



Estudios / Investigaciones

**POLÍTICAS SOCIALES,
DESIGUALDADES
Y VULNERABILIDADES**

Estudios de caso en el Gran La Plata

*María Susana Ortale
María Eugenia Rausky
(compiladoras)*

FaHCE
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACION



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA

POLÍTICAS SOCIALES, DESIGUALDADES Y VULNERABILIDADES

Estudios de caso en el Gran La Plata

María Susana Ortale
María Eugenia Rausky
(compiladoras)



2018

Esta publicación ha sido sometida a evaluación interna y externa organizada por la Secretaría de Investigación de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata.

Diseño: D.C.V. Federico Banzato

Diseño de tapa: D.G.P. Daniela Nuesch

Corrección de estilo: Lea Hafter

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina

©2018 Universidad Nacional de La Plata

ISBN 978-950-34-1641-9

Colección Estudios/Investigaciones, 66

Cita sugerida: Ortale, S. y Rausky, M. E. (Coords). (2018). *Políticas sociales, desigualdades y vulnerabilidades: Estudios de caso en el Gran La Plata*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. (Estudios/Investigaciones ; 66). Recuperado de <https://libros.fahce.unlp.edu.ar/index.php/libros/catalog/book/114>



Licencia Creative Commons 4.0 Internacional
(Atribución-No comercial-Compartir igual)

Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Decana

Prof. Ana Julia Ramírez

Vicedecano

Dr. Mauricio Chama

Secretario de Asuntos Académicos

Prof. Hernán Sorgentini

Secretario de Posgrado

Dr. Fabio Espósito

Secretaria de Investigación

Dra. Laura Rovelli

Secretario de Extensión Universitaria

Mg. Jerónimo Pinedo

Prosecretario de Gestión Editorial y Difusión

Dr. Guillermo Banzato

Índice

Introducción	
<i>María Susana Ortale y María Eugenia Rausky</i>	7
Detrás de las callejeadas. Políticas destinadas a niños/as en situación de calle en La Plata, 1983-2015	
<i>María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró</i>	23
“ <i>Me tiene que salir la sin aportes</i> ”: Políticas de transferencia de ingreso a la vejez en condiciones de pobreza y vulnerabilidad social	
<i>Florencia Bravo Almonacid</i>	59
Salud pública y atención primaria de salud. Las intervenciones en una localidad de la periferia de La Plata durante 2010-2015	
<i>Diana Weingast</i>	83
Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos	
<i>Belén Castrillo</i>	115
Voces en disputa. Abortos no punibles en Argentina: análisis de los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia	
<i>Hernán Caneva</i>	151

Las políticas de conciliación trabajo/ familia: una materia pendiente en Argentina. Análisis a partir de las gestiones empresariales desarrolladas en una empresa petrolera en los últimos 40 años <i>Leticia Muñiz Terra</i>	179
Respuestas egoístas a propuestas altruistas. Consideraciones sobre destinatarios de programas de economía social <i>Matías J. Iucci</i>	199
El problema del acceso a la vivienda en sectores pobres: un estudio sobre la implementación del Programa Federal de Viviendas en la periferia de la ciudad de La Plata <i>Amalia Eguía, Susana Ortale y María Eugenia Rausky</i>	217
Los autores	243

Introducción

María Susana Ortale y María Eugenia Rausky

Presentación

Este libro es resultado de estudios realizados en el marco de dos proyectos de investigación: “Políticas sociales en el Gran La Plata. Estudios de caso y reflexiones teórico-metodológicas” (2014-2015), acreditado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP) y “Género y edad en estudios de caso sobre pobreza y políticas sociales en el Gran La Plata (2007-2014)” (PIP CONICET 2012-2014).

Ambos¹ estuvieron radicados en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS), unidad de investigación del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS, UNLP/CONICET) y de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP.

Los objetivos de tales proyectos tuvieron continuidad con el interés del equipo en problemáticas que conjugan pobreza, desigualdad y políticas sociales, sobre las cuales venimos trabajando desde larga data y cuyo interés siempre ha sido develar la heterogeneidad de experiencias de quienes ocupan las posiciones más desfavorecidas de la sociedad; los mismos estuvieron dirigidos a analizar las políticas sociales implementadas en el Gran La Plata y sus efectos en las modalidades de participación de los distintos actores involucrados, en sus relaciones, en las condiciones de vida de los hogares y/o de sus miembros, considerando las particularidades étnico-nacionales, etarias y de género. El interés cognitivo estuvo ligado, además,

¹ Dirigidos por la Dra. Amalia C. Eguía y la Dra. María Susana Ortale.

al propósito de contribuir a orientar acciones del Estado encaminadas a reducir la pobreza y a remover desigualdades de distinto tipo en ámbitos domésticos, barriales y laborales.

Si bien el período abarcado se concentra en las políticas implementadas entre 2003 y 2015, algunas indagaciones se retrotraen al inicio del período democrático posterior a la última dictadura militar. Tal historización se justifica en la necesidad de reconstruir los procesos y contextos que permiten comprender los sentidos –no lineales ni unívocos– de las intervenciones sociales sobre determinada cuestión social para arribar al entendimiento de las mismas en la actualidad. Dichas aproximaciones develan los procesos conducentes a forjar determinadas representaciones (sobre los niños, el trabajo) alertando sobre miradas estáticas y ahistóricas sobre grupos, instituciones, cuestiones sociales. Frente a ellas, que suelen anclar interpretaciones en categorías fijas, abren la mirada a las posibilidades de agencia de sujetos y grupos.

De tal modo, y siguiendo a Oszlak y O'Donnell:

(...) las sucesivas políticas o tomas de posición de diferentes actores frente a la cuestión y la trama de interacciones que se van produciendo alrededor de la misma, definen y encuadran un proceso social que puede constituirse en privilegiado objeto de análisis para acceder a un conocimiento más informado sobre el Estado y la sociedad (...) y sus mutuas interrelaciones (1984, p. 108).

Orientación general de las políticas sociales del período

Con relación al período de los gobiernos kirchneristas, se reconoce ampliamente que los procesos de movilización social previos, acontecidos en nuestro país a partir de 2001 permitieron visibilizar en el espacio público un sinnúmero de reclamos por derechos al trabajo, a la salud, a la alimentación, a la vivienda. Distintas organizaciones, muchas de ellas políticas, comenzaron a desarrollar actividades territoriales relacionadas con problemáticas relativas a la inestabilidad laboral, irregularidad en la tenencia de la vivienda, precarias condiciones habitacionales y ambientales, desplegando estrategias de sensibilización sobre dichas problemáticas tendientes a su resolución, incluyendo acciones territoriales y la movilización de vecinos en los barrios.

Frente a las políticas desarrolladas en la etapa previa –en las que, tal como plantea Fernández Soto (2009), el sujeto de la política social es el pobre individualizado, ubicado en los límites de la supervivencia física, repelido de los mecanismos de integración del mercado de trabajo, sujeto definido no por los derechos que posee, sino por las carencias que individualmente demuestra, o que exhiben las zonas donde territorialmente sobrevive–, a partir de 2003 el Estado promovió políticas sociales que se diferenciaban de las previas *anteriores* (fragmentadas, asistencialistas y enfocadas a paliar la pobreza extrema) proponiendo afianzar un sistema integral de protección social que garantizara los derechos económicos, sociales y culturales, atendiendo a las contingencias que afectan a las personas en las diversas etapas de la vida, y a aquellos derechos incumplidos que reclamaban respuesta (derecho al trabajo *decente* y a un hábitat *digno*). Las mismas aspiraban a tener un carácter universal y a consolidar un modelo de ciudadanía emancipada (Bustelo, 1998). En su definición, y en la implementación de los programas, subyacían los compromisos internacionales asumidos y ratificados por nuestro país y demandas de diversas organizaciones de la sociedad civil.

Trabajo y familia –instituidos tradicionalmente como dominios naturales de varones y mujeres respectivamente– fueron los ámbitos centrales que guiaron la orientación de las acciones de desarrollo social en el país, acompañadas de políticas que buscaron fortalecer los servicios sociales universales de salud pública y, especialmente, en el ámbito de la educación. Todas ellas se acompañaron de un fuerte reconocimiento de la participación de las organizaciones de la sociedad civil en su desarrollo y del lenguaje de derechos (Arcidiácono y Zibecchi, 2008).

La estrategia oficial plantearía a las políticas laborales como un instrumento prioritario para lograr mayores niveles de inclusión social y ellas se constituirían inicialmente en el principal mecanismo articulador de la política social. A partir de esta lógica se buscaría incrementar el empleo formal como el eje de la integración social y de la expansión de las coberturas sociales, sin descuidar el sostenimiento de los programas de transferencia de ingreso.

En el año 2009, luego de la crisis mundial, el gobierno nacional reorientó las políticas socio-laborales iniciadas en el año 2003. Es así como en el marco del Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social, se lanzó el Programa Ingreso Social con Trabajo “Argentina Trabaja” (PIScT), teniendo como

requisito conformar cooperativas de trabajo. El propósito de este programa fue “la promoción del desarrollo económico y la inclusión social” generando “nuevos puestos de trabajo genuino, con igualdad de oportunidades, fundado en el trabajo organizado y comunitario, incentivando e impulsando la formación de organizaciones sociales de trabajadores”. Integrando el Argentina Trabaja, en 2013 se implementó el programa nacional “Ellas hacen”, destinado a mujeres para formar cooperativas y trabajar en la mejora de sus barrios, capacitarse y terminar sus estudios primarios y/o secundarios. Respecto de esos y otros programas de desarrollo socio-productivo, se plantea el problema de la sostenibilidad de los emprendimientos del sector de la Economía Social (Hoop, 2010).

Los lineamientos iniciales de las políticas laborales, que intentaban ampliar sobre bases más amplias el seguro social contributivo de cuño bismarckiano, se revelaron estructuralmente limitados y escasamente desmercantilizadores, en la medida en que sostenían la centralidad del principio contributivo como eje organizador de la protección social (Alonso y Di Costa, 2011). Con relación a ello, estos autores plantean que el mayor salto en las políticas sociales de la gestión kirchnerista se daría en torno del principio contributivo del seguro social: en la cobertura de jubilaciones y pensiones (“Plan de inclusión provisional”); así como, ya durante la gestión de Cristina Fernández, por la universalización de las asignaciones familiares (Asignación Universal por Hijo). Ambas iniciativas de amplios alcances introducen cambios significativos con el principio contributivo como mecanismo central para acceder a la protección social. Instalan puntos de ruptura con los patrones de funcionamiento tradicionales del sistema de políticas sociales incorporando al compromiso redistributivo a los trabajadores informales y desocupados.

Para el año 2004, más de un 30% de los adultos mayores de 65 años no percibía jubilación. El incremento del número de jubilados y también de beneficiarios de pensiones no contributivas implicó un notable salto en el padrón de jubilados y pensionados, siendo las mujeres las más beneficiadas por esta política.

De tal modo, al estar dentro del ámbito de la seguridad social, cuyo principio de estructuración es la contribución, origina derechos, otorgando el status jurídico de jubilado a grupos antes excluidos.

Si bien la universalización del Plan de Inclusión Previsional ha resultado limitada (aparece garantizado solo para una cohorte) ha sentado las bases para operar una ruptura más amplia con los requisitos ocupacionales como mecanismo de acceso a la protección social.

Respecto de las familias, fue a través de su protección y promoción que se tendía a “la integración social, la protección de los derechos, el desarrollo pleno de todos sus miembros y la inclusión social”. Uno de los núcleos de respuestas oficiales estuvo vinculado con la asistencia alimentaria en diferentes modalidades y otro con la generación de niveles mínimos de ingresos a través de diferentes planes de transferencia con condicionalidades (PTC), cuestionados por algunos autores (Cruces, Epele y Guardia, 2008; Pautassi y Zibecchi, 2010).

Si bien las políticas que había llevado a cabo el Estado durante los primeros años de la gestión kirchnerista (Seguro de Empleo y Capacitación, Plan Familias por la Inclusión Social –producto de la reconversión del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados) produjeron mejoras en la situación socioeconómica de las familias, reduciendo los niveles de pobreza e incrementando la ocupación, todavía persistían situaciones de desigualdad que había que atender.

Los índices de inflación observados a partir de 2007, la brusca desaceleración económica desde el último trimestre de 2008 y el incremento de la pobreza, fueron el acicate para la implementación de otro PTC que instaura también una ruptura con el principio contributivo: la “Asignación Universal por Hijo para la Protección Social” (AUH), focalizado en los niños cuyos padres no fuesen asalariados registrados, extendiendo las asignaciones por hijo a trabajadores informales y a desocupados.

Cabe decir que en 2008 la incidencia de la pobreza en el grupo de 0 a 14 años era muy superior a la incidencia entre los adultos, habiéndose profundizado la brecha respecto de años anteriores (CEPAL, citado por Cecchini y Martínez, 2011). El establecimiento en 2009 de la AUH vino a subsanar tal situación (González, 2010), quebrando la segmentación inequitativa de las transferencias de asignaciones familiares existente hasta el momento.

Se optó así por universalizar un mecanismo de protección social no contributivo a partir del subsistema de la seguridad social, colocando las nuevas asignaciones bajo la administración de este. La AUH representó el reconoci-

miento de un derecho para todos los niños/as, independientemente del lugar que ocupen sus padres en el mercado de trabajo.

Los cambios observados permitieron reparar la principal inequidad que ha caracterizado a la seguridad social latinoamericana y argentina en particular: una cobertura restringida a los trabajadores formales y a quienes pudieran acreditar un historial laboral estable y regular. De aquí que, además del carácter universal, atenúan la desigualdad categorial (Tilly, 2000), puesta de manifiesto en la diferenciación aportante/no aportante. En tal sentido, la noción de desmercantilización resulta útil para caracterizar al Plan de Inclusión Previsional como la Asignación Universal por Hijo.

La condicionalidad de la AUH se sustenta –como otros PTC utilizados por una elevada proporción de países latinoamericanos– en una perspectiva tendiente a aliviar situaciones de pobreza actual pero también y fundamentalmente –y en esto reside su particularidad y diferencia respecto de las políticas previas– a la ruptura de su reproducción generacional.

Estos programas asignan una suma de dinero a las familias de menores recursos para financiar parte de su consumo a cambio de que cumplan ciertas condiciones relacionadas con la inversión en “capital humano”. En general, la mayoría de los mismos condiciona las transferencias al cumplimiento de la asistencia escolar de la población menor de edad y la realización regular de controles de salud en niños y embarazadas. Su meta, además de reducir la pobreza en el corto plazo, es acrecentar el “capital humano” y romper con el “círculo vicioso de la pobreza” en el largo plazo.

En síntesis, las críticas de las que han sido objeto los PTC se relacionan con el haber regresado a las mujeres a la esfera privada, colocándolas en una situación de inferioridad para la participación política y social (Pauttasi, 2009; Zibechi, 2008). También, con el hecho de estar basados en un diseño conceptual que revela una interpretación paternalista y desde arriba de las necesidades de los sectores pobres, cuyos patrones de comportamiento son considerados obstáculos en la superación de la pobreza, por lo que se pretende modificarlos, a través del cumplimiento de una serie de obligaciones a fin de ser merecedores de la ayuda (Bayón, 2013).

Para comprender y dimensionar el alcance de este escenario en términos de avances en el logro de la equidad de género y las conquistas en el campo de los derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres

—excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos—, consideramos que el análisis de las relaciones que establecen los individuos en el seno del hogar y en otros ámbitos sociales posibilita desbrozar la complejidad de las desigualdades sociales y de la heterogeneidad de las condiciones de vida en la pobreza.

Con relación a la vida en la pobreza, las implicancias de la concentración de los hogares pobres en sectores periféricos de la ciudad, con infraestructura y servicios deficitarios, en su vida cotidiana, en las sociabilidades, en la salud de sus integrantes, en las relaciones intra y extrabarriales, desempeñan un papel clave en la (re)producción de la desigualdad social. La segregación urbana tiene múltiples repercusiones en la vida social y en la dimensión simbólica de la segregación.

Cabe entonces mencionar otra de las políticas sociales que, reconociendo un piso de protección social alineado a un conjunto de derechos (vivienda, servicios e infraestructuras): el Plan Federal de Viviendas, el que ha contribuido a disminuir el déficit habitacional, facilitando el acceso a una vivienda y ofreciendo soluciones de infraestructura básica.

Asumimos que cualquier iniciativa encaminada a remover desigualdades y a establecer relaciones sociales más equitativas deberá tener en cuenta que todos los espacios (hogar, trabajo, escuela, barrio, instituciones de salud) son productores/reproductores de órdenes de clase, de género, de edad, etc., y que la intervención en alguno de ellos tendrá eco —reacciones, limitaciones, negociaciones— en los otros.

En tanto las desigualdades sociales, étnicas, de género y edad se construyen desde dimensiones económicas y culturales, la identificación analítica de las políticas sesgadas, sea hacia la redistribución o hacia el reconocimiento de las diferentes problemáticas y necesidades de esos grupos, permite identificar en qué medida contribuyen o no a la discriminación y/o al mantenimiento de la desigualdad (Fraser, 1997).

En tal sentido, y como señalamos arriba, en los capítulos se refleja la indagación en las modalidades de participación de hombres y mujeres de distintos grupos de edad, tanto en políticas sectoriales como en programas sociales destinados a grupos específicos y su repercusión, sea en las condiciones de vida de los hogares, en la situación de sus miembros y/o en la conformación de identidades y de relaciones sociales y políticas.

Breves consideraciones sobre los capítulos

Como enunciamos inicialmente, siguiendo las líneas de investigación que llevan adelante los integrantes del equipo, quienes analizan políticas sectoriales (trabajo, salud, educación, alimentación, vivienda) y políticas dirigidas a grupo poblacionales vulnerables (barrios pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores) o las dinámicas entre los actores involucrados (Estado, organizaciones políticas o sociales, referentes barriales, destinatarios), en este libro presentaremos el análisis realizado por algunos de ellos.

Se cree que en el marco de un contexto de *institucionalización* y *formalización* de la política social, se vuelve clave desentrañar las condiciones objetivas y los sentidos implicados en los procesos de implementación de tales políticas.

A fin de comprender y dimensionar el alcance de tal escenario en términos de avances en la superación de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión, en el logro de la equidad de género y de derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres —excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos—, planteamos actualizar conocimientos sobre algunas problemáticas previamente indagadas e incorporar otras cuya novedad deriva de cambios legislativos que avanzaron en el reconocimiento de derechos.

La obra contiene el análisis de las siguientes políticas sectoriales: trabajo, salud, educación y vivienda, dirigidas a grupo poblacionales con vulnerabilidades específicas: hogares pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores pobres, mujeres en edad reproductiva. Considerando las desigualdades sociales, étnicas, de género y etarias, se indagan los efectos de las mismas en las condiciones de vida, de trabajo, en las relaciones sociales, en la configuración de identidades, en la consecución de derechos económicos, sociales y culturales, meta de cualquier política social comprometida con el logro de igualdad, inclusión e integración social.

Las investigaciones, más allá de sus diferencias, tienen una perspectiva común, y es la presencia de una mirada socio-antropológica que subraya la necesidad de volver la atención sobre las prácticas, las relaciones sociales y la conformación de las subjetividades de los actores sociales implicados en políticas y programas.

Los capítulos siguen la lógica de los estudios de caso que, tal como señala Stake (2005), es sumamente rica para comprender, por ejemplo, la dinámica y funcionamiento de programas, como lo hace este libro. Se encontrarán –siguiendo la clasificación del autor– estudios de caso intrínsecos, basados en la necesidad de destacar las particularidades del objeto de estudio seleccionado y conocer sobre ese caso particular, y estudios de caso instrumentales, desde los que se destaca la necesidad de comprender procesos generales mediante el estudio de un caso particular, es decir, el caso es la excusa para dar cuenta de procesos generales.

Los trabajos, de carácter cualitativo, se basan en el análisis de múltiples fuentes de recolección y producción de información: datos estadísticos, documentos, observación y entrevistas en profundidad dirigidas a aprehender puntos de vista de destinatarios, funcionarios, técnicos y ejecutores locales de programas sociales.

Los ocho capítulos que lo integran transitan diversas cuestiones.

Con relación a la edad, una de las manifestaciones del tránsito por la experiencia de pobreza durante la infancia y la juventud, está representada por aquellos que viven y/o trabajan en las calles. La preocupación por el estudio de dicho grupo poblacional en el campo de las ciencias sociales muestra un creciente interés por su conocimiento desde al menos los años ochenta del siglo pasado.

Así, el capítulo de María Eugenia Rausky, María Laura Crego y María Laura Peiró focaliza en el análisis de los modos en que el Estado provincial y municipal han problematizado e intervenido sobre los “niños/as en situación de calle” en el ámbito de la ciudad de La Plata desde la recuperación democrática hasta el año 2015. Tal recorrido, basado en la reconstrucción de experiencias locales de intervención estatal, permite visualizar la construcción del problema de los niños en situación de calle en las últimas tres décadas, los abordajes y dispositivos que se propusieron para su atención y las concepciones que subyacen sobre la niñez y la situación de calle.

A su vez, la prolongación de la esperanza de vida ha hecho de la vejez una cuestión social. Esta etapa, caracterizada por la transición a la inactividad laboral y la disminución de las posibilidades de generación autónoma de ingresos, es particularmente problemática cuando se trata de personas pobres. En situaciones de pobreza, la vejez genera situaciones de inseguridad eco-

nómica y una mayor vulnerabilidad, pudiendo ser revertidas solo a partir de acciones estatales de protección social. Tal es la problemática abordada por Florencia Bravo Almonacid. Ella ilustra sobre las políticas de transferencias de ingreso contributivas y no contributivas dirigidas a los adultos mayores: el Programa de Inclusión Previsional, la Pensión No Contributiva a la Vejez (PNCV), el Servicio Socio Sanitario para la Tercera Edad (SATE), implementadas por distintos organismos y niveles de gobierno en el partido de La Plata. La información secundaria referida a la cobertura de los mismos, se acompaña de aquella que permite comprender las formas de acceso a los programas, las barreras que lo limitan y su importancia en las condiciones de vida de las personas mayores.

El bloque de capítulos que podríamos ubicar en el campo de la salud advierten de manera elocuente sobre la potencia que tiene aún en la organización social la naturalización del rol de las mujeres en la reproducción y en el cuidado infantil. A partir de un minucioso y prolongado trabajo etnográfico, Diana Weingast analiza el desarrollo de políticas públicas implementadas en un CAPS y sus efectos en el fortalecimiento institucional, en el control de la población, en la manifestación de conflictos entre usuarios y equipo de salud, y en el solapamiento de acciones de los tres niveles de gestión (nacional, provincial y municipal). Permite recrear el proceso de mejoras en la accesibilidad y calidad de la atención y comprender más cabalmente cómo ello se relaciona con los procesos de autoatención de problemas frecuentes en los niños.

Los siguientes capítulos se vinculan con avances legislativos recientes en los derechos sexuales y reproductivos. El capítulo de Belén Castrillo, centrado en el análisis de instrumentos que operativizan la política de humanización de la atención de partos de bajo riesgo, da cuenta de los avances de los cuestionamientos a las prácticas obstétricas hegemónicas en medicina y de los conflictos que ha generado su aplicación en maternidades públicas de La Plata, a las que asisten mayoritariamente mujeres de sectores pobres. En el capítulo de Hernán Caneva sobre abortos no punibles (ANP) en nuestro país se analizan los argumentos sostenidos por referentes de los sistemas de salud y justicia poniendo en foco las apropiaciones e interpretaciones de la ley por parte de estos dos actores. Ellas permiten entender la brecha que separa las normativas que regulan la aplicación de los ANP en nuestro país y su efectiva

realización, limitando el acceso a ANP particularmente a mujeres de grupos vulnerables. Continuando con los problemas que derivan de tal naturalización y que se manifiestan en la participación de las mujeres en el trabajo extradoméstico, Leticia Muñiz Terra y Matías Iucci presentan los resultados de sus estudios, realizados en ámbitos claramente diferentes: la primera en una empresa y el segundo en un ámbito barrial organizado alrededor de políticas de economía social. Muñiz Terra analiza, con profundidad histórica, las políticas de conciliación trabajo/familia habilitadas por una empresa petrolera (YPF). Caracteriza las políticas de gestión de la mano de obra, la organización y el manejo de la fuerza de trabajo a lo largo de tres momentos: la etapa estatal (1970-1991), el período de privatización (1991-2012) y la fase mixta (desde 2012 hasta el presente) con el objetivo de identificar si en tales etapas se desarrollaron estrategias que permitieron a las mujeres la conciliación trabajo/familia, conocer sus particularidades y sus transformaciones en el tiempo. La autora concluye sobre las debilidades de las mismas y sobre los condicionamientos que aún imprime la empresa a la incorporación de las mujeres. Iucci desplaza la indagación del trabajo de las mujeres al territorio en el que tienen anclaje un conjunto de políticas sociales nacionales ligadas a la economía social: Argentina Trabaja y el Banco Popular de la Buena Fe. Su foco además, también desplaza el interés en las posiciones, relaciones e identidades de género involucradas en el trabajo extradoméstico. Recuperando la rica y profunda experiencia de campo llevada a cabo en Berisso, se nutre de la relación entablada con una informante para reflexionar sobre los valores transmitidos por dos programas: solidaridad, altruismo, bien común, confianza, reciprocidad, compromiso, desinterés, etc. Omnipresentes en cualquier política, como en cualquier relación social, ellos sobrevuelan en los otros capítulos sin constituirse en focos de discusión como es aquí el caso. Iucci trata de cuestiones en apariencia transparentes en sus sentidos y manifestaciones, sumamente permeables al sentido común y cuyas interpretaciones, cualesquiera sean, suelen etiquetar maniqueamente tipo de personas en virtud de cualidades morales, y se pregunta acerca de cómo esto es interpretado e incorporado en la vida cotidiana de su informante.

El libro cierra con un capítulo que trata de una política que respondió, al menos parcialmente, a resolver el reconocido déficit habitacional en nuestro país, no solo de viviendas sino también de obras de infraestructura y servi-

cios. El aumento de asentamientos urbanos y villas de emergencia en la década de 1990, especialmente en las periferias de las grandes ciudades (Cravino, del Río y Duarte, 2008) revitalizó las demandas y reivindicaciones sobre el derecho a una vivienda y a un hábitat digno. Las mismas tuvieron como respuesta, a partir de 2004, el desarrollo de un Programa Federal de Viviendas, que se planteó como articulación con programas de empleo, específicamente los vinculados a las cooperativas, reduciendo el desempleo y favoreciendo la paulatina incorporación de trabajadores informales al mercado laboral formal. El “Programa Federal de Construcción de Viviendas” (PFV) incluyó un conjunto de subprogramas, uno de los cuales se implementó en Barrio Esperanza, barrio en el que desarrollamos desde 2001 tareas de investigación y de extensión. Barrio Esperanza representaba una de las tantas configuraciones espaciales producto del desarrollo segregado de la estructura urbana y de modos informales de habitar la ciudad. En el capítulo se caracterizan los cambios que se produjeron en las condiciones de vida y en las relaciones sociales en hogares pobres de dicho barrio a partir de la implementación en 2006 del Subprograma de Urbanización de Villas y Asentamientos Precarios del PFV. Se analiza la forma en que los integrantes de esos hogares experimentaron el pasaje de un asentamiento de viviendas precarias construido sobre tierras fiscales, hacia un barrio urbanizado, con acceso a servicios y con viviendas edificadas con materiales más resistentes, y se reflexiona, con base en distintas acepciones referidas a la inclusión/exclusión social, sobre los efectos del programa en la disminución de la pobreza, en el avance en el derecho a la vivienda y en la constitución de identidades sociales y de estigmatizaciones, que distinguen no solo un nosotros/otros entre el barrio y el afuera sino al interior del primero, vinculadas especialmente a las interacciones cotidianas entre “nacidos y criados” y vecinos de larga data migrantes de países limítrofes.

Cada uno de los capítulos puede dar cuenta de la gran cantidad de problemas sociales irresueltos que emergen en nuestra sociedad y que plantean lógicamente una necesidad de intervención, más aun en un período como el que aquí se analiza, en el que la visión estatista de la sociedad se ha constituido en un rasgo de la época. Analizar el ámbito de las políticas y programas sociales nos ha permitido examinar cómo el Estado va estableciendo y delineando sus agendas y tomando decisiones en distintas esferas de la vida social. Aquí se

evidencian aquellas decisiones ligadas a los intentos por enfrentar la carencia e insuficiencia de ingresos en los sectores pobres, los problemas derivados del déficit habitacional, las dificultades que conlleva la conciliación trabajo-familia, las particularidades de los procesos de salud/atención/enfermedad, en un sentido amplio, los graves inconvenientes a los que grupos de edad vulnerables y dependientes como los niños/as y los adultos mayores se ven expuestos, etc. En este sentido, cada capítulo posibilita dialogar en un nivel muy concreto –los casos de estudio– y pensar acerca de los desafíos que el Estado nacional enfrenta para promover políticas inclusivas. De su lectura transversal se desprenden algunas consideraciones que es necesario destacar. Por un lado, varios de los casos aquí expuestos dejan entrever la necesidad de recuperar las miradas que en torno a estos procesos tienen los diferentes actores que allí participan: los que diseñan, ejecutan, median y son destinatarios de las políticas, quienes evalúan y significan a las mismas de maneras muy disímiles. Consideramos que reunir estas distintas visiones contribuye a delinear un mapa complejo sobre el funcionamiento de las políticas y los programas, así como a poner de manifiesto los límites que, en distintos sentidos, presentan los modelos de políticas diseñados “de arriba hacia abajo” (Guy Peters, 1995). Por otro lado, los casos de estudio también permiten subrayar otra cuestión: la deuda que aún se arrastra para con la sociedad en términos de generar intervenciones públicas integrales que puedan resolver los complejos problemas de las sociedades de nuestro tiempo. Si bien la coordinación no garantiza integralidad per se, sí contribuye a ella, y ese es un problema que evidencian algunos capítulos: propuestas que se superponen, que se discontinúan, que piensan las áreas de la vida social de manera escindida, etc., persistiendo por tanto ciertos patrones tradicionales de funcionamiento de la política social.

Cabe enfatizar que el enfoque de derechos que orientó las políticas del período contribuyó a resignificar y a actualizar discursos sobre “viejos problemas”, expresados en “clave de derechos” (Smulovitz citado en Pautassi y Gamallo, 2012), y ocupó un lugar creciente en el campo de las disputas políticas. Ello permitió la transformación de problemas en demandas, ampliando el alcance de los derechos a prácticas previamente no reguladas y posibilitando judicializar nuevas esferas de la vida social. En concordancia con los planteos de Pautassi y Gamallo (2012), pese a los avances en materia

de reconocimiento de derechos económicos, sociales y culturales, resta un importante camino por recorrer: la persistencia de esquemas asistencialistas, las lógicas clientelares, la falta de participación de los destinatarios de las políticas en su construcción y las falencias en materia de información, no se han sorteado. Así, este libro busca dar indicios para pensar la cuestión social en los últimos tiempos.

Bibliografía

- Alonso, G. y Di Costa, V. (julio, 2011). *Cambios y continuidades en la política social argentina (2003-2010)*. Ponencia presentada en el VI Congreso Argentino de Administración Pública. Resistencia, Chaco.
- Anzorena, C. (2010). Mujeres: destinatarias privilegiadas de los planes sociales de inicios del siglo XXI. Reflexiones desde una perspectiva crítica de género. *Revista Estudios Feministas*, 18.
- Anzorena, C. (2010). Las políticas de género y el género en las políticas a inicios del siglo XXI: una bisagra entre la reducción de las políticas de género y la ampliación de las políticas sociales. *Conflicto social*, 4.
- Arcidiácono, P. y Zibecchi, C. (2008). La sociedad civil y los programas sociales: alcances, limitaciones y desafíos desde un “Enfoque de Derechos”. *Revista electrónica del Instituto de Investigaciones Jurídicas y Sociales*, 2.
- Bayón, M. C. (2013). Hacia una sociología de la pobreza: la relevancia de las dimensiones culturales. *Estudios Sociológicos*, 31(31).
- Bustelo, E. (1998). Expansión de la ciudadanía y construcción democrática. En E. Bustelo y A. Minujin (Ed.). *Todos entran: propuesta para sociedades incluyentes*. Bogotá: UNICEF-Santillana.
- Bustos, L. (2009). El lugar de las mujeres pobres: el caso de las beneficiarias de planes sociales. *La Aljaba*, 13.
- Cecchini, S. y Martínez, R. (2011). *Protección social inclusiva en América Latina. Una mirada integral, un enfoque de derechos*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Cravino, C., del Río, J. P. y Duarte, J. I. (octubre, 2008). *Magnitud y crecimiento de las villas y asentamientos en el Área metropolitana de Buenos Aires en los últimos 25 años*. Ponencia presentada en el IV Encuentro de la Red Universitaria Latinoamericana de Cátedras de Vivienda en la Facultad de

- Arquitectura, Urbanismo y Diseño de la UBA. Buenos Aires.
- Cruces, G., Epele, N. y Guardia, L. (2008). Los programas sociales y los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Argentina. *Serie Políticas sociales*, 142.
- Fernández Soto, S. (2009). Políticas de transferencia de ingresos en Argentina: emergencia, desarrollo y transiciones del Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados. *Revista de Políticas Públicas*, 13(2).
- Fraser, N. (1997). *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición "postsocialista"*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- Goren, N. (agosto, 2011). *La Asignación Universal por Hijo. ¿Conquista de nuevos derechos? ¿Viejas o nuevas identidades femeninas?* Ponencia presentada en el 10mo. Congreso Nacional de Estudios del Trabajo en la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA. Buenos Aires.
- González, R. (2010). Programas de Transferencias Condicionadas. La Asignación Universal por Hijo para Protección Social en Argentina. Instituto para el Desarrollo Económico de América Latina (IDEAL). *Equidad para la Infancia en América Latina*. Recuperado de <http://equidadparalainfancia.org/programas-de-transferencias-condicionadas-la-asignacion-universal-por-hijo-para-proteccion-social-en-argentina-388/index.html>
- Guy Peters, B. (1995). Modelos alternativos del proceso de la política pública: de abajo hacia arriba o de arriba hacia abajo. *Gestión y Política Pública*, 4(2).
- Hoop, M. (2010). *Potencialidades y limitaciones de las políticas de desarrollo productivo en Argentina 2003-2009*. Ponencia presentada en las VI Jornadas de Sociología de la UNLP en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. La Plata.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1984). Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. En B. Klisberg y J. Sulbrandt (Comp.), *Para investigar la Administración Pública*. Madrid: INAP.
- Pautassi, L. (2009). *Programas de transferencias condicionadas de ingresos ¿Quién pensó en el cuidado? La experiencia en Argentina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Pautassi, L. y Gamallo, G. (Ed.) (2012). *¿Más derechos menos marginaciones?*

- Políticas sociales y bienestar en La Argentina*. Buenos Aires: Biblos.
- Pautassi, L. y Zibechi, C. (2010). La provisión de cuidado y la superación de la pobreza infantil. Programas de Transferencias Condicionadas en Argentina y el papel de las organizaciones sociales y comunitarias. *Serie Políticas Sociales*, 159.
- Rodríguez Enríquez, C. (2011). Programas de transferencias condicionadas de ingresos e igualdad de género. ¿Por dónde anda América Latina? *Serie Mujer y Desarrollo*, 109.
- Stake, R. E. (2005). *Investigación con estudio de casos*. Madrid: Morata.
- Tilly, C. (2000). *La desigualdad persistente*. Buenos Aires: Ed. Manantial.
- Zibecchi, C. (2008). Pobreza, ciudadanía y género. Algunas consideraciones acerca de las mujeres “beneficiarias” de programas de transferencia condicionada de ingresos. *Pensares*, 5.

Derechos de mujeres y prácticas médicas. Humanización de la atención médica de partos

Belén Castrillo

Presentación

En este capítulo describiremos y analizaremos la política de humanización de la atención médica de partos de bajo riesgo implementada en maternidades públicas de La Plata. Consideramos que la humanización de este tipo de atención se asienta sobre dos ejes interrelacionados: la consagración de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y la revisión y cuestionamiento de las prácticas médicas obstétricas hegemónicas.

El capítulo consta de cuatro partes: en la primera nos referiremos a los significados e implicancias de la humanización de la atención del parto.¹ En la segunda, haremos una lectura crítica de tres guías ministeriales (dos nacionales y una específica de la provincia de Buenos Aires) que operativizan los lineamientos de la política de humanización a la luz de los dos ejes mencionados. En la tercera, analizaremos los lineamientos particulares de las guías sobre la humanización en atención de los partos de bajo riesgo. En la cuarta parte, y a través de lo recorrido en las anteriores, se expone un análisis de su implementación a partir entrevistas a funcionarias del área de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y a las jefas de los servicios de tocoginecología de tres maternidades de hospitales públi-

¹ Quedan excluidas de este capítulo las reflexiones en torno a las regulaciones en torno al embarazo, puerperio, lactancia y cuidados del recién nacido, ejes en los que las guías analizadas intervienen.

cos de la ciudad de La Plata. El abordaje es cualitativo, basado en el análisis de documentos y entrevistas.

La pregunta por la humanización

La humanización comprende por lo menos dos aspectos fundamentales. El primero, respecto a la convicción de que es deber de las unidades de salud recibir con dignidad a la mujer, a sus familiares y al recién nacido, es decir, acogerlas y tratarlas como personas. Esto requiere actitud ética y solidaria por parte de los/as profesionales de la salud y la organización de la institución con la finalidad de crear un clima agradable y a instituir rutinas hospitalarias que rompan con el tradicional aislamiento impuesto a la mujer. El otro se refiere a la adopción de medidas y procedimientos que son beneficiosos para el acompañamiento del parto y del nacimiento, evitando prácticas intervencionistas innecesarias, que aunque tradicionalmente han sido realizadas, no benefician a la mujer ni al recién nacido, y que con frecuencia acarrear mayores riesgos para ambos. Además dignificaría a la mujer pues tendría en cuenta sus deseos y necesidades a la hora de parir que contribuiría a aumentar su grado de satisfacción (Arnau Sánchez et al., 2012, p. 232).

La humanización de la atención médica se vincula a un paradigma que propugna cambios en la relación médico-paciente y en la intervención clínica, que tiene arraigo en diversas áreas de la salud. En la atención de partos, específicamente, pone el acento en que durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, se respeten y adquieran protagonismo los derechos de las mujeres, lo que implica cambios y adaptaciones de las prácticas médicas. En este sentido, la humanización aparece como reacción a la patologización e intervencionismo médico instalados alrededor de estos procesos,² con la intención de combinar

² “Esta visión patológica de los cuerpos y procesos de las mujeres es muy influyente en el modo actual de concebir los partos. En vez de partir de la evidencia científica aportada por la medicina y basada en evidencia que sustenta que más de 85% de los partos y nacimientos pueden desarrollarse de forma fisiológica y casi sin intervención externa a las mujeres, se organiza un sistema de atención al parto que pretende llegar a 100% de las mujeres basado en la concepción patológica del parto, obligando a las mujeres a parir en centros de segundo y tercer nivel de atención, asistidas por la medicina e invadidas por la tecnología y por intervenciones muchas

el progreso de la tecnomedicina con un trato y una relación médico-paciente particular, respetuosa, centrada en los aspectos psicoafectivos, emocionales, culturales y sociales del evento del nacimiento. De este modo, la humanización de la asistencia al parto implica una transformación tanto de la comprensión del parto como del hacer médico (Porto, Costa y Velloso, 2015).

En los estudios sobre el tema, se analiza la humanización del parto como una retórica (Jerez, 2015), ideario (Tornquist, 2003) o término estratégico (Porto et al., 2015), que combina dos dimensiones centrales: la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres –y, por ende, de la ciudadanía y autonomía de las mujeres a decidir sobre su propio cuerpo– y la crítica –transformación de las prácticas médicas obstétricas para apuntar al cumplimiento de esos derechos.

Hablamos de una “política de humanización” en tanto constituye el horizonte estatal de la atención médica de partos, y analizamos solo un instrumento de dicha política al tomar tres guías que recogen parte de sus lineamientos principales. El supuesto básico del presente trabajo es que a través de estos instrumentos –las guías mencionadas y otros dispositivos de la política de humanización– el Estado legitima ciertas intervenciones médicas en los procesos de parto –o su reevaluación o la incorporación de nuevas– al tiempo que cuestiona mitos instalados en la práctica clínica y da nuevas orientaciones para el trabajo profesional. Entendemos aquí la humanización como un horizonte vinculado a una política de salud que se traduce en intervenciones protocolizadas y guías de procedimientos que apuntan al cambio del trabajo profesional, de las relaciones médico-paciente y del acceso a derechos sexuales y reproductivos de la sociedad. En este sentido, la pregunta sociológica es sobre las relaciones de poder que se dan en la atención médica del parto y en los modos en que el Estado viabiliza, obstaculiza, propone y disputa las formas en que se dan.

Las guías y los lineamientos de la política de humanización

La política de humanización de la atención médica de partos encuentra en Argentina un punto de partida en la Ley 25.929 de “Derechos de padres

veces injustificadas que van quitándole la posibilidad de reconocer y responder a las necesidades de su cuerpo. Negándoles así la posibilidad de experimentar que son ellas las que paren a sus hijos e hijas, y al contrario, presentando al hospital como el dispositivo que ‘logró’ que su bebé naciera” (Gainza, Labastie y Magnone Aleman, 2013, pp. 188-189).

e hijos durante el proceso de nacimiento”, sancionada en 2004 y reglamentada once años después. Este instrumento legal condensa y responde a años de demandas de algunos actores sociales y es de los primeros dispositivos a través del cual el Estado instituye formas de concebir la atención médica humanizada de partos, mediante la explicitación de los derechos de las mujeres-madres durante el proceso de nacimiento.³ En el caso de las mujeres madres, la ley 25.929 establece los derechos a: la información sobre la evolución de su trabajo de parto y estado de salud y sobre las intervenciones para optar libremente por realizarlas o no; al trato respetuoso individual y personalizado; a ser consideradas personas sanas; al parto natural (es decir, al respeto de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de ella y su bebé); a no ser objeto de estudio sin su consentimiento; al acompañamiento por la persona que elija; y a no ser separada de su bebé, principalmente. Si bien la apuesta simbólica es por la garantía y el acceso a derechos sexuales y reproductivos, en algunos pasajes y nociones de esta ley, se reproducen y generan idealizaciones de los procesos de parto y de los modos de ser mujeres y madres.

Proponemos analizar la política de humanización a partir de lo que mencionamos como dos de sus dimensiones centrales: el acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y la revisión de las intervenciones médicas (a través del criterio de la medicina basada en la evidencia)⁴. Algunos de los estudios (Jerez, 2015; Porto et al., 2015; Gainza et al., 2013) han privilegiado uno u otro aspecto, y aquí hemos decidido tomarlos como partes interrelacionadas, en tanto comprendemos que el acceso a los *derechos* a la salud y, específicamente, a la salud sexual y reproductiva de las mujeres-madres que paren, exige cambios en las intervenciones médicas durante el proceso de parto. Esto es, con relación a la redefinición de las prácticas médicas, las guías valoran la utilización de prácticas demostradas *científicamente* como beneficiosas y alertando sobre las que se evidencian como perjudiciales. Por

³ La ley también establece los derechos del recién nacido sano, los derechos de los padres alrededor de las posibles internaciones neonatológicas, y de los varones-padres durante el proceso de nacimiento.

⁴ Sobre las críticas a la Medicina Basada en la Evidencia ver Fernández Sacasas (2011), Gómez de la Cámara (2003), Gracia (2009), Ortega Calvo y Cayuela Domínguez (2002).

ejemplo, el acceso a la libre elección de la posición para parir o el derecho al acompañamiento remiten a la modificación de prácticas e intervenciones de los profesionales durante la atención del parto. De hecho, las normativas insisten en que los mismos profesionales médicos deben dar conocimiento a las mujeres de los derechos que las asisten, en el marco del horizonte humanizador y de la revisiones y cuestionamientos a las prácticas médicas que, basadas en la evidencia científica, se postulan como aconsejadas y desaconsejadas.

En consonancia con esta ley, se generan una serie de lineamientos que se expresan en tres guías producidas por los ministerios de salud de la nación y de la provincia de Buenos Aires en el último lustro, que aquí tomamos para analizar la política general de humanización. Nos referimos a: *Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo* (en adelante, Guía 1), producido por UNICEF y Ministerio de Salud de la Nación en 2011; la *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia* (en adelante, Guía 2), con autoría de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, de 2012, y la *Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo* (en adelante, Guía 3) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, publicada en 2012. Este conjunto de guías, como se puede apreciar en el cuadro N° 1, se concentra en distintos aspectos de la atención médica del proceso perinatal, y se orienta a promover cambios y a regularizar aspectos institucionales y de la atención médica.

Cuadro N° 1.

Síntesis de las guías sobre humanización de la atención médica de partos.

	Autoría y año	Cambio institucional	Atención médica		
			Embarazo	Parto	Puerperio y neonatal
Guía 1: <i>Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural: conceptualización e implementación del modelo</i>	Ministerio de Salud Nación (2011)	√		√	√

Guía 2: <i>Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia</i>	Ministerio de Salud Nación (2012)		√	√	√
Guía 3: <i>Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo</i>	Ministerio de Salud Pcia. Bs. As. (2012)			√	√

Elaboración propia

En términos generales, la guía que opera en la práctica profesional es la que establece el cambio hacia el modelo “Maternidades seguras y centradas en la familia” (MSCF, Guía 1) basado en la experiencia de las prácticas en la Maternidad Sardá desde 1980 y busca replicarla.

Una MSCF tiene una cultura organizacional que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud, como protagonistas de la atención de la mujer embarazada, la madre y el recién nacido y define la seguridad de la atención como una de sus prioridades; estimula el respeto y la protección de los derechos de la mujer y del bebé por parte del equipo de salud; promueve la participación y la colaboración del padre, la familia y la comunidad en la protección y el cuidado de la mujer y el recién nacido; implementa prácticas seguras y de probada efectividad, y fortalece otras iniciativas, como la iniciativa Hospital Amigo de la Madre y del Niño, que promueve fuertemente la lactancia materna (Guía 1, p. 11).

La primera guía propone reevaluar las prácticas médicas en la atención del parto y modificarlas teniendo como criterios la efectividad, la seguridad, la cultura del error basada en el sistema,⁵ el cambio espacial y la medicina

⁵ Se vincula el error a una cuestión del sistema y no a cuestiones de mala praxis o de errores

centrada en el paciente –todos vinculados a la política de humanización. Respecto al enfoque de derechos, esta guía retoma los derechos explicitados en la ley 25.926 –aunque no la menciona–, y en términos de derechos humanos alude al derecho a la vida y a recibir atención médica, pero no a los derechos sexuales y reproductivos de las personas. En distintos pasajes, las guías hacen referencia a los *derechos* tratándolos como *necesidades*, *decisiones* o *deseos*, sin tener en cuenta que sus significados difieren ampliamente. Asimismo, sostiene que el equipo de salud debe llevar adelante “comportamientos y prácticas sustentadas en los derechos de la embarazada y su bebé” (Guía 1, p. 68), mientras que en otros pasajes, se refiere a “la decisión de la embarazada sobre la posición, disposición y tiempos durante el trabajo de parto y parto” (Guía 1, p. 40).

Consideramos que esta serie de postulaciones idealizan la relación médico-paciente, en tanto supone que los médicos y la estructura organizacional hospitalaria están dispuestos a negociar (y respetar) esas decisiones/necesidades/derechos, y que las familias pueden hacerlo, sin tener en cuenta variadas constricciones estructurales, como así también los desiguales recursos simbólicos, culturales o sociales que permiten negociar en el marco de relaciones de dominio/subordinación médico-pacientes.

La segunda guía analizada, producida en 2012, también con autoría del Ministerio de Salud de la Nación y de UNICEF, se deriva de la primera, al sentar las bases para la “atención del parto normal en las MSCF” (Guía 2). Las particularidades radican en que está destinada a los equipos de salud (obstétricas, tocoginecólogos, neonatólogos, médicos generalistas, enfermeros, etc.) y que se apoya en la medicina basada en la evidencia para argumentar y sostener la revisión de las prácticas profesionales.

Un elemento destacable de esta segunda guía es que su punto de partida es un diagnóstico de situación sobre el proceso histórico de medicalización del parto y de su construcción como acto médico, en un acto de reflexividad sumamente interesante, al tiempo que refiere a varias acciones político-estatales internacionales que buscaron humanizar la atención, con lo cual permite

humanos del personal de salud, en un movimiento en el que “se sustituye una concepción moral punitiva por una concepción de perfeccionamiento humano en que el error no es castigado” (Guía 1, p. 46). Consideramos que si bien esto tiene aspectos positivos, en tanto implica pensar estructuralmente los errores, también responde a una medicina corporativa defensiva.

instalar este entramado en un marco mayor. Da cuenta de los procesos de institucionalización y patologización del parto y la entrada de mujeres y recién nacidos sanos a la lógica hospitalaria:

Pasaron a hacer largas colas, internarse para el parto separados de su familia, en ambientes intimidantes, con horarios restringidos de visitas, con recién nacidos colocados detrás de vidrios aislantes y a recibir, en general, un trato despersonalizado, desvalorizante y poco afectuoso con consecuencias iatrogénicas como la lesión del vínculo madre-hijo y la introducción de otros líquidos y sucedáneos en la alimentación del recién nacido sano, con graves consecuencias para la lactancia materna (...). El parto se transformó en un acto médico cuyos significados científicos dejaron de lado los otros aspectos. Dejó de ser privado y femenino para ser vivido de manera pública, con presencia de otros actores sociales (Guía 2, p. 15).

Aunque la mayoría de los estudios sobre el tema comparten esta visión sobre la institucionalización y medicalización del parto, consideramos que aquí puede pensarse que se utiliza el argumento con fines de construir un estereotipo negativo que permite legitimar la nueva política de humanización con los cambios que implica. Esto es visible en el hecho de que se reproduce una visión idílica de un pasado en el que el parto era “privado y femenino”, desconociendo que en realidad en el pasado los partos eran tal vez aún más públicos que ahora por tratarse de hechos de la comunidad, de los que participaban mujeres y matronas, entre otros.

Esta guía da cuenta, a su vez, de cómo el eje de las decisiones pasó a ser el equipo de salud y cómo se extendió el uso de tecnologías y procedimientos destinados a los partos de riesgo a todos los casos (incluidos los de bajo riesgo), construyendo rutinas con las prácticas médicas en la atención del parto. “Se consideró conveniente ‘gobernar o dirigir’ el parto, aún los normales, extendiendo prácticas hoy desaconsejadas, pero que en algunas instituciones se siguen realizando” (Guía 2, p. 15).

Finalmente, la tercera guía, producida desde la Cartera de Salud de la Provincia de Buenos Aires, analiza los tres subperíodos de este proceso general: embarazo (y controles prenatales), parto y puerperio de bajo riesgo. Sus postulaciones se insertan en la búsqueda del “cuidado integral

de la mujer” y en un enfoque de derechos, centrado principalmente en los derechos de salud.

La intervención planteada desde los procedimientos aquí descriptos se apoya en un enfoque de derechos. Esta perspectiva aplicada a la atención de la salud, concibe a la misma como una responsabilidad de los gobiernos, de carácter obligatorio en lo moral y lo legal, para cubrir las demandas de la población y garantizar un buen estado de salud integral a largo plazo. El enfoque de derechos no solo hace hincapié en la responsabilidad de las autoridades, sino en la concepción de sujeto como persona empoderada que ha tomado conciencia de los derechos y puede exigir su cumplimiento y garantía. Por otra parte, una perspectiva de derechos contribuye también a una atención más completa y equitativa, ya que los derechos, en tanto normas universales, estandarizan y benefician a todos los sujetos por igual (Guía 3, p. 13).

En líneas generales, podemos afirmar que la letra de estas guías que referencian la política de humanización de la atención médica de partos, expresa visiones progresistas que tensionan la realidad en la que se atienden hoy los partos. Sin embargo, proponen un horizonte que no ve constricciones estructurales del sistema sanitario y hospitalario y de la profesión médico-obstétrica general, y desatiende disputas, (des)acuerdos, condiciones y posibilidades de los sujetos, colectivos e instituciones implicados; al tiempo que se presenta como una alternativa de cambio, reevaluación y redefinición de prácticas médicas con el fin de garantizar derechos.

Los lineamientos específicos para la atención de partos de bajo riesgo

Consideramos que hay tres cuestiones principales para tener en cuenta en el análisis de los lineamientos de la política de humanización para la atención de los partos de bajo riesgo. Primero, el enfoque de riesgo reproductivo utilizado para ponderar los partos –que no profundizaremos aquí–, segundo, la cuestión de las prácticas médicas aconsejadas y desaconsejadas para la intervención en estos casos y, tercero, el foco en los derechos sexuales

y reproductivos de las mujeres que buscan garantizarse en este período del proceso perinatal.

Según la OMS, el parto normal es aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones (Guía 2, p. 23).

Sobre el enfoque de riesgo, solo mencionaremos algunas reflexiones que emergen en el análisis y que consideramos prudente retomar y profundizar en trabajos posteriores. Es significativo que la definición del bajo riesgo es posterior al evento, por lo que se actuará con presunción de riesgo y las decisiones clínicas se tomarán en conformidad con dicha presunción: *todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*. Esta forma de proceder se tensiona con la idea humanizadora que estipula que “en el parto normal deben existir razones muy válidas para interferir con el proceso natural (OMS, 1996)” (Guía 2, p. 23). Consideramos que la cuestión de la construcción del riesgo, de las etiquetas de riesgo reproductivo y de las ideas de normalidad/desviación es uno de los núcleos más problemáticos en la política de humanización. En efecto, mientras que por un lado se discuten las intervenciones innecesarias en el marco de una concepción fisiológica del parto,⁶ por el otro se propugna la evaluación y control constante del proceso de nacimiento. Este nodo conflictivo aún requiere de trabajos de articulación y reflexión para no descartar ni reificar la cuestión del riesgo reproductivo.

En torno a esas intervenciones médicas que se revisan, las guías establecen cuáles se aconsejan –según la evidencia clínica y científica disponible– y cuáles no –según su rutinización y sus consecuencias iatrogénicas– (Cuadro N° 2).

⁶ “En el 90% de los casos el parto es un proceso fisiológico, espontáneo y saludable. La mujer y el bebé poseen *la sabiduría inherente necesaria* para el parto” (Guía 3, p. 90, cursivas propias).

Cuadro N° 2.
Prácticas aconsejadas y desaconsejadas para la atención del parto
según Guías 1, 2 y .

Período del parto*	Prácticas Aconsejadas	Prácticas Desaconsejadas
DILATANTE	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo activo del trabajo de parto • Acompañamiento y apoyo psicofísico • Ingesta de líquidos y alimentos • Analgesia no farmacológica • Monitoreo fetal intermitente • Libre de ambulación • Elección de posición • Partograma 	<ul style="list-style-type: none"> • Venoclisís (vía) • Enema • Rasurado púbico • Medicación e inducción con oxitocina • Monitoreo fetal continuo • Tactos frecuentes • Amniotomía (rotura artificial de membranas)
EXPULSIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento y apoyo psicofísico • Ambientación de sala de parto: cálida y aséptica • Elección de posición • Pujo espontáneo • Criterio conservador, expectante y fisiológico • Recurrencia a saberes de curso preparto • Clampeo tardío del cordón • Contacto piel a piel (COPAP) y no separación de madre-recién nacido 	<ul style="list-style-type: none"> • Episiotomía de rutina • Pujo dirigido • Cateterización vertical • Maniobra de kristeller • Más de una hora de expulsivo. • Rutinización de cesáreas
ALUMBRAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo activo del alumbramiento (administración de oxitocina para acelerar la expulsión de la placenta). • Examen de membranas y placenta • Procedimientos de rutina al RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo fisiológico del alumbramiento (respeto del tiempo fisiológico de expulsión de la placenta).

* El parto supone tres sub-períodos: el de dilatación (conocido como trabajo de parto), el expulsivo (el momento propio del parto/nacimiento) y el de alumbramiento (en el que se expulsa la placenta y concluye el parto).

Elaboración propia en base a Guías 1, 2 y 3.

Cabe resaltar que el horizonte humanizador de estas guías, que buscan promover –según su letra– la desmedicalización y evitar intervenciones médicas innecesarias durante el proceso de nacimiento, se anula durante el período de alumbramiento. Esto es, ya que la hemorragia postparto es la primera causa de muerte materna, se propugna una intervención total a través del “manejo activo” de la expulsión de la placenta, erigiéndose como una de las prácticas aconsejadas, por sus justificaciones médicas y epidemiológicas explícitas.

La modificación de prácticas consideradas ya sea perjudiciales o beneficiosas –en base a evidencia científica–, se relaciona con el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de las mujeres, y la vinculación de ambos ejes es el pilar sobre el que se asienta la política de humanización. Entonces, retomando el eje del enfoque de derechos, en las guías se establece cómo la atención médica puede ligarse con el respeto de los derechos de la mujer, el bebé y su familia, en una clara búsqueda de humanización:

I) Asegurar que el parto se realice en instituciones, de manera segura y bajo las pautas de MSCF, evitando el uso rutinario de fármacos innecesarios y de prácticas y procedimientos sin un fundamento científico. II) Permitir el acceso de la persona que la parturienta elija para que le brinde apoyo físico y emocional durante el trabajo de parto y parto. III) Respetar el derecho de la mujer a elegir la posición que le resulte más placentera para parir. IV) Respetar la privacidad, confidencialidad y dignidad de la parturienta. V) Lograr que el progreso del parto y la condición materno-fetal se mantengan dentro de límites fisiológicos. VI) Fomentar la interacción conjunta a fin de fortalecer el vínculo madre-hijo (Guía 3, p. 84).

Por otro lado, se sostiene que el contexto institucional y la relación médico-paciente intervienen favorable o desfavorablemente sobre el proceso de parto, razón por la cual generamos preguntas de investigación referidas a este marco. “La confianza de la mujer [y] su capacidad para dar a luz (...) se ven aumentadas (maternidades amigables) o disminuidas (maternidades expulsoras) por todo el personal que le proporcione o no cuidados, así como por el entorno en donde se produce el parto y el nacimiento” (Guía 3, p. 84). Esta premisa es fundamental para entender la justificación de la necesidad de humanizar la atención, de proporcionar cierta división interna de trabajo, en la que las obstétricas se encarguen de la atención integral del

parto normal, y que los médicos se encarguen de la patología obstétrica.

A continuación, analizaremos cómo se materializan estas recomendaciones que establecen las guías, y qué elementos favorecen u obstaculizan la implementación de dicha política en el contexto local.

Características de la implementación de la política de humanización del parto en La Plata

La información estadística a la que tuvimos acceso consigna que en el partido de La Plata se produjeron en 2013 alrededor de 10.600 nacimientos en hospitales públicos (Cuadro N° 3) y en 2014, poco de menos de 7.800 (Cuadro N°4).⁷

Cuadro N° 3

Total de partos y cesáreas en establecimientos de salud en el partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, 2013.

	Partos	Cesáreas	Índice cesáreas	Total
Htal. Zonal Gral. de Ag. San Roque	2.055	515	20%	2.570
Htal. Interz. Gral. de Ag. y Cron. Dr. A. Korn	1.696	384	18,4%	2.080
Htal. Zonal Gral. de Ag. Dr. R. Gutiérrez	1.258	313	19,9%	1.571
Htal. Interz. Gral. de Ag. Gral. San Martin	3.253	1.100	25,2%	4.353
La Plata	8.262	2.312	21,8%	10.574

Elaboración propia en base a datos SIP, PBA, 2013

Cuadro N° 4:

Total de partos y cesáreas en establecimientos de salud públicos del partido de La Plata, provincia de Buenos Aires, 2014.

	Partos	Cesáreas	Índice cesáreas	Total
Htal. Zonal Gral. de Ag. San Roque	1.229	369	23,5%	1.598
Htal. Interz. Gral. de Ag. y Cron. Dr. A. Korn	1.447	384	20,9%	1.831
Htal. Zonal Gral. de Ag. Dr. R. Gutiérrez	728	222	23,3%	950
Htal. Interz. Gral. de Ag. Gral. San Martin	2.224	1.182	34,7%	3.406
La Plata	5.628	2.157	27,7%	7.785

Elaboración propia en base a datos SIP, PBA, 2014

⁷ Si bien las entrevistas y el análisis documental se realizaron en 2015, la información estadística disponible llega hasta 2014.

Para analizar la implementación de la política de humanización de la atención de partos –y los lineamientos propuestos en las guías reseñadas– en hospitales públicos del partido, realizamos, durante octubre de 2015, entrevistas a funcionarias de la Dirección de Maternidad e Infancia (DMI) del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires y a las jefas de los servicios de tocoginecología de tres de las cuatro maternidades públicas.⁸ Consideramos que su doble condición, como profesionales de la salud con cargos jerárquicos –en unos casos en el gobierno y en otros en la estructura hospitalaria–, le asigna sentidos particulares a la perspectiva desde la que analizan la implementación de la política de humanización.

Organizamos la información obtenida de las entrevistas reconstruyendo inicialmente algunas reflexiones generales realizadas por las funcionarias ministeriales, para luego desarrollar el análisis de la implementación de la política de humanización desde la perspectiva de las profesionales de la salud de las maternidades en torno a los tópicos siguientes: los significados de la humanización, las modificaciones de las prácticas –en relación a los derechos consagrados– y las condiciones estructurales que influyen en la implementación.

En términos de la propuesta ministerial, la política de humanización de la atención médica del parto tiene como horizonte lograr partos “con calidad y calidez”.

Lo que ahora tenemos que lograr es el mejor parto para cada mujer, y entonces sí: la posición que ella quiera, estar acompañada, un cambio de paradigma del momento del parto y que esté acompañada, que pueda moverse y eso también estamos, las obstétricas, con el banquito, están como abriendo el juego y capacitando también a los equipos (...). Para nosotros el camino es mejorar los partos, bajar las cesáreas, no al parto domiciliario y seguir avanzando en trabajar, en buscar alternativas, en fomentar el trabajo con las obstétricas, en mejorar el rol de la enfermería, en poner a los médicos más en la patología, que somos formados más para la patología, y que haya otros que puedan acompañar mejor los par-

⁸ Se trata de una maternidad de bajo riesgo que recuenta menos de 1.500 partos anuales, y dos maternidades de alto y bajo riesgo, de las cuales una, por asistir aproximadamente 4.000 nacimientos anuales, es considerada una “megamaternidad”.

tos, que por ahí están más formados para acompañar los partos normales (Entrevista 1, funcionaria de la DMI).

Dicha informante sugiere que hay que considerar tres niveles para esta implementación: en primer lugar, un nivel macro, referido a “la política”, haciendo mención al modelo MSCF, que incluye acuerdos internos del Ministerio –con el propio Ministro, con la Dirección de Hospitales–, con organismos internacionales –UNICEF, OMS, OPS–, con otras provincias y otros tipos de acuerdos político-institucionales. Por otro lado, un nivel meso, referido a las articulaciones con las direcciones de cada hospital provincial y con los jefes de Servicios de Tocoginecología de cada uno de ellos. Finalmente, un nivel micro referido al trabajo con los equipos de salud (obstétricas, médicos, enfermeros) y las comunidades. Sobre los tres niveles, la funcionaria sostuvo que se había trabajado fuertemente en el primero y que se estaban dedicando a generar cambios en el ámbito hospitalario, buscando articular con los directores de hospitales y los jefes de servicio, y que era ahí donde se encontraban grandes resistencias y dificultades.

Sobre esto último, las dos funcionarias de la DMI entrevistadas reflexionaron sobre las dificultades para el cambio institucional e individual en medicina, señalando el “miedo al cambio” de profesionales “aferrados a sus prácticas”, que ahora resultaban desacreditadas –por las guías y la evidencia científica en la que se basaban–, lo que producía desarticulaciones y resistencias corporativas. Ambas coincidían en representar a los planteles obstétricos de los hospitales como comandados por profesionales viejos, “anquilosados”, y en posicionar a las obstétricas/parteras como las promotoras reales de los cambios. Asimismo, las funcionarias describían la situación de los médicos como amenazados, solos, con miedo a los juicios de mala praxis y a las exposiciones públicas. Una de las funcionarias entendía que la atención médica de los partos se asentaba en un “mecanismo de desconexión” del profesional del evento del nacimiento y los “paquetes emocionales” de los pacientes en él. Desconexión, rutinización de prácticas y desconocimiento de las necesidades de las mujeres que van a parir, irían de la mano. Consideramos que tal caracterización de los profesionales reduce a una actitud o decisión individual y volitiva, cuestiones que también se vinculan a constricciones estructurales, condiciones de trabajo, culturas hospitalarias y otros aspectos que analizaremos más adelante.

Asimismo, las entrevistadas reflexionaron sobre dos dimensiones centrales para enfrentar el cambio e implementar la política de humanización de la atención médica de partos en hospitales provinciales. En primer lugar, se refirieron a la dimensión emocional que venimos mencionando, sosteniendo que al igual que las mujeres que van a parir, los médicos necesitan un fuerte y continuo acompañamiento durante la transición y el aprendizaje del nuevo paradigma de humanización. Sostenemos que es necesario pensar esto en términos de la socialización profesional médica, de esquemas aprehendidos, en torno a los *habitus* médicos (Castro, 2009) y no en términos puramente emocionales, que se vuelven reduccionistas. En segundo lugar, las entrevistadas pusieron énfasis en *el problema de la falta de autoridad* –“que no es lo mismo que autoritarismo”–, como una inquietud relevante, reflexionando sobre los diversos niveles de ejercicio de la autoridad, esto es: autoridad profesional del médico sobre el paciente, autoridad política del Ministerio sobre los efectores de salud.

Habiendo planteado las principales cuestiones referidas por las funcionarias ministeriales sobre la humanización del parto, nos detendremos en conocer cómo se lleva a cabo en la práctica, considerando las referencias brindadas por las jefas del servicio de tocoginecología de las maternidades. Sus reflexiones se organizan alrededor de los significados de la humanización, las modificaciones de las prácticas, las condiciones estructurales que influyen en la implementación y aspectos relevantes en la atención médica de partos.

1) Significados de la humanización

En primer lugar, indagamos qué sentidos asignan las jefas del Servicio de Tocoginecología a la humanización de la atención médica de partos. En líneas generales las respuestas giraron alrededor de tres cuestiones: la idea de que las nuevas prácticas y derechos explicitados no son nuevas, y la posición crítica al sentirse considerados como médicos “inhumanos”, las perspectivas y acciones respecto a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas y a la división del trabajo profesional entre parteras y médicos.

En primer lugar, entonces, hablar de humanización interpela a las jefas del servicio –quienes entienden como pares idénticos el parto humanizado y el modelo MSCF– que responden con una actitud cuestionadora y defensiva: pensar que hay que humanizar algo que está deshumanizado les resulta

ofensivo. De todos modos, en el desarrollo de su argumentación, vinculan la humanización con aspectos tales como la formación del equipo de salud, las condiciones de trabajo, el financiamiento y la infraestructura.

Primero que filosóficamente no creemos que esté deshumanizado. A ver, es un concepto ideológico. O sea, la humanización del parto como si ya fuera deshumanizado, como si fuera con un látigo, como si fuera en un chiquero, como si fuera con una mujer atada con grilletes a la camilla y no es así. No lo vemos así nosotros. Entendemos que sí, que la participación de la familia está bueno, que se le permita caminar y que no se la ate a una vía de suero, está todo perfecto. Pero para eso hay que dar otras condiciones. Como dijo acá muy bien el doctor los cambios se hacen cuando se construyen desde los cimientos. Y nosotros tenemos que cambiar la formación, tenemos que cambiar un montón de cosas pero el ministerio tiene que cambiar también la infraestructura y adecuar los lugares para que eso se pueda hacer. Cambiando el techo no se logra todo, se cambia el techo (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología). Mirá, el tema de la humanización del parto, yo no sé cómo será en otros hospitales, yo te cuento mi historia. Yo me formé hace treinta y pico de años en el hospital Gonnet, de todas maneras capaz que antes se utilizaba más el intervencionismo médico, porque era más de poner suero, en general, pero siempre con una indicación. O sea, si la paciente tenía dinámica espontánea, uno le respetaba esa dinámica. Si la paciente tenía. Nunca fue tan estricto y nunca fuimos inhumanos, por eso esto de la humanización me suena muy como que fuéramos inhumanos (...) eso de humanización yo no lo entiendo o el término está mal usado, capaz, yo lo pondría más como volver un poco más a la fisiología (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En segundo lugar, y con relación a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas, sostienen que esas son las normas que utilizan comúnmente, y que se garantizan.

El parto humanizado de no poner oxitocina, de no poner, de no romper la bolsa, sí, nosotros somos conscientes de esa propuesta. Ahora bien, cuando vos tenés siete u ocho trabajos de parto a la vez, y cuatro personas

o tres personas para atender todo lo que te dije, ¿podés tomarte el tiempo de darle a ese trabajo de parto ocho, nueve, diez horas, las que requiera y no colaborar en que algunas etapas se organicen y se aceleren para que vos puedas terminar con este parto y seguir dedicándote al otro? Porque está muy bueno lo de que no se rompa la bolsa, que no se use oxitocina, está perfecta la teoría, están mostrados los beneficios. Eso es cuando una paciente en trabajo de parto está acompañada por un profesional, que le vigila los latidos, que la contiene, que la ayuda, que la vigila y que va evaluándolo. Si vos tenés una persona para atender a cuatro, esa persona a la fuerza se tuvo que organizar para vigilar intensamente un trabajo de parto, terminarlo y agarrar otro, terminarlo y así (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Me da la impresión que esta cosa de la humanización tiene que ver, capaz, con no ponerles suero a todas las pacientes, que acá nunca ocurre. Porque realmente acá si la paciente es una paciente que dilata espontáneamente, se la deja que dilate. Se corrige como son todas las normas, incluso las de la MSCF, si vos la leés y dice que la paciente tiene una hipodinamia, hay que corregirla. No es que el cien por cien tiene que tener por abajo aunque tarde tres días, porque hay cosas que vos sí o sí tenés que corregir, no podés dejar a una mujer que esté en trabajo de parto con contracciones tres días porque se le termina rompiendo el útero si realmente tiene dinámica de trabajo de parto. Nosotros respetamos eso (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Por último los sentidos asignados a la humanización se vinculan al trato y a la relación médico-paciente, y al rol particular de la partera como la punta de lanza del cambio hacia la humanización.

Acá tenemos por suerte muchas obstétricas y las obstétricas tienen un manejo con el paciente diferente al médico. Nosotros estamos como mucho más estructurados, estamos con la medicina metida y con los pro, los contra, las enfermedades, las patologías, cómo se resuelven, qué se hace, qué no se hace, somos mucho más pragmáticos (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La fisiología del parto y el nacimiento, aparece como un significativo cla-

ve, vinculado a la *naturalidad* de dichos eventos, opuesto al intervencionismo. En este sentido, la humanización como *vuelta* a la fisiología se vincula a esta idea de respetar la dinámica del trabajo de parto y del parto (los tiempos biológicos que menciona la ley 25.929) y no intervenir médicamente más que para *corregir* posibles desviaciones o patologías. Asimismo, es relevante la crítica a la política de humanización como vanguardia. En esta dirección, dado que hay una clara referencia a las prácticas aconsejadas y desaconsejadas, analizamos cómo se dan algunas de ellas, en vinculación a los derechos que implican para las mujeres y sus familias.

2) Prácticas médicas y derechos de mujeres

a) Acompañamiento

El acompañamiento de la persona que elija la mujer durante el proceso de parto es uno de los *indicadores* de la implementación real de la política de humanización. Es importante el hecho de que en las maternidades públicas de la ciudad de La Plata este derecho no está garantizado en el caso de los varones. En general, el acompañamiento se encuentra feminizado, reproduciendo el lugar de las mujeres de la familia o allegadas de la embarazada como encargadas del cuidado, legitimando roles y estereotipos de género.

Siempre mujeres eh, yo trato que las acompañantes sean femeninas por una cuestión de delicadeza, de intimidad, las mujeres están con camisón, hay muchas que están con las piernas abiertas, dan de amamantar y no me gusta que haya varones porque hay de todo, tenés buenas personas y otras no (...) también permitimos que estén hermanas o madres o lo que fueren durante todo el trabajo de parto, que acompañen el puerperio (...). Siempre están acompañadas, en general por familiares. Así que bueno, eso se revirtió y eso también genera mejores respuestas también en los trabajos de parto y un montón de cosas” (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Contrariando un concepto de las guías, algunas maternidades restringen el acceso de los varones/padres debido a la falta de recursos que aseguran adecuadas condiciones de higiene en la sala de parto, por ejemplo, apelando a la falta de recursos hospitalarios:

Entonces yo no quiero que entren varones excepto si van al parto y tenemos la ropa adecuada para que entren, fantástico, generalmente no la tenemos, no tenemos ni ropa ni [o sea por ahí en general no pueden entrar los papás] Nosotros, eh, las parteras siempre les dicen que si pueden se compren el camisolín, el barbijo, el gorro y las botas que son descartables para poder ingresar, porque muchas veces ni nosotros tenemos (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La carencia de recursos es real y generalizada en los hospitales provinciales de la ciudad, pero entendemos que en estos casos, en los que los partos no son quirúrgicos y por tanto no se requieren estas prendas especiales, puede estar actuando a modo de *excusa* para impedir el acompañamiento real, o al menos, como dispositivo desalentador para su participación. En tal sentido, también se suma como impedimento la apelación a las condiciones estructurales, siendo que varones en una sala donde se tactan y evalúan a mujeres, posiblemente desnudas, no son aceptados.

O sea yo acá tengo que meter a vos, a tu marido, a tu mamá, a tu papá, todo, porque una ley me dice. Yo hago un esfuerzo sobrehumano, ahora, ¿eso es humano para vos? Yo te pregunto, vos me lo contestás. Para mí no. Una sala común, dos millones de mujeres desnudas delante de tu marido, de mí, que soy médico, soy varón y está expuesta a mí, que nada, para mí es un trabajo, pero te imaginás para el resto de las personas no. ¿Eso es humanizado para vos? Entonces el concepto es qué es humanizado para cada uno, ¿sí? Yo creo que siempre hay que empezar por la base, nunca por el techo (...). Nosotros, la infraestructura hospitalaria tiene cien años con lo cual no podemos incorporar a toda la familia sin invadir la intimidad y la privacidad de la que está al lado. Son salas de internación conjunta (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Como testimonia la entrevistada, las restricciones de la infraestructura, donde las mujeres están internadas en salas conjuntas con otra decena de parturientas, también dificulta la garantía del derecho al acompañamiento.

Esa cita de entrevista, además, nos permite destacar esa visión casi inmediata que vincula el modelo de maternidad segura y *centrada en la familia* a una invasión de familiares en las salas de parto, parto y puerperio; lo que

implica en la opinión de los profesionales diversas dificultades, principalmente, en el desarrollo de la tarea médica y la dinámica hospitalaria.

La política es que entre todo el mundo pero, ¿sabes qué pasa? Todo el mundo, hay ciertas restricciones que hay que tener, sobre todo, mirá, por ejemplo, yo intento que de 7, yo vengo a las 7 y cuarto de la mañana, de 7 a 10 de la mañana no haya nadie. ¿Por qué? Porque hay que pasar sala, porque están los enfermeros que tienen que tomar la presión, que tienen que cambiar, que tienen que y cuando hay gente, molesta la gente, no permite el desenvolvimiento común de lo que es la actividad hospitalaria (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Le permitimos que entre el familiar siempre y cuando esto en una sala general no intercepte o no complique la atención de otra paciente o, más bien, no va a estar el familiar mirando cuando se tacta a otra paciente (...). O sea, respetando eso, la intimidad de la paciente (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Conviven, además, conceptualizaciones sobre los familiares como agentes potencialmente problemáticos que *invaden* la institución, y que demandan determinadas acciones a los profesionales, en una clara disputa de posiciones y saberes en la relación médico-paciente-familiar.

Si la paciente es una paciente tranquila, que lleva bien su trabajo de parto y tiene un acompañante sea su pareja, su mamá, su hermana, que la contiene, que yo recuerde, siempre se le permitió estar con esa persona, incluso te estoy hablando de treinta y pico de años atrás en el hospital Gonnet. Si la familia es una familia que en vez de contenerla la desborda y que te quiere manejar las indicaciones o te pide cesárea a los dos minutos, entonces la limitamos, porque el criterio médico si queremos justamente bajar el índice de cesáreas y hacer el parto más fisiológico posible no podemos, porque no le duela el trabajo de parto, entendés, hacer lo que dice la familia (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La garantía de este derecho, entonces, adquiere una lógica condicional: si la situación se da, si tienen la ropa, si no invaden los derechos de otros y la

dinámica hospitalaria, si la paciente y los familiares son “tranquilos”, si las acompañantes son mujeres, porque son *más delicadas*, y, si la infraestructura lo permite, es posible el acompañamiento de quien la mujer elija.

b) Libre elección de la posición para parir

Lo que el tema de la posición en el parto muestra es cómo, en el proceso de su medicalización, se dio prioridad al médico gineco-obstetra en detrimento de la mujer, ya que –salvo la cuestión de las hemorragias, que pueden ser controladas en una institución asistencial debidamente equipada– la única justificación de la posición horizontal y a la francesa, es la comodidad del médico. Por eso, la discusión, que por momentos pareciera ir por canales científicos, muestra que lo que está por detrás es otra cosa: el poder, es decir, quién decide qué está bien, cómo se hace una práctica, cómo se pare, cómo se nace. Es a través de estas técnicas y prácticas, que se cristalizan relaciones de poder: el que interviene, ve, palpa, decide, corta y la que tiene que obedecer, no tiene dominio de su propio cuerpo y debe ‘dejar hacer’ (Pozzio, 2013, pp.7 y 8).

La garantía de este derecho se encuentra, en las tres maternidades analizadas, limitada por la infraestructura. Esto es, existe una vinculación entre la elección de la posición con la disponibilidad de equipamiento que permita dicha postura, sin considerar la posibilidad del parto vertical o en cuclillas en las camillas existentes. La posición del parto se encuentra atada al mobiliario del que disponen en la sala de partos, por lo que la carencia de sillones de parto de última generación impide el acceso a este derecho y la innovación en la práctica: “que la mujer adopte la posición que se pueda si la infraestructura está preparada” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

De todos modos, en dos de las tres maternidades las entrevistadas mencionaron la necesidad del cambio en la posición para parir, mientras que en la megamaternidad justifican la posición de litotomía (acostadas con cierta inclinación) ya que “el útero tiene la fuerza para empujar un auto” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología), relegando importancia de la fuerza de gravedad. Esta concepción del útero no tiene en cuenta los derechos y necesidades de las mujeres, como busca concertar la política de humanización.

No tenemos otro método, tenemos el sillón de parto, la camilla de parto y usamos una posición que también resulta, no sé si tan cómoda para la madre, pero sí anatómicamente favorable para el parto. Es la mamá acostada con las piernas flexionadas en las pierneras, que si vos [representa con una hoja de papel], que está acostada con las patas así, vos la ponés en el piso y está en cuclillas. La posición del arco anterior de la pelvis cambia lo mismo que si estuviera en cuclillas. No es tan fácil pujar pero si en una maternidad de alto riesgo se hacen 2.500 partos por año en esta posición y si los tienen los pibes, no será que... (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

A través de esta cita podemos vislumbrar la centralidad de la eficacia en la lógica hospitalaria, que recuerda la idea de la tecnocratización del nacimiento (Davis-Floyd, 1994), que explica “cómo el parto-nacimiento bajo el paradigma médico es el resultado de una cadena ‘fabril’ compuesta por procedimientos que deben respetarse estrictamente para lograr una ‘calidad’ de parto esperada” (Merino y Fornes, 2008).

c) Prácticas desaconsejadas y cesáreas

Un indicador clave sobre el acceso al derecho al parto natural⁹ es el índice de cesáreas que consignan las maternidades, que debe vincularse al score de riesgo de los partos que atienden. Por ello, la megamaternidad que atiende partos de bajo y alto riesgo tiene un índice de 33%, la segunda que también tiene el tipo de riesgo mixto reporta entre 25 y 29% de cesáreas y la maternidad de bajo riesgo alcanza 22%. Las recomendaciones de la OMS estipulan que los índices no deben superar el 10-15%, y en los últimos años alertó sobre un exceso de cesáreas en todo el mundo, siendo que en América Latina superan el 35% de los nacimientos. En comparación con estos datos, las tasas que existen en las maternidades de La Plata son bajas, y más aún en comparación con los hospitales privados donde se alcanzan índices cercanos al 70%.¹⁰

⁹ Existen muchas discusiones sobre la noción de parto “natural” en tanto categoría conflictiva, discutida y re-pensada en el marco de la antropología y sociología médica. Para abordar tales discusiones puede ser interesante revisar Arnaú Sánchez et al. (2012).

¹⁰ Ver la nota periodística disponible en <http://tiempo.infonews.com/nota/149809/la-oms-alerto-por-el-crecimiento-de-las-cesareas-en-el-mundo> que referencia un informe de la OMS de 2015.

Nosotros a las primerizas estamos en un índice bajo, la primer cesárea estamos en un índice bajo; al segundo bebé recontra bajo, casi ninguna mamá que tuvo un parto vuelve a tener el segundo en el hospital y se le hace cesárea. Se le hace muchas cesáreas a la mamá que tiene bebé prematuro. Entonces si vos analizás fríamente el dato, se le hace cesárea a quien hay que hacérsela, a quien está recomendado hacérsela. Y al otro grupo de pacientes estamos en un índice, alguno más bajo que la media. Estamos en niveles más bajos que hospitales que están propagandeados como que bajaron el índice de cesáreas (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Respecto a las cesáreas, es interesante una reflexión de una de las jefas del servicio de tocoginecología en torno al “parto transmitido” como evento doloroso, lo que ha llevado a que cada vez más mujeres demanden la realización de una cesárea.

Sobre el resto de prácticas desaconsejadas, las tres jefas de servicio refieren a la episiotomía como una práctica que entienden que no debe utilizarse de rutina, aunque sus índices no lo demuestren así: la megamaternidad reporta un 90% de episiotomía a primerizas, según su jefa de tocoginecología.

La episiotomía no se hace, se intenta no hacer más, pero qué pasa, también hay muchos más desgarros. Porque el periné antes, lo de la episiotomía sirvió porque se intentó respetar lo de no ser tan agresivos con el tema del corte a todas y prácticamente no se hace, pero también hay muchos más desgarros porque uno tiene que controlar mucho más el periné y a veces no es tan fácil controlar y que salga el chico, entonces hay más desgarros que antes (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Finalmente, hay un reconocimiento de prácticas desaconsejadas (“estamos intentando que bajen”, Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología) pero se resiste a caracterizarlas de rutinarias, ya que se encuentra una justificación médica para su aplicación.

Es que nunca se hacen prácticas rutinarias. Eso yo creo que quedó en la historia, no sé por qué se sigue, no sé si habrá hospitales... O sea, vos en una nulíparas, que es una primeriza, hasta incluso en esas si se puede,

nosotros tratamos de esperar. En general, la práctica demuestra que si la dejás se te desgarrá, y se te va a desgarrar hacia abajo, hacia el recto. Entonces entre un desgarro que te involucra el recto y un tajito que vos lo dirigís, es preferible, capaz, hacerle eso a una primeriza, y no a todas. A veces hay algunas que no se les hace. No es que de rutina se sigue trabajando (...) siempre es en pos de la paciente, nada es de rutina. Porque cada paciente es especial y cada trabajo de parto es diferente, ¿entendés? No se les hace, a todas no se les pone suero, no se les hace episio, no, no, no, se trata de hacer lo más natural que se pueda, e individualizado porque cada paciente es especial y es diferente y cada mujer en cada trabajo de parto es diferente (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Las intervenciones desaconsejadas, por tanto, siguen asumiendo el carácter de necesarias, en tanto tienden a “corregir” o “ayudar” los procesos de parto.

...o a lo sumo lo podemos ayudar con una intervención con un fórceps o con un vacum para acortarles el expulsivo. Pero en ese caso no es no-humanizado el parto porque hay casos donde hay que intervenir, y eso está marcado hasta en las guías de la maternidad, viste, de la familia (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

La revisión de las prácticas médicas rutinizadas en la atención obstétrica de partos es precisa, necesaria y requiere acompañamiento, capacitación y formación constantes. Desaprender lo aprendido y relativizar lo sabido para dar lugar a la emergencia de nuevas formas de trabajar y de asistir partos es un proceso multifactorial que aún no se ha iniciado completamente.

d) Vínculo madre-recién nacido

Con relación a lo anterior, una de las prácticas aconsejadas desde las guías es la del clampeo tardío del cordón, esto es, la espera de aproximadamente un minuto desde el parto hasta el corte del cordón, dado que se entiende que es el tiempo necesario para que el recién nacido reciba “cargas” importantes de sangre, hierro y nutrientes. En dos de las tres maternidades se realiza este procedimiento.

En cuanto nace el bebé se le apoya en la panza de la mamá, no está todavía cortado el cordón que ya se le apoya a la mamá, ¿entendés? Para

que enseguida tenga lazo con su mamá, escucha el corazón de la madre, después lo llevan, lo revisan y vuelve a su mamá (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Respecto a la no separación madre-recién nacido, lo que en las guías aparece como “contacto piel a piel” (COPAP) no obtuvimos referencias, aunque es posible advertir, en la cita, que la separación existe aunque luego el recién nacido vuelve con su madre, pero no sabemos cuánto tiempo transcurre entre cada acción.

3) Las condiciones estructurales de la maternidad

Como se viene señalando, las jefas de los servicios de tocoginecología consideran que las condiciones estructurales en las que llevan a cabo su práctica profesional influyen de diversos modos sobre la implementación de la atención humanizada del parto. Al hablar de condiciones estructurales se piensa en la infraestructura hospitalaria y en los recursos humanos con los que cuenta y a las diversas situaciones que condicionan su práctica.

Una de estas condiciones se relaciona a la violencia: se los acusa de ejercer la violencia en su práctica profesional y al mismo tiempo se sienten víctimas de violencia tanto de los usuarios y familiares como desde el sistema de salud. Así, hacen referencia a la violencia de la que son víctimas los profesionales médicos, vinculándola a la “deshumanización que hay de la sociedad hacia el equipo de salud” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología). Aluden a la violencia social que sufren diariamente en su contexto laboral, y se refieren a la violencia obstétrica de la que son acusados por algunos sectores sociales, lo que vislumbra que el tema de la violencia penetra desde varias aristas su labor profesional.

La falta de educación de la población, la falta de respeto por las instituciones que toda la gente tiene hoy, no se respeta el guardapolvo del maestro, el guardapolvo del médico, el uniforme de la policía, ninguna institución tiene el respeto de la sociedad entendido como que todos son libres de avasallar a cualquiera. Y los servidores públicos, de los que nosotros somos partes, somos ya sirvientes públicos o esclavos públicos. Se me saltó la chaveta (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Entonces vos decís, sí hay violencia de, a veces, de lo que es el personal de salud hacia los pacientes, pero es mucho más al revés que del personal de salud hacia los pacientes (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En segundo lugar, las condiciones de trabajo aparecen como una variable estructural que dificulta la implementación de la política de humanización, en particular en referencia a la falta de personal y de nombramientos de cargos. Otra vez aparece la “deshumanización”, en este caso del trabajo obstétrico, como *complemento* a la búsqueda de humanización de la atención.

Es multifactorial la cuestión, la humanización es de todos, del paciente y del equipo de salud. Si van a humanizar la atención del parto, tienen que humanizar también el rol del equipo de salud. ¿Qué es humano para nosotros? Plantees que no están completos, falta de recursos humanos, físicos y de insumos, por más que se hacen esfuerzos denodados por mantener la calidad de atención de parte de la dirección, que quede claro, de parte de las instancias que nos competen, de parte del servicio: optimización de recursos, atar con alambre, arreglar como se pueda pero que la cosa siga caminando y no estancarse, no decir ‘yo no hago más nada porque en estas condiciones no se puede’. Seguimos con la premisa de que hay una respuesta a las madres, hay que dar una respuesta a las madres, hay que dar una respuesta a las madres. Eso es nuestro caballito de batalla todos los días. Ahora bien, no es fácil tampoco para nosotros venir al lugar al que uno viene por vocación a recibir cachetazos. Hay demanda de la gente, hay demanda de resultados (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Condiciones de trabajo negativas, precarias, mala remuneración y una constante vulnerabilidad al estrés laboral propio de la actividad, obstaculizan y desalientan los cambios actitudinales, la necesaria capacitación y formación en el nuevo paradigma y la revisión de las prácticas rutinizadas en el hacer obstétrico.

En tercer lugar, y adquiriendo importancia en las entrevistas realizadas, se mencionan los déficits infraestructurales que impiden que se garanticen derechos y se cambien y adecuen las prácticas médicas. La infraestructura

aparece como un gran determinante de la atención médica de partos y como un obstaculizador de su humanización –o de la modificación de ciertas prácticas que se considera que humanizan el acto médico–, y llega a sostenerse que dicha infraestructura deficiente es ejemplo de la “violencia institucional” que se ejerce desde el hospital hacia los pacientes, visible en cosas cotidianas, como la falta de sábanas en la sala de parto. “Nosotros tenemos una infraestructura deshumanizada para nosotros, así que te imaginarás para el paciente” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología) o “la situación cambiará cuando cambiemos de edificio” (Entrevista 5, Jefa de Servicio de Tocoginecología) son algunas de las citas textuales que refieren que la humanización de la atención debe vincularse principalmente a los cambios estructurales y no tanto a la modificación de la tarea profesional. Esto marca un contrapunto con la visión de las funcionarias ministeriales que sostienen que las dificultades para implementar el cambio hacia el paradigma de la humanización se basa en una resistencia profesional y hasta generacional.

Con relación a esto, y en cuarto lugar, emergió con énfasis en las entrevistas la referencia a *el* ejemplo real de la implementación del MSCF, esto es, el caso de la maternidad Estela de Carlotto de Moreno. Se lo toma como un “ejemplo bueno pero imposible de replicar” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología) y se argumenta que su “propagandeada” como maternidad respetuosa no tiene en cuenta que los inmejorables índices de cesáreas y la adopción de prácticas obstétricas alineadas al enfoque de la humanización se pueden realizar por el sesgo de la población que atienden.

Tiene una población muy selectiva, no atienden primerizas, no atienden prematuros, no atienden pacientes con cesáreas anteriores, ni pacientes con embarazos pasados de fecha. (...). Entonces en esa maternidad hay un grupo de pacientes muy selectas en donde ellos tienen un 10 a 11% de cesáreas y nosotros tenemos menos en ese grupo de pacientes. ¿Está claro? Si vos elegís una población que no va a ir a cesárea, tener un 10% de cesárea no es el mérito. ¿Está claro? ¿Qué estás haciendo de maravilloso? Si el número de cesáreas en esa franja es de ese número o menos (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En este caso, el de la maternidad de Moreno, es visible cómo en buena medida, la implementación de la humanización de la atención del parto es

posible por la estructura edilicia, el equipamiento disponible, los recursos –económicos, humanos, simbólicos–, la “selección” de mujeres gestantes a atender y la formación específica de los profesionales para la aplicación de ese modelo.

4) Otros aspectos relevantes en la atención médica de partos

Finalmente, decidimos retomar otros aspectos que las jefas del servicio vinculan a la atención médica de partos, porque contribuyen a comprender su concepción sobre su propio trabajo y dar cuenta de otros elementos que influyen en la implementación de la política de humanización.

Así, es contundente cómo en todas las entrevistas se repite la imagen del parto como un evento de emergencia, patológico, una bomba de tiempo que se desarrolla *bien* o con *normalidad* y se puede complicar de un instante al otro, lo cual contribuye a aquella referencia que hicimos en la primera parte sobre que *todo parto es riesgoso hasta que se demuestre lo contrario*. Esto tiene dos implicancias en el trabajo profesional: en primer lugar, la particularidad de la obstetricia como especialidad médica en constante alerta.

Una especialidad que tiene sus particularidades: no tiene horario, no tiene aviso de la urgencia, las cosas pueden presentarse súbitamente sin aviso previo, algo que venia muy bien puede terminar muy mal; una paciente normal, sin ningún tipo de agresión por parte del equipo de salud puede terminar en una hemorragia porque el equipo no se contrae o porque la placenta no se desprende; un feto que venia bien puede tener los latidos y requerir una cesárea de urgencia. Digamos, el quehacer nuestro de cada día tiene ese *timing*, [un alerta constante], constantemente. La gente reclama siempre un buen resultado de eso y no entiende que algún resultado adverso en obstetricia no es porque se hayan hecho las cosas mal, sino porque es inherente a la especialidad. Entonces, este grado de estrés y de compromiso con el trabajo y el reclamo global al especialista hace que no elijan esta especialidad como base de su formación futura (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

En segundo lugar, señalan la división de tareas entre parteras y médicos/as obstetras, que vincula a las primeras a la atención del parto fisiológico y normal, y a los segundos al trabajo sobre la patología.

Pero pasa en general que las obstétricas van [a la sala de partos] y los médicos van porque, bueno, la obstétrica tiene sus limitaciones. Ellas pueden atender los partos normales, pero nunca uno sabe cuándo el parto deja de ser normal para ser patológico. Entonces ahí tiene que estar el médico para actuar en ese momento, para una cesárea, para un fórceps, para lo que fuera (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Y con relación a esto, se hace referencia a que existe una responsabilidad diferente entre el médico obstetra y las parteras, en tanto los primeros deben responder por partida doble, esto es, por la salud de la mamá y del bebé (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología), mientras que las segundas aparecen como auxiliares en la atención. La política de humanización supone una división del trabajo ideal entre parteras y médicos, en relación a la valoración del riesgo del embarazo/parto a atender, y entendemos que este modelo desconoce pujas corporativas históricas del trabajo en las salas de parto: el monopolio de la atención de médicos obstetras de la mayoría de los partos.

En simultáneo, resultó llamativo que dos de las jefas de servicio refirieran al imaginario popular (sic) “de que cualquiera puede atender un parto” (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología) o de que todos los partos salen bien (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología), como un elemento de distinción de su práctica médica y de conocimiento autoritativo (Sadler, 2004).

¿Pero la cultura popular qué dice? Que vos entrás sonriente a que te saquen a tu bebe de la panza o que puedas parirlo y todos nos vamos sonrientes a casa. Y a veces no siempre es así y todos hicieron lo técnicamente bien, científicamente avalado y la vida no hizo que el resultado sea... la naturaleza se torció. (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Por último, en ocasiones permea a las concepciones de las jefas de servicio una representación de las mujeres pacientes como *irresponsables*, en relación a que suelen llegar con menos de los controles prenatales esperados/obligatorios (cinco en caso de los embarazos de bajo riesgo). Irresponsabilidad y falta de compromiso con el cuidado de su salud y la de su hijo que se explica solo por una falta de voluntad, esto es, no se controlan durante el

embarazo “no porque no tengan acceso al control sino porque no quieren, porque no quieren, porque no les importa” (Entrevista 4, Jefa de Servicio de Tocoginecología). Este elemento es importante, ya que la política de humanización de la atención médica de partos también abarca el embarazo y los controles prenatales, y propone una red de cuidados, cursos y consultas en el primer nivel de atención, para garantizar su acceso.

A lo largo de este apartado hemos visto distintos testimonios de la brecha entre los postulados de las guías y la realidad de la asistencia de partos en maternidades públicas de la ciudad de La Plata. El contrapunto es evidente y emerge en diversas aristas alrededor de las prácticas, las percepciones y valoraciones de los profesionales y los funcionarios. El trabajo hacia el cambio de paradigma en la asistencia de partos requiere atender a negociaciones, disputas, sentidos heterogéneos y aprendizajes consolidados en varios sectores del sistema hospitalario.

Comentarios finales

Nos propusimos describir los lineamientos de la política de humanización de la atención médica de partos a través de una lectura crítica de tres guías ministeriales y analizar el proceso de implementación en maternidades públicas de la ciudad de La Plata a partir de entrevistas a funcionarios ministeriales y jefas de servicios de tocoginecología. Nos centramos en ver cómo esta política se asienta sobre dos ejes fundamentales: los derechos de mujeres y familias respecto al proceso de parto, y la revisión de las prácticas médicas.

Recapitulando, consideramos que los lineamientos de las guías analizadas permiten sugerir que si bien se propone incorporar y consolidar el horizonte humanizador, garantizando derechos sexuales, reproductivos y de acceso a la salud, y señalando cambios en las intervenciones y en ciertas aristas de la relación médico-paciente, pasa por alto disputas y constricciones estructurales que emergieron como insoslayables en las reflexiones de las jefas de servicio y de los trabajadores de la salud.

En términos del análisis del proceso de implementación, los contrapuntos entre las visiones de las funcionarias ministeriales y las jefas de los servicios de tocoginecología son destacables al mismo nivel que la brecha que se evidencia entre la letra de las guías y las interpretaciones y análisis de la práctica concreta hospitalaria.

De las entrevistas con las funcionarias destacamos la caracterización y percepción estereotipada de la planta profesional de los servicios obstétricos de los hospitales, que limitan el análisis de la implementación a actitudes, voluntades y limitaciones generacionales sin considerar algunos elementos que sobresalen en la perspectiva de las jefas hospitalarias.

De las entrevistas con las jefas de los servicios de tocoginecología, se destacaron varios elementos que articulamos en torno a cuatro ejes: 1) los significados de la humanización, 2) la revisión de las prácticas médicas en relación a los derechos de las mujeres, 3) las condiciones estructurales que afectan la implementación, y 4) otros aspectos que consideran relevantes en la atención médica de partos. Así, llama la atención que en torno a la humanización y al modelo MSCF haya una interpretación lineal o literal que los vincula al trato cariñoso y a la idea de “toda la familia adentro”. De igual modo, existen perspectivas que profundizan y hacen referencia al reconocimiento de derechos y cuestionamientos al intervencionismo médico en el parto. Asimismo, es relevante la posición defensiva o crítica con la que las jefas de servicio recogen esta política, en términos de no sentirse interpeladas por no considerar que su práctica sea “deshumanizada” y no encontrar novedad en prácticas que consideran que “ya existían”.

En la indagación sobre los derechos (que implican la revisión de las prácticas), es visible que su garantía es limitada, parcial o nula según de cuál se trate, y que se explica esta situación en relación a cuestiones estructurales heredadas, en condiciones de trabajo negativas y deficitarias, y en un status médico amenazado por la violencia social. Una de las entrevistadas refirió, a propósito de su inaplicabilidad, que esta política busca “meter un cuadrado en un redondo” (Entrevista 3, Jefa de Servicio de Tocoginecología).

Porto et al. (2015) sostienen que hay cuatro factores fundamentales que implican dificultades para la implementación del modelo de humanización del parto: la cultura hospitalaria, la infraestructura sanitaria, las prácticas médicas sanitarias y la acción profesional. En este capítulo hemos advertido que en nuestro contexto se identifican estas dificultades que obstaculizan la aplicación de la política de humanización.¹¹

¹¹ “A proposta de humanização da assistência ao parto sofre influência direta do modelo organizacional, dos desenhos da missão institucional, do envolvimento e aderência dos gerentes

Estamos de acuerdo con Pozzio (2013) en que las posiciones médicas son heterogéneas y que es importante considerar la tensión entre la voluntad de cambio y las condiciones estructurales hospitalarias y sanitarias que las impiden, pero que de igual modo estas no impiden la autocrítica y la revisión de ciertas prácticas y formas de las relaciones médico-paciente que pueden modificarse. Y que tal vez deba reforzarse el puente entre los dos ejes que aquí consideramos son los pilares de la humanización de la atención del parto, esto es: el acceso a los derechos a la salud, sexuales y reproductivos de mujeres y familias y la revisión de las prácticas médicas.¹²

Bibliografía

- Arnau Sánchez, J., Martínez Roche, M. E., Nicolás Vigueras, M. D., Bas Peña, E., Morales López, R., y Álvarez Munárriz, L. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del Área I de salud de la región de Murcia. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, 7(2), 225-247.
- Castro, R. (2014). Génesis y práctica del *habitus* médico autoritario en México. *Revista Mexicana de Sociología*, 76(2), 167-197.
- Davis-Floyd, R. (2004). El modelo tecnocrático en medicina. En R. Davis-Floyd, *Del médico al sanador* (pp. 23-60). Buenos Aires: Creavida.
- Fernández Sacasas, J. A. (2011). Controversias en torno a la medicina basada en evidencias. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 10(3), 339-347.
- Fornes, V. (2009). Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto. *Actas del I Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba . Recuperado de <https://www.aacademica.org/valeria.fornes/2.pdf>
- Gainza, P., Labastie, M., y Magnone Aleman, N. (2013). La atención

à proposta, da capacitação e sensibilidade dos profissionais, mas a sua efetiva implantação estará sempre atrelada à insubstituível relação entre a mulher e o profissional de saúde” (Porto et al., 2015, p. 17).

¹² Destacamos, a su vez, que tanto en las guías como en las entrevistas, no hay mención ni reconocimiento a los saberes previos, femeninos, populares. El único saber válido es el médico científico, es desde allí desde donde se propugnan los cambios y, al mismo tiempo, se justifica el *status quo*.

- contemporánea del parto: jaque a la perspectiva de derechos humanos. *ULÚA. Revista de Historia, Sociedad y Cultura*, 22, 175-196.
- Gómez de la Cámara, A. (2003). La medicina basada en evidencias científicas: mito o realidad de la variabilidad de la práctica clínica y su repercusión en los resultados en salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 26(1), 12-26.
- Gracia, D. (2009). Medicina basada en la evidencia: aspectos éticos. *Revista Bioética*, 8(1), 79-87.
- Jerez, C. (2015). Paradojas de la “Humanización” del parto: ¿Qué partos merecen ser “empoderados”? Trabajo presentado en las *XI Jornadas de Sociología*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <http://cdsa.academica.org/000-061/1121.pdf>
- Ortega Calvo, M. y Cayuela Domínguez, A. (2002). Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. *Revista Española de Salud Pública*, 76(2), 115-120.
- Porto, A., Costa, L., y Velloso, N. (2015). Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. *Ciência&tecnologia. Revista do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias da UNICRUZ*, 1(1), 12-19.
- Pozzio, M. (2013). *Una propuesta de “Parto Humanizado”, los discursos de los actores y el lugar (incómodo) de las mujeres médicas en el mismo*. Trabajo presentado en las *VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social*. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.
- Sadler, M. (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalaria. En M. Sadler, M. Acuña, y A. Obach (Ed.). *Nacer, educar, sanar: miradas desde la Antropología del Género* (pp. 15-66). Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género: Santiago de Chile.
- Tornquist, C. (2003). Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. *Cadernos Saúde Pública*, 19, (sup. 2), 419-427.

Guías

- Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2011). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia [MSCF] con enfoque intercultural:*

conceptualización e implementación del modelo. UNICEF, Maternidad Sardá y Fundación Neonatológica. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000238cnt-g08.mscf-enfoque-intercultural.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. (2012). *Guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia.* Dirección Nacional de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>

Argentina. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2012). *Guía de procedimientos para el control del embarazo y la atención del parto y puerperio de bajo riesgo.*

Los autores

Dra. Florencia Bravo Almonacid

Socióloga. Docente del Departamento de Sociología y de la Maestría en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becaria posdoctoral del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de vejez, pobreza y desigualdad social.

Lic. Hernán Andrés Caneva

Sociólogo. Doctorando en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Becario de finalización de doctorado de CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al análisis de discursos e imaginarios sobre el aborto en Argentina.

Lic. Belén Castrillo

Socióloga. Doctoranda en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación en Sociología de la Salud se vinculan con la atención de embarazos y partos.

Lic. María Laura Crego

Socióloga. Becaria doctoral de CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de juventud, educación, pobreza y desigualdad social.

Dra. Amalia Eguía

Antropóloga y socióloga. Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata (FAHCE-UNLP) y en diversos posgrados de universidades nacionales. Investigadora del CONICET y directora del Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS-CONICET/UNLP). Investiga temáticas de pobreza y desigualdad social, mercado de trabajo y género.

Dr. Matías José Iucci

Sociólogo. Docente del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FAHCE/UNLP. Becario Post-doctoral del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de políticas sociales, pobreza y desigualdad social.

Dra. Leticia Muñiz Terra

Socióloga. Profesora Adjunta del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FAHCE-UNLP, entre otras unidades académicas de universidades nacionales. Investigadora del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales (CIMECS) perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios del trabajo, la perspectiva biográfica, y la desigualdad social.

Dra. María Susana Ortale

Antropóloga. Profesora Titular del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FAHCE/UNLP, entre otras unidades académicas de universidades nacionales. Investigadora de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires. Sus temas de investigación se vinculan con pobreza, desigualdades y políticas sociales, abordando especialmente problemáticas alimentarias y de cuidados en la infancia.

Lic. María Laura Peiró.

Socióloga. Docente del Departamento de Sociología la FaHCE-UNLP. Personal de Apoyo CONICET con sede en el IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de trabajo se vinculan al área de metodología de las ciencias sociales y a los estudios sobre juventud, trabajo y pobreza.

Dra. María Eugenia Rausky

Socióloga. Profesora Adjunta del Departamento de Sociología y del posgrado en Ciencias Sociales de la FaHCE/UNLP. Investigadora del CONICET con sede en el Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales perteneciente al IdIHCS-CONICET/UNLP. Sus temas de investigación se vinculan al área de estudios de niñez, pobreza y desigualdad social.

Mgter. Diana Weingast

Antropóloga. Profesora Adjunta de la FaHCE y de la Facultad de Psicología de la UNLP. Integrante del Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CEREN) perteneciente a la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC/PBA). Sus temas de investigación centrados en la Antropología de la Salud se vinculan con pobreza y estrategias de atención a la salud/enfermedad.

Se cree que en el marco de un contexto de “institucionalización” y “formalización” de la política social, orientada a afianzar un sistema integral de protección social que garantizara una serie de derechos, se vuelve clave desentrañar las condiciones objetivas y los sentidos implicados en los procesos de implementación de tales políticas.

A fin de comprender y dimensionar el alcance de tal escenario en términos de avances en la superación de la pobreza, de la vulnerabilidad y de la exclusión, en el logro de la equidad de género y de derechos de niños, adolescentes y adultos mayores de hogares pobres -excluidos normativamente de las lógicas reproductivas y productivas y por tanto subordinados y desiguales en distintos sentidos-, planteamos actualizar conocimientos sobre algunas problemáticas previamente indagadas e incorporar otras cuya novedad deriva de cambios legislativos que avanzaron en el reconocimiento de derechos.

La obra contiene el análisis de las siguientes políticas sectoriales: trabajo, salud, educación y vivienda, dirigidas a grupo poblacionales con vulnerabilidades específicas: hogares pobres, niños y jóvenes que viven y/o trabajan en la calle, adultos mayores pobres, mujeres en edad reproductiva. Considerando las desigualdades sociales, étnicas, de género y etarias, se indagan los efectos de las mismas en las condiciones de vida, de trabajo, en las relaciones sociales, en la configuración de identidades, en la consecución de derechos económicos, sociales y culturales, meta de cualquier política social comprometida con el logro de igualdad, inclusión e integración social.

