



Formarse en el modelo tecnocrático. Análisis de las prácticas hospitalarias de los/as  
estudiantes de la carrera de obstetricia

Selene Danahe Santillán

Question/Cuestión, Nro.69, Vol.3, agosto 2021

ISSN: 1669-6581

URL de la Revista: <https://perio.unlp.edu.ar/ojs/index.php/question/>

IICom -FPyCS -UNLP

DOI: <https://doi.org/10.24215/16696581e574>

### **Formarse en el modelo tecnocrático**

#### **Análisis de las prácticas hospitalarias de los/as estudiantes de la carrera de obstetricia**

### **Training in the technocratic model**

#### **analysis of the hospital practices of obstetrics students**

**Selene Danahe Santillán**

Universidad Nacional de Santiago del Estero, Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y  
de la Salud, Licenciatura en Obstetricia.

Argentina

[selenedanahesantillan@gmail.com](mailto:selenedanahesantillan@gmail.com)

### **Resumen**

Este artículo analiza las experiencias de los y las estudiantes de la carrera Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de Santiago del Estero en su paso por las prácticas hospitalarias. Haciendo hincapié en el modelo de atención tecnocrático que se reproduce en las instituciones de salud, que se caracteriza por medicalizar e intervenir sobre los cuerpos de

las mujeres. Los/as estudiantes encuentran contradicciones entre la teoría y la práctica de sus carreras lo que influye luego en el accionar de los/as futuros/as profesionales.

**Palabras clave:** Obstetricia; violencia obstétrica; formación obstétrica; modelo tecnocrático

### **Abstract**

This article analyzes the experiences of the students of the Bachelor of Obstetrics at the National University of Santiago del Estero in their passage through hospital practices. Emphasizing the technocratic care model that is reproduced in health institutions, which is characterized by medicalizing and intervening on women's bodies. Students find contradictions between the theory and practice of their careers, which then influences the actions of future professionals.

**Keywords:** Midwifery; Obstetric violence; obstetric training; technocratic model

### **Introducción:**

En la carrera Licenciatura en Obstetricia de la Universidad Nacional de Santiago del Estero (UNSE), los/as estudiantes aprenden que el parto es un proceso fisiológico y que las personas gestantes no son pacientes por no existir enfermedad y que son las mujeres y personas con capacidad de gestar quienes tienen el protagonismo del trabajo de parto y el parto y los/as obstétricos/as están para acompañar, aconsejar y facilitar esa experiencia única e individual de las personas. Sin embargo esto entra en conflicto durante el proceso de enseñanza – aprendizaje cuando los/as estudiantes llegan a las prácticas hospitalarias, y mucho más luego de recibidos/as, al entrar en una residencia obstétrica, comenzar a trabajar en alguna institución de salud sobre todo atendiendo partos. La carrera de obstetricia de la UNSE se caracteriza porque desde el primer año se toma contacto con el Hospital Regional Ramón Carrillo, lugar donde luego se llevarán a cabo las prácticas finales para adquirir el título de Obstétrico/a y Licenciado/a en Obstetricia.

En las instituciones de salud la mayoría de los partos son asistidos de manera estandarizada y tecnocrática. Todo ser que entra al servicio recibe la misma atención y es obligada a parir del mismo modo, en la misma posición, bajo las mismas normas impuestas por

la institución y los/as profesionales que forman parte del sistema de salud. Donde los/as profesionales de obstetricia pasan a cumplir el rol de controlar, dirigir, intervenir y realizar los partos, en donde el exceso de medicación y la falta de control se hacen manifiestos. Se busca atender los partos de un modo eficaz para los/as profesionales, de manera que no amerite demasiado tiempo, interfiriendo en el proceso natural, tratando como patológico todos los partos asistidos, como posibles de complicarse, como un conjunto de factores de riesgo. Abandonando muchas veces las tecnologías simples como el Estetoscopio de Pinard por tecnología más sofisticada como el Monitoreo Electrónico, que muchas veces lo único que logra es justificar la intervención innecesaria de los trabajos de partos. Todos estos aspectos caracterizan el modelo tecnomedico o tecnocrático de atención.

Desde muy temprano en la carrera los/as estudiantes toman conciencia de que una cosa muy distinta es la teoría que aprenden en las aulas, o en los textos, a la manera de ejercer la obstetricia en las prácticas. Y que también dependerá de cada institución el modo en que se realicen estas prácticas y se atienda a las mujeres que concurren a los servicios.

Los/as estudiantes dentro de la jerarquía médica por otro lado deben acatar órdenes y seguir las conductas y prácticas que son protocolo de la institución, a la que concurren durante las prácticas pre-profesionales o de residencia. A veces no existiendo tal protocolo escrito, ni estudios científicos que los respalden. Los/as estudiantes también reciben el mayor número de actividades indeseables, malos tratos y tareas que muchas veces no tendrían que ver con el rol obstétrico que desempeñarán posteriormente en la vida profesional, ni tampoco vinculados a la educación.

Me llama mucho la atención como al inicio de la carrera a los/as estudiantes tales actitudes les sorprenden, les generan frustración, enojos y muchas veces un sentimiento de impotencia, pero luego de un tiempo los mismos han realizado y cuando menos participado o sido testigo de muchas de las mismas acciones que antes los indignaban. Justificando las prácticas muchas veces en la necesidad de aprender, o en la necesidad de aprobar. Actuando a veces en contra de su voluntad para no contradecir a los/as tutores/as, o a otros/as profesionales de la guardia que al fin y al cabo son los que evalúan.

Todo esto no termina con la conclusión de las prácticas hospitalarias, con la obtención del título, o con la finalización de la residencia, los/as nuevos/as profesionales toman las conductas y acciones que se aprenden para adoptarlas como normas. Se aprende la atención del parto de este único modo, y terminan convencidos/as, de que es la única forma de llevarlo a cabo, que es la forma correcta de hacer las cosas. Los/as profesionales se alejan de otras formas de asistencia alternativas sobrevalorando el modelo tecnomédico de asistencia que aprendieron como único modo de ejercer.

Las últimas perjudicadas son las personas gestantes, con la naturalización de prácticas invasivas, muchas veces innecesarias y violentas. En contra de sus derechos, se ven obligadas a parir bajo las normas impuestas, generalmente en desconocimiento total de alternativas. Los/as profesionales de la salud tienen el poder de decidir e intervenir. Las mujeres con toda la carga emocional que implica un trabajo de parto, incrementada incluso por el medio extraño que representa para ellas el hospital, se aferran a los rituales hospitalarios para calmar la angustia (Robbie Davis Floyd, 2009)

Desde esta perspectiva este artículo se postula para conocer las experiencias de los/as estudiantes con el objeto de analizar su tránsito por las prácticas hospitalarias concurrencia pre profesional, haciendo hincapié en las contradicciones que estos/as encuentran en cuanto a prácticas y conductas en las instituciones con respecto a la teoría aprendida desde las aulas en años anteriores, las principales preguntas de esta investigación son: ¿Cómo es la experiencia de los/as estudiantes en los hospitales? ¿Cuáles son las principales contradicciones que atestiguan los/as estudiantes de obstetricia en su paso por el hospital en la cátedra de concurrencia pre profesional?

#### **Metodología:**

Este trabajo surge de la necesidad de analizar la formación que reciben los/as obstétricos/as desde la perspectiva de los/as estudiantes. Por lo que el área temática de este trabajo se enmarca dentro del área de educación y para lograr los objetivos de este trabajo se decidió realizar una investigación cualitativa de tipo exploratorio-descriptivo, que permitirá analizar y comprender la problemática planteada.

Este trabajo se llevó a cabo en la provincia de Santiago del Estero. La población objeto de estudio está comprendida por los y las estudiantes de la carrera de Licenciatura en Obstetricia que hayan cursado concurrencia pre profesional en la Universidad Nacional de Santiago del Estero. De los/as cuales se seleccionó como muestra a 5 estudiantes que hayan cursado las prácticas hospitalarias de concurrencia pre profesional, entre los años 2013-2019. A través de un muestreo no probabilístico, de tipo intencional o deliberado para poder alcanzar los objetivos de la investigación. Se realizaron 5 entrevistas en profundidad en enero del año 2021 mediante video llamadas por Zoom, dichos encuentros fueron grabados para su posterior desgrabación, transcripción y análisis. Para dichas entrevistas se hizo firmar un consentimiento informado en donde las entrevistadas señalaban su conformidad a participar en esta investigación. «INFORMACIÓN ELIMINADA PROVISORIAMENTE PARA NO VULNERAR EL PROCESO DE REVISIÓN A CIEGAS»

#### Referencias Conceptuales:

Nuestro sistema médico refleja el sistema de valores de nuestra sociedad, donde el éxito está basado en la ciencia, afectado por la tecnología y llevado a cabo a través de grandes instituciones gobernadas por ideologías patriarcales en el contexto de una economía que prioriza las ganancias. Este configura como paradigma un modo de ver el mundo, una cosmovisión, donde se destaca la separación del cuerpo de la mente, la concepción del cuerpo como máquina, el paciente como objeto, la distancia emocional, el diagnóstico de afuera hacia adentro, la jerarquía, la estandarización del cuidado y la sobrevaloración de la tecnología, todos estos aspectos configuran el esqueleto de este modelo de atención (Davis-Floyd y St. John, Gloria 2004).

La atención biomédica o tecnocrática del parto privilegia el empleo de tecnología sofisticadas. Como el monitor electrónico de latidos, o la ecografía que utilizada de forma rutinaria suponen un aumento del control sobre los procesos fisiológicos por la profesión médica. De esta manera las vivencias y juicios de las mujeres sobre su embarazo y parto son descartados y remplazados por los criterios *científicos*. De modo que viven el embarazo a través de los/as profesionales que las asisten. Ocurre una alienación de los sentidos propios que pasan al profesional que se supone conocedor/a de *las cosas como deben ser* (Dailys García Jorda y Zoé Díaz Bernal, 2010).

El modelo médico de atención se encuentra arraigado en la sociedad y aceptado por la misma, esto se ve muchas veces en el hospital cuando al entrar al servicio una mujer en trabajo de parto, los familiares piden que se le coloque un suero o se alegran de que se haya colocado, como si esto significara que los/as profesionales están al pendiente de la salud, cuando en realidad esto podría desencadenar complicaciones en el progreso natural del parto. En el caso contrario cuando no se coloca un suero los familiares e incluso algunas mujeres consideran que no son atendidas correctamente.

El rol activo y protagonista de las mujeres queda invisible en este sistema, donde se las inmoviliza, se las silencia y se las olvida. El profesional, que realiza los partos, se apropia del mismo. Esto forma parte del ritual de pasaje del que habla la antropóloga Davis Floyd (2004; 2009), que lo define como una representación imitada, repetitiva y simbólica de una creencia o valor cultural, y su principal objetivo es alinear un sistema de creencias de un individuo con el de la sociedad. El modelo de atención institucional constantemente envía mensajes simbólicos y algunos bastante implícitos de que no es la mujer la que da a luz, si no la institución. Este ritual no es casual, es reflejo del modelo tecnocrático, es decir refleja una sociedad jerarquizada y burocratizada impulsada por la idea del progreso tecnológico

Esta visión patológica y de riesgo de concebir a los cuerpos y procesos de las mujeres es muy influyente en los modos de asistir los partos. En vez de partir de la evidencia científica aportada por la medicina que sustenta que más del 80% de los partos y nacimientos no necesitan de intervenciones externas y pueden desarrollarse de forma fisiológica, se organiza un sistema de atención que pretende llegar al 100% de las mujeres basado en la concepción patológica, obligando a las mujeres a parir en centros de segundo y tercer nivel de atención, asistidas por la medicina e invadidas por prácticas intervencionistas muchas veces injustificadas (Patricia P. Gainza, Mariana Labastie y Natalia Magnone Alemán, 2013).

La obstetricia es seguramente la especialidad médica que más trabaja en contra de las recomendaciones de organismos internacionales de salud y de la evidencia científica. Desde el año 1985 que la Organización Mundial de la Salud recomienda disminuir el intervencionismo innecesario en la atención del parto. Quizás uno de los ejemplos más claros sea la posición ginecológica para el parto, esta posición es empleada y enseñada ampliamente siendo su principal ventaja la comodidad para el/la profesional, mientras que para la mujer supone

considerables desventajas: se pierde contacto con los puntos de apoyo para pujar, la pelvis queda fija sin posibilidad de movimiento, el feto debe subir por el canal de parto para salir generando una presión inadecuada en la zona perineal, entre otras desventajas (Michelle Sadler Spencer, 2016).

La medicalización e intervención en los cuerpos por la medicina tecnológica ocurre a lo largo de toda la vida de una persona. Sin embargo esta medicalización tiene mayores implicancias en las mujeres y sobre todo en el momento de los nacimientos. El parto como acontecimiento médico se entiende como un proceso patológico que legitima su intervención y el control médico quitando de la esfera de la experiencia subjetiva de la mujer la posibilidad de protagonizar el nacimiento de sus hijos/as (Valeria Lucía Fornes, 2009).

La biomedicina o modelo tecnomédico es un modelo inadecuado para el parto en cualquier cultura. Es demasiado cara, demasiado intervencionista, demasiado orientado al tratamiento con fármacos y tecnología, y causa un daño excesivo a las madres y bebés como para que sea un modelo viable al que los países en vías de desarrollo deban aspirar (Davis-Floyd, 2009 p. 95).

Pese a esto la mayoría de los partos son atendidos bajo este paradigma, en todas las instituciones de salud, esto lleva a que se considere que los únicos modos de ejercer la atención es si esta atención es igual para todas y todos, priorizando lo biológico, dejando de lado el acompañamiento psicológico y social, interviniendo en los cuerpos sin justificación lo que lleva a mayores intervenciones, medicalizándolo y finalmente controlando a las mujeres y determinando el modo en el que éstas viven sus partos.

De igual modo que para las mujeres, los/as profesionales también atravesarán un ritual de pasaje durante su entrenamiento médico en los largos años de formación. Este no solo tiene la carga de transmitir conocimientos y habilidades prácticas, sino también introducir a los/as estudiantes en el sistema de valores y creencias básicas del paradigma tecnocrático de la medicina. Este ritual asociado al parto proporciona para los/as futuros/as profesionales una estructura ordenada al caos que representa la naturaleza y crea la ilusión de que los partos ocurren así porque no hay otra alternativa para controlar y contener los procesos naturales del parto (Davis-Floyd y St. John, 2004).

La tecnología y las intervenciones proporcionan una especie de alivio para los/as profesionales inexpertos, y la vivencia de algunos partos complicados supone ese adiestramiento en la idea de que todo parto es una bomba de tiempo que debemos controlar y dirigir para evitar las peores consecuencias. Pareciera, pese a que las investigaciones científicas demuestran lo contrario, que si no se atienden los partos siguiendo esas líneas del modelo estos podrían terminar en un verdadero desastre (Sabrina Yáñez, 2013).

Con el caos y la incertidumbre invadiendo su práctica diaria los/as profesionales se adhieren a estas rutinas ritualizadas en las cuales pueden demostrar clara competencia lo que les da la sensación de mayor confianza y control sobre los resultados. Por lo cual, algunos/as profesionales insisten en que estas rutinas son necesarias para el eficiente funcionamiento del sistema pero la verdad más profunda es que muchos/as se sentirían perdidos/as sin la confianza en esas prácticas estandarizadas (Davis-Floyd y St. John, 2004).

Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015), señalan que para comprender la violencia obstétrica y las violaciones de derechos de las mujeres en estos espacios es necesario mirar a los/as profesionales como agentes sociales comprometidos/as activamente - si bien casi nunca conscientes- en el sostenimiento de un orden médico, que desempeña un papel fundamental en la construcción y reproducción de un orden social percibido como *natural*. Este orden se estructura sobre la base de prácticas y relaciones de poder que violentan en primer lugar a los/as profesionales, en sus años de formación y que apuntan en sentido opuesto a una noción de derechos y al trato de ciudadanas hacia las mujeres.

Estamos frente a un aparato, en el que la educación médica juega un papel central en la génesis de un habitus profesional que, junto con el curriculum oficial, desarrolla otro curriculum paralelo, (u oculto) basado en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías, su posterior encarnación y defensa, y en la desigualdad de género (Castro, 2014).

Las instituciones a cargo de la formación universitaria de los/as profesionales obstétricos/as forman parte del campo médico. Y dentro de éste lo que está en juego es el predominio de un grupo: la profesión médica, sobre el resto de las ocupaciones «paramédicas» y los/as usuarios/as del sistema de salud. Este predominio le permite imponer una percepción



de la realidad dentro del ámbito de la salud, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo (Castro, 2010).

El campo médico es el conjunto de instituciones y actores de la salud que, ubicados en diferentes posiciones, mantienen entre ellos relaciones de fuerza orientadas a conservar, adquirir o transformar esa forma de capital específico que consiste en la capacidad de imponer los esquemas dominantes de definición, percepción y apreciación de las materias propias de la agenda sanitaria, así como de la acción (política, comercial, científica, profesional) que deriva de ello. Así, junto con las instituciones de salud, son elementos centrales del campo médico las instituciones que forman los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a ser parte del campo (Las facultades de ciencias de la salud y los hospitales de enseñanza), los agentes que opera en estas instituciones, los profesores y estudiantes de las especialidades médicas (Castro, 2014 p. 173).

El campo médico produce y es producto de una serie de subjetividades entre las que se destaca el habitus médico, «éste es el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación (lo social hecho cuerpo) de las estructuras objetivas del campo médico» (Castro, 2014 p. 173) estas predisposiciones son adquiridas por los/as profesionales en las instancias de formación que resultan como situaciones que impregnarán de una serie de prácticas y conductas que posteriormente aluden a una práctica profesional autoritaria. La coincidencia entre el campo y el habitus médico da lugar a una práctica cotidiana, intuitiva preconsciente que asegura que los actores realicen conductas eficaces a los fines del campo (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015).

El sociólogo Castro (2014) plantea además, que existe un currículum oculto, como dispositivo de la educación médica, que permite la interiorización de las jerarquías de la profesión, el uso de castigos y disciplinamientos como recursos didácticos y una evidente desigualdad de género. Este currículum oculto es paralelo al currículum oficial y son «el conjunto de reglas, conminaciones, omisiones, valores entendidos, estrategias de adaptación, interiorizaciones y prácticas que dan lugar a la suma de predisposiciones autoritarias que como médicos aprenderán a desplegar para imponerse sobre las usuarias de los servicios» (Castro y Erviti, 2015 p. 51).

El currículum oculto contempla la transmisión de conocimientos por medio de actitudes y valores e incluso omisiones, pero que no están contemplados en el programa formal de la carrera por lo que operan como un conjunto de conocimientos que no se pueden evaluar ni indicar o exigir, como parte de una asignatura. Este currículum apunta a los aspectos cualitativos y por la misma razón su importancia puede ser significativa y puede tener una influencia negativa, porque puede influir directa o indirectamente en la formación en sentido contrario al plan formal de una carrera (Alberto Rojas, 2012).

#### **Resultados:**

#### **-Conflictos entre la teoría y la realidad que viven los/as estudiantes en su paso por el hospital:**

A medida que los/as estudiantes avanzan en el cursado de la carrera van adquiriendo conocimientos y habilidades que los/as intentan preparar para desempeñarse como profesionales obstétricos/as. Y si bien como ya mencionamos las instituciones de salud van a ser espacios cada vez más frecuentes a lo largo de los años, es recién en las prácticas de concurrencia pre profesional, donde deberán realizar actividades propias de un/a profesional obstétrico/a, y donde encontrarán diversas contradicciones entre lo aprendido años anteriores desde lo teórico con la realidad de las prácticas y la asistencia institucional.

El Hospital Regional «Ramón Carrillo» es un espacio de formación técnica y profesional de diferentes ramas de las ciencias de salud, con una permanencia constante de pasantes, concurrentes, practicantes, además de los/as residentes. Las prácticas necesarias para el aprendizaje se realizan con personas que asisten a los servicios públicos que son, para este caso mujeres de los sectores populares. Hay muchas personas observando, palpando, haciendo tactos, aprendiendo a suturar, a poner medicación, sacar radiografía o a atender un parto. Personas que hacen por primera vez una práctica, y que por añadidura su destreza está en proceso de aprendizaje. Y lamentablemente no en todas las ocasiones, estos/as practicantes, trabajan con supervisión docente (Cecilia Canevari, 2011: 38). (Destacado en el original)

Las contradicciones entre lo que se enseña y luego se realiza que ya podía observarse en años anteriores eran explicadas y vistas habitualmente como parte de protocolos o modos de atención propios de esa institución en particular o como elecciones personales de algún/a profesional. El servicio de salud pública se auto-describe como lento, saturado, deficiente y limitado, las deficiencias estructurales de la institución bajo esa mirada son señaladas como las causantes de todos los problemas del servicio, las externalidades son tantas que se resignifican en la anomia del personal del servicio frente a las posibilidades de cambio de condiciones de asistencia, comunicación y mejoras del sistema (Fernández Moreno Sara, 2007).

Al llegar a la concurrencia los/as estudiantes encuentran que en líneas generales las contradicciones siempre están presentes y se debe convivir con ellas. Aquí tendrán la tarea de desempeñarse como si fueran profesionales. Se realiza un avance progresivo, primero los/as estudiantes pasarán por admisión, servicio donde recibirán a las personas con capacidad de gestar que acuden por diversos motivos entre ellos aquellas que acuden cursando un trabajo de parto que deberán ingresar en la institución luego de su evolución, luego se sumarán actividades en sala de dilatantes donde realizaran el seguimiento y acompañamiento de las mujeres durante su trabajo de parto y finalmente las prácticas concluirán con realizar las asistencias en sala de parto.

En los primeros días de guardia los/as estudiantes se sienten con una mezcla de emociones que van desde nervios, miedo y ansiedad hasta sensaciones de felicidad, entusiasmo y seguridad lo que es esperable para este momento de la cursada de la carrera por la llegada a un espacio que aunque no tan nuevo, lo es desde un nuevo rol. Además, es éste el último espacio previo a acceder al título de obstétrico/a. Una de las entrevistadas nos relataba lo siguiente con respecto a sus primeros días como concurrente:

«La verdad que me sentía segura con la teoría pero en la práctica es otra cosa totalmente distinta, porque vos puedes tener los conocimientos pero si nunca has practicado es obvio que no vas a tener idea de cómo arrancar y bueno... los primeros días es como que no sabía o tenía miedo digamos de cometer algún error y que ese error tenga algún impacto en esa mujer que está por dar a luz, o en ese/a bebe, siempre he tenido ese miedo, nunca he tenido la seguridad suficiente para decir sé que

lo estoy haciendo bien, sé que va a salir todo bien, siempre he estado un poco insegura con lo que hacía» Virginia.

A veces los miedos normales propios de las circunstancias se agravan o se acompañan con sentimientos negativos por el ambiente y los/as profesionales que ahí trabajan, como podemos reconocer en el fragmento siguiente de otra entrevista:

«No me sentía para nada preparada, porque vos que ya ibas insegura y la misma guardia te hacía sentir que sabías menos inclusive, que no sabías nada, se preguntaban que hacías aquí y te decían que estabas estorbando. Al principio fue muy frustrante porque de la práctica a la teoría hay un espacio abismal. Considero que la teoría y las materias no te preparan en absoluto para la práctica, para las trincheras como habitualmente se le llama. Es un espacio totalmente diferente, donde no se cumplen ni se siguen los mismos protocolos, ni reglas, no se usan los mismos métodos» Alicia.

En los fragmentos anteriores las entrevistadas hacen referencia a la distancia entre la teoría y práctica. Esto se relaciona con el hecho que en la asistencia obstétrica existen al menos dos posturas contradictorias entre sí, por un lado se hace hincapié en que el embarazo y el parto es un suceso natural y fisiológico del cuerpo de la persona gestante lo que contrasta con la concepción de parto como evento médico que necesita ser controlado e intervenido para evitar complicaciones. Los discursos médicos que imperan están relacionados con el dolor y los riesgos que conllevan estos procesos y justifican así el suministro de medicamentos y la incorporación de tecnologías para reducir la mortalidad materna e infantil (Berenice Martínez y Ludmila Orobich, 2018).

Toda mujer que ingresa al hospital es procesada como paciente, evaluando signos y síntomas biológicos las clasifican en pacientes de bajo riesgo o alto riesgo. La atención de las mujeres de bajo riesgo son por protocolo médico asistidas en base a procedimientos y tratamientos de rutina, los cuales en su mayoría no individualizan las necesidades de cada una, pese a que epidemiológicamente estas mujeres no entrañan un aumento significativo de riesgo ni una probabilidad grave o trascendente de morbilidad o mortalidad para ellas ni para sus hijos/as (Marbella Camacaro Cuevas, 2009). Son vistas como potenciales pacientes de riesgo

o *bombas de tiempo* como habitualmente se habla en la carrera y entre los/as profesionales de salud, porque en cualquier momento puede existir una emergencia.

Inmersos en la concepción de riesgo en las maternidades prevalece el desconcierto y la incertidumbre, el personal encuentra en las rutinas y protocolos una sensación de seguridad frente al acecho de la patología y la emergencia (Camacaro Cuevas, 2009). Las categorías medicalización y patologización se complementan y forman un circuito que caracteriza las intervenciones médicas en los momentos de embarazo y parto (Martínez y Orobich, 2018).

Las mujeres que asisten a las instituciones como sujetos sociales no escapan a estas relaciones históricamente constituidas donde el saber-poder, en términos foucaultianos, está en manos de los/as profesionales de salud principalmente médicos/as y el no saber- no poder les corresponde a los/as pacientes (Fornes, 2009). El sistema médico objetiviza a los/as pacientes hasta rehusarse a discutir cualquier detalle del caso con ellos/as, además llega al punto de ignorar sus ideas y sentimientos. Los interrogatorios médicos son reflejo de esto, intentan sacar información relevante del/a paciente con preguntas cerradas y a quemarropa que no den lugar a una libertad de expresión (Brigitte Jordan, 1993 en Davis Floyd y St. John, Gloria 2004). Esto se transmite a los/as concurrentes como lo refleja el siguiente fragmento:

«Había una nula atención y escucha a las mujeres en admisión, yo me acuerdo que un día no había nadie esperando a ser atendida y yo estaba con una mujer en admisión y era como que tenías que estar con el cronómetro igual, porque todo se tenía que hacer ya. O sea el llenado de la Historia clínica y la tenías que revisar rápido y que se vaya o ingresarla. Era como una competencia para ver quién la ingresaba más rápido»  
Alfonsina.

Los/as estudiantes aprenden a entender que las rutinarias como el llenado de la historia clínica, deben cumplirse de forma estandarizada y veloz aun si desde el discurso uno/a debiera entablar un vínculo y escuchar a la mujer que consulta por algún motivo. Muchas veces todo esto se deja de lado con el justificativo en la sobredemanda al servicio. Hay una predisposición en los/as profesionales a descalificar la información y el conocimiento que tienen las mujeres sobre su propio estado, sobre su proceso de parto o incluso sobre los síntomas o dolores que ellas están sintiendo (Castro y Erviti, 2015).

El sistema de salud habitualmente decide por las mujeres, no se les informa ni se les consulta sobre las intervenciones realizadas sobre sus propios cuerpos, no se permite que las mujeres estén acompañadas, se las separa de sus recién nacidos/as luego del nacimiento para acciones de rutina o chequeos, entre otras prácticas que han demostrado ser inefectivas y perjudiciales (Gainza, Labastie y Magnone Alemán, 2013). Incluso en ocasiones, cuando se les informa el exceso de tecnicismos en sus vocabularios, que tienen una finalidad más técnica que didáctica o pedagógica entorpece las comunicaciones entre usuarios/as-prestadores (Fernández Moreno, 2007). Y esto es reconocido como contradictorio y violento por los/as estudiantes:

«Se hace todo sin pasarle información a la mujer, ni sobre lo qué está pasando. A nadie se le informa nada, a menos que seas una *quejosita* que pregunta todo, en esos casos informan pero sino, no. El acompañamiento de las mujeres en sala de partos casi nunca ocurre. Ni hablar del contacto inmediato, ni la hora de oro del recién nacido, eso no se cumple. El trato a la mujer nunca es el adecuado, se las aniña a todas muy pocas veces las llaman por su nombre, no se les da información pos parto sobre lactancia ni cuidados del recién nacido ni anticoncepción. Se les habla muy por encima suponiendo que todas entienden lo que les dicen y no dejan el vocabulario técnico»  
Alicia.

Como se puede apreciar el sistema médico espera que las mujeres se sometan a todas sus órdenes e indicaciones. Incluso el simple pedido de información por parte de las pacientes puede resultar, desde la óptica médica como un intento de insubordinación (Castro y Erviti, 2015). Se trata de un sistema muy jerarquizado en el que se imponen prácticas de forma autoritaria y donde no se respeta a las usuarias en calidad de ciudadanas que acuden al servicio a ejercer el derecho de ser asistidas.

Se emplean múltiples intervenciones rutinarias que no tienen un sustento científico y en casos donde no hay claras indicaciones. Por ejemplo se inmoviliza a las mujeres con la colocación de una vía por si acaso luego es necesaria, o se colocan oxitócicos para acelerar un trabajo de parto y con esto se les impide la movilidad durante el trabajo de parto, se impide o restringe el acompañamiento continuo de personas del entorno de la mujer, la posición en la que ocurre los partos es la ginecológica para todas las mujeres y los/as bebés luego se

separan de sus mamás una vez producido el nacimiento, se impide el contacto precoz por chequeos y rutinas, entre otras prácticas (Sadler Spencer, 2016). Las estudiantes reconocen este tipo de prácticas como contradictorias como se puede ver en los siguientes fragmentos:

«En una sala de partos hay entre 7 y 10 personas, entre enfermeros, identificadores, profesionales obstétricos y nosotras que éramos 4 estudiantes, aunque entrábamos de a dos. Muchas de esas personas no son necesarias en ese momento pero están ahí y como hay tanta gente no hay lugar para el familiar, que yo siempre intentaba cumplir el hacer pasar a alguna persona pero generalmente no me dejaban» Alicia.

«Abusan de la oxitocina y también es algo que se contradice porque en el libro se empieza con 2.5 unidades para una estimulación pero en el hospital empezábamos con 5 o 10 unidades de oxitocina incluso y es evidente que si empezamos haciéndolo mal íbamos a tener consecuencias: una bradicardia fetal, aumentar los dolores, roturas de bolsa... a eso me refiero, el libro te enseña de un modo pero se hacen de forma diferente. También rompíamos bolsa con 5 o 6 cm de dilatación y me parecía contradictorio porque la teoría te la preguntaban del libro pero después te hacen hacer otra cosa» Victoria.

Las instituciones de salud están muy jerarquizadas. El campo médico, como el militar está organizado en niveles de mando en donde actúan profesionales con diferentes categorías y esto está rígidamente determinado. Esas jerarquías actúan constantemente y se aprenden a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días en la facultad (Castro, 2014; Castro y Erviti, 2015) y de ahí ese miedo a las represalias que pudieran haber al punto de no poder cuestionar ningún tipo de conducta por más que el/la estudiante pueda darse cuenta de que lo que está observando o haciendo no está bien como lo expresaban las entrevistadas:

«Creo que en ese momento ni siquiera cuestionábamos las prácticas, o sea lo cuestionábamos pero entre nosotras como estudiantes y compañeras pero no lo llevábamos más allá de eso. Porque aparte sabíamos que los profesionales lo tenían totalmente naturalizado e ir a decirles algo sobre sus propias prácticas era un poco ir a

increparlos a ellos y además del miedo que te da a que te bochen solo por haber cuestionado digamos» Alicia.

«Te da miedo a que te obliguen a hacer maniobras que no están permitidas y que son rutinarias, como las episiotomías de rutina y las maniobras de Kristeller. Y también a no recibirme por contradecir siempre era mayor el miedo a cuestionar y que después no te aprueben y te tilden de revolucionario, de rebelde» Victoria.

La maniobra de Kristeller que consiste en ejercer presión sobre el vientre de la mujer que está en parto en el momento del expulsivo, habitualmente los/as profesionales le llaman hacer un *apoyo* o dar *una ayudita*, es una maniobra que es considerada una mala práctica y está desaconsejada por la Organización Mundial de la Salud porque además de ser dolorosa puede ocasionar daños en el periné, en el útero y en el feto además tampoco hay suficientes estudios al respecto que validen su utilización (OMS, 1996). Sin embargo es una práctica relatada como habitual por las estudiantes entrevistadas al mismo tiempo que reconocen que está contraindicada:

«La maniobra de Kristeller se hace en el Hospital Regional como una ley a todas las pacientes cuando desde la teoría y en todos lados dice que es una maniobra totalmente contraindicada por los libros y por las sociedades de ginecología y obstetricia pero parece que los profesionales desconocen esto» Alicia.

«Te quedas tildada porque por ejemplo la maniobra de Kristeller que te enseñan que no se debe hacer que existen diferentes riesgos pero vos llegas a la práctica y la hacen, pasa que los mismos que te enseñaron desde la carrera que no se debe hacer, ahí la hacen» Sara.

Por otra parte la episiotomía, es una incisión quirúrgica que se realiza en la vagina y en el periné en el momento del expulsivo del parto para facilitar la salida de los/as bebés. Constituye un grave problema de salud por constituir una lesión quirúrgica y hemorrágica que violenta la integridad anatómica y funcional de los genitales de las mujeres. La razón por la que se practica radica en que se supone previene desgarros,



sin embargo no existe evidencia empírica que confirme esta hipótesis (Gainza, Labastie y Magnone Alemán, 2013 p.194).

Las investigaciones médicas llevadas a cabo señalan que los argumentos esgrimidos para defender esta práctica rutinaria no están basados en evidencias científicas y se repiten a pesar de las recomendaciones de estudios científicos y de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Fornes, 2009). Tenemos que encuadrar esta práctica dentro de las violencias de género, ya que su uso indiscriminado *configura una innecesaria agresión a la mujer* (Tomasso, et. al., 2002 en Fornes, 2009) sobre esta práctica todas las entrevistadas coincidieron en que se realiza de forma rutinaria a las mujeres cuando se trata de su primer parto entre los testimonios se destacan los siguientes fragmentos:

«La episiotomía es como un padre nuestro a todas las primigestas, a todas les hacen episiotomía, la única vez que no se hizo fue a una mujer que era ex alumna de la carrera y la conocíamos y ella le dijo a mi compañero cuando estaba por hacerle que - eso no se hace que no era necesario- entonces no lo hicieron por eso, pero después todos los partos que yo he presenciado nunca se le ha preguntado ni explicado cuál era el motivo, siempre se la hacía de manera mecánica» Virginia.

«La episiotomía que debería evaluarse en el momento, la planeábamos desde antes, me acuerdo que llegó una adolescente en su primer embarazo para parir y la docente me dijo bueno vos le haces el parto y haces la episiotomía. Porque yo me negaba a hacer y evitaba las situaciones en las que sabía que podían obligarme, así que eso siempre fue un motivo de conflictos con mis tutoras» Sara.

« [...] Cuando empieza a ocurrir el parto la obstétrica que me acompañaba me gritaba –Hacele la episio aprovecha que es primeriza- y para mí no hacía falta era un bebe chico y encima la mujer era una adolescente, una niña. Pero ellas me gritaban –dale dale hacele- yo no quería hacerla pero entre todos los gritos termino cediendo y fue una experiencia horrible era como cortar carne súper gruesa con tijeras sin filo, creo que fue la única que hice... al final del parto salimos de ahí y la obstétrica me dice –

¿vos te diste cuenta que no hacía falta no? Pero bueno ahora ya sabes hacer- yo me sentí muy culpable, me arrepiento de no hacerme puesto firme» Alfonsina.

«La colocación de anestésicos era totalmente ineficiente (haciendo referencia a la anestesia local en el periné para la episiotomía) no se realiza de forma correcta, no comprueban que la zona esté totalmente anestesiada como si estuvieras haciendo el punto de un pantalón se corta y sutura sin colocar la anestesia correctamente» Alicia.

El currículo formal de la carrera de obstetricia se desdibuja en las prácticas y por otro lado se desatiende la enorme influencia del curriculum oculto que ejerce su influencia mediante el ejemplo que los/as profesores y profesionales de salud muestran en las rutinas diarias, a través del ethos institucional que moldea los discursos y también mediante la adquisición de costumbres, rutinas y rituales asumidos como normales y esperables (Restrepo, Espinel, 1996 en Fernando Suárez Obando y Eduardo Díaz Amado, 2007). Termina por llevar a los/as estudiantes a concluir que materias vinculadas a la Ética, a lo social y a las emociones son simples rellenos, que lo visto en ellas no tiene una verdadera aplicación ni utilidad y que asistir a un parto es vigilar y controlar biológicamente los cuerpos de las mujeres (Suárez Obando y Díaz Amado, 2007).

El intervencionismo, la medicalización, las jerarquías, el pretendido monopolio del saber y la descalificación de las quejas de las mujeres son gracias a que existe un micro orden social al interior de los hospitales que establece que el papel protagónico es el del personal de salud y que las mujeres acuden ahí, a pesar de ser las que paren, no tienen sino un rol secundario (Castro y Erviti, 2015). Debemos pensar que cuanto mayor es la medicalización del proceso de embarazo y parto menor es la autoridad y autonomía que las personas gestantes y sus entornos pueden ejercer (Martínez y Orobich, 2018).

Las episiotomías de rutinas, la realización de prácticas como la maniobra de Kristeller que se encuentran contraindicadas, la prioridad en que una estudiante aprenda por sobre los derechos de las mujeres, la falta de consentimiento, la falta de información y acompañamiento a las mujeres, son prácticas que entre muchas otras, no solo los/as estudiantes reconocen como contradictorias con lo teórico si no que son contradictorias con las leyes y con las posibilidades de las mujeres de ejercer una ciudadanía en los espacios de salud.

### Reflexiones Finales:

Al indagar sobre las experiencias de los/as estudiantes de la carrera de obstetricia se logró un primer acercamiento a la problemática analizada encontrando que los/as estudiantes encuentran diversas contradicciones entre la teoría y la práctica en las que se destacan: la falta de acompañamiento emocional hacia las mujeres, la ausencia de acompañamiento por parte de una persona de su entorno, no solicitar el consentimiento para las prácticas e intervenciones sobre sus cuerpos, la aplicación inoportuna y rutinaria de la episiotomía y rotura de la bolsa durante el trabajo de parto, la utilización de maniobras contraindicadas como la maniobra de Kristeller, la prioridad en que el o la estudiante aprendan por sobre los derechos de las mujeres, los malos tratos y las diferentes expresiones de la violencia obstétrica.

En las prácticas hospitalarias pre-profesionales se observa una mirada acotada a lo biológico, a las patologías, con un marcado enfoque de riesgo en el accionar profesional. Donde se evidencia que los aspectos psico-emocionales y sociales son poco tenidos en cuenta, siendo registrados como parte del llenado de documentación rutinaria o con fines estadísticos o de investigación pero no aplicables ni complementarios con la práctica, a diferencia de los factores biológicos que son considerados centrales en la asistencia obstétrica. Para poder mejorar los modos en los que se realiza la asistencia a las mujeres en los servicios de salud es necesario trabajar desde una mirada integral y se debe aprovechar las diferentes materias teóricas y prácticas para lograr esa integración entre los conocimientos biológicos y los contenidos sociales o humanísticos.

Aún queda mucho por indagar acerca de esta problemática, considero que no se puede ignorar el hecho de que la formación de los/as profesionales obstétricos/as en las universidades pueda tener un papel fundamental para prevenir y erradicar la violencia obstétrica y debe contribuir a este fin. Es fundamental para poder cambiar la asistencia obstétrica por una que respete los derechos de las mujeres, y sobre todo que no ejerza violencia hacia las personas gestantes y recién nacidos/as, hacer foco en la formación que reciben los/as profesionales, en sus experiencias en las materias prácticas y contribuir a reforzar y cambiar la pedagogía por un modo de enseñanza que promueva la empatía como valor fundamental para ejercer la obstetricia.

**Agradecimientos:**

«INFORMACIÓN ELIMINADA PROVISORIAMENTE PARA NO VULNERAR EL PROCESO DE REVISIÓN A CIEGAS»

**Referencias Bibliográficas:**

- Camacaro Cuevas, Marbella (2009). "Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... imprints de la praxis obstétrica". *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*. 14 (32), 147-162. Recuperado en 03 de julio de 2020, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=es](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011&lng=es&tlng=es).
- Canevari, Cecilia (2011) *Cuerpos enajenados. Experiencias de mujeres en una maternidad pública*. Santiago del Estero: UNSE y Barco.
- Castro, Roberto (2010) *Teoría Social y Salud*. Cuernavaca, Morelos: El Lugar Editorial.
- Castro, Roberto (2014). "Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México". *Revista mexicana de Sociología*, 76, (2) ,167-197.
- Castro, Roberto y Erviti, Joaquina (2015) *Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Davis-Floyd, Robbie y St. John, Gloria (2004). *Del médico al sanador*. Buenos Aires: Creavida.
- Davis-Floyd, Robbie (2009). *Perspectivas Antropológicas del parto y el nacimiento*. Buenos Aires: Creavida. 89
- Fernández Moreno, Sara Yaneth. (2007) "La violencia de género en las prácticas institucionales de salud: afectaciones del derecho a la salud y a las condiciones de trabajo en salud". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6 (12), 59-76. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54561202>
- Fornes, Valeria Lucia (2009) "Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto." Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.

- Gainza, Patricia; Labastie, Mariana y Magnone Alemán, Natalia. (2013). "La atención contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos". *Ulúa*, 22, 175-196.
- García Jorda, Dailys y Díaz Bernal, Zoé. (2010) "Perspectivas antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio" *Revista Cubana de Salud Pública*. 36 (4) 330-336.
- Martínez, Berenice y Orobich, Ludmila (2018) "De la casa al hospital: Una breve historización de la atención del embarazo y el parto." *X Jornadas de Sociología de la UNLP*. 5 al 7 de diciembre de 2018, Ensenada, Argentina. Disponible en:  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.11615/ev.11615.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11615/ev.11615.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (1996) "Cuidados para el parto normal: una guía práctica." Ginebra, Suiza.
- Rojas, O. Alberto (2012) "Curriculum Oculto" en medicina: una reflexión docente." *Educación Médica*. Rev Med Chile, 140, 1213-1217. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900017>
- Sadler Spencer, Michelle (2016) "Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile contemporáneo" *Revista Chilena de Antropología* 33 (1) 45-57. DOI: 10.5354/0719-1472.2016.43388
- Suárez Obando, Fernando y Díaz Amado, Eduardo. (2007) "La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto." *Acta Bioethica*, 13, (1) 107-113. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2007000100011>
- Yáñez Sabrina (2013) "De la caza de brujas en Europa a los mandatos eugenésicos en Argentina: reflexiones sobre algunos hitos del proceso de institucionalización de la maternidad". *Nómadas Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad Complutense de Madrid*, N° 37, 1-17 92