóloga hiciera su trabajo. Karen me miraba buscando información, y me leyó los labios cuando le dije: *está hermoso, está todo bien*. Le sonreí y le levanté el pulgar. Se quedó más tranquila, pero de a ratos seguía girando la cabeza hacia su izquierda, como queriendo mirar a su hijo entre algún huequito que dejara la gente que le estaba haciendo los controles (la médica neonatóloga estaba con la enfermera

especializada en *neo*). Mientras tanto la residente que seguía suturando le decía que afloje, que no tensionara la zona genital porque era peor, y ella hacía el intento. Cuando terminaron entraron las chicas de limpieza en acción.

Lo que quedaba era que Karen se trasladara desde el sillón de parto hacia la camilla, a 1,5 m aproximadamente, pero no podía, tenía las piernas demasiado cansadas por lo que no conseguía mantenerse en pie. *No hay problema*, dijo en tono comprensivo la enfermera, que era la que le había puesto la chata cuando rompió bolsa. Destrabó las ruedas del sillón y lo acercamos a la camilla y la ayudamos a pasarse a ésta sin dejar la posición horizontal. *Perdón, es que no sentía las piernas*, me dijo cuando ya estuvo en la camilla. La ayudamos a sentarse y le llevaron a Agustín, cambiado y envuelto en mantas. Lo miró, le sonrió, le agarró una manito, *¡qué grandote!*, dijo, *¿cuánto pesó?* Cuatro kilos setecientos, le respondí. *Claro, por eso costó tanto salir, ¡era grandote!*, me comentó. *Vamos mamá, intente darle la teta*, le sugirió la enfermera. Se destapó el pecho derecho y sorprendentemente rápido Agustín comenzó a mamar.

Habían llegado las 18hs, momento de marcharme. *Muchas gracias por todo*, me dijo Karen mientras seguía amamantando.

Al salir de la zona de guardia lo encontré al marido en un pasillo hablando por teléfono, me reconoció e hizo un gesto con la cabeza como pidiendo novedades. Le di un ok con el pulgar arriba, se alejó el teléfono de la oreja y me preguntó sorprendido, *¿cómo salió?* Me di cuenta que no sabía que ya había nacido Agustín, y que estaba ahí desde que se había retirado de la sala, unas cuatro horas atrás. *Todo bárbaro*, le dije, *ya está prendido de la teta. ¿Cuánto pesó?*, quiso saber, y se asombró de la respuesta.

*

La tarde que nos juntamos con Flor para hablar “formalmente” de la materia con el grabador encendido, a unos dos meses de haberla cursado, me contó una de las incomodidades que había sentido, que nos trae el dilema del *hacer* o el *esperar* en la asistencia a los partos. ¿Cómo la interpeló esa disyuntiva? Flor me dijo:

Entendí muchas cosas cursando la materia, cuestiones que salían de los mismos profes. Te acordás el que nos contó esa historia que se subió al bondi y una mujer entró en trabajo de parto y que faltaba una banda de horas para que llegaran, y nos dijo 'bueno chicos, ¿ustedes qué harían?' Y uno saltó: Bueno le tomamos el pulso; No, le tomamos la tensión; el otro, No le... ¡No, nada! ¡No hagan nada!, respondió. Y viste cuando vos decís ¡¿pero qué hago acá?! Me quedo en mi casa si no podemos hacer nada. Entonces esas cosas para mí te están diciendo que si existe la obstetricia el médico en cierto punto está limitado, y vos te preguntás para qué sirve. A mí me parecen perfectos todos los controles perinatales para ver si viene bien el bebé, si está bien acomodado, si la madre está enferma, si corre riesgo, eso está bueno. Te acordás que yo decía hace un tiempito: ¡es todo un lucro! ¡No puede existir! Si en sí no podemos hacer nada durante el parto, ¿qué hacemos entonces?, ¡¿qué es la obstetricia?! ¿Sacarle plata a la gente? Si antes las parteras eran como una subautoridad, y de hecho hay lugares donde siguen existiendo, o alguien que se pueda preparar y no necesariamente tenga que ser médico (...). Un poco lo que me generaba bronca era eso, me están enseñando una materia en la cual me dicen de varias oportunidades en las que yo no puedo hacer nada más que acompañar a la mujer, que buenísimo que yo la pueda acompañar, pero entonces la obstetricia en sí para el momento del parto, ¿cuál sería la eficiencia de un obstetra ahí? Antes y después te lo acepto, ¿pero en ese momento? Al menos que yo crea realmente que sea una cesárea por cuestiones de complejidad, bueno genial, ¿pero en el parto natural? La obstetricia más allá de los cuidados perinatales y los postnatales hoy se centra mucho en lo que es el parto, como si fuera un solo momento, y tienen mucho protagonismo los obstetras (registro de entrevista. Flor, 12 de noviembre de 2015).

A Flor le costaba conciliar lo que vio y sabe que sucede (la centralidad-autoridad que tienen los obstetras durante el parto) con las reiteradas sugerencias, por parte de “ellos mismos” (los profesores), de *no hacer nada* en dichas instancias. Si era mejor *no hacer nada* durante un *parto normal*, ¿entonces para qué estar ahí?, ¿por qué no están presentes otras personas también capacitadas para asistir esos

momentos? Como dijo Flor desde su perspectiva, la *normalidad* otorga entonces un “límite” a la acción, porque ¿qué hace el obstetra mientras tanto, mientras espera?

Sobre dos “tendencias” o “actitudes” en la atención de partos

Me resultó sorpresivo encontrar sugerencias que van al tono de las recién mencionadas (esperar, no intervenir en el curso fisiológico normal) en un discurso que el ya presentado doctor Lascano da en 1938⁵⁴. Ochenta años después hay una continuidad en torno a ello: parece ser un dilema de larga data entre los profesionales de la obstetricia: intervenir o esperar.

Lascano dialoga y confronta con otras voces colegas situadas en Buenos Aires y en Francia. Éstas defienden a viva voz el *parto médico* y las intervenciones constantes, con una recurrente ejecución de la cirugía para extraer el feto, sosteniendo que un parto sin complicaciones es un acontecimiento inusual. Josué Beruti, obstetra y director de la Maternidad Nacional de Buenos Aires y contemporáneo de Lascano, expresa en desacuerdo sobre las implicancias de la tendencia “conservadora” o “abstencionista”:

“Tan ingenuo razonamiento lleva por lo general a una conclusión igualmente infantil, pero en extremo molesta y deprimente para el partero. Si los partos son actos naturales, el médico no tiene gran tarea que cumplir, o cuando mucho, le incumbe ayudar un poco a las fuerzas de la naturaleza y nada más” (Peralta Ramos en Nari 2004: 113).

La orientación de dirigir y manipular totalmente el parto es la que rechaza Lascano. Ya en aquel tiempo anuncia el abuso de la cesárea por haber sido extendida a un número de casos no necesarios, algo que repercute en la formación médica, según él. Esas cirugías dirigidas totalmente por el médico, para las cuales se realiza una serie de pasos establecidos y similares en todos los casos,

54 Recordemos, aquel obstetra que dedicó su vida a la modernización, cientificismo y expansión de la obstetricia en la ciudad de Córdoba, estando al frente de múltiples proyectos y de espacios institucionales vinculados a “la maternidad”.

redundarían en la menor preparación obstétrica (...) al grado que ha hecho innecesaria aquella sagacidad clínica (Lascano 1938: 31).

Por su parte, defiende una actitud más “conservadora” y confiable del desarrollo de los *partos naturales*, esto es: aguardar de una manera activa a que desarrollen por sí mismos los *mecanismos o física del parto* (es decir *vigilar* el proceso, atendiendo a algunos signos-indicadores de normalidad o riesgo). Incentiva a sus alumnos a seguir una conducta expectante ya que, anuncia, estaba comprobado que *respetando la integridad de la dinámica y reforzándola si es preciso* se había conseguido disminuir las hemorragias e infecciones, afecciones más comunes y riesgosas de ese momento. También aclara que los otros métodos más intervencionistas *pueden tener sus indicaciones precisas y útiles, pero nunca podrán entrar en competencia con la naturaleza para reemplazar las leyes fisiológicas del parto normal* (ibíd: 27).

Volviendo a lo dicho por Lascano como portavoz de la perspectiva abstencionista, y retomando lo que dijo Flor sobre la situación en el colectivo: ¿cómo legitimar y tornar necesaria, desde esa perspectiva, la presencia de obstetras en todos y cada uno de los partos? ¿Para qué insistir en atraer a las mujeres a los hospitales, si no es necesario intervenir y medicalizar la reproducción?

Aquí se abre una especie de incomodidad que tiene que ver con cuál es la naturaleza misma de los partos y cuál es el rol del médico obstetra en ello. Encontramos algunas respuestas en Lascano, quien parte de la premisa que el parto es un *acto natural* por lo que no es una enfermedad ni un hecho médico en sí mismo y lo correcto es estar expectante en su desarrollo. A pesar de ello, o precisamente debido a ello (su naturalidad), es que no es correcto dejarlo librado a las “fuerzas de la naturaleza”. Hay, siguiendo su mirada, una dimensión incontrolable y riesgosa que está latente y puede hacerse presente durante el parto. Lo fisiológico, entonces, podría salirse de su rumbo normal intempestivamente y poner en peligro *las dos vidas que hay en juego*.

En este sentido, cabe aclarar que más allá de las dos orientaciones a la acción diferentes (expectante o intervencionista), un punto en común es la idea de la presencia del médico como algo vital y necesario. El punto de acuerdo y confluencia entre las dos tendencias es que ambas dan por hecho que en todo parto

debe haber personal para socorrer cualquier situación o guiarla. Ese personal no es cualquiera, tiene que cumplir con ciertas condiciones en relación a su formación técnica y profesional, que a la vez son las que los médicos que en la primera mitad del siglo XX estaban intentando posicionar en su contexto como las necesarias y legítimas. A saber, estar formado científicamente, en el ámbito universitario, bajo rigurosidad técnica y sagacidad clínica, conocer y poder aplicar los avances tecnológicos y farmacológicos en el caso de ser necesario.

El *no hacer nada* que tanto enojó a Flor (el profesor con la situación hipotética del colectivo), no debe ser entendido de manera literal. Mientras que para ella denotaba que el personal que asiste un parto normal podría ser toda persona capacitada para *acompañar a la mujer*, el *esperar* del que nos hablaron los doctores-profesores no convierte en innecesaria la presencia de personal médico especializado en obstetricia.

El *no hacer nada* deseable durante un trabajo de parto *normal* que sigue su curso fisiológico implica que determinadas cosas no sean realizadas, pero de ninguna manera implica que el equipo de salud se quede de brazos cruzados o meramente observando lo que sucede durante todo el tiempo que la parturienta está en el hospital. Ese *no hacer* funciona como un paraguas bajo el cual hay determinadas prácticas que pueden realizarse, y que se realizan en la mayoría de los partos, sin que ello sea contradictorio con una “actitud expectante”, como ser: monitoreo fetal, realización de tactos, canalización con suero, extracción de sangre para análisis, indicación de posiciones, colocación de la chata bajo la cola. Con esto me interesa remarcar que hay prácticas estrictamente rutinarias, consideradas de gran importancia para el *seguimiento* del proceso, las cuales están contempladas al día de hoy dentro del *no hacer*. En definitiva, el control minucioso y periódico de, por ejemplo, cómo va *evolucionando* el embarazo o el trabajo de parto incluye necesariamente algunas acciones o maniobras obstétricas, sin que por ello se considere que se está “interviniendo”.

Si uno fuera adivino, cuántas cosas haríamos o dejaríamos de hacer

Lejos de pretender hacer aquí un análisis de los discursos, la intención es no tentarnos a entenderlos en su literalidad ni como representación de otra cosa.

Parto de la premisa de que no existe un plan engañoso o intencional por parte de los profesores, que los lleva a decir algo (que podríamos interpretar como lo “políticamente correcto”) y luego en las salas de parto se haga otra cosa. Lo interesante es ver esos discursos en acción, conocer qué genera eso que se dice y siempre tener en cuenta dónde, cómo y en presencia de quiénes/hacia quiénes fueron enunciados. En definitiva, comprenderlos en contexto.

Como venimos viendo, hay una dedicación en muchos de los profesores de la *cátedra*, en remarcar la adopción de una actitud expectante en los partos, cosa que en dichas situaciones de atención, *cuando las papas quemán*, se hace dificultoso: porque *la teoría es una cosa, pero cuando estás a las tres de la mañana con dos vidas en juego vos sos el responsable de lo que pase ahí*, nos indicó un profesor durante una mañana de teórico.

Las reflexiones y análisis a las que me fue llevando el desarrollo de este capítulo me incentivaron a hacerme algunas preguntas, que pretendo sean recibidas como disparadores para seguir pensando y no como algo a responder aquí ¿Cómo manejar la ansiedad y el riesgo que se siente durante un parto?, ¿cómo lidiar con la responsabilidad total y única que recae sobre cada profesional en cada parto?, ¿cómo salirse del lugar central en el que fueron colocados, a la vez que se colocan a sí mismos, para poder adoptar un rol expectante y secundar el proceso? ¿Será posible transformar las prácticas en una sala de parto de manera individual, cuando hay otras diez personas del ámbito médico formando parte de ello? ¿Cómo convivir con las exigencias exitistas que le son asignadas a los obstetras, inclusive durante su formación como especialistas, como vimos con la residente que *hizo un “parto natural”* de cuatro kilos setecientos? ¿Cómo hacer para tener *menos protagonismo*, como indica Flor con su crítica al rol médico hegemónico?

Los partos son las instancias en donde hay mayores discrepancias sobre qué se debe hacer: si dirigir el parto o esperar, si tirar de la placenta o esperar, si inyectar anestesia, suero u oxitocina o esperar, si presionar la parte superior del útero o esperar, si romper manualmente la bolsa o esperar, si hacer la episiotomía o esperar, si practicar una cesárea o esperar. Es decir, de ninguna manera se está cuestionando por parte del cuerpo médico su presencia en los partos, más bien se la está reivindicando: el consenso tácito es que un especialista en obstetricia debe estar presente para, en el caso de ser necesario, orquestar aquellas maniobras en

las que se ha capacitado. Él debe estar supervisando, controlando y guiando el momento para que el “binomio madre-hijo” esté fuera de peligro.

4. EL MUNDO MÉDICO SE HACE PERMEABLE

La doctora López, encargada del teórico de ese día, llegó al aula magna a las 10:10hs, diez minutos más tarde de lo esperado. Las clases teóricas son sorprendentemente puntuales, por eso ella se disculpó, diciendo que venía de una *reunión polémica sobre el parto humanizado*. En la espera a que ella llegara, nos habíamos puesto a hablar con algunas compañeras, interesadas sobre mi trabajo final, y una de ellas me acababa de comentar de esa reunión en la que había estado unos minutos, por equivocación, a la mañana temprano, creyendo que ahí estaba su comisión de prácticos. Por eso cuando la profesora contó de dónde venía, y que la reunión continuaba, nosotras nos miramos sorprendidas por la coincidencia de haber estado hablando de eso; *¡andá!* me sugirieron al unísono.

Seguí ese impulso grupal, me levanté y me anuncié a la profesora (iba a ser raro que una estudiante se levantara y saliera sin más del aula con todas sus pertenencias y no volviera). Le comenté rápidamente que yo era de Antropología, que estaba haciendo mi tesis sobre la formación en obstetricia y por eso estaba cursando la materia, y que me interesaba estar en lo que quedaba de esa reunión. Seguidamente tomé la palabra en el aula magna y me dirigí en voz alta hacia mis compañeros. Algunos ya estaban al tanto de mi participación por haber conversado en algún recreo o un teórico, o por estar juntos en los prácticos, y otros se enteraron en ese momento.

Mi “presentación” de esa mañana fue sumamente impensada, impulsiva, quizás impropia. Surgió de dejarme llevar por el *andá* de mis compañeras, de la curiosidad por esa reunión, de querer hacer saber a la profesora sobre mi participación externa y de la intención de avisar sobre mi presencia a todos los estudiantes, entendiendo que eso era lo correcto.

Al ingresar a la sala colmada de personas en la que sucedía la reunión, me senté en el piso siguiendo el círculo de una ronda que se había formado, ya que no quedaban sillas vacías. Al terminar su intervención el médico que estaba hablando cuando ingresé, tomó la palabra el titular de la *cátedra* y dijo, señalándome y a modo de advertencia: *ella, quien acaba de entrar y no se presentó, está haciendo su tesis en antropología acá en la cátedra. Todo lo que digamos ella lo va a usar para su*

trabajo. Algo sorprendida y sintiéndome con la responsabilidad de decir alguna cosa, tomé la palabra y me anuncié en voz alta a todos los presentes:

Aprovecho para presentarme, soy Lucía y, como dijo el profesor, estudiante de Antropología. Estoy haciendo mi tesis sobre la formación en obstetricia, ya muchos compañeros me habrán visto porque estoy cursando la materia. Recién estaba en el teórico y la profesora nos contó que venía de esta reunión, me pareció interesante poder estar acá. Y ya que estoy, si a todos les parece bien, les pido permiso para grabar.

Mientras yo me presentaba, y durante el desarrollo de la reunión, una de las mujeres (luego supe que era una trabajadora social) me miraba con sonrisa y se dirigía hacia mí con un gesto cálido y simpático. Debe ser por ello que cuando terminó todo, me acerqué a para preguntarle si sabía cuándo sería el próximo encuentro, y ella, al no saber, llamó a una de las mujeres con quien había ido y le dijo: *acá está la compañera que quiere saber cuándo va a ser la próxima reunión. Ese día pensé: ¿yo "compañera"?, ¿desde cuándo?, ¿la llamaría "compañera", también, por ejemplo, a alguna de las médicas presentes?, ¿en qué lugar de las relaciones me estaba ubicando ese rótulo?*

Con el transitar del cursado pude reconocer que los estudiantes conocen la antropología a partir de cursar una materia obligatoria en primer año denominada Medicina Antropológica; en ella ven, como en Medicina Psicosocial en segundo año, *lo que tiene que ver con la relación médico-paciente*. Esta noción absolutamente siempre para mis compañeros fue un sinónimo de buen trato por parte del médico hacia la paciente, esto es: ser amable, no dirigirse como *mamita* o *chiquita*, intentar llamarla por el nombre y no por el número de habitación en la que se encuentra o por la afección que padece, ser cálido en el tono de voz, que haya un buen ambiente de atención y que el médico trate de darle confianza y seguridad, recordando siempre que *tratan personas con enfermedades y no enfermedades* (el equivalente en este trabajo sería: *tratan personas embarazadas y no embarazos*). Siguiendo la

idea propuesta por los estudiantes, la *relación médico-paciente* existe cuando la interacción tiene características consideradas positivas, como las mencionadas recién. Por el contrario, si hay algún rasgo de atención impersonal, de maltrato o indiferencia por parte del médico, entonces la *relación médico-paciente* se desvanece. Es significativo que la existencia de la *relación médico-paciente* para los estudiantes está supeditada a una de las partes de esa relación, que posibilita o no su desarrollo. En este sentido el médico está impregnado de cierto poder para generarla, teniendo en ello un papel totalmente activo. En tanto la otra parte de la relación (el paciente) es figurada como receptora de esos tratos o intervenciones médicas, ocupando un lugar más pasivo y con escasa capacidad para darle existencia. Siguiendo con lo anterior, cuando yo les contaba que era estudiante de Antropología me asociaban rápidamente a ese universo de reflexiones sobre la atención médica que *le habían inculcado con Psicosocial y Antropológica*.

Recuerdo las palabras del titular, cuando estábamos acordando los criterios de mi paso por la *cátedra*: yo debería ser cuidadosa ya que al participar de situaciones de consultorio y *ver una mujer con las piernas abiertas*, estaría formando parte de un momento íntimo de la *relación médico-paciente*. *Pero vos sabrás de eso, estudias Antropología*, terminó su frase. Por venir de ese campo de conocimiento, entonces yo sabría de ser respetuosa, “ubicada” y no invasiva con las pacientes.

Ligado a lo anterior, antropología forma parte, en el imaginario de muchos médicos y estudiantes, de esas disciplinas sociales foráneas a la medicina, que están poniendo la mirada crítica sobre su trabajo (el de ellos), y diciendo cosas sobre su rol de asistencia y las prácticas que llevan adelante. Al nombrarme *compañera* la trabajadora social también dio cuenta de esa asociación.

Durante el desarrollo del cursado, en mi explicación de qué es lo que estaba haciendo al cursar la materia, no solía utilizar las categorías que aparecerán en escena más adelante (*parto respetado, parto humanizado, parto natural* o *violencia obstétrica*) ya que imaginaba el impacto que generarían en ese contexto médico. Y también porque no era eso en sí lo que quería conocer. Solo que, al decir que estudiaba Antropología, “algo” (relativo a lo expresado arriba) llevaba a que muchas veces me asociaran con ese universo de categorías que vienen a cuestionar

ciertas prácticas actuales de la atención médica en general, y obstétrica en particular.

A la vez, reconozco que con la decisión de ir a la reunión y con las presentaciones de esa mañana (en el aula magna y en la sala de la reunión), contribuí a reforzar una idea sobre mí ligada al reclamo por el *parto respetado*, algo con lo que de alguna manera ya se me asociaba desde el inicio mismo del cursado. Fabricio, el estudiante con quien ya nos conocíamos de antes del cursado, me hizo saber lo que él veía sobre cómo los profesores, o algunos de ellos, me veían: *Con vos por ahí tenían cierto recelo o un trato especial. A veces desconfiaban de lo que vos estaban viendo, de lo que ibas a decir, de lo que ibas a escribir, que iba a ser una tesis de la UNC. Como que se podían sentir evaluados por tu parte. Varios compañeros me hicieron comentarios del estilo, además de avisarme que si me ponía a charlar con ellos o les hacía entrevistas se iban a hacer los humanistas, me la iban a caretear* (comentario de Flor). Recuerdo una situación, entre varias similares, cuando se me acercó uno de los profesores al final del teórico y quiso saber en un tono algo instigante, que remitía a la desconfianza que relataba Fabricio: *¿y?, ¿qué cosas estás viendo?, ¿qué conclusiones estás sacando?*

Entonces, el provenir de la antropología me asignó en un primer momento un lugar singular relativo al conocimiento previo que las personas tenían sobre la disciplina. Ello fue (re)actualizado cotidianamente en mi vínculo con ellas y las situaciones de las que formé parte. Mi trabajo de campo y este trabajo final está atravesado por ello.

Una reunión polémica con gente de afuera

Como vimos en la historización del capítulo 1, desde fines del siglo XIX el estado argentino comienza a preocuparse y a regular algunos aspectos en relación al embarazo, el parto y el posparto, empezando en aquel entonces por “la mujer obrera”. Esto es, otorga los primeros derechos vinculados a la maternidad a las mujeres que trabajaban en fábricas y talleres, quienes comienzan a tener una licencia laboral antes y después del parto, y una vez regresadas al trabajo un permiso de quince minutos cada dos horas para amamantar. Al día de hoy pasaron más de cien años y existen leyes que están manifestando nuevas preocupaciones y

campos de intervención estatal. Durante el cursado de Obstetricia circuló de distintas maneras la Ley Nacional n° 25.929 (2004), reglamentada en 2015, conocida como Ley de *parto humanizado* (término que aparece en dicha ley) y también, en general, como Ley de *parto respetado*. Cabe aclarar que ambos términos fueron utilizados de manera indistinta en lo que fue mi trabajo de campo.

Para el presente capítulo me motiva indagar cómo es vivida dicha ley en el micromundo en el que pasé casi dos meses, qué lugar se le da, qué efectos tiene, qué nociones son (re)construidas sobre dicho marco legislativo, y por quiénes. Darle lugar aquí a la Ley de *parto respetado* tiene que ver con cuánto resonó “en el campo” durante el período que cursé la materia, ya que unos días posteriores al comienzo del cursado tuvo lugar la *reunión polémica*, al decir de la doctora López, que puso a circular distintos posicionamientos en torno a la categoría *parto respetado*, y otras que veremos más adelante.

La *reunión polémica* fue el 29 de mayo de 2015 y participaron un total de quince médicas y médicos del servicio de obstetricia de la Maternidad Nacional (servicio que está conformado, en parte, por docentes de la materia). Las edades del equipo médico oscilaban entre los 35 y los 70 años, lo cual veremos a lo largo de este capítulo marca la cuestión de la experiencia como obstetras. A demás había cuatro representantes de otras dos disciplinas y unidades académicas de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC). Para contextualizar: el 25 de agosto del año 2014 (casi un año antes de la reunión) se firmó un acta-acuerdo entre la Facultad de Ciencias Médicas (FCM), la Facultad de Filosofía y Humanidades (FFyH) y la Escuela de Trabajo Social (ETS)⁵⁵. Dicho documento tenía el objetivo de aportar, como dice el texto, a “la plena aplicación de la Ley Nacional 25.929 de Derechos de Padres e Hijos durante el Proceso de Nacimiento, conocida como Ley de parto humanizado, en el Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología de la UNC”. Fue en dicho marco que se dio la reunión aquella mañana, como un primer acercamiento para empezar a caminar interdisciplinariamente y entre las tres unidades académicas la cuestión (ambigua, tensa y problemática) de rever y repensar la atención obstétrica en esa institución.

55 Al momento de realizar el trabajo de campo del cual surge este trabajo final, la Escuela de Trabajo Social formaba parte de la Facultad de Derecho y Ciencias Sociales. A comienzos de 2016 hubo una reconfiguración de algunos espacios académicos y se crea la Facultad de Ciencias Sociales, a la cual pertenece hoy la ETS.

Cabe aclarar aquí que si bien la situación disparadora para el presente capítulo es la *reunión polémica*, la propuesta es no verla como un hecho único y aislado, sino poder comprenderla en contexto y con una mirada de largo plazo. Entonces, la propuesta es entender tanto lo previo que existe a ella como las repercusiones posteriores haciendo parte de la misma: los sentidos, las relaciones, experiencias y reflexiones se crean en conjunto en un espacio-tiempo difícil de delimitar, creativo y no lineal.

Estamos en un contexto en el que se cuestionan, desde distintos ámbitos, algunas prácticas y tratos llevados adelante por el personal de salud en las salas de parto, y específicamente por los obstetras. En la Maternidad Nacional, según pudimos conocer en el cursado de la materia y por lo que nos contaban los profesores, muchos de esos cuestionamientos provienen de *hippies* y *naturistas*, de *agrupaciones de mujeres* organizadas en torno al *parto respetado*, de parte de la comunidad universitaria (por ejemplo las participantes externas de la reunión), a veces de las mismas pacientes que hacen demandas específicas (lo veremos con *la Francesa*), y también de algunos obstetras que reclaman una atención “basada en evidencias”⁵⁶ e inclusive que asisten *partos domiciliarios* (*y los cobran muy bien*, nos aclaró un profesor). Aquí no haré un análisis en profundidad sobre ello, sino más bien intentaré comprender qué efectos tienen esos cuestionamientos y qué es lo que está en juego en esa distancia que cotidianamente pusieron muchos doctores, y por veces los estudiantes, a una serie de términos (algunos que aparecen en la ley y otros que se le asocian) y, por extensión, a *esa gente* que los utiliza. ¿Cuáles son las imágenes sociales que existen sobre *el parto respetado* al interior del servicio de Obstetricia y cómo son vividas por los doctores? ¿Cómo se las pone en escena al calor del cursado, ya sea en la dinámica áulica o en consultorios?

Sobre todo mi esfuerzo irá dirigido a conocer cómo los estudiantes se posicionan en torno a esos temas que surgieron, a cómo interpretan los reclamos

56 La Organización Mundial de la Salud (OMS), así como el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) y el Ministerio de Salud de la Nación son los organismos en donde se viene discutiendo sobre las prácticas aconsejadas y proponiendo un “paradigma de humanización” en la asistencia a embarazos y partos. La información y el material que difunden son “basados en evidencias”, es decir fueron elaborados, según lo que enuncian, con una metodología de investigación acorde, revisiones sistemáticas, meta-análisis y otros enfoques que le dan validez científica (MSCF 2012; 23). A estos contenidos apelan muchas veces quienes reclaman prácticas acordes al *parto respetado* y al *parto humanizado*, a modo darle respaldo y validez a sus planteos.

de esa gente y la ley de *parto respetado* o *parto humanizado* ¿Cómo los interpelan los diferentes discursos y acciones que “aparecieron” durante la materia?

Para mi sorpresa es sumamente escaso el material disponible sobre la producción de la ley de *parto respetado*: quiénes la elaboraron y la impulsaron, desde qué sectores, con el apoyo de quiénes, si tuvo debate en parlamento, si pasó por comisiones de trabajo, qué participación tuvieron los médicos obstetras, las organizaciones sociales, la sociedad civil, los partidos políticos, por qué surgió en ese momento, entre otros. En este sentido la construcción de su genealogía es un terreno fértil para investigaciones posteriores.

La socióloga Belén Castrillo sostiene que el instrumento legal en cuestión es de los primeros dispositivos a través de los cuales el estado instituye formas de concebir la atención médica humanizada de partos, a través de la explicitación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el proceso de nacimiento (2016: 5). A la vez, señala brevemente que surge de la conjunción de dos proyectos, por un lado “el de la diputada Mazza (FPV-La Rioja) (...) que se fundamenta en el derecho humano a la salud, en la tecnificación de la medicina y reconoce el trabajo de organizaciones de la sociedad civil en la construcción del proyecto” (ibid: 5,6). Por el otro el del mismo Poder Ejecutivo Nacional (en manos del entonces Ministro de Salud Gines González García), “que se fundamenta en el programa nacional de salud sexual y procreación responsable, en la Conferencia de Beijing de 1995 y en la Declaración de Fortaleza de la OMS 1985” (ibid:6).

En el caso de existir críticas por parte de quienes toman como referencia positiva a la ley, éstas no son dichas abiertamente, por ejemplo: los modos de ser mujer y ser madre que reproduce, el modelo de familia que representa, la idealización de un tipo de parto que postula, entre otras. Más bien existe una abundante cantidad de producciones de todo tipo y desde diversos actores, individuales y colectivos, que difunden la ley y visibilizan los derechos que establece, es decir hay una gran apropiación de la misma, y se la toma estratégicamente con rigor de verdad. Esto es, al igual que sucede con otros documentos de producción nacional e internacional (ver la nota al pie de la página anterior), recurrir a dicha ley da respaldo y legitimidad per se a los reclamos de *parto humanizado/respetado*.

*

Volviendo a la *reunión polémica*, tuvo lugar en una sala que era grande pero quedaba chica, porque también había tres comisiones de prácticos (es decir treinta estudiantes de Medicina), pues sus profesores a cargo debían estar allí. Para esos estudiantes fue una clase salida de lo común: por el espacio físico en el que tuvo lugar, el tema en el que se centró, la participación de personas externas al mundo médico que opinaban sobre éste, por el formato de charla-debate, por su duración más extensa de lo habitual (ocupando gran parte de tiempo del teórico), y quizás también por el ambiente encendido, por los sobresaltos y las voces superpuestas que a veces hacía difícil escuchar con claridad lo que decía cada quien ⁵⁷.

Se respiraba un aire tenso. Las participantes externas a Medicina fueron con el desafío de pensar, según comentaron, *cómo la ley, que es un universal, se articula en un establecimiento específico*, para lo cual se ponía en la mira el trabajo cotidiano del plantel de Obstetricia y el posicionamiento institucional en torno a efectivizar la ley. Los temas abordados iban saliendo, a veces, de la lectura de algún artículo de la ley (de dos hojitas que repartieron las participantes externas), lo cual suscitaba inquietudes e interpretaciones varias. Una intervención desencadenaba otra, y esa llevaba a otra, a modo de charla “desorganizada”, en la que no rigió un tiempo de exposición pautado por orador ni otro criterio aparente que ordenara la interacción.

A lo largo de la reunión, en varias oportunidades, obstetras mujeres intervinieron para reclamar que se sienten excluidas por la ley, la perciben desigual e injusta, porque no ve las violencias del otro lado (las pacientes y sus acompañantes). En este sentido, contaron situaciones en las que son agredidas a través de gritos, amenazas e insultos, y plantearon *¿qué derechos tenemos nosotros?* Decían percibirla como una ley que no los escucha y que está enunciada desde el desconocimiento de la realidad hospitalaria: *no sabe lo que se vive desde acá*. Varias veces invitaron a las representantes de las dos unidades académicas externas a Medicina a estar en las salas de parto y *ver lo que pasa ahí*, sólo así entenderían realmente lo que conllevaba su trabajo.

57 A lo largo de este capítulo no personalizaré a nadie en concreto de los participantes de la reunión, ya que a efectos del análisis propuesto se hace relevante poder retomar cuestiones generales.

Están descontroladas, empiezan a gritar, nos levantan la voz. Entonces por ahí uno tiene que hacer reaccionar a la paciente, ‘escuchame lo que te estoy diciendo, abríme las piernas porque tu bebé se va a morir en el canal de parto, tiene los latidos bajos, por favor’ ¿Y la paciente entonces? Hay que estar, vivirlo ahí. Cómo será que se ponen, que después que pasa el parto te llaman y te piden disculpas, te dicen ‘no puedo creer que hice eso’.

Así, en varios momentos, algunos integrantes del servicio de Obstetricia quisieron mostrar a las participantes externas cómo es su papel cotidiano en las salas de parto y la relación con las parturientas y acompañantes, a modo de que puedan conocer la “contracara” y los maltratos que reciben y que la ley deja afuera. También expusieron críticas sobre las implicancias que conlleva que las parturientas puedan estar acompañadas *en todo momento*, o que puedan elegir *siempre*, o que haya que informarles de *cada* intervención que se les va a realizar.

En relación a las elecciones de las pacientes, recuerdo un día en revista de sala, donde una de las residentes informó, en el relato matutino de las actividades de guardia, que la jornada anterior había nacido *un masculino por vía alta (cesárea) debido al estreptococo que había dado positivo*⁵⁸. *Es la chica que quería tenerlo en la casa, la Francesa*, agregó.

— Ahora está de moda el parto domiciliario, el parto acuático — comentó unos de los profesores.

— Sí, y acá vienen pidiendo cesárea, pidiendo epidural, llegan con información pero sin filtro ¡Hay que ver las condiciones que se dan! Cambiar la filosofía de esas mujeres es muy complicado, quieren venir a dirigir la situación, como esta chica...

Luego, el titular se dirigió explícitamente hacia nosotros los estudiantes y dijo que para quienes nos interesara, el Ministerio tenía en su página web una guía para el manejo de *parto respetado, después cada uno lo lleva para su lado, pero eso es algo hecho por médicos*.

La situación de *la Francesa* la conocí a través de Mica y Flor, compañeras que presenté en el capítulo anterior, ya que ambas presenciaron uno de los *controles* de embarazo de la mujer; estaban en consultorio haciendo el práctico. Para mí fue

⁵⁸ Estreptococo es un tipo de bacteria que puede transmitirse al bebé en su paso por el canal de parto, y luego causarle una infección.

interesante escucharlas debido a la diferencia de sus relatos, en tanto los aspectos que remarcó cada una de esa interacción en la que habían estado presentes.

Recordemos el planteo que hicieron algunas médicas en la *reunión polémica* sobre sentirse agredidas por las pacientes y sus familiares. Con Mica veníamos hablando de la *relación médico-paciente* cuando me contó:

— En general yo noto que hay muchos doctores y doctoras que tratan bien, y a lo mejor hay muchas pacientes que no, como que no les dan el respeto. En Obstetricia lo vimos con una paciente que era francesa, no sé si te contaron —comenzó—. Estaba re loca, quería todo gratis, hasta quería que la doctora vaya y le saque fotocopias porque ella necesitaba los análisis, ¡la mujer se quería quedar los análisis! —dijo consternada—. Creo que quería tenerlo en la casa al bebé. La doctora le dijo 'tengo que dejarlos archivados en la historia clínica tuya, hacele fotocopias o dámelos que quedan acá, van a estar acá'. Y la mujer dijo que no, que ella viajaba mucho por todo el mundo, qué se yo. La trató re mal a la doctora que casi se larga a llorar.

— ¿Por eso? ¿Por el tema de llevarse los estudios? —indagué.

— Por el tema de los estudios y por todo. Esta paciente le discutía a la médica en qué posición estaba el bebé, ¿me entendés? Viste que se ponen de perfil los bebés, tenés que palpar de un lado lo que es la columna y del otro lado lo que son las partes, la cabeza, los piecitos —me explicó—. Para ella el bebé estaba con la columna al medio, estaba re loca porque era todo una alucinación me entendés, no podés decir que la columna está al medio. Después al último aflojó, cuando la doctora la revisó y le explicó 'mirá, acá está'. Pero en serio que no podés ponerte a discutir con un médico eso. Bueno estaba media loca igual, decía que se quería comer la placenta después .

Con Flor el tema de esa paciente surgió cuando ella hacía un recuento de *la cantidad de cosas* que le habían pasado en la materia, en el sentido de demasiadas y muy pesadas; una de esas fue estar presente en *el conflicto con la Francesa* y la pelea por los estudios. Al decir de Flor, cuando la médica le sugirió que, si los quería, los fuera a fotocopiar y volviera, la mujer reclamó: *cómo voy a sacarle yo fotocopia, por qué tengo que sacar yo la fotocopia, si vos la querés tener. Sacamela vos acá adentro del hospital.*

—Cuestiones muy sencillas pero muy culturales a la vez —reflexionó Flor—. Esa chica tenía una concepción de que la médica le estaba imponiendo dejar los

estudios, y a la vez encima tenía que fotocopiarlos ella, por más que fueran veinte centavos, eso no importaba, no era la plata. La médica la trataba muy despectivamente, y no fue solamente el tema de las fotocopias, sino también varias otras cosas que entraron en choque.

Según me contó Flor, la consulta ya había empezado tensa porque *la Francesa* había contado, algo indignada y en tono de reclamo, que días atrás le habían dicho que era de urgencia que fuera a hacerse una ecografía a la Maternidad Provincial y allí la tuvieron dos horas esperando hasta que finalmente no la atendieron. La mujer les decía recreando la situación: *¡cómo puede ser! Es una urgencia, sino no hubiese venido acá, ¡estoy hace dos horas y no me atienden!*

— La doctora no entendía el punto de vista de ella, y empezaba a tratarla mal. En un momento la puso nerviosa, y le dijo refunfuñando que la iba a pesar, y ella medio enojada, se iba sacando la ropa. Se subió en bombacha y corpiño a la balanza, y la médica también la trató mal por haber tenido esa actitud digamos, porque normalmente se pesan con la ropa —me contó Flor, sin estar de acuerdo con la actitud de su profesora.

Además, algo que retuvo Flor en su memoria y lo reconstruyó en un diálogo, fue el comentario de la doctora hacia las estudiantes cuando *la Francesa* se retiró del consultorio.

— ¡Uf, podés creer estas cosas! ¡Podés creer! — les dijo la médica indignada.

— ¡Yo no puedo creer que vos me estés diciendo eso a mí! Una profesora no puede dirigirse así a los estudiantes —dijo Flor como respondiéndole— ¿Cómo puede ser?, sos vos la que tiene que estar preparada para poder lidiar con estas cosas, y no lidiar desde el conflicto y saber imponerte mejor que ella, ¡¿no?! Es contenerla, tratarla de otra forma, no con esa prepotencia — indicó cerrando el diálogo imaginario con la médica—. Y encima todas mis compañeras como asintiendo ‘sí, que loca esta francesa’. Yo no me acuerdo si dije algo, pero o les pegaba y les decía ‘váyanse todos al carajo y me voy de acá’ o asentía con la cabeza. Y te quedás callado porque ¿cómo haces vos solo a ponerte a discutir contra todos? — finalizó.

La Francesa fue una paciente que irrumpió en la tranquilidad u orden establecido en las consultas: pedía llevarse los análisis, se pesaba sin ropa, se quejaba de haber tenido que esperar dos horas para una ecografía de urgencia. Según la habían referenciado en *revista de sala*, quería venir a dirigir la situación.

Recordemos, además, que era una paciente que había planificado parir en su *domicilio* y se rumoreaba que se comería la placenta, ambos aspectos considerados al borde de la irracionalidad por parte del plantel docente y por muchos de los estudiantes, aunque sean prácticas que se realizan. Además puede que su origen extranjero haya contribuido a que se le adjudicara esa *filosofía* diferente, según dijo el doctor en *revista de sala*.

El tratamiento que habitualmente le dan a la placenta en los hospitales la ubica en un lugar con, al menos, tres características: de riesgo, de “caja negra” del embarazo y de desecho. Es decir, una vez expulsada o extraída, se realiza una *inspección ocular* para asegurarse de que esté completa ya que si quedan restos adheridos al útero puede desencadenarse una hemorragia (riesgo). Además, en la Maternidad Nacional es protocolo que después de esto se envíe a analizar a Anatomía Patológica. Esto sucede, en dicha institución, en absolutamente en todos los partos más allá de que no haya que comprender situaciones patológicas, factores de riesgo o las causas de muerte del recién nacido (la placenta es una fuente importantísima de información que aporta a la comprensión y el diagnóstico de, por ejemplo, estos casos nombrados). Luego es descartada como residuo patológico (desecho). Otras prácticas en relación a la placenta vienen a desestabilizar esta cadena operativa.

Volviendo a mis compañeras de cursado, conocí lo que pasó aquella mañana en consultorio a través sus dos miradas, las cuales interpretan de manera diferente las conductas tanto de *la Francesa* como de la doctora. Mica recordaba de esa interacción social el poco respeto que la paciente le dio a la médica, que la tratara mal, que le discutiera hasta la posición en la que estaba el bebé; a la vez que en cierto punto deslegitimó su accionar adjudicando que estaba medio loca, que se quería comer la placenta después del parto. Desde su perspectiva la médica, que en un momento casi se larga a llorar, fue violentada por la paciente. Por su parte, Flor colocó el énfasis en que la mujer se puso nerviosa por varias situaciones que vivió en su paso por los establecimientos sanitarios: sentía como una injusticia el tener que fotocopiar ella sus propios estudios para poder tenerlos, consideraba ilógica la falta de atención frente al pedido de un estudio de urgencia, la médica había tenido un trato despectivo y prepotente hacia ella, además de querer imponerse en la interacción en vez de contenerla y ponerse en su lugar.

Dicho esto, la perspectiva de Mica se acerca a los planteos hechos en la *reunión polémica* por varias de las obstetras presentes, sobre aquellas situaciones en las que se sienten atacadas por las mujeres y sus familiares, a la vez que excluidas por la ley de *parto respetado*, la cual sólo contempla, según su mirada, el derecho de una de las partes, que no es el de su sector.

La postura de Flor tiene más afinidad con lo que plantearon las participantes externas a Medicina, quienes frente al planteo mencionado sugerían en primera instancia poder entender la violencia de esas personas desde un lugar social, *no es una violencia contra mí, a pesar que en este momento esté dirigida a mí. Es el resultado de lo que la persona viene sufriendo sistemáticamente por las instituciones y por otros, ¿sí?*

Si bien puede parecer algo obvio, me interesa dejar plasmada la siguiente reflexión: las mismas condiciones objetivas de formación médica no hacen de suyo que quienes la atraviesen tengan las mismas prácticas ni piensen de igual manera entre sí. Sería un error pensar que todos los estudiantes de Medicina van “formateándose” durante los años de cursado, casi como una cadena de montaje, hasta llegar a ser sujetos idénticos en su rol de médicos.

Podemos pensar de manera análoga en relación al equipo docente y al equipo de obstetras que conforman el servicio de la Maternidad Nacional, es decir que no todos reflexionan y hacen su trabajo de igual manera, como ya vimos, además, en la situación de *revista de sala* del capítulo anterior. Ahora bien, en la reunión con personas externas a la institución y al servicio se mostraron como un todo, se nombraron como un *nosotros*, una grupalidad, como una alianza entre pares, donde los criterios y diferencias de distinto orden que pudieran existir quedaron desdibujados la mayor parte del tiempo.

Apropiaciones de la ley de *parto respetado*. Interpretaciones y conflicto

Fabricio, aquel estudiante con quien nos conocíamos previamente al cursado por ser amigo de mis primos, fue uno de los que estuvo en todo el desarrollo del teórico dado por la doctora López, mientras transcurrían las últimas horas de la *reunión polémica*. Él me hablaría sobre esta profesora *bastante temperamental* que al inicio de la clase les comentó efusivamente que esa gente venía a plantear una situación no conociendo bien lo que pasa en un parto. En algún punto este es un

reclamo similar al que, según escuchamos en algunas exposiciones en la reunión, se le hace a la ley misma: *el hablar desde un lugar que desconoce la realidad*, o que contempla los derechos de sólo una de las partes (las mujeres y sus familias) y deja excluido de ello al equipo médico. Fabricio me comentó que

Esa profe, la López, estaba medio... no enojada, pero estaba como sorprendida, porque se preguntaba, '¿o sea qué es el parto humanizado, qué querían plantear ahí con eso?!'. Y nos preguntaba a nosotros '¿qué es el parto humanizado para ustedes chicos?' Y nosotros, la verdad, no tenemos una experiencia suficiente como para decir qué es (registro de entrevista, 3 de mayo de 2016).

En este punto resulta interesante tener en cuenta uno de los aportes de Rita Segato (2010) cuando se refiere a la eficacia simbólica del Derecho, en tanto su legitimidad como discurso institucional con el poder de nominar. Esto es, a pesar de la incapacidad de las leyes de imponer comportamientos o cambiar por sí mismas la moralidad establecida, existen en ellas otras formas de eficacia que operan como subproductos, debido a que "(...) el ser humano tiene la característica de la reflexividad: puede identificar sus propios chips y puede evaluarlos, hacerles juicio ético y desaprobárselos. Le ley contribuye con ese largo y esforzado propósito de la reflexividad" (p. 141). La autora afirma que uno de los procesos que estimula la reflexividad (y puede influir en la formación y consolidación de nuevas relaciones y un nuevo ambiente moral), tiene que ver con que

(...) la ley nomina, coloca nombres a las prácticas y experiencias deseables y no deseables para una sociedad. En ese sentido, el aspecto más interesante de la ley es que constituye un sistema de nombres. Los nombres, una vez conocidos, pueden ser acatados o debatidos. Sin simbolización no hay reflexión, y sin reflexión no hay transformación: el sujeto no puede trabajar sobre su subjetividad sino a partir de una imagen que obtiene de sí mismo (ibid; 142).

En relación a lo anterior y con mi experiencia durante el cursado, fue notorio cómo la letra de la ley (o su existencia misma, ya que no conocí algún estudiante que la hubiera leído, aunque sí emitían opinión sobre ella) puso en circulación un

conjunto de términos que categorizan, describen y nombran lo que es (se espera sea) la práctica y el trabajo cotidiano de quienes asisten a las parturientas. Si consideramos que una experiencia de *parto respetado* en un hospital u otro establecimiento sanitario comienza desde que la persona pasa por la puerta de ingreso y se encuentra con administración o, por ejemplo, con alguien de limpieza que pueda salvarle alguna duda, podemos pensar que son múltiples y diversos los servicios que, al estar en relación con la parturienta, influyen en su vivencia de parto. Ahora bien, en la *reunión polémica* había sólo médicos (la mayoría de ellos, sino todos, obstetras), fácilmente identificables por su guardapolvo y por los relatos sobre sus trabajos. Por lo tanto continuaré remitiéndome a ese conjunto de profesionales en lo que respecta a las apropiaciones y efectos de la ley.

Durante la *reunión polémica* se destinó un tiempo considerable debatiendo sobre qué significaban algunos términos que aparecen en los artículos de la ley, cuáles eran sus implicancias, cuál era la factibilidad de que en los hechos se les pudiera dar lugar, si modificaban o no su trabajo cotidiano, entre otros. Muchos de los postulados de la ley son percibidos como demasiado amplios y por veces ambiguos: por ejemplo una de las “falencias” es que no pone límites o se tornan muy difusos, es decir no dice “hasta dónde” tal cosa o tal otra, dejando su alcance a libre interpretación de quien lee. *Como en todo ámbito si no hay límites todo se desborda. Entonces sí, la paciente tiene derecho a tener información, a elegir, pero hay un límite. O sea no puede decir siempre lo que quiera, no puede*, aportó una de las obstetras con más años de profesión. A lo cual un colega agregó: *es que la paciente viene con esto y dice, yo quiero que me atiendan como dice acá* (levantando la hoja con la ley impresa).

Nombrar una ley como *parto humanizado* o caracterizar un parto como respetado de alguna manera deja expuesto, más no sea de manera implícita, que, en su contracara, habría partos que no lo son. Si tenemos en cuenta el papel central y decisivo de los obstetras durante los partos en la actualidad, podemos imaginar el enojo y la disconformidad que solían causar dichas nociones al interior de la *cátedra*. La ley habilita que se pongan en circulación una serie de nombres con los cuales los doctores-profesores se sienten directamente interpelados. Por ejemplo, con respecto a la utilización del término *humanizado*, un profesor nos preguntó, de manera retórica y en tono irritado, en una clase teórica: *¿qué, entonces nosotros*

hacemos partos animalizados? Esa es “la imagen que obtienen de sí mismos”, retomando las palabras de Segato, al pensar en la Ley de *parto humanizado*. Quizás por ello una de las médicas durante la reunión indicó que *hay personas que pueden tener falencias, un día malo, una situación que la desequilibra* y pidió a las participantes externas que no dejen de ver a los médicos como personas, *nosotros somos humanos, tenemos sentimientos*.

*

El punto d) del artículo 2° de la Ley de *parto humanizado* dice que toda mujer tiene “derecho al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer”. Cuando una de las personas externas a la Maternidad Nacional leyó ese fragmento y aseveró que su cumplimiento *es condición de entrar en la ley*, intervino una de las profesoras más experimentadas de la *cátedra*, con treinta y cuatro años trabajando en dicha institución, según ella había mencionado en una intervención anterior:

Disculpame, eso también es cuestionable. Porque para eso tenemos en nuestro haber años, años de estudios y de experiencia. Le vamos a explicar a la mujer lo que hacemos, pero nosotros más que nadie sabemos en qué momento vamos a poner el suero, a estimularle al parto, hacerle un tacto, ¿me entendés? O sea, eso no nos pueden discutir.

Teniendo en cuenta que la ley “coloca nombres a las prácticas y experiencias deseables y no deseables para una sociedad”, según nos dice Segato, parte del plantel de Obstetricia encuentra que sus acciones y conocimientos están siendo juzgados como parte de un conjunto no deseable de pautas de atención médica. La apelación a los años de formación médica especializada fue un argumento recurrente al momento de debatir y reflexionar sobre las decisiones que toman, sobre cuáles son las *buenas prácticas* y las *prácticas justificadas* en la atención, y sobre las elecciones que pudiera llegar a hacer la mujer y su familia sobre algún tema en particular. Una de las obstetras jóvenes remarcó:

Hay muchas prácticas que me han delegado a mí, que me he formado diez años mínimo de mi vida, para darme cuenta cuándo es justificada y cuando no, y

explicárselo. Entonces, no digo que no se pregunte por qué es justificada, pero hace falta que la mamá y la familia sepan que no voy a hacer nada injustificado, y que les voy a dar la justificación, pero que sí hace falta porque el bebé tiene que estar bien.

Seguidamente una de las médicas mencionó que es desesperante una situación cuando hay que explicar y reexplicar una *conducta* (decisión médica), pues debe entenderse casi como una obviedad que no van a hacer nada que no sea necesario, que las mujeres deben tener confianza en quien las atiende: *Hasta dónde tiene uno que estar todo el día justificando. ¿Por qué tengo que ponerme yo y sacar mi certificado, mis diplomas, mis cosas y decir ‘te juro por mi vida que hace falta hacer esto?’* Cada práctica médica que se realiza durante un trabajo de parto y un parto es considerada necesaria, o al menos así es comunicada a las pacientes. Es decir, siempre las prácticas van a ser justificadas, en el sentido de que los médicos pueden construir una explicación acerca de los motivos que dirigen su decisión. En este sentido, ningún médico diría a la paciente y acompañantes que toma una decisión por motivos personales, como contó un profesor que suele suceder, o simplemente por costumbre, *porque toda su vida lo hizo así y de esa manera no se le murió ningún chico*, como me dijo un compañero un día sobre aquellas prácticas que sólo son aconsejadas bajo estricto criterio de necesidad y sin embargo se continúan realizando de manera rutinaria.

A modo de ejemplo, cuando una de las participantes externas mencionó que uno de los indicadores de *violencia obstétrica* en las instituciones es la cantidad de episiotomías que se realizan, y que además se ha tornado rutina practicarla en las primerizas, ello causó un revuelo⁵⁹. Cuando pudimos volver a escuchar con claridad a alguien, fue un médico que contó *la típica de una primeriza de contextura física pequeña con un feto considerado demasiado grande para pasar por su canal de parto* (desproporción cefalo-pélvica), y que sin esa “ayuda” de la episiotomía no podría o le sería (innecesariamente) dificultoso.

Es decir, las *conductas* médicas van a ser justificadas en toda ocasión: el equipo médico siempre podrá dar elementos que fundamenten una decisión. Siguiendo la situación anterior: se le hace episiotomía a todas las primerizas de

⁵⁹ La episiotomía es una incisión que se usa para ampliar el canal de parto. Su práctica debería ser limitada a “indicaciones estrictas” según la Organización Mundial de la Salud.

contextura física pequeña porque se cree que de otra manera el bebé puede quedar encajado en el canal de parto o la parturienta se va desgarrar completa. Esto es sostenido aún cuando colectivos o *agrupaciones* de mujeres organizadas en torno al tema, investigaciones desarrolladas por universidades, pacientes, y la prolifera serie de guías y recomendaciones de organismos internacionales que nuestro país considera como productores de conocimiento científico están proponiendo otra *conducta*.

*

Un aspecto que surgió ligado al tema del apartado anterior, y también foco de debate en la reunión, fueron las elecciones que pudieran hacer las mujeres durante el trabajo de parto⁶⁰: *Estamos totalmente de acuerdo con eso, pero muchas veces eso se interpreta como 'yo elijo que no me hagan determinado procedimiento', cuando en realidad previamente le explicaste que es la única manera*. Las médicas solían comentar situaciones para ejemplificar lo que querían decir, en esta ocasión fue *el caso típico* de la paciente HIV positiva que no quería tomar la medicación indicada aduciendo que Dios la iba a ayudar a curar⁶¹.

En este sentido fue poco habitual que se tomen en cuenta aspectos más comunes, cotidianos, en los que pudiera elegir quizás la mayoría de las parturientas, como pueden ser: la posición para parir, algún tratamiento o alivio para el dolor, beber agua, por nombrar algunos. En general, con los ejemplos que dieron, el foco estuvo puesto en situaciones de urgencia o patologías, es decir en casos paradigmáticos en los que la valoración médica se torna decisiva o vital para el *binomio madre-hijo* o alguna de ambas partes. Ello lleva a que se instale como sentido compartido que las elecciones tomadas por las parturientas tienden, en sí mismas, a poner innecesariamente en riesgo su propio bienestar y el del bebé (al ser diferentes a las sugerencias e indicaciones médicas).

El poder elegir por parte de las *mamás, mujeres, pacientes o parturientas* (términos utilizados de manera indistinta por profesores y estudiantes cuando hablaban sobre ellas), fue puesto en cuestión tanto en la *reunión polémica*, según

60 Dicho aspecto también está enunciado en la Ley de *parto humanizado* en su artículo 2º, y fue leído por una de las participantes externas: "Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos: a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas".

61 En referencia a la deidad de la tradición judeo cristiana.

venimos viendo, como así también en las clases (en situaciones de atención como en el caso de *la Francesa*), e inclusive en alguna de las entrevistas que realicé: *de los partos que yo presencié cursando la materia, no se me ocurre qué quisieran elegir las pacientes y no pueden*, me dijo Fabricio intentando ponerse en el lugar de alguna de ellas.

El parto domiciliario como una elección inquietante

Los estudiantes que estuvieron en la *reunión polémica* conocieron de primera mano lo que aconteció en ella, mientras que resto del curso, unos cincuenta aproximadamente, se fue haciendo una idea y conociendo lo sucedido según lo que le contaron sus compañeros, pero fundamentalmente por lo que los profesores les transmitieron en las aulas.

Diego fue uno de los que estuvo en la reunión. Yo lo conocí meses más tarde de cursar Obstetricia, y aunque la hicimos el mismo turno no teníamos referencia uno del otro. Él vive solo en un departamento en piso 11 en Nueva Córdoba, conocido como el barrio estudiantil de la ciudad. Ahí nos encontramos para la entrevista y supe que es oriundo de un pueblito de Santiago del Estero y que se dedica solamente a estudiar (es decir alguien, quizás sus padres o algún familiar, le aporta el dinero necesario para vivir mensualmente). Después de recibirse iba a seguir la especialidad de médico clínico, que *sabe un poco de todo pero se aboca más a los adultos y las patologías, está más con los gases, el oxígeno, se fija bien todos los parámetros, o está en sala de internación*. Llegué a él a través de una compañera de prácticos que, frente a mi comentario de querer hablar con algún varón del curso, nos puso en contacto. Yo quería conocer qué le había sucedido con el cursado de Obstetricia, es decir con inmiscuirse en un campo de la medicina que habla sobre asuntos que, desde una mirada estereotipada, podemos nombrar como “de mujeres”. Algo en relación a ello ya me había mencionado Fabricio, y quise escuchar otra experiencia.

Fabricio me contó que había empezado la materia con *recelo* y pensando que no le iba a gustar, según lo que había sido anteriormente el cursado de *Gineco* [Ginecología]. *En esa tenés que tratar con pacientes mujeres que por ahí son jóvenes, de nuestra edad, y tienen que contar su vida íntima y te da un poco de cosa. Y*

Obstetricia nada que ver, realmente es muy linda la materia. Contrario a lo que él había pensado, su condición de varón no lo puso en un lugar de incomodidad cuando estuvo presente en instancias de atención: *y creo que a muchos compañeros les pasó lo mismo*, me comentó ¿Será porque no estuvieron con embarazadas o parturientas jóvenes como ellos?, ¿o porque la intimidad de la paciente se juega de una manera distinta cuando la mujer está embarazada que cuando hay una sexualidad no vinculada estrictamente a la reproducción, como en Ginecología? ¿Se piensa el embarazo como desprovisto de sexualidad, deseo, atracción? Estos interrogantes lejos están de querer ser respondidos en este trabajo, más bien los dejo aquí como inquietudes o disparadores que se abrieron y que pueden ser posibles líneas de indagación.

Retomando mi encuentro con Diego, él tampoco hizo alusión a que se haya sentido incómodo durante el cursado por el hecho de ser varón. Tanto para él, como para Fabricio y para muchos compañeros, como sugirió éste último, Obstetricia es una materia que no los interpela en su masculinidad como quizás sí lo hace Ginecología.

Diego había estado presente durante la *reunión polémica* y la caracterizó como *la gente de no me acuerdo qué universidad que quería el parto acompañado, que sea en la casa, y que tenga otra posición para parir la mamá. En vez de estar acostada que esté semiparada, que eso es más fisiológico.* Su recuerdo me tomó por sorpresa pues no es el mismo que el mío, inclusive que la grabación en audio que tenía de esa instancia. Está la posibilidad de que las participantes externas hayan dicho, antes de que yo llegara, que iban porque querían *parto domiciliario* para todas. Aun así, dudo que ese haya sido el espíritu o el motivo de esa reunión, la cual, según entendí, se planteó en torno al marco legislativo ya mencionado y las posibilidades de contemplarlo plenamente en dicho hospital. Cabe la posibilidad de pensar cuán importante es realmente saber si eso que Diego recuerda sucedió verdaderamente o no. Lo relevante es que él se sintió convocado a pensar en esas elecciones y experiencias de *partos domiciliarios* que existen al día de hoy, y van más allá de lo que la *cátedra* propone y aborda en su plan de estudios.

Es significativa la asociación directa que suele hacerse entre las categorías *parto respetado/ humanizado* y *parto domiciliario*. Esto lo experimenté en varias

oportunidades, dentro y fuera del cursado, tanto con trabajadores de la salud de diversas especialidades como con personas que no trabajan en ello. Debido a esto, muchas veces me encontré con dificultades en la comunicación, al asumir por mi parte que las primeras categorías remiten a maneras de concebir el proceso perinatal, mientras que para muchas otras remiten al parto en *domicilio*. Cabe remarcar aquí que la *ley de parto respetado* no nombra en ningún momento a este tipo de partos, no lo visibiliza (ni le da lugar como algo posible ni lo prohíbe), pero tiene una impronta fuertemente hospitalocéntrica, asumiendo que es en establecimientos de salud donde los partos suceden (o deberían suceder)⁶².

El punto de vista de Diego sobre el *parto domiciliario* me hizo acordar a aquella conversación que tuve con mi vecina Marta y que relaté en la introducción. Dicha situación me había llevado a preguntarme sobre la formación de grado en obstetricia, por lo que días más tarde inicié el cursado que ahora es el foco de este trabajo. Ella también era estudiante de Medicina y se preguntaba entre sorprendida e inquieta por qué las mujeres querrían parir en sus casas y no bajo la seguridad que brinda un hospital. Tanto Marta, como Diego, Fabricio y casi la mayoría de estudiantes con quienes conversé, piensan el *parto domiciliario* como un riesgo en sí mismo y que la decisión de las mujeres está tomada de manera casi irracional: ¿por qué eligen tomar riesgos y correr peligros innecesarios, poniendo en juego la vida de sí mismas y su bebé, sabiendo que pueden parir seguras y controladas en un hospital?

*

Hacia el final de la *reunión polémica*, una de las médicas planteó que *la ley es preciosa pero no están las condiciones para que se aplique*. Debido a ese comentario una de las participantes externas empezó a contar sobre distintos hospitales de mediana complejidad, en los cuales llevan adelante una atención según los criterios de *parto respetado* que enuncia la ley (por ejemplo dan distintas posibilidades de posición para parir, tienen bajos índices de cesárea, cuentan con infraestructura

62 Justamente, una de las principales iniciativas generadas en Argentina en pos de la “humanización” o “cambio de paradigma” en lo organizacional e institucional de la atención al proceso perinatal, tiene por nombre “Maternidades Seguras y Centradas en la Familia” (MSCF; 2012), recuperando así esos grandes edificios públicos (las maternidades) como epicentros para su desarrollo.

que posibilita acompañantes continuos, entre otras)⁶³. Ello era relatado a modo de mostrar que si es política institucional y convicción del personal, las prácticas que garantizan derechos de las pacientes pueden implementarse en el sistema público aún con escaso presupuesto. A ello, una de las médicas con más trayectoria en la Maternidad Nacional preguntó si esos hospitales contaban con servicio de Neonatología, pues en su hospital recibían recién nacidos hasta de clínicas privadas:

—El parto divino, todo lo que vos quieras, pero el niño que nace con una apnea transitoria ¿ahí nomás qué haces?... lo tenés que trasladar — dijo como queriendo aportar un poco de su realidad cotidiana.

—Yo entiendo que como médicos miren más la patología —respondió una de las participantes externas, lo cual resultó una provocación—. Hay cosas que pueden sonar imposibles, pero en Londres los partos se atienden en las casas — agregó, y despertó una superposición de voces en la sala.

En relación a esto Diego me dijo con seguridad:

El parto domiciliario es muy difícil que se haga acá en Argentina. Ellas decían 'en Europa se hacen estas intervenciones y sale todo fantástico'. Pero yo no sé si esa gente no sabía o no se daba cuenta que en Europa van los médicos con una ambulancia de último nivel para atenderla y si no te mandan un helicóptero que en cinco minutos está. No se puede comparar con acá, allá es otro mundo (Registro de entrevista, 2 de agosto de 2016).

Recordemos a Lascano a comienzos de siglo XX, queriendo difundir en Córdoba la obstetricia con pilares científicas y objetivos, mirando para ello a Europa como ejemplo positivo a seguir. En la actualidad, cien años más tarde, también hay personas que están colocando a países de Europa como sitios legítimos a los cuales mirar y de los cuales aprender, en este caso como ejemplo de sistemas de salud que no tienden, según lo expuesto por ellas, a tratar los embarazos y partos como patologías y por lo tanto contemplan el parto en *domicilio* como una opción más a la cual dan cobertura médica. Por parte del plantel docente hubo voces con distinto grado de aceptación de los *partos*

63 Estos hospitales no están preparados para atender situaciones de alta complejidad (que requieren procedimientos, aparatos y tecnología especializada) como sí lo está la Maternidad Nacional. Por ello este hospital es de referencia local y regional en el servicio de neonatología, recibiendo recién nacidos con problemas graves.

domiciliarios: las hubo de quienes hablaban en nombre de la *cátedra* dejando en claro que estaban en contra, totalmente en desacuerdo, y hubo quienes manifestaban que ellos mismos atenderían un *parto domiciliario* en las condiciones que hay en Europa, pero que Argentina es diferente: *las asociaciones de mujeres toman como ejemplo Amsterdam, Munich, Noruega, pero allá existen siete u ocho ambulancias disponibles, una en cada sector de la ciudad, que en tres o cuatro minutos llega, y tenés un quirófano libre en el hospital más cercano.*

En relación a lo anterior, cuando charlamos con Mica sobre la materia, después de haberla cursado, me comentó:

El parto respetado es un tema re original, nunca me había puesto a pensarlo hasta que cursamos la materia. Viste que ahora hay mucho debate sobre eso, por lo menos cuando nosotras la cursamos había un montón de debate de la gente esa. Yo voy a ser médica, entonces para mí obvio que tenés que ir a un hospital, obvio. Nunca me lo cuestioné. Para mí la gente que no quiere ir es porque es un poco más ignorante, porque sabiendo los riesgos que tiene va y lo hace en otro lugar (Registro de entrevista, 23 de febrero de 2016).

Las personas que hacen este tipo de planteos sobre los *partos domiciliarios* son pensadas como ajenas al mundo médico, es decir que desconocen el tema “desde adentro”, porque si conocieran realmente cómo son los partos y qué riesgos conllevan hoy en la Argentina, ¿cómo podrían plantear algo así? Por lo que pude conocer, el único modo posible de pensar con relativa tranquilidad en un *parto domiciliario* es con un set de cuidados que implican casi montar una clínica en la casa: tener un *sistema armado* por si pasa algo, por *si tienen que poner un suero, y te digo un suero como algo muy tranqui*, me dijo Fabricio. Además de tener el recaudo, como según escuchamos sucede en Europa, de tener la ambulancia equipada afuera de la casa, el quirófano preparado o el helicóptero disponible.

*

Tanto Fabricio como varios de los otros compañeros con quienes tuve la oportunidad de charlar, y también los docentes, sostenían que no estamos preparados en el sistema de salud para un *parto domiciliario*. Ahora bien ¿qué es lo que conocen de los partos en *domicilio*? ¿Cómo y dónde se construyen la idea que

tienen sobre éstos? Estos interrogantes saltan a la luz al escuchar a Fabricio decir que en realidad él no sabe muy bien cómo son los *partos domiciliarios*, o sea, si se prepara toda la casa para llevarlo a cabo y suplir algunos riesgos o es algo como medio espontáneo.

Se torna relevante remarcar aquí que, como venimos viendo, los estudiantes tienen muchas cosas para decir acerca de la *ley de parto respetado* y de los *partos domiciliarios*, ahora bien, esas opiniones surgen sin haberla leído, sin haber tenido experiencias directas en algún parto en casa, o sin siquiera haber dialogado y escuchado las vivencias de quienes atravesaron su parto fuera de un establecimiento sanitario y los porqués de esa elección. Es decir, la formación propuesta de la *cátedra* (el programa de estudios) deja por fuera una serie de debates o temas actuales, tanto legales como sociales y científicos, a la vez que les da lugar: los incorpora y los comunica a través de comentarios al pasar, de prácticas hechas costumbre, de chistes, o de enunciados fuertes que explicitan una toma de posición (que en general son recibidas como una certeza). Esa forma de tratar asuntos médicos y legales se acerca más a una transmisión de opiniones e interpretaciones que a una fundamentación dada por estadísticas, informes, manuales u otro tipo de material que utilizan en la disciplina médica para transmitir conocimientos cuando éstos son considerados relevantes. Recordemos aquí el dilema entre el *hacer* y el *esperar* del capítulo anterior, y la tendencia a aprender la obstetricia a través de la incorporación de lo que sucede en instancias prácticas de atención (y no tanto con lo que dicen los libros).

Estar en la mira. La relación (tensa) con otros puntos de vista

Cuando salimos de la *reunión polémica* la clase teórica continuaba. Nos desplazamos todos los estudiantes hacia el aula magna, y la doctora López daba con ímpetu su teórico sobre parto podálico⁶⁴. *Cuando se viene parto podálico siempre se hace episiotomía*, indicó. *Andá a hacerle entender a una mina que quiere parto natural, parto natural* (revoleando la cabeza en tono de burla) *que le vas a hacer el corte*.

Debemos entender esas palabras en consonancia con lo que venimos desarrollando acerca de ese día. La reunión mostró la existencia de puntos de vista

64 Se refiere a la ubicación o *presentación* del bebé: colocado de un modo en que los pies o las nalgas serán los primeros que emerjan a través del canal de parto. Lo *normal* y preferible es que se encuentre en presentación cefálica, es decir de cabeza.

que incomodan al interior de la *cátedra* y del servicio de Obstetricia. *La gente del parto respetado* está hablando y opinando sobre cuestiones que atañen directamente al trabajo de los obstetras, de su quehacer cotidiano, es decir de alguna manera están mirando ese mundo al cual no pertenecen: la crítica es que preguntan cosas y hacen sugerencias *desde afuera*. Así, los obstetras parecen estar en la mira, y algunos profesores transmitían una sensación de desconfianza por ello.

La situación eje de este capítulo (la *reunión polémica*), y los comentarios posteriores de los profesores, trajeron indicios o sugerencias de un sistema de relaciones en la que los profesores debían (re)posicionarse para legitimar su accionar. En este sentido, *el parto humanizado* o *la gente del parto humanizado* aparecen como tensionantes de la práctica obstétrica. En la reunión, y también en algunas situaciones de consultorio o en el aula, los doctores-profesores se encontraron expuestos, es decir teniendo que explicar y justificar su accionar a otras personas consideradas ajenas al mundo médico, o a los propios estudiantes.

Los discursos y posicionamientos que existen al día de hoy sobre la atención obstétrica y los partos (incluidos los de los propios médicos) están en relación entre sí, y en permanente diálogo y disputa de sentidos. Según lo que conocí durante el trabajo de campo, los doctores-profesores saben en cierto modo lo que se dice de ellos mismos, qué cosas se les critica, sobre qué actitudes hay desacuerdos y qué plantean esos discursos “otros”. De ninguna manera desconocen que hay personas, instituciones y leyes que están mirando su accionar y poniéndolo en discusión. No viven en una burbuja, aunque a veces quisieran poder hacerlo para *trabajar tranquilos*, como dijo un profesor en clases, haciendo referencia a que cada vez tienen que tener más cuidado en cómo se dirigen a las pacientes pues pueden recibir quejas de su parte.

*

La reunión no tuvo una segunda versión, a pesar de las intenciones manifiestas de todos los presentes de seguir el diálogo y armar otras actividades en conjunto. Como dijo una de las doctoras: *nosotros le cuestionamos cosas a ustedes y ustedes cosas a nosotros que no esperábamos a lo mejor escuchar. Entonces,*

justamente eso, lo hablemos como un grupo que se está formando a partir de ahora, de trabajo en conjunto.

Aquella foto final que nos sacamos a pedido de una de las representantes de la FFyH, con la intención de *registrar esto y subirla a las páginas institucionales de las facultades, para que sepamos que hemos comenzado a andar este camino*, nunca fue publicada. La reunión no tuvo ninguna repercusión en ese sentido: ese día pasó desapercibido para las redes sociales y los portales institucionales de las tres facultades que estuvieron representadas, pero como pudimos ver a lo largo del capítulo, no fue así para las personas que participaron en ella.

REFLEXIONES FINALES

Éste es el momento en el que debo dar un cierre, más no sea provisorio, a mi trabajo final. No fue una tarea fácil decidir y escoger sobre qué hablar (y cómo hacerlo), ya que abarcar y profundizar en lo conocido en y a partir del trabajo de campo es una tarea que se puede tornar interminable. En este trabajo he buscado responder cómo un grupo de estudiantes avanzados de medicina transitan parte de su carrera de grado en lo que atañe a la obstetricia. Para poder conocer y comprender algo sobre la formación en obstetricia presté especial atención a las múltiples perspectivas sobre “los hechos”, a los conflictos y los consensos, a “las contradicciones”, a las expectativas de los estudiantes, a las condiciones de aprendizaje y de trabajo de la obstetricia, a aspectos de la producción cotidiana de esa especialidad del campo médico.

Algunos disparadores o dimensiones de análisis emergieron con fuerza en los primeros pasos que di, como indagar en el surgimiento y desarrollo de la obstetricia en Córdoba, o trabajar sobre el dilema que encontramos en el capítulo tres entre intervenir en los partos o tener una actitud de espera, entre lo que dicen los libros y las guías de atención perinatal, y lo que podemos encontrar en las salas de parto día a día. Aspectos que, a la vez, parecen ser de larga data en dicha especialidad (pudimos reconocer que en la primera mitad del siglo XX el doctor Lascano ya discutía en torno a ello con sus colegas). En cambio, otras vías de indagación fueron decantando en el transcurso mismo de la escritura y del diálogo con diversas personas, como el contenido del capítulo cuatro donde trabajé sobre el vínculo entre el servicio de Obstetricia, los profesores de *la cátedra* y estudiantes (como pertenecientes a un mismo grupo), y *la gente de afuera* que reclama *el parto respetado*. Todo ello viabilizado en torno a la apropiación y discusión de una ley.

Reconozco que las vivencias, y los relatos que podemos hacer de ellas, son intransferibles, que otras personas haciendo “el mismo” recorrido que realicé se preguntarían, quizás, otras cosas, empatizarían con otras personas, se presentarían con sus interlocutores de una manera diferente. En este sentido, intenté a lo largo del trabajo mostrar ese carácter de constuido y de dialógico del conocimiento etnográfico, y expresar la plurivocalidad con la que me encontré entre el estudiantado, que antes de conocer imaginaba un tanto más homogénea.

Lo que motivó el **capítulo uno** quizás fue una inquietud personal (en el sentido de que no fue algo importante para mis interlocutores), aunque sí fue motorizada a partir del trabajo de campo: preguntarme sobre el proceso de medicalización de los partos y de profesionalización de quienes los asisten, sobre cómo la obstetricia llegó a tener el lugar que ocupa hoy: una lugar central, con alta legitimidad y autoridad social, para decir y hacer sobre los cuerpos gestantes y el proceso perinatal en su conjunto. En un impulso de no dar por sentado lo que conocía sobre el estado actual de la asistencia de embarazos y partos, aposté por una mirada genealógica que me permitiera conocer y reflexionar sobre algo de todo lo que me preguntaba.

A partir de sugerencias de Hilda, la bibliotecaria de la Maternidad Nacional, llegué a los escritos del doctor Lascano, un personaje activo la primera mitad del siglo XX en Córdoba, con una tarea empeñada de atraer a las mujeres a los hospitales, de investigar patologías del embarazo, de reclamar que el estado atendiera a las mujeres-madres desprotegidas, que se alejara el curanderismo de los partos, que la asistencia de los mismos estuviera basada en conocimientos científicos. Ello, sumado a lecturas de bibliografía actual que hablan sobre aquel contexto a nivel local y nacional, me permitió conocer la configuración socio-histórica en la que se dieron los inicios de una transformación profunda y eficiente, en la que los médicos se tornaron las personas con legitimidad social y legal para asistir los partos. Pudimos reconocer que ese entramado se fue conformando y desarrollando al compás de pensamientos eugenésicos, patrióticos, poblacionistas, científicistas, de corte evolucionista y eurocéntrico, que asumían un tipo de conocimiento como verdad universal: el que se obtenía en la universidad. Además la cuestión de género fue central, pues las mujeres comienzan a ser desplazadas en lo concerniente tanto a la atención de partos como al papel de conocedoras de sí y protagonistas en sus propios embarazos, partos y puerperios. Ligado a esto podemos reconocer que el proceso perinatal, y sobre todo el momento del parto, fue caracterizado por la medicina como esencialmente riesgoso e impredecible, a la vez que muypreciado. Al decir de la antropóloga uruguaya, Susana Rostagnol, “A la medicina occidental, en tanto ciencia que busca la exactitud le es difícil lidiar con la incertidumbre” (2005; 16), y, haciendo propia esa afirmación según lo

desarrollado en este trabajo, se tornó necesario para la medicina científica activar rigurosos mecanismos de *vigilancia* del mencionado proceso.

Considero que algunas preguntas y disparadores quedan trabajadas de manera poco profundas, hay datos que quedaron por fuera y el recorte escogido implica que haya una distancia temporal grande entre aquel período y nuestros días. Aun así, nos permite acompañar los primeros pasos de la creación de la Facultad de Ciencias Médicas a fines del siglo XIX (donde se enmarca la *cátedra*), el comienzo de la carrera de Medicina con dos materias que abordaban la cuestión perinatal, el proceso de deslegitimación de las “parteras empíricas”, la apertura y posterior cierre de la Escuela de Parteras en la Universidad, el afianzamiento de los hospitales como los lugares donde ir controlarse el embarazo y a parir, los inicios de las residencias en obstetricia como forma de especializarse en la materia, entre otras.

A lo largo del trabajo ciertas categorías y palabras que yo tenía incorporadas con significados puntuales fueron mutando. Por ejemplo, si bien podría hacer una definición de la *cátedra* como el espacio formal-institucional encargado de impartir conocimientos sobre obstetricia a estudiantes avanzados de Medicina, parte sobre lo cual versa en detalle el **capítulo dos**, en el desarrollo del trabajo de campo y de la escritura pudimos reconocer que es algo más que eso. Parte de comprender de qué va el cursado de obstetricia en la *cátedra* implica tener en cuenta que ello sucede inmerso en un contexto universitario y hospitalario complejo e inmenso, en tanto difícil de delimitar, de terminar de conocer, que se escurre entre los dedos como el agua. Quizás eso mismo sea estudiar “lo social”, trabajar con lo inasible. Hoy reconozco más acertado entender la *cátedra* en un sentido amplio, como aquel lugar social (más que físico, temporario o curricular) que la totalidad de mi experiencia etnográfica me permitió conocer, en tanto interacciones posibilitadas por ocupar-habitar la posición de estudiante de Medicina. La *cátedra* como un lugar social se torna difícil de esquematizar y predecir: habilita modos de conocer e incorporar aspectos multidimensionales del mundo médico-obstétrico.

Cursar obstetricia no es estrictamente (o únicamente) aprender el contenido sobre esa disciplina siguiendo la formalidad del cronograma de estudios. Cursar obstetricia es aprehender el rol del médico obstetra en el sistema de relaciones en el que se desempeña, cómo se configuran las consultas médicas y cuáles son las

cosas que importa conocer, es continuar incorporando (pensando en los estudiantes) la estructura jerárquica de la cual forman parte como tales para luego comenzar la residencia como *los pichis* o *R1* (residentes de primer año), luego *R2* (de segundo), después *R3* (tercero), y finalmente *R4* (cuarto y último), luego quizás como jefes de residentes, hasta consagrarse como médicos de planta, y mejor aún como jefes de servicio, etc.

Cursar obstetricia es asumir que no hay respuestas únicas y estandarizadas para las situaciones médicas a resolver, más bien el trabajo consiste en participar de las tensiones y disputas, tanto de sentidos como de prácticas, que hay contantemente en su interior. Asistimos por ejemplo a una *revista de sala*, donde “por el bien de la paciente” distintos doctores-profesores proponían diferentes *conductas* médicas. En este sentido, “la verdad” de la obstetricia aparece sujeta a puntos de vista, a distintas trayectorias profesionales y a las posiciones ocupadas en el tramado de relaciones del plantel médico.

Cursar obstetricia, además, es tener la posibilidad de observar por primera vez en un parto y reconocer la centralidad que tiene la *fase expulsiva* (la última) en su atención (recordemos el “no me quiero quedar sola” de Karen durante las contracciones y luego la misma sala con once personas mirando, a modo de espectáculo, lo que sucedía cuando el bebé estaba casi afuera).

Cuando escuché a estudiantes que “tuvieron la suerte” de ver un parto sus relatos estuvieron cargados de emociones: ansiedad, alegría, nervios, bronca, satisfacción, nunca fue meramente la descripción de las *conductas* médicas. Los primeros partos en los que se está, y eso lo experimenté en cuerpo y alma, no pasan desapercibidos, más bien diría que son marcantes. Luego se irán, en la exposición continua a esos hechos, incorporando como algo más a resolver, parte del trabajo cotidiano. Flor, la compañera con quien hice las guardias, se tornó una interlocutora de gran importancia: muchas de las reflexiones y análisis que aparecen a lo largo del trabajo final, y en el **capítulo tres** en particular, surgen del diálogo en conjunto.

Para los estudiantes cursar obstetricia es abrirse a un universo desconocido hasta el momento, que se prefigura y construye como diferente y especial en relación al resto de las materias de la carrera. Ello tiene que ver con los sentidos que adquiere el proceso al cual se aboca, un proceso que tiene que ver con “los

ciclos” de la vida, los nacimientos, pero con un riesgo de muerte que le es “naturalmente” inherente. Esto se torna importante de entender, pues lo que está en juego se hace enorme y parte de aprender obstetricia es entender que quien tiene el papel central y decisivo es el obstetra: las “dos vidas” están, material y simbólicamente, en sus manos.

Así, podemos llegar a imaginar cómo y por qué está instalada la expresión *hacer* partos (podría ser un verbo diferente como asistir, acompañar, estar en, contribuir y muchos otros que se le pudiera ocurrir a quien lee ahora). En cambio, la residente avanzada le dijo a *la nueva/ R1* en el parto de Karen, luego de que ésta sacó el bebé: *¡Vas a decir, hice un parto de cuatro kilos setecientos!* En ese reconocimiento, esa frase contundente, se verbaliza un modo de relacionarse con eso que está sucediendo. A lo largo del trabajo de campo pudimos reconocer que ese *hacer* habla de un rol protagónico de los obstetras en la actualidad, con altísimas dosis de responsabilidad y también de autoridad, donde el proceso de parto importa en tanto vaya encausado hacia un final exitoso. En su contraparte nos encontramos con un rol “paciente” de las parturientas que remite a de alguna forma entregarse a lo que les toque, confiando, al igual que quienes *hacen* el parto, que será lo mejor, esto es: va a salir del hospital con su bebé en brazos.

Esto nos permite comprender, en parte, por qué el observar partos se torna algo decisivo para los estudiantes, aunque en el cronograma de la materia se ofrezca como una cuestión “de azar” (estar justo en el lugar y el momento indicados). Se hace importante para muchos de ellos ver tanto la mayor cantidad de partos posibles cuanto que ellos sean lo más diferentes entre sí, ya que “la realidad” que se les puede presentar se imagina infinita ¿Cómo estar preparados para algo así?, ¿cómo no relacionarse con las embarazadas y parturientas como insumo o materia prima para el aprendizaje, si de ello depende su preparación “real” en el tema? Poder *hacer* algo es un tanto difícil (algún tacto, un desprendimiento de placenta); por lo que observar se hace determinante en esta instancia de su formación.

Con este trabajo pudimos conocer que la obstetricia en particular y el campo médico en general no son algo aislado ni “funcionan” únicamente con sus lógicas propias e internas. Más bien se hacen permeables en su existencia cotidiana y están

atravesados por demandas y actores propios de nuestro tiempo. En el **capítulo cuatro** tomamos la *reunión polémica* como situación social disparadora que nos permitió conocer las tensiones y el estado de situación actual que atraviesa el trabajo en obstetricia, que está siendo cuestionado desde diversos ámbitos, y cómo eso atravesó el cursado en la *cátedra*. También pudimos adentrarnos en los modos de apropiación de documentos elaborados por el estado y por organismos nacionales e internacionales (centralmente la ley de *parto respetado*), que tienen como objeto central el proceso perinatal en su vínculo con los establecimientos sanitarios. Éstos fueron utilizados por las participantes externas de manera estratégica como certificados de verdad, a la vez que los participantes del servicio de obstetricia relativizaron el contenido de esos documentos por entender que tienen una mirada sesgada y desconocer *lo que realmente pasa* en las salas de parto, por ejemplo en relación a las violencias recibidas por parte de las parturientas y acompañantes.

Lo anterior tuvo repercusiones en el cursado de Obstetricia: sirvió de insumo en variadas instancias en las que profesores de la *cátedra* transmitieron su punto de vista sobre la ley de *parto respetado* y sobre las personas que la reclamaban. Así, esa situación comenzó a formar parte de un discurso que ya venía circulando y que incluía a una serie de categorías y prácticas que se asocian a *la gente de afuera*, a mujeres con esa *filosofía* del *parto natural*, del *parto domiciliario*, del *parto humanizado*. A lo largo del cursado fueron mencionadas las siguientes prácticas como referencia a ese grupo: reclamar el tener la posibilidad de acompañante continuo (inclusive en cesárea), elegir la posición para parir y que no sea acostadas, no querer la anestesia peridural, preferir desgarrarse antes que recibir una episiotomía, poder llevarse la placenta consigo, poder tener al bebé en contacto piel con piel sobre el pecho antes de que se lo lleven para los controles, recibir información de la totalidad de intervenciones que realizará el equipo médico, querer parir en domicilio, exigir llevarse los análisis luego del control de embarazo, comerse la placenta. Muchas veces ello fue acompañado, en el discurso de los profesores, con justificaciones de por qué esos pedidos no son posibles en la atención hospitalaria, o con cuestionamientos de por qué las mujeres eligen tal cosa si no es lo conveniente o les genera más dolor, o comentarios de que se tornan cansadoras, irracionales o desconfiadas, entre otras. Así, mediante un mecanismo

de opinión y deslegitimación de esos discursos “otros”, los profesores delimitaban qué es la obstetricia, qué puede ser y qué no, a qué cosas de esas “nuevas tendencias” se les puede dar lugar y cuáles son inadmisibles. Por parte de los estudiantes pudimos reconocer cómo algunos postulados y prácticas se convierten en cuestionables y otros se asimilan como verdades. A la vez, y esto me lo permitió comprender mi vínculo cercano con Flor, las experiencias, y las memorias que se van construyendo sobre éstas, se van reactualizando: Flor pensaba cosas como *la obstetricia no debería existir* mientras cursábamos la materia, mientras que meses después cuando nos encontramos para la entrevista, y luego de una labor reflexiva en conjunto con otras personas y compañeros de militancia, ella asumió otra posición: *los obstetras son necesarios pero deberían tener otro rol no tan protagónico*. Entonces, aprender obstetricia (como quizás todo lo que aprendemos) es un proceso de retroalimentación constante y abierto, que no se limita a los tiempos formales de cursado de la materia o a una firma de libreta.

A partir de formar parte temporariamente de un mundo que me era/es externo y extraño (pero a la vez en algún sentido cercano pues existe en mi propia sociedad), de conocer a mis interlocutores y tejer vínculos con ellos, del proceso de análisis y escritura, pienso en qué es lo que hacemos al emprender una labor etnográfica. Tal vez este trabajo final sea, simplemente, un esfuerzo por conocer e indagar en las inquietudes de raíz personal plasmadas en la introducción. Tal vez lo que en realidad la etnografía nos permite, convertidos para ello en investigadores, es (re)conocer las representaciones que nosotros mismos tenemos sobre los otros, antes que saber estrictamente acerca de los otros. Y, con certeza, de una etnografía siempre se sale transformado.

BIBLIOGRAFÍA

ACERBI CREMADES, N. 2013. "Una mirada histórica: Recordando la desaparición de una escuela". En *Revista de Salud Pública*. Año XVII, pp. 70-74, Córdoba.

BLÁZQUEZ, M. 2018. *Parir es poder: una etnografía sobre "Parto Respetado" en la Córdoba contemporánea*. Trabajo Final de Licenciatura en Antropología. En Repositorio Digital UNC

BONET, O. 2004. *Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina*. Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

BOURDIEU, P. 2007. *El sentido práctico*. Siglo XXI editores, Argentina.

CÁMARA J. 2016. UNC: con 34.890 inscriptos, la matrícula aumentó muy poco. *La Voz del Interior*. 27/12/16. Consultado en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/unc-con-34890-inscriptos-la-matricula-aumento-muy-poco>

CÁMARA, J. 2016. UNC: 71,73% de los ingresantes a Medicina quedó libre en el primer examen. *La Voz del Interior*. 14/03/16. Recuperado en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/unc-7173-de-los-ingresantes-medicina-quedo-libre-en-el-primer-examen>

CANEVARI BLEDEL, C. 2011. *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Barco edita, Santiago del Estero

CASTRILLO, B. 2016. "De partos y derechos en el camino hacia la humanización". *VIII Jornadas de Investigación en Antropología Social Santiago Wallace*. 27 al 29 de julio de 2016, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: <file:///F:/Downloads/ev.8181JornadasAntrop..pdf>

COLÁNGELO, M. A. 2012. *La crianza en disputa: medicalización del cuidado infantil en la Argentina, entre 1890 y 1930*. Tesis de doctorado en Antropología. Universidad Nacional de La Plata. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/132450900.pdf>

- DAVIS FLOYD, R. 2009. *Perspectivas antropológicas del parto y el nacimiento*. Fund. Creavida, Buenos Aires
- ERASO, Y. 2001. "Ni parteras, ni médicos: obstetras. Especialización y medicalización del parto en la primera mitad del siglo XXI". *Anuario de la escuela de historia*. Año 1, n° 1. Córdoba-Argentina
- ERASO, Y. 2009. "Maternalismo, religión y asistencia: La Sociedad de Señoras de San Vicente de Paul en Córdoba". En Eraso Y. (comp). *Mujeres y asistencia social en Latinoamérica, siglos XIX y XX. Argentina, Colombia, México, Perú y Uruguay*. Alción Editorial, Córdoba.
- FEDERICI, S. 2010 [2004]. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Traficantes de Sueños, España.
- FERRER, M. 2015. *Maquila de Médicos: Una etnografía en la guardia del Hospital Nacional de Clínicas*. Trabajo Final de Licenciatura en Antropología. En Repositorio Digital UNC.
- FIGUEROA, E. O. 2001. *Biografía de un Hospital. Tomo IV. Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología*. Dirección General de Publicaciones, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- FOUCAULT, M. 2014 [1963]. *El nacimiento de la clínica. Un a arqueología dela mirada médica*. Siglo veintiuno editores, Buenos Aires.
- FOUCAULT, M. 1996. *La vida de los hombres infames*. Editorial Altamira, Argentina.
- GUBER, R. 2009. *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. PAIDÓS, Buenos Aires.
- GUERRA, R. 2015. Hospital San Roque: nacido de una fe y ligado a las aulas. En diario. *La Voz del Interior*. 20/08/15. Consultado en: <http://www.lavoz.com.ar/salud/hospital-san-roque-nacido-de-una-fe-y-ligado-las-aulas#!/>

Ingreso a Medicina: casi 700 alumnos cursarán todas las materias de 1° año. 06/04/2016. La Voz del Interior. Recuperado en: <http://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/ingreso-medicina-casi-700-alumnos-cursaran-todas-las-materias-de-1deg-ano>

LASCANO, J. C. 1938. "La obstetricia en los últimos 25 años". En *La Prensa Médica Argentina*. Tomo XXV, n°24, 15 de junio de 1938. En "Trabajos del Dr J. C. Lascano". Trabajo n° 12. Tomo 1. 1943. Instituto de Maternidad.

LASCANO, J. C. 1939. "Instituto de Maternidad". En *Revista Universidad*, año XXVI, n° 5-6. En "Trabajos del Dr J. C. Lascano". Trabajo n° 3. Tomo 1. 1943. Instituto de Maternidad.

LASCANO, J. C. 1940. *Consejos médicos. Para la mujer consciente, la recién casada, la embarazada, la parturiente y la madre*. Editorial Pereyra, Córdoba. En "Trabajos del Dr J. C. Lascano". Trabajo n° 3. Tomo 1. 1943. Instituto de Maternidad.

LASCANO, J. C. 1942. "Aspecto social de la asistencia obstétrica. Reseña histórica y legislación argentina". En *La Prensa Médica Argentina*. Tomo XXIX, n°7, 18 de febrero de 1942. En "Trabajos del Dr J. C. Lascano". Trabajo n° 3. Tomo 1. 1943. Instituto de Maternidad.

Ley N° 25929. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina, 21 de septiembre de 2004.

MAUSS, M. 1991 [1936]. "Concepto de la técnica corporal", en *Sociología y Antropología*. Pp. 337-356. Tecnos, Madrid.

MENÉNDEZ, E. 1983. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata, Volumen 86, México.

MENÉNDEZ, E. 1988. *Modelo medico hegemónico y atención primaria*. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988, 30 de abril al 7 de mayo, pp. 451-464. Buenos Aires.

NARI, M. 2004. *Políticas de la Maternidad y matenalismo político: Buenos Aires (1890-1940)*. Biblos, Buenos Aires.

- ODENT, M. 2006. *El granjero y el obstetra*. Fund. Creavida, Buenos Aires.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1885. *Declaración de Fortaleza, recomendaciones sobre el nacimiento*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2015. *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2018. *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*.
- QUIRÓS, J. 2006. *Cruzando la Sarmiento. Una etnografía sobre piqueteros en la trama social del sur del Gran Buenos Aires*. Editorial Antropofagia, Buenos Aires,
- QUIRÓS, J. 2014. "Etnografiar mundos vívidos. Desafíos de trabajo de campo, escritura y enseñanza en antropología". *PUBLICAR*. Año XII, N° XVII: 47-75.
- RODRIGÁÑEZ BUSTOS, C. 2009. *Pariremos con placer*. Ediciones Crimentales S. L., Murcia.
- ROSTAGNOL, S; VIERA, M. 2006. "Derechos sexuales y reproductivos: condiciones habilitantes y sujetos morales en los servicios de salud. Estudio en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, Uruguay". En: CHECA, S. (comp.). *Realidades y coyunturas del aborto, entre el derecho y la necesidad*. Pp. 299-317. Paidós, Buenos Aires.
- SEGATO, R. L. 2010. *Las estructuras elementales de la violencia: ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Prometeo Libros, Buenos Aires.
- UNICEF. 2012. *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*.
- VERA DE FLACHS, M. C. y MANACHINO DE PEREZ ROLDÁN, I. 1997. *Mujeres en los claustros universitarios. La escuela de parteras (1884-1970)*. III Jornadas de Historia de Córdoba. Junta Provincial de Historia de Córdoba.