

Membrete bibliográfico:

Sabrina Soledad Yañez

«Avatares de la salud materna: prioridades institucionales en los servicios públicos de Mendoza, Argentina»

Agathos, atención sociosanitaria y bienestar, año 2016, número 3. ISSN-1578-3103

Avatares de la salud materna: prioridades institucionales en los servicios públicos de Mendoza, Argentina

Sabrina Soledad Yañez

Doctora en Antropología (Universidad de Buenos Aires)

Afiliación actual: Becaria Postdoctoral - Instituto de Ciencias Humanas, Sociales y Ambientales (INCIHUSA) - CCT CONICET Mendoza, Argentina

Dirección para la correspondencia

Pedro Vargas 372. Dorrego.
Guaymallén. CP 5519
Mendoza. Argentina

Teléfono: (oficina) 54 261 5244312

Correo-e <syanez@mendoza-conicet.gob.ar >

Introducción

Este trabajo procura, a partir de los datos recabados durante el trabajo de campo doctoral, alumbrar las prioridades que estructuran la atención sanitaria de los procesos reproductivos en la provincia de Mendoza, Argentina. La atención/control de los «cuerpos maternos», es decir los cuerpos de las mujeres en proceso de gestación, parto y puerperio que son significados como cuerpos que deben estar «dispuestos» para la maternidad, se produce en instituciones reguladas por prioridades que resultan a menudo invisibles para los/las sujetos, lejanas a sus necesidades y, a veces, hasta opuestas a ellas.¹

A partir del análisis de cómo están distribuidos los recursos humanos y materiales, y de cómo están organizados los tiempos, los espacios y las jerarquías entre agentes en el interior de las instituciones sanitarias,² podemos afirmar que los servicios de salud materna están estructurados en torno a priorida-

Resumen

Este trabajo procura, a partir de los datos recabados durante el trabajo de campo doctoral y haciendo uso de las herramientas conceptuales y metodológicas de la etnografía institucional, echar luz sobre las prioridades que estructuran la atención sanitaria de los procesos reproductivos (gestación, parto/aborto, puerperio) en la provincia de Mendoza, Argentina.

Las prioridades abordadas se relacionan con los procesos demográficos según la visión estatal, la organización administrativa de las instituciones y su conexión con la economía de la salud y, finalmente, la organización de la formación e investigación médicas.

Palabras clave: Salud reproductiva. Salud pública. Maternidad(es). Etnografía institucional.

Abstract

This work try to find, from data collected during the doctoral field and making use of the conceptual and methodological tools of institutional ethnography, shed light on the priorities that structure healthcare reproductive processes (gestation, birth / abortion, puerperium) in the province of Mendoza, Argentina.

The priorities addressed relate to demographic processes under state vision, the administrative organization of institutions and their connection with health economics and. Finally, the organization of training and medical research.

Key words: Reproductive health. Public health. Maternity (s). Institutional ethnography.

des externas (extra-locales) a las experiencias de las mujeres que transitan el embarazo, el parto y/o el puerperio. Entre estas prioridades, sostenemos que las más importantes responden a:

- I) los procesos demográficos,
- II) la organización administrativa de las instituciones y la economía de la salud,
- III) la organización de la formación e investigación médicas.

El análisis expuesto en este artículo se centrará en estos tres tipos de prioridades institucionales y en sus repercusiones para la calidad e integralidad de los servicios ofrecidos.

La propuesta teórico-metodológica conocida como etnografía institucional (EI), impulsada por la socióloga cana-

diense Dorothy Smith, subyace a todo el análisis. La EI apunta a «hacer visibles las maneras en que el orden institucional crea las condiciones de la experiencia individual» (McCoy, 2006: 109). Este método arranca con una problemática, entendida como una «disyunción potencial o efectiva entre la experiencia y las formas en las que la experiencia es expresada socialmente (de ese modo volviéndose inteligible y accionable)» (Smith, 1987: 50). A partir de una ontología de lo social y una epistemología del punto de vista, se propone un trabajo de exploración y descubrimiento que tome estas disyunciones como punto de partida y se pregunte cómo está organizada la experiencia, cómo está determinada, cuáles son las relaciones sociales que la han generado (Smith, 1987: 50).³

¹ Este trabajo forma parte de una ponencia presentada en las Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales, realizadas en la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina, del 25 al 26 de agosto de 2016.

² El análisis profundo de los tiempos, los espacios y las jerarquías entre agentes constituyó un capítulo entero de la tesis doctoral. Incluirla completo aquí requeriría de mucho más espacio, por lo cual se presentan solamente las conclusiones de dicho capítulo.

³ Para una descripción más detallada de las bases de la etnografía institucional, recomiendo revisar mi artículo publicado en la revista Diálogos (Yañez, 2011).



BERCHTOLDUS V. 1273. 24 FEBR.
RECT. EVERGUND. VRIBS. CONDITOR.
TURRIS. ET. PORTAM. FECIT.
A. CHR. MXXCI.
EA. RENOVATA. MDCCCLXX.

“El recorrido realizado en cuanto a recolección de datos se basó en los preceptos de la etnografía institucional. De este modo, la primera fase del proyecto implicó entrevistas con «informantes de punto de vista», en este caso, a mujeres de sectores populares que han tenido a sus hijos/as entre 2001 y 2012 en hospitales públicos de la Provincia de Mendoza y han atendido sus embarazos y puerperios en instituciones públicas (hospitales y/o centros de salud)”

El uso de la etnografía institucional obedece a que esta perspectiva teórico-metodológica ha demostrado ser una herramienta útil para «trazar las (des)conexiones entre lo que las personas necesitan y lo que obtienen de los servicios de salud [...] describiendo al trabajo como una herramienta metodológica clave... y delineando cómo prestando atención al trabajo se pueden generar mapas empíricos de las relaciones entre lo que les sucede a los/las pacientes y las características rutinarias de los sistemas de cuidado» (Sinding, 2010: 1657). Varias de las etnografías institucionales más recientes se abocan a analizar los discursos y las prácticas institucionales de los servicios de salud, haciendo énfasis en el trabajo invisibilizado que llevan a cabo quienes acuden a esos servicios -por ejemplo, personas viviendo con VIH o cáncer, que deben reorganizar sus vidas en torno a los tiempos de los tratamientos- y el personal de salud de menor rango -por ejemplo, el trabajo de contención emocional por parte de las enfermeras (Mykhalovskiy & McCoy, 2002; Rankin & Campbell, 2009).

El recorrido realizado en cuanto a recolección de datos se basó en los preceptos de la etnografía institucional. De este modo, la primera fase del proyecto implicó entrevistas con «informantes de punto de vista», en este caso, a mujeres de sectores populares que han tenido a sus hijos/as entre 2001 y 2012 en hospitales públicos de la Provincia de Mendoza y han atendido sus embarazos y puerperios en ins-

tituciones públicas (hospitales y/o centros de salud). He realizado ocho entrevistas en profundidad con mujeres sobre sus experiencias en relación a embarazos, partos y puerperios y a las circunstancias en las que se han convertido en madres.⁴ En cuanto al trabajo de campo en torno a las regulaciones institucionales, he realizado entrevistas con médicos/as gineco-obstetras, pediatras y de familia, licenciadas en obstetricia, y trabajadoras sociales que se desempeñan o se han desempeñado en el ámbito público. Algunas de estas personas han ocupado posiciones jerárquicas al interior de hospitales, centros de salud, en la Dirección Provincial de Maternidad e Infancia y el Plan Nacer en Mendoza.⁵ Además, he realizado observaciones en las salas de internación post-parto (que alojan a las mujeres luego de un parto vaginal, cesárea o legrado) del Hospital Luis Lagomaggiore, cuyo servicio de maternidad es el de referencia para la provincia de Mendoza, y en centros de salud y centros de integración comunitaria (CIC) de zonas urbanas, semi-rurales y rurales.

“Los servicios son creados y monitoreados casi exclusivamente en torno a indicadores de morbi-mortalidad, por lo cual la calidad de la atención y la integralidad de los cuidados pasan a un segundo plano o, en el peor de los casos, desaparecen de las agendas institucionales”

Indicadores demográficos: la política reproductiva estatal

La influencia de las prioridades demográficas en las políticas reproductivas ha sido una constante desde el surgimiento de los Estados-nación.⁶ Con el afianzamiento de los organismos multinacionales de financiamiento y/o regulación, la necesidad de contar con estadísticas que se ajusten a los compromisos suscritos lleva a que los programas y servicios de salud materna estén orientados hacia esos objetivos. En el caso de la salud materna, siempre fusionada a la salud infantil, el objetivo principal es la reducción de la mortalidad materno-infantil. Se considera que la mortalidad materna y la mortalidad infantil son indicadores esenciales para evaluar el estado de un sistema de salud y que la inclusión temprana en programas de salud es la manera más efectiva de prevenirlas:

«...por qué hago referencia a la mortalidad materna... porque la mortalidad materna es un indicador de cómo está el sistema de salud de un país. La mortalidad materna e infantil. O sea que si vos querés saber cómo anda un país en este tema, en salud, uno de los indicadores de mayor impacto es el de la mortalidad materna» (Médica gineco-obstetra, ex Directora de Maternidad e Infancia de la provincia).

«De las 10 trazadoras [del Plan Nacer], en realidad hay dos que son ejes que te marcan un sistema. Una es la captación de las embarazadas antes de la semana 20 y otra son la cantidad de controles que tiene un niño en el primer año de vida. El resto son indicadores importantes pero esos dos te marcan el índice sanitario, porque vos sabés

⁴ Los nombres de las mujeres han sido cambiados en las citas textuales, para preservar su identidad.

⁵ Los/as profesionales de la salud aparecen citados/as sin nombre, pero sí se hace alusión al cargo que ocupaban al momento de la entrevista y algunos otros datos relevantes de su experiencia profesional.

⁶ Para un repaso del proceso de institucionalización de las actividades reproductivas desde la transición al capitalismo y su inserción en la construcción del Estado argentino, recomiendo consultar mi artículo publicado en la Revista Nómadas (Yañez, 2013).

⁷ Para un análisis más exhaustivo del Plan Nacer como política de salud, recomiendo consultar otros trabajos de mi autoría y en coautoría (Yañez, 2009; Anzorena y Yañez, 2013; Anzorena, Yañez y otras, 2014).



“Estos abusos y violencias sufridas por las mujeres subsaharianas pueden ocasionar consecuencias físicas, psicológicas, sociales y de salud sexual y reproductiva graves, como por ejemplo; lesiones, contraer VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual, ansiedad, fobias, baja autoestima, entre otros”

cuándo empezaste a controlar a tu embarazada por primera vez y cuántas veces controlaste en el primer año de vida a un chico, porque vos sabés que eso después no lo vas a recuperar más». (Médico de familia, Coordinador del Plan Nacer en Mendoza).

Tanto la ex Directora como el Coordinador se posicionan como gestores de la salud y expresan una visión del sistema desde una perspectiva de política pública y no desde un enfoque en la atención de los/as sujetos. La manera en la que están formulados los programas desde su inicio también deja en evidencia esta orientación. Por ejemplo, en una publicación acerca del estado de conocimiento sobre la salud materna en Mendoza, leemos que:

«En lo que respecta a nuestra provincia, en el año 1994 se sancionó la ley 6124 por medio de la cual se crea el plan de Maternidad e Infancia con el objeto de disminuir la morbi-mortalidad materna de embarazadas, madres y niños hasta 5 años.» (Ministerio de Salud de Mendoza, 2011:23. El énfasis es mío).

Es decir, que los servicios son creados y monitoreados casi exclusivamente en torno a indicadores de morbimortalidad, por lo cual la calidad de la atención y la integralidad de los cuidados pasan a un segundo plano o, en el peor de los casos, desaparecen de las agendas institucionales.

Economía y gestión de la salud: administrando vidas y dólares

A partir de la década del 90, las transformaciones neoliberales en el sector salud han ubicado a «la Economía de la Salud [...] en un lugar privilegiado como herramienta de análisis, de diagnóstico y productora del diseño de las políticas de cambio» (Báscolo, 2003: 2). Esta disciplina traslada las herramientas de la gestión y administración

empresarial a la provisión de servicios sanitarios públicos, teniendo como objetivo «definir estrategias que ante el aumento de la demanda, permitan brindar servicios de alta calidad con recursos limitados» (Parajon, 2007: 3). Para justificar los gastos en salud ante una lógica que exige racionalidad, eficiencia y costo-efectividad, los servicios deben ser presentados como «inversiones» que, en última instancia, tienen una repercusión para el desarrollo económico local, nacional y/o regional:

«...un nuevo análisis global del Guttmacher Institute, lanzado conjuntamente con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), documenta los beneficios considerables que se obtienen a partir de la inversión en una constelación de servicios de salud sexual y reproductiva en varias áreas clave: servicios de anticoncepción; embarazo, parto y cuidados neonatales; servicios y medicamentos para mujeres embarazadas que viven con VIH; y tratamiento de otras infecciones de transmisión sexual comunes. Esta investigación actualiza y cuantifica el impacto directo e inmediato de estas inversiones en términos de vidas protegidas y dólares ahorrados, así como las sinergias que pueden surgir si se satisface plenamente un rango de necesidades de manera simultánea. Al mismo tiempo, hay una multitud de beneficios sociales y económicos adicionales, pero no menos importantes, para las mujeres, las familias y las comunidades que fluyen a partir de dichas inversiones» (Barot, 2015:1. El énfasis es mío).

El tipo de prioridades establecidas a través de estas perspectivas responde a una racionalidad utilitarista, elaborada a partir de la hegemonía del pensamiento neoliberal, que construye congruencia entre economía capitalista y retórica de derechos. Hasta tal punto, que se establece una equivalencia en-

tre «vidas protegidas y dólares ahorrados».

Dos ejemplos claros de esta manera de priorizar las intervenciones y gastos en salud se pueden apreciar en las referencias al ahorro estatal propiciadas por las políticas de lactancia materna y de reducción de la mortalidad materna. Las muertes maternas son consideradas

«Un problema relevante para el desarrollo social. Cuando una mujer muere es una tragedia no sólo para ella, sino también para su familia y comunidad (PAHO, 2003). Las repercusiones sociales y económicas son diversas: las mujeres son los pilares de las familias, las que educan a sus hijos, las que proveen el cuidado de los jóvenes y ancianos; son campesinas, operarias, comerciantes, trabajadoras y, frecuentemente, las únicas que proveen el sustento familiar. Una sociedad que pierde la contribución de una mujer es una sociedad cuya vida social y económica declina, su cultura empobrece y su potencial para el desarrollo se ve seriamente limitado» (Ramos et al, 2004:26).

Por lo tanto, invertir en acciones que apunten a la reducción de las tasas de mortalidad materna, redundan en beneficios económicos para las familias, las comunidades y los países.

En cuanto al papel que juega la economía de la salud (considerada tanto en su dimensión familiar como en la nacional) en las políticas de promoción de la lactancia materna, se afirma que hay importantes implicancias económicas en la promoción del amamantamiento, especialmente en países en desarrollo, considerando su función preventiva de enfermedades. Según esta lógica, «más enfermedad implica costos más elevados de servicios de salud curativos y tales demandas a menudo sobrecargan los sistemas de salud y los presupuestos de las familias que de por sí son insuficientes» (Baer: 1981, 198).

Esta lógica del ahorro familiar y estatal en gastos de salud a través de la promoción de la lactancia no ha pasado desapercibida para algunas investigadoras feministas. La antropóloga Vanessa Maher advierte que esta lógica parece ignorar las condiciones de vida cada vez más duras que experimentan las mujeres y los/as niños/as en los países en desarrollo, al sugerir que las

“Invertir en acciones que apunten a la reducción de las tasas de mortalidad materna, redundando en beneficios económicos para las familias, las comunidades y los países”

mujeres extraigan y provean más recursos de sus propios cuerpos (Maher citada en Law, 2000: 441). Así, la leche materna y la maternidad se convierten en «los vehículos simbólicos para un traslado de la carga de recursos y responsabilidades que nuevamente recaen sobre los hombros de las mujeres» (Law, 2000: 441).

Al parecer, esta lógica también está afectando a los países desarrollados, tal como lo demuestra un informe reciente:

«[A]demás de las demostradas ventajas para la salud, la lactancia materna también tiene beneficios económicos, no sólo para las familias -la leche de fórmula suele ser bastante cara-, sino para los países. Así lo demuestra un estudio que acaba de publicar la revista Archives of Disease in Childhood en el que, por primera vez, se cuantifica la rentabilidad que tiene esta práctica para el sistema sanitario de un país, concretamente, para el Reino Unido.[...] Los investigadores afirman que el Sistema Nacional de Salud inglés podría ahorrar 40 millones de libras anuales - más de 50 millones de euros- si las madres alargaran el tiempo de lactancia. [...] Para llegar a esta conclusión han calculado los costes de las cinco enfermedades sobre las que la lactancia materna ha demostrado ser más beneficiosa. En el caso de los niños, estas son la gastroenteritis, las infecciones respiratorias, la otitis y la enterocolitis necrotizante [...] Para las madres, sería el cáncer de mama [...]» (Marín, 2014).

Si ir tan lejos, esta lógica apareció en Mendoza con la creación del Banco de Leche Humana más avanzado del país en 2011:

Además de las enfermedades y muertes que se evitan con la administración de leche materna a los casos más críticos, el titular del Banco destacó el importante ahorro en costos que se logra en tiempo de internaciones, trabajo

profesional y sustitución de medicamentos o leches especiales (Prensa Mendoza, 2012: online. Énfasis mío.).

Mendoza será la quinta provincia en contar con una institución de esta naturaleza, pero la primera en tener un edificio de las características del que funcionará en el Hospital Lagomaggiore. Para esto se construyó una sala, que fue equipada para tal fin y se capacitó al personal. El uso del banco de leche permitirá ahorrar \$1.000.000 anuales sólo en el Lagomaggiore (Diario Vox, 2011. Énfasis mío.).

A estas prioridades de corte macroeconómico, se pueden sumar las prioridades administrativas que organizan la atención. Por ejemplo, el modelo de gestión del Plan Nacer/Programa Sumar,⁷ la principal política de salud materno-infantil de los últimos tiempos, queda claro que el mismo apunta a estandarizar prácticas y otorgarles un valor monetario, exigiendo detallados registros de las prestaciones, no para mejorar la historia clínica de los/as usuarios/as sino para cumplir con las numerosas auditorías que se exigen.

La primacía de la lógica económica, que prioriza la gestión más que la atención, va en detrimento de aquellos procesos corporales como la salud sexual, que no pueden ser inscriptos en consideraciones de corte cuantitativo.

Esta perspectiva respecto de la salud tiende a reforzar la visión de cuerpos fragmentados en procesos que producen provecho/desarrollo/ahorro y otros que, porque no lo hacen al menos visiblemente, se minimizan o directamen-

te suprimen del horizonte de los servicios.

Formación e investigación en salud: poniendo distancia

En las regulaciones institucionales también entran en juego prioridades cognitivas, que refieren a los lineamientos que rigen la formación de los/as profesionales de la salud y la investigación en salud, y que luego determinan las prácticas habilitadas y avaladas al interior de las instituciones sanitarias. Los hospitales públicos suelen ser hospitales-escuela, donde realizan sus residencias los/as profesionales en formación, y cuyos pacientes se convierten en material de estudio, en casos a ser presentados ante los/as docentes o residentes de años más avanzados. En ocasiones, se prioriza la necesidad de aprendizaje de los/as estudiantes por sobre los derechos de las personas, incluido el derecho a la intimidad, al consentimiento informado o a no prestar consentimiento en absoluto:

«...en el Hospital Lagomaggiore a veces es muy agresivo el hecho de que es como un hospital escuela. (Entrevistadora: te ven 80...) te ven 80 y aparte de verte 80, te hacen tacto 80» (Lic. en obstetricia, Centros de Salud de Guaymallén).

«Estoy con pérdida de sangre todo...ahí es donde entra el mismo médico que tiene el médico de piso, que venía con todos los estudiantes, que «vean esto», 'tóquenlo' y le digo 'pero si estoy con dolor, estoy con pérdida, cómo me hacen tacto acá'. Y él decía 'No, sientan' y yo le decía 'me duele'. Venía el otro 'a ver...' metía mano, 'a ver' y otro así» (Juana).

«La última ecografía de los 8 meses, me la fui a hacer a la sala del 16 y el doctor me dijo que el bebé era más chiquito que lo tenía que ser para las

“La primacía de la lógica económica, que prioriza la gestión más que la atención, va en detrimento de aquellos procesos corporales como la salud sexual, que no pueden ser inscriptos en consideraciones de corte cuantitativo”

⁸ El texto de Enkin (2004), “La necesidad de obstetricia basada en la evidencia” fue traducido y publicado en la Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá de Buenos Aires, un centro de referencia en el país, lo cual da cuenta de la relevancia actual de estas preocupaciones en el campo de la obstetricia a nivel nacional.

35 semanas, y el bebé tenía como 31 en la panza. (...)Yo le dije: Bueno, ¿qué hago, me voy al hospital? Y me dice, 'no, tranquila'... Pero ¡imagínate! ¡Yo estaba de los pelos! Fue el ecógrafo... encima estaba con todos los estudiantes adentro y hablaban entre ellos 'pero el bebé, hay un problema'... fue horrible la situación, fue muy fea. Nadie me explicaba, hablaban entre ellos» (Karina).

En cuanto a la investigación médica, se ha determinado que sufre de lo que se conoce como desequilibrio 10/90, es decir, que menos del 10% de los recursos de investigación de salud en el mundo se aplican al 90% de los problemas de salud que aquejan a los países denominados «en vías de desarrollo». La falta de investigación en temas clave para la salud materna ha sido documentada por los mismos organismos públicos. Un informe sobre el estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbilidad materna, en Argentina, enumera los siguientes déficits de investigación:

- Sistema y servicios de salud y calidad de atención: Formas de organización del sistema (redes de referencia y contrarreferencia); Variabilidad en la práctica asistencial; Mejoramiento en diseño y uso de guías, normas, protocolos de procedimientos.
- Barreras geográficas, culturales y económicas para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Desigualdad e inequidad de género.
- Innovaciones en los programas curriculares de educación sexual y salud reproductiva en carreras relacionadas con ciencias de la salud.
- Evaluaciones económicas de costo-efectividad de intervenciones destinadas a salud materna.
- Diferencias étnicas en el riesgo de morbilidad materna.
- Evaluación de políticas y reformas de salud (salud sexual y reproductiva, salud materna, seguro para la madre y el niño), de educación (acceso igualitario de las niñas a la alfabetización), de trabajo (acceso igualitario de la mujer al empleo y disponibilidad de guarderías en los lugares de trabajo) (Ortiz, 2007:14).

Si consideramos la salud materna en sentido amplio, más allá de las causas

de morbilidad de mujeres por razones reproductivas, podemos sumar la ausencia de investigaciones relacionadas con el impacto de los procesos reproductivos y de su atención sobre la salud sexual y la salud mental de las mujeres. Al no prestarse a cálculos de costo-efectividad, este tipo de interrogantes parece no tener cabida entre las preocupaciones enumeradas por el informe. Por otro lado, la prevalencia del aborto como una de las causas principales de muerte tampoco aparece claramente entre las líneas de investigación sugeridas, aunque la provisión de servicios pre- y post-aborto, por ejemplo, sí conllevaría una reducción en los costos de internación por complicaciones obstétricas.

La relación entre la investigación y la práctica médica ha venido cambiado en las últimas décadas a partir del afianzamiento de lo que se conoce como «medicina basada en la evidencia» (MBE). Este término fue introducido en 1989 por un grupo de epidemiología clínica de la Universidad McMaster de Hamilton, Canadá. Este grupo consideraba que la toma de decisiones clínicas basada en la experiencia individual estaba irremediablemente obsoleta. Proponían, en cambio, un acercamiento a la actividad clínica que tomara como base la revisión cuidadosa y posterior aplicación de las mejores y más actualizadas publicaciones de investigación clínica (Mykhalovskiy & Weir, 2004: 1059).

El auge de la medicina basada en la evidencia se relaciona con el de la economía de la salud, ya que se considera que su uso en las decisiones clínicas permite «racionalizar» los servicios de salud:

«Ningún sistema de salud puede satisfacer todas las demandas que se le hacen, así que las decisiones sobre la distribución de los recursos son muy importantes. Los recursos deberían ser asignados a las áreas donde puedan ser más efectivos y quitados de donde su rendimiento no sea óptimo. La única manera de juzgar la efectividad es a partir de la evidencia» (Enkin, 2004:8).

Según las críticas realizadas desde la economía política, se trata de una forma de control extralocal del contenido del trabajo médico, que sujeta las prácticas de toma de decisiones de los/as profesionales a imperativos fiscales (Mykhalovskiy & Weir, 2004: 1061).

En este nuevo paradigma, en detrimento de la experiencia, la tradición, la in-

tuición y la recomendación de autoridades médicas, las decisiones clínicas comienzan a validarse en los resultados de los mejores estudios disponibles. Se establece una escala jerárquica de conocimiento según el tipo de evidencia del que proviene:

Valor de la evidencia: escala jerárquica

«I. Evidencia fuerte basada en por lo menos una revisión sistemática de estudios múltiples, bien diseñados, randomizados y controlados.

II. Evidencia fuerte basada en al menos un estudio bien diseñado, randomizado y controlado de tamaño apropiado.

III. Evidencia basada en estudios bien diseñados, pero no randomizados, de un solo grupo.

IV. Evidencia basada en estudios (provenientes de más de un grupo de investigación) no experimentales bien diseñados.

V. Opiniones de autoridades respetadas en su tema basadas en evidencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités expertos» (Enkin, 2004:8).

Es decir, que lo que cuenta como evidencia son datos evaluados en razón de una jerarquía construida a partir de una determinada concepción de la ciencia y la investigación en medicina, descuidando la idea de que la cura se produce a partir de una relación singular, hasta tal punto que durante mucho tiempo se ha hablado de «el arte de curar».

Desde el humanismo, se ha criticado la fragmentación y reificación de los sujetos que opera la medicina basada en la evidencia al borrar las experiencias de los/las pacientes y reducirles a receptores pasivos de comunicaciones entre profesionales. También suprime la experiencia de los /las profesionales, niega el valor del interrogatorio y de las maniobras semiológicas y subordina la capacidad diagnóstica de los /las médicas a esquemas de tratamiento basados en el «éxito» de determinados medicamentos.

La mayor parte de las investigaciones valoradas como productoras de «evidencia fuerte» son financiadas por la industria farmacéutica. Las mismas se publican en revistas procedentes, en su mayor parte, de Estados Unidos y Europa, que están marcadas por perspectivas científicas, no se interesan por los



determinantes sociales de la salud (clase, etnia, género, orientación sexual) e incluso han ido reduciendo el espacio dedicado a temas diagnósticos, etiología de las enfermedades y relación médico-paciente. Por añadidura, la mayor parte de las revistas reconocidas no controlan la veracidad de las declaraciones relativas a conflictos de intereses y a las fuentes de financiamiento de las investigaciones.⁹

La medicina basada en la evidencia tiende a farmacologizar la práctica médica y a brindar soluciones técnicas a lo que deberían ser debates políticos sobre la orientación de los sistemas de salud (Mykhalovskiy & Weir, 2004: 1062).

La obstetricia, entre las demás especialidades médicas, parece haberse mantenido al margen de las tendencias hacia la actualización en la práctica clínica, como un área subalterna que ha perdido valiosas oportunidades de avance:

«...como yo veo muchas pacientes por ahí surgen cosas que... son tan raras que a uno se le olvidan... es tan amplia la especialidad que aparte hay cosas nuevas que salen que te tenés que ir perfeccionando. Es decir, por lo menos una horita y media por día tenés que aprovechar para estudiar...si no los conocimientos... (Entrevistadora: ¿y eso es común?) No, en esta especialidad no. Por eso en obstetricia hay un viejo dicho que dice 'si querés esconder plata, escóndela en un libro de obstetricia que nadie la va a encontrar'...eso es muy común en esta especialidad. Pero bueno, a mí... trato de salir de eso...» (Médico gineco-obstetra que actualmente se desempeña en el sector privado).

De todas las especialidades médicas es en la obstetricia y la ginecología donde es menos probable que la práctica clínica esté apoyada por evidencia científica. Tienen un pasado distinguido, pero la especialidad ha perdido imagen recientemente. La primera oportunidad no aprovechada fue en los años sesenta, cuando fallamos en randomizar la atención de las embarazadas de bajo riesgo en el hospital comparado con el parto domiciliario.

Una vez ocupadas las camas vacías por la atención de todas las embaraza-

das en el hospital, los obstetras comenzaron a introducir una serie de modificaciones costosas en la rutina del cuidado prenatal y la atención del parto sin ninguna evaluación rigurosa previa.

La lista es larga, pero las más importantes fueron: inducción, ecografía, monitoreo fetal y pruebas de función placentaria. En 1976 se atendieron un 20% menos de recién nacidos a un costo 20% mayor en comparación a años anteriores (Enkin, 2004:8).

La medicina basada en la evidencia aparece como solución para la subalternización del campo de la obstetricia al interior del saber médico. Además de la compasión, el buen juicio, la destreza quirúrgica, es preciso que «el obstetra bien (in)formado» cuente con habilidad para las estadísticas y acceso a internet las 24 horas (Wendland, 2007: 218).

Como una de las especialidades médicas que concentra el mayor porcentaje de juicios de mala praxis, la obstetricia basada en la evidencia aparece como resguardo ante posibles juicios, una manera de justificar en el «mejor conocimiento científico disponible» las decisiones tomadas:

«Yo creo que se ha hecho una profesión muy a la defensiva, es decir, lo que pasa es que hay instalada una industria del juicio de mala praxis. Los especialistas que más juicio tienen son los obstetras, los neonatólogos, los anestesiólogos y los pediatras. Entonces todo lo que esté relacionado con un niño trae problemas [...] Generalmente nos movemos con parámetros muy parecidos. Pero cuando no hay criterios unificados, se dificulta, seguro. Aparte, cuando vos tenés un protocolo y un estándar de manejo tenés un aval legal también. Bueno, yo hice lo que tenía que hacer, si pasó lo otro, bueno, es parte de las complicaciones de la práctica» (Médico gineco-obstetra que actualmente se desempeña en el sector privado).

La obstetra-antropóloga Claire Wendland descubrió varias omisiones en lo que respecta a qué tipo de consecuencias se consideran importantes para evaluar el éxito de un parto o cesárea analizando el tipo de estudios obstétricos

que se constituye en evidencia y pilar de los protocolos de atención. Entre estas omisiones, señala la subjetividad maternal: el dolor, el tiempo de recuperación, el estrés prolongado incluso por años, los sentimientos negativos hacia el parto y el/la bebé, ninguno de estos factores aparecía como importante a la hora de evaluar los resultados de las intervenciones. Es decir, que la experiencia de la mujer del nacimiento y sus secuelas se desvanecían del análisis (Wendland, 2007: 222). Por otro lado, el tipo de complicaciones registradas en estos estudios se restringen al corto plazo, mayormente a las ocurridas durante la estadía en el hospital. Las complicaciones relacionadas con la cesárea muchas veces se dan en embarazos o partos posteriores, por lo cual estos datos quedan por fuera de la evidencia considerada. Wendland señala también que la categorización de las complicaciones según nivel de magnitud se basan en la perspectiva del/la médico/a más que de las mujeres, dándole mayor gravedad, por ejemplo, a cortes de la vejiga ocurridos durante una cesárea, que constituyen un «daño al honor del cirujano» que a una infección abdominal que puede acarrear muchas más molestias y más tiempo para su curación. Finalmente, la autora señala que la misma concepción de la cesárea como una alternativa equivalente al parto pasa por alto que se trata de una herida producto de una cirugía, y pone al parto vaginal en la posición de necesitar la misma cantidad de justificación, o más, como método de nacimiento (Wendland, 2007: 223).

Las prioridades impuestas por los modelos actuales de producción y transmisión del conocimiento médico, el peso de la industria farmacéutica, la mayor frecuencia de los juicios por mala praxis en el campo de la obstetricia en particular, han transformado las prácticas médicas en el sistema de salud. Si el modelo hegemónico no escuchaba a las mujeres y desvalorizaba los determinantes sociales vinculados a los procesos gestacionales, éste, basado en evidencias estadísticas volcadas en revistas destinadas a profesionales, deja escasísimo margen para la atención a lo social y a la singularidad de la experiencia corporal del embarazo, parto y puerperio. Desde luego, la de-

⁹ Agradezco a Gustavo Carminati, médico del Servicio de Clínica Médica del Hospital Lagomaggiore, por sus valiosos aportes para la redacción de este análisis. Sus aportes están basados en una experiencia de 40 años de práctica de la medicina en el sistema público.

satención a la relación con las mujeres que atraviesan procesos gestacionales, el descuido de las prácticas de interrogatorio y revisación, al dejar escaso margen para la escucha de la palabra y para el registro de las señales de los cuerpos, erosionan la autonomía de las mujeres, mucho más cuando se trata de sujetos pertenecientes a sectores populares, racializadas y/o ubicadas por fuera de la heteronorma.

Consideraciones finales

A partir de los datos y relatos recabados durante el trabajo de campo, ha quedado en evidencia que la lógica institucional que prima en los servicios denominados de «salud materna» responde a relaciones extralocales, despersonalizadas y reificadas, lejanas y hasta opuestas a las necesidades de las mujeres que se convierten en usuarias de los servicios públicos de salud. El análisis revela que las prioridades más evidentes que estructuran los servicios de «salud materna» se relacionan, por una parte con las políticas demográficas, epítome de los vínculos que los estados nacionales han establecido con los cuerpos de la «población» y que, en el caso de las mujeres, se traduce en la necesidad de regular el embarazo, parto y puerperio en razón de las metas establecidas por los organismos internacionales como voceros de las relaciones asimétricas norte-sur, con sus implicancias político-sociales y raciales.

Bajo las actuales relaciones (capitalistas, patriarcales y racistas) de dominación, las políticas públicas, vinculadas al modelo neoliberal, responden a la lógica del ahorro en recursos. Más que derecho, la salud ha devenido en gasto y ello ha ido dejando marcas sobre los sistemas de atención, que priorizan la administración por sobre los derechos, las demandas y las necesidades de los/las sujetos. A ello se suma la transformación en las formas científicas de concebir los cuerpos humanos, atravesadas también por el primado de la abstracción, la racionalización y la mercantilización que han ido dejando atrás la posibilidad de atención a la experiencia de las personas. Lejos del viejo «arte de curar» el primado de la estadística, de los protocolos estandarizados y de la hiper-especialización de los saberes se ha instalado también en el campo de la gineco-obstetricia fragmentando el cuerpo y sus procesos. Si la medi-

cina tradicional no era capaz de hacerse cargo de la relación entre procesos corpóreos y sociedad, la actual no ha resuelto ese dilema, a la vez que ha ido tomando cada vez más distancia del contacto con el cuerpo.

Podría pensarse que se trata sólo del discurso médico, pero estas prioridades se materializan en las prácticas, en el manejo de los tiempos y la disposición de los espacios institucionales, afectando profundamente la experiencia de las mujeres que transitan por ellos. ■

Bibliografía

- ANZORENA Claudia y YAÑEZ Sabrina, ¿Qué cuenta como "salud materna"? Notas sobre los programas y los servicios de salud pública para mujeres en situación de embarazo, parto-aborto y puerperio, presentado en Consulta regional *Los vínculos entre la justicia económica, ecológica y de género en América Latina*, organizada por DAWN (Development Alternatives with Women for a New Era), Montevideo, Uruguay, 2013.
- ANZORENA Claudia, YAÑEZ Sabrina, GARCÍA ORTIZ Mariana *et al.*, Tensiones y paradojas en la implementación de políticas públicas desde una perspectiva de género. En *Actas del V Congreso Interoceánico de Estudios Latinoamericanos y II Congreso Internacional De Filosofía y Educación en Nuestra América*, Facultad de Filosofía y Letras, UNCu, Mendoza, 2014 (en prensa).BAER Edward, Promoting Breastfeeding: A National Responsibility in *Studies in Family Planning*, 1981, Vol. 12, N° 4, Abril, 198-206.
- BAROT Sneha, Sexual and Reproductive Health and Rights Are Key to Global Development: The Case for Ramping Up Investment, *Guttman Policy Review*, 2015, Volumen 18, N° 1.
- DIARIO VOX, Inauguraron el primer banco de leche materna de Mendoza, Enlace: <http://www.diariovox.com.ar/novedades/index/inauguraron-el-primer-banco-de-leche-materna-de-mendoza> (13/07/2011) ENKIN Murray, La necesidad de obstetricia basada en la evidencia", *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, 2004, vol. 23, N° 1, 7-10.
- LAW Jules, The Politics of Breastfeeding: Assessing Risk, Dividing Labor, *Signs*, 2000, Vol. 25, No. 2, Invierno, 407-450.
- MARÍN Clara, Prolongar la lactancia materna ahorraría 50 millones de euros, *El Mundo*, enlace: <http://www.elmundo.es/salud/2014/12/05/5480bc8c22601ded058b456b.html> (05/12/2014).
- MC COY Liza, Keeping the Institution in View: Working with Interview Accounts of Everyday Experience, *Institutional Ethnography as Practice*, D. Smith (Ed.), Lanham, Rowman and Littlefield Publishers, 2006, 109-125.
- MINISTERIO DE SALUD DE MENDOZA, Estado de conocimiento sobre la Salud Materna en Mendoza, Buenos Aires, Cámara Argentina del Libro, 2011.
- MYKHALOVSKIY Eric & MCCOY Liza, Troubling ruling discourses of health: using institutional ethnography in community-based research, *Critical Public Health*, 2002, Vol. 12, No. 1, 17-37.
- MYKHALOVSKIY Eric & WEIR Lorna, The problem of evidence-based medicine: directions for social science, *Social Science & Medicine*, 2004, Vol. 59, 1059-1069.
- ORTIZ Zulma (coord.), *Resumen ejecutivo, estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en morbimortalidad materna*, en Argentina, Buenos Aires, Academia Nacional de Medicina, Foro de Investigación en Salud de Argentina, 2007.
- PARAJON Jorge, Protocolo de Evaluación de la Adecuación Obstétrica (AEPO), *XVI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*, Tucumán, 27 y 28 de septiembre de 2007.
- PRENSA MENDOZA, Desde hace un año Mendoza cuenta con un banco de leche humana, enlace : <http://prensa.mendoza.gov.ar/desde-hace-un-ano-mendoza-cuenta-con-un-banco-de-leche-humana/> (13/07/2012).
- RAMOS Silvina *et al.*, *Para que cada muerte materna importe*, Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, CEDES, 2004.
- RANKIN Janet M. & CAMPBELL Marie, Institutional Ethnography (IE), Nursing Work and Hospital Reform: IE's Cautionary Analysis, *Forum: Qualitative Social Research*, 2009, Vol. 10, No. 2, Art. 8, Mayo, 1-21.
- SINDING Christina, Using Institutional Ethnography to Understand the Production of Health Care Disparities, *Qualitative Health Research*, 2010, 20(12), 1656-1663.
- SMITH Dorothy, *The Everyday World As Problematic. A Feminist Sociology*, Boston, Northeastern University Press, 1987.
- WENDLAND Claire, The Vanishing Mother Cesarean Section and 'Evidence-Based Obstetrics', *Medical Anthropology Quarterly*, 2007, Vol. 21, N° 2, 218-233.
- YAÑEZ Sabrina, Develando la propuesta de Dorothy Smith: aportes epistemológicos y metodológicos para el abordaje de lo social, *Diálogos*, Universidad Nacional de San Luis, 2011, Vol. 2, Nro. 1, 111-126.
- YAÑEZ Sabrina, Sobrevivir a la maternidad y la infancia en la pobreza. Análisis de los logros, los silencios y las grietas del PLAN NACER ARGENTINA, VIII Conferencia Iberoamericana sobre Familias, Facultad de Derecho, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2009.