

**Formación en obstetricia:
los conflictos entre la enseñanza
y la capacitación médica y la
estructuración de los derechos
humanos en la atención del parto
en San Pablo, Brasil**

:: Sonia Nussenzweig Hotimsky

Introducción

Diversos autores han tratado el tema de la violencia contra las mujeres en los servicios de salud.¹ En lo que se refiere a la formación médica exclusivamente, D'Oliveira, Diniz, y Schraiber (2002) así como Castro y Erviti (2003) sugieren que se trata de uno de los factores que ha contribuido a la enorme difusión de la violencia institucional en los servicios de atención a la salud de la mujer. La forma en que se estructuran las relaciones entre el saber y el poder dentro de la formación de los profesionales y en el vínculo con las mujeres atendidas por ellos; la baja prioridad que recibe la enseñanza de la ética y aptitudes asociadas a la comunicación; y las formas tradicionales de capacitación de los residentes son mencionadas por estos autores como algunos de los elementos de enseñanza y capacitación en el servicio asociados a la reproducción de ese fenómeno.

En este trabajo se pretende contribuir a la discusión a partir del esclarecimiento de algunos mecanismos que contribuyen a perpetuar las violaciones de los derechos humanos tal como se manifiestan en el espacio de formación y capacitación médica en los servicios de obstetricia en los hospitales de enseñanza. La base empírica de este trabajo proviene de una investigación etnográfica acerca de la enseñanza en obstetricia llevada a cabo en dos facultades de medicina de Brasil, situadas en San Pablo, la que dio como resultado la tesis de doctorado (Hotimsky, 2007), bajo la dirección de la Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber. En esa tesis, se realizó una caracterización de las propuestas curriculares y un examen de la experiencia de los alumnos en relación a la enseñanza teórica y práctica en obstetricia, a partir del análisis de los resultados de la pesquisa de campo realizada en un año y medio, entre 2004 y 2005, que contó con las técnicas de observación participante de las actividades de aprendizaje y entrenamiento en servicio, entrevistas semi-estructuradas con alumnos y residentes y, de modo complementario, el análisis de libros de texto y protocolos asistenciales.

Desarrollo

Se empieza aquí la descripción de un caso ilustrativo, que se presenta en la tesis y que se dio en el centro de obstetricia de una de las facultades, que denominaremos "Facultad Y". De conformidad con las normas de ética en la investigación, los nombres aquí presentados son ficticios.

¹ Véase en este sentido, D'Oliveira, Diniz, y Schraiber (2002); Castro y Erviti (2003); Hotimsky et al. (2002); McCallum (2006); Alves y Silva (2000).

Se trataba del segundo parto normal de Eliete, una paciente en trabajo de parto en el centro obstétrico de este hospital-escuela. Según la evaluación de Fernanda, la doctora en el primer año de residencia (R1), responsable de supervisar el trabajo de Silvia, la interna que acompañaba a la gestante, Eliete, no había, en principio, necesidad de llevar a cabo una episiotomía, incisión quirúrgica para alargar la abertura vaginal o perineo. Ese procedimiento era llevado a cabo rutinariamente en ese servicio en todas las gestantes, en su primer parto normal, y en otras situaciones que se considerara necesario. Se trata de una intervención dolorosa e incómoda en el postparto, que puede interferir con la función orgásmica y se asocia a riesgos de infección y a otros daños de la salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), la episiotomía es una práctica utilizada de manera inadecuada con frecuencia porque su aplicación se considera pertinente sólo en circunstancias no rutinarias, se recomienda como meta una tasa de 10% de episiotomías en partos vaginales (OMS, 2000, p. 30). Silvia contó que le había solicitado a Fernanda, antes del parto, su autorización para hacer la episiotomía en esa paciente; de hecho sabía que no era necesaria en Eliete. Por lo mismo pidió autorización para llevarla a cabo porque había asistido a tres partos normales hasta ese momento, en su etapa del 5º año de entrenamiento en servicio de obstetricia, todos sin episiotomía. Como pretendía especializarse en ginecología y obstetricia, consideraba importante ejercitar la práctica de tal procedimiento quirúrgico durante su internado. La alumna no tomó en cuenta el hecho que aún le restaban tres guardias en el centro obstétrico durante esa su etapa de formación y todas las guardias de obstetricia a lo largo de su 6º año para poder iniciarse en ese procedimiento. Pensaba que le estaba llevando mucho tiempo para tener su primera experiencia en el ejercicio de un procedimiento que aparecía comúnmente en el rol de actos quirúrgicos ejercitados en el internado por los estudiantes de medicina. Fernanda pudo constatar a la hora del parto que efectivamente no era necesario tal procedimiento pero, aún así, siguió adelante con el acuerdo que hiciera de antemano con Silvia. Se tomó la decisión de llevarlo a cabo sin ninguna indicación médica y sin consulta previa con algún especialista en obstetricia o ginecología. Además, en el centro quirúrgico no estaba presente ningún especialista en ese momento, ignorando las normas y los organigramas del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad que establecen que debería estar presente un especialista de guardia en el centro obstétrico en todo momento, y que sería éste quien tomara las decisiones de los procedimientos llevados a cabo y la supervisión de la capacitación durante el servicio.

Con posterioridad Fernanda le comentó a la interna:

“En realidad no era necesario la episio, pero llevarlo a cabo no fue una equivocación”.

Tal procedimiento se llevó a cabo, como sucede con frecuencia, sin ninguna anestesia o dosificación de analgésicos. Se efectuó durante el turno de la noche cuando en el centro obstétrico de la Facultad Y no está disponible ningún anestesista. Los anestesistas pueden comparecer en el turno de la noche únicamente en caso de urgencia o emergencia obstétrica. Además, Fernanda no hizo el intento de aplicar bloqueo como forma de analgesia local. Según se explicó, no le gustaba aplicar tal sistema porque muy rara vez había visto que esa forma de analgesia local “pegara”. Fernanda instruyó a Silvia de hacer el corte inicial de la episiotomía con bisturí durante una contracción de la paciente a fin de disminuir el dolor. Después le pasó una tijera y le instruyó lo que debía hacer para ampliar el corte. Después del parto y de retirar la placenta, Fernanda instruyó a Silvia, paso a paso, sobre cómo hacer la sutura de la episiotomía, esto es, la episiorrafia. Eliete gemía de dolor. Fernanda le preguntó:

“¿Tiene dolor? Va a doler un poquito pero no es insoportable, ¿verdad?”

Eliete respondió que no. Silvia hizo un punto que Fernanda consideró estaba mal hecho y le pidió que lo hiciera de nuevo. Fue instruyendo a Silvia, en cada punto, sobre la forma de colocar la aguja, en qué dirección debería penetrar cada capa del músculo, tejido subcutáneo y piel y cómo debía utilizar la pinza para auxiliarla y empujar la aguja para el otro lado de la capa que iba a ser suturada. Otro punto, muy profundo, el “punto del marido”², fue, según la evaluación de Silvia, mal ejecutado, de modo que le pidió que lo retirara y lo hiciera de nuevo. Eliete gemía mucho y Fernanda preguntó de nuevo, “¿Le duele o le incomoda?”; Eliete respondió, “¡me está doliendo!”. Fernanda le dijo entonces:

“Pero es soportable, ¿no? ¡No es peor de lo que sentiste cuando Alicia (nombre de la hija de la paciente que acababa de nacer) estaba pasando!”

Se nota que, en el comentario de Fernanda, el dolor y el sufrimiento expre-

² El llamado “punto del marido” es una sutura adicional llevada a cabo en el perineo para dejarlo más “apretado”, con el objeto, supuestamente, de proporcionar al hombre mayor placer sexual.

sados por Eliete, aunque no sea abiertamente negado, como ocurre frecuentemente en servicios obstétricos (D'Oliveira, Diniz y Schraiber, 2002; Castro y Erviti, 2003), es minimizado por la profesional que le asistía. Con la sugerencia de que Eliete puede someterse a los procedimientos efectuados y soportar el dolor termina el “diálogo” con ella y el relato de este caso.

Para el análisis de la situación arriba descrita, cabe apuntar su semejanza con otras ocurridas en distintos contextos de formación médica. En ese sentido, se sabe que en la formación médica es común que los alumnos desarrollen estrategias con el afán de incrementar su “sentido de competencia” (Becker, Geer, Hughes y Strauss 2002[1961]; Good, 1995). En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos en la década de 1950, un abanico más o menos amplio de intervenciones experimentadas por estudiantes de medicina en los cuerpos de mujeres negras en un servicio de asistencia al parto era, también, fruto de negociaciones entre estudiantes y residentes, porque, en sentido estricto, los primeros no podían efectuarlas. Las mujeres no eran consultadas, ni siquiera se les informaba que los estudiantes de medicina iban a someterlas a este ejercicio de práctica, con el que sus cuerpos se convertían en objeto de tal práctica.

En el contexto brasileño, con el volumen cada vez mayor de las cirugías de parto y donde la práctica de “poner la mano en la masa”, correspondiente a lo que se refiere como la capacitación “*hands on*” en el idioma inglés, se ha convertido en una tradición en la formación médica; el ejercicio de la práctica de la episiotomía, episiorrafia y el bloqueo genital tiende a ser una expectativa entre los internos durante su aprendizaje de obstetricia. Por lo general son incentivados en ese sentido por sus supervisores y por la misma propuesta educativa de la capacitación en servicio, sin importar los riesgos adicionales que puedan causar a las parturientas por la inexperiencia de los internos. Durante la investigación fue posible constatar que, aún en casos supervisados por obstetras, no se acostumbra consultar a las mujeres, ni siquiera informarlas, sobre la decisión de someterlas a una episiotomía, mucho menos informarles que será efectuada por estudiantes de medicina.

Como sugieren D'Oliveira *et al.* (2002), así como Castro y Erviti (2003), el distanciamiento entre alumnos y pacientes, construido a partir de marcos de diferenciación de género, “raza”, etnia y clase social y de la naturalización de las desigualdades, es un elemento esencial en el proceso de “cosificación” de los cuerpos de las mujeres, para que se transformen en objeto de su entrena-

miento. Tales mecanismos de reproducción estratificada (RAPP, 2001), dentro de nuestro contexto, determinan que pacientes de los grupos populares, que buscan atención en materia de salud reproductiva en hospitales-escuelas, sean sometidas al ejercicio de las prácticas de estudiantes de medicina.

La violencia de la situación retratada aquí es diferente de otras porque la interna convenció a la doctora a someter a una mujer en trabajo de parto a un acto quirúrgico doloroso y dañino a la salud, a pesar de que ambas consideraban que no era necesario, única y exclusivamente con el objeto de anticipar la capacitación práctica de la interna en tal procedimiento. Ese hecho constituyó una violación a las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina (CNE-CES, 2001), del Código de Ética Médica (1988) imperantes en ese momento, de la Constitución Brasileña y de diversos Tratados y Convenciones Internacionales de los cuales Brasil es signatario. Sin embargo, se trata de un evento habitual en el contexto de la formación médica. El cuadro 1 presenta partes de esta normatividad.

Cuadro 1: Normatividad presentada en Diretrices, Código de Ética, Constitución Federal, Tratados y Convenciones Internacionales

<p>Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina</p>	<p>Artículo 3: <i>El Curso de Graduación en Medicina tiene como perfil del alumno egresado/profesional o médico, la formación general, humanista, crítica y de reflexión, capacitado para actuar, bajo la pauta de principios éticos en el proceso de salud-enfermedad en sus diferentes niveles de atención, con acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, desde la perspectiva de la asistencia integral, con sentido de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, como promotor de la salud integral del ser humano.</i></p> <p>Artículo 7: <i>La formación del médico incluirá, como etapa integrante de la graduación, el aprendizaje curricular obligatorio de capacitación en servicio, en régimen de internado, en servicios propios pactados y bajo la supervisión directa de los docentes de la propia Escuela/Facultad.</i></p>
<p>Código de Ética Médica</p>	<p>Capítulo I, artículo 2: <i>El objetivo de toda la atención del médico es la salud del ser humano, en beneficio de la cual deberá actuar con el máximo celo y lo mejor de su capacidad profesional.</i></p> <p>Capítulo III, artículo 29: <i>Queda prohibido al médico practicar actos profesionales que puedan ser dañinos al paciente, que puedan caracterizarse como impericia, imprudencia o negligencia</i></p> <p>Capítulo III, artículo 42: <i>Queda prohibido al médico practicar o indicar actos médicos innecesarios o prohibidos por la legislación del País</i></p> <p>Capítulo IV, artículo 46: <i>Queda prohibido al médico efectuar cualquier procedimiento médico sin esclarecimiento y el consentimiento previos del paciente o de su responsable legal, salvo en el inminente peligro de vida.</i></p>

	<p>Artículo 4: <i>La formación de médico tiene por objetivo dotar al profesional de los conocimientos requeridos para el ejercicio de las siguientes competencias y habilidades generales:</i> <i>Inciso II – Toma de decisiones: el trabajo de los profesionales de la salud debe tener como fundamento la capacidad de tomar decisiones bajo la visión del uso apropiado, eficacia y costo-efectividad, de la fuerza de trabajo, de medicamentos, de equipamiento, de procedimientos y de prácticas. Para este fin, los mismos deben poseer competencias y habilidades para evaluar, sistematizar y decidir las conductas más adecuadas, con base en evidencias científicas.</i></p>
Constitución Federal Brasileña	<p>Artículo 196: <i>La salud es derecho de todos y deber del Estado, garantizado mediante políticas sociales y económicas que tengan como objetivo la reducción del riesgo de la enfermedad y de otros agravios y al acceso universal e igualitario a las acciones y servicios para su promoción, protección y recuperación”.</i></p>
Tratados y Convenciones Internacionales Declaración Universal de Derechos Humanos	<p>Artículo 5: <i>garantiza el derecho a la integridad corporal.</i> Artículo 3: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva.</i></p>
Convención contra la Tortura y Otros Tratamientos o Penas Cruels, Inhumanas o Degradantes	<p>Artículo 16: <i>garantiza el derecho a la integridad corporal</i></p>
Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	<p>Artículo 12: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención sobre los Derechos de los Niños	<p>Artículo 24: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales	<p>Artículo 12: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial	<p>Artículo 5: <i>garantiza el derecho a la salud y/o salud reproductiva</i></p>
Convención Internacional sobre los Derechos Económicos, Social y Cultural	<p>Artículo 10: <i>garantiza el derecho especial a la protección de las madres</i> Artículo 15: <i>garantiza el derecho al beneficio del progreso científico y/o tecnológico</i></p>
Convención sobre Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	<p>Artículo 14: <i>garantiza el derecho al beneficio del progreso científico y/o tecnológico</i></p>

¿Cómo entender tal violación del derecho a la integridad corporal y la banalización de una práctica tan violenta y antiética?. ¿Cómo entender que pudo llevarse a cabo en el contexto de la formación médica y justamente bajo el pretexto de la capacitación en el servicio? Es evidente que Silvia y Fernanda

no reconocieron a Eliete como sujeto, mucho menos como sujeto con derechos. ¿Qué visión compartida puede ser ésta acerca de las pacientes bajo su cuidado? ¿Cómo es posible que el contexto de la formación médica abra espacio para la ocurrencia frecuente de situaciones como la que aquí se muestra?

A fin de que se pueda contribuir con las respuestas a esas indagaciones, de inicio se abordan algunos elementos de organización de los servicios en instituciones formadoras que hacen que la salud y el bienestar de las pacientes puedan ser tan desconsideradas y efectivamente perjudicadas en nombre del aprendizaje.

En este sentido, se resalta un aspecto del contexto en que se llevó a cabo la práctica aquí presentada: al hecho de que la atención se prodigaba sin la presencia de un especialista del área de obstetricia en el centro obstétrico. Tal situación se contrapone a lo establecido formalmente por los departamentos de obstetricia y ginecología de las dos instituciones investigadas, así como a las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina.³ Siguiendo los organigramas y escalas en las guardias de los obstetras, expuestos en las secretarías de los departamentos, en los centros de obstetricia y en los sectores de urgencias y emergencia obstétrica de las tres instituciones hospitalarias consideradas (los dos hospitales-escuela de la Facultad X y el hospital-escuela de la Facultad Y), existe una aparente valoración del papel desempeñado por los especialistas en la supervisión de la asistencia y entrenamiento en el servicio. Se intentó asegurar, con toda formalidad, que los internos y residentes en esos dos sectores de los hospitales estén bajo la supervisión constante de obstetras. Así, el número de especialistas es variable siguiendo las peculiaridades de la institución (hospital-escuela, terciario o secundario), los días de la semana (días hábiles/fines de semana y feriados) y los periodos del día (diurno/nocturno). Es probable que exista, sin embargo, un consenso según el cual la buena formación en obstetricia, ya sea en el nivel más elemental del profesional médico como en el nivel de especialización propiamente dicho, exige que uno o más profesionales con título de especialista coordine y acompañe de cerca el proceso de enseñanza y aprendizaje en el ámbito de los servicios investigados. Esos médicos especialistas son seleccionados por el departamento o por concurso público. Se supone, entonces, que se consideran profesionales médicos adecuados, con las cualidades necesarias para ejercer ese encargo profesional y pedagógico.

Mientras tanto, en los servicios investigados existen acuerdos más o menos informales que subordinan esos objetivos institucionales de la buena forma-

3 Véase el artículo 7 en el Cuadro 1.

ción y asistencia a los intereses individuales y colectivos de los profesionales que actúan en obstetricia en los turnos de guardia en esos hospitales-escuela. Algunos acuerdos reducen el número de obstetras responsables por la supervisión en la capacitación durante el servicio presentes en cada guardia. Esta situación genera una carga de trabajo extra en quienes cubren la guardia.

Otros acuerdos originan de manera inevitable lagunas en la supervisión directa de esos servicios por los obstetras. Uno de esos acuerdos, presenciado en ambas facultades, incluye la división de la guardia en el turno nocturno en distintos periodos: un periodo inicial en que uno de los obstetras responsables por la guardia se hace presente y otro período donde el mismo se retira del centro obstétrico, a veces acompañado de algunos residentes, dejando el hogar sin supervisión de obstetra. Otro acuerdo, presenciado apenas en la Facultad Y, es nombrado de “guardias dobles”, cuando el obstetra se responsabiliza por la asistencia y supervisión en dos centros obstétricos distintos simultáneamente. En esos casos, es decir, en presencia de estos dos tipos de acuerdos, es común que los residentes en el segundo año de especialización, ante la ausencia de los obstetras, sean obligados a asumir la plena responsabilidad de la supervisión directa de la capacitación y la atención en obstetricia en esos servicios. Pero tales acuerdos a veces resultan en situaciones en que los propios internos son obligados a prestar atención al parto sin supervisión alguna. Así, además de la carga extra en el ejercicio de sus funciones, pueden surgir situaciones de urgencia o emergencia en las cuales los residentes o los internos no tienen la suficiente calificación para lidiar con ellas de modo apropiado.

Una de las peculiaridades que llama la atención es la forma en que se lleva a cabo la división de la guardia en el turno nocturno. Práctica común en los tres servicios, ella tiende a suceder en aproximadamente el mismo horario, por lo general entre la medianoche y las dos de la madrugada, independiente del número de mujeres en el área de pre-parto, del número de profesionales trabajando en el centro obstétrico o de salas de parto disponibles. Está claro que eso no es mera coincidencia. Para que los obstetras y/o un grupo de residentes puedan retirarse del centro obstétrico a descansar durante su guardia, permaneciendo, al menos según el discurso, atentos a una distancia mayor o menor y dejando algunos residentes o solamente unos internos (conforme la institución) responsables del sector, es necesario “agilizar” los partos o, en la medida de lo posible, “limpiar el área”. Se refiere a la costumbre, la que se aprende desde el primer contacto con las guardias nocturnas en ambas facultades, de echar mano de diversas estrategias para “vaciar”, es decir, disminuir el volumen de casos a ser tratados en el área de pre-parto. En una

guardia nocturna observada en el hospital secundario de la Facultad X, una de las asistentes explicó:

“Uno intenta resolver lo que tiene que resolver para dejar la situación de la guardia lo más tranquila posible e ir a descansar”.

Hay la expectativa de que todos los colegas de la guardia nocturna se comporten de igual forma, pero no siempre es lo que sucede, como puede percibirse en el testimonio de otro profesional del mismo hospital:

“Me gusta trabajar en el primer horario (en la guardia nocturna) porque limpio el área para los colegas. Porque hay otros colegas que no hacen caso... Dejan para después los casos, no importa si los pepinos se quedan ahí para que los resuelva el colega, ‘¡el problema es de él!’”.

“Limpiar el área”, en el discurso arriba mencionado, se observa como una especie de “etiqueta” de quien está de guardia. Quien no entra en ese modelo de actuación es catalogado como un profesional que no quiere trabajar y que deja la carga de trabajo a sus colegas. Es evidente que no siempre es esta la motivación de aquellos que no comparten esa “etiqueta” en su actuación profesional. Algunos sencillamente no quieren “medicalizar” casos, “resolviéndolos”, es decir, actuar clínica o quirúrgicamente cuando juzgan que no hay indicaciones médicas que justifiquen la intervención considerada innecesaria o precipitada. Es por ello que sufren presiones tanto de sus colegas como de los anestesiistas y de residentes, en especial en los turnos de noche, para que se ajusten al patrón de actuación señalado.

Frente a lo aquí expuesto, se entiende un poco mejor el comentario que Fernanda le hizo a Silvia después del parto: “*En realidad no era necesario la episio, pero no estuvo mal haberla efectuado*”. Es muy probable que se refería a las diversas ocasiones en que presenció o participó con sus colegas y obstetras en situaciones en que se llevaron a cabo episiotomías y otras intervenciones, inclusive algunas prohibidas⁴ (la dilatación manual del cuello del útero, para acelerar ese proceso y la maniobra de Kristeller, en que se hace una fuerte compresión al fondo del útero para acelerar el período de expulsión) y otras no (los fórceps de alivio y la cesárea), sin ninguna indicación médica y violando así la integridad física y los derechos humanos de las gestantes, con el propósito de “limpiar el área”.

⁴ Se menciona en las clases y/o en los libros-texto que la dilatación del cuello del útero y la maniobra de Kristeller resultan en dolor y/o otros daños a la salud de las mujeres y/o a sus fetos. (Hotimsky, 2007).

Los acuerdos más o menos informales arriba señalados y la práctica de “limpiar el área” constituyen un componente del currículo oculto, es decir, procesos latentes de aprendizaje sin ser reconocidos formalmente (Rego, 2001; Hafferty, 2000). En términos generales, tales acuerdos transmiten a los alumnos y residentes la idea de que los profesionales responsables de la enseñanza consideran válido subordinar la calidad de la capacitación en servicio y la asistencia obstétrica prestada, a otras exigencias e intereses, individuales o del equipo médico de modo general.

Es importante señalar que esos acuerdos informales entre profesionales sirven de modelo y se reproducen entre los residentes para luego pasar a los internos en su práctica cotidiana, como ya observamos. Tales arreglos tienden a dar credibilidad a la idea de que la autonomía y responsabilidad profesional se adquieren, también, a través de situaciones en que el alumno, o residente, en ausencia de un profesional más experimentado, no tiene otra alternativa que ponerse a prueba y buscar “virarse”. Si los estudiantes en ocasiones se enorgullecen de las situaciones en que se “viraron” con éxito, es cierto que también han enfrentado situaciones en las cuales no contaban con la preparación adecuada y han dado como resultado consecuencias nefastas, cuando no trágicas, para las pacientes involucradas.

En ocasiones deben añadirse la “etiqueta de la guardia” y las presiones ejercidas por residentes e internos en el sentido de ejercitar y adiestrar ciertas intervenciones, actuando en esa misma dirección. Tales presiones por situaciones diversas pueden interpretarse, tal como lo sugieren Becker *et al.* (2002 [1961]) y Freidson (1988 [1970]), como propias del ambiente de trabajo y de la formación médica en el hospital-escuela, influenciando actitudes y comportamientos de profesores, residentes y estudiantes.

Es muy común que en Brasil se lleven a cabo intervenciones quirúrgicas innecesarias por cuestiones de la agenda social o de trabajo de los profesionales en servicios de atención al parto fuera de los hospitales - escuela (Dias, 2001; d'Oliveira *et al.*, 2002). Los esquemas de guardias y la rutina de “limpiar el área” corresponden a prácticas muy diseminadas en el mercado de trabajo, tanto en servicios obstétricos (Dias, 2001) como en otros sectores de urgencia y emergencia hospitalaria en Brasil (Deslandes, 2002; Sá, 2005).

Lo que indica este estudio, sin embargo, es que las instituciones de enseñanza médica constituyen un espacio privilegiado para el aprendizaje de esas prácticas de violación de la integridad física de las mujeres y de sus derechos humanos, y que también preparan a los estudiantes para el ejercicio profesio-

nal en los moldes que operan en el mercado de trabajo.

No obstante, el proceso de naturalización y banalización de las intervenciones quirúrgicas sin ninguna indicación médica no se restringe al currículo oculto, pues va ganando presencia en algunos espacios de la enseñanza formal. Un ejemplo de eso es el enfoque del “fórceps didáctico” en el salón de clase y los manuales de obstetricia que se describe brevemente a continuación.

La denominación de “fórceps didáctico” para el fórceps de alivio utilizado por profesores y estudiantes, es una forma de reconocer que su práctica no se relaciona necesariamente con la salud y bienestar de la madre y/o el feto. Tal práctica es normatizada en algunas facultades como elemento de la atención en el parto normal de todas las primigestas. En los Protocolos Asistenciales de la Clínica Obstétrica de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo (FMUSP) (Zugaib y Bittar, 2007), se afirma:

“Asistencia al segundo periodo:
(...) En las primigestas promovemos el fórceps bajo o de alivio con episiotomía media lateral (derecha o izquierda) o perineotomía”.

Como pude constatar, tal norma ha sido adoptada por la Facultad X. Un asistente comentó con los académicos durante una clase:

“Aquí en la escuela, ser primigesta es indicativo de fórceps por alivio materno-fetal. Es un instrumento útil y el hecho de aplicarlo no significa que se está frente a una situación drástica porque no se trata de un instrumento de último recurso. El fórceps didáctico se indica para el aprendizaje del residente. El fórceps indicado es el que se utiliza por indicación médica”.

Se puede observar que Fernanda, nuestra residente del caso expuesto arriba, podría acudir a otro ejemplo para reforzar su postura, uno dentro del contexto de enseñanza formal – al final, se enaltece la episiotomía sin indicación médica en determinadas circunstancias. Este protocolo es un ejemplo dentro del sistema de normas y valores establecido en que la formación médica niega formalmente a la mujer el control sobre su cuerpo y, así, le niega el estatuto de sujeto libre y autónomo que la define como ciudadana.

Es necesario decir, sin embargo, que no todos los alumnos están totalmente

de acuerdo con la práctica de las intervenciones innecesarias con fines didácticos. Un interno de la Facultad X, en entrevista, expresó su restricción a la práctica de fórceps didáctico, de la siguiente forma:

Entrevistado: “Tiene, tiene, tiene el parto con fórceps didáctico aquí dentro, fijate, de cierta forma yo entiendo, creo que debía preguntar primero a la madre si ella está de acuerdo, pero todo va bien.

Entrevistadora: ¿Entiendes qué?

Entrevistado: “Debía preguntar a la madre si todo está bien, no, porque, ah, ‘tú no necesitabas los fórceps, pero lo voy a usar, ¿de acuerdo?’ ‘Todo bien, doctor’, ‘Entonces está bien, no’, pero se le pregunta si todo va bien, paciencia (...)”.

Aunque haya sido el único entrevistado que estableció no estar de acuerdo con practicar un procedimiento innecesario sin el consentimiento de la mujer, es un indicador de que hay alumnos con objeciones semejantes. Así, a pesar de los esfuerzos en el sentido de naturalizar esa violación a la integridad física de las mujeres, las reacciones de los alumnos son, hasta cierto punto, heterogéneas. Tal vez hasta podamos interpretar su discurso como referencia a lo derecho al consentimiento informado y, por lo mismo, como indicio de una penetración, si bien tímida, del discurso de los derechos humanos en ese ámbito. Es importante señalar que un estudiante del sexo masculino haya manifestado tal preocupación, que se refiere, entre otras cosas, a las relaciones de género en la formación y ejercicio de la práctica de la obstetricia.

Si bien existen reacciones heterogéneas a la banalización de la violencia institucional en el contexto de la enseñanza y capacitación, ésta todavía representa un gran obstáculo para poder consolidar los derechos humanos en la formación médica en obstetricia.

Consideraciones finales

A partir de los años setenta, los movimientos sociales, y en particular, los movimientos feministas de distintos países han denunciados la violencia perpetrada contra las mujeres, llamándose la atención, entre otras cosas, hacia la violación de los derechos humanos en el proceso de asistencia al parto. La repercusión de esos movimientos en el escenario internacional contribuyó para que la perspectiva de género fuese incorporada a la agenda de los derechos humanos transformándola de modo que la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos fuese integrada a ella (Dora, 1998).

En Brasil, el proceso de redemocratización se hizo acompañar por los avances significativos en el reconocimiento de los derechos humanos en marcos legales. La constitución brasileña del 1988, aprobada a raíz de ese proceso de redemocratización, es considerada una de la más avanzadas con relación de la incorporación de los derechos humanos, ante las cuales se incluye el derecho universal a la salud. Y, respecto a las convenciones internacionales, la ratificación de varias de esas mencionadas arriba se dio en ese proceso de redemocratización también. Así, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, aprobada por la Naciones Unidas el 1979, fue ratificada en el país el 1984; la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes, aprobada el 1984, fue ratificada por Brasil el 1989; la Convención sobre los Derechos de los Niños, aprobada el 1989, fue ratificada por Brasil el 1990; y el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, aprobado el 1966, fue ratificado por Brasil en 1991.

En el área de la salud, la agenda de dos derechos humanos ha permeado los debates y se ha insertado en la normatización de las entidades representativas de diferentes corporaciones y ha influenciado decisiones de políticas públicas. Avances en cuanto a la incorporación de los derechos humanos en el área de la salud están presentes en el Código de Ética Médica de 1988, y de 2010, y en el Código de Ética de Enfermería en el 2007, todos los cuales hacen amplias referencias a los derechos humanos de los pacientes.

Particularmente, respecto a la formación en la área de la salud, las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Medicina (2001) representaron un significativo avances en el sentido de la incorporación de los derechos humanos como marco de la normalización del proceso de enseñanza y entrenamiento médico. Entre los esfuerzos emprendidos en el área de educación para los derechos humanos, se menciona también el Plan Nacional de Educación en Derechos Humanos liberado en 2004 por el Gobierno Federal.

Ciertamente esos esfuerzos han contribuido para diseminar y dar legitimidad a las luchas por la promoción y la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Tal vez puedan haber contribuido también para dar más visibilidad a la actual crisis enfrentada por la obstetricia brasileña, una de las ‘campeones del mundo’ de cesáreas y con tasas de mortalidad materna más o menos estabilizadas desde mediados de la década de 1980⁵. En San Pablo,

5 La razón de mortalidad materna (RMM) (muertes maternas / 100.000 nacidos vivos) viene oscilando desde el período 1983 - 1985, entre 53 a 55 (Brasil 2009).

la encuesta realizada por el Consejo Regional de Medicina entre 1996 y 2002 constató que la tóco ginecología es la especialidad que recibe el mayor número de denuncias y, entre éstas, 86% se refieren al área de obstetricia y 14% al de ginecología. La situación es preocupante para las entidades profesionales que, incluso, sugieren que la formación pueda estar contribuyendo a eso (Cadernos Cremesp, 2002). Mientras tanto, a pesar de la creciente visibilidad de esa temática y de la gravedad de la crisis en la cual se encuentra el área de obstetricia, las violaciones de derechos humanos en los servicios de la salud reproductiva y, particularmente, en la asistencia al parto, han seguido ocurriendo como apuntan las denuncias en los órganos de la prensa y en distintos trabajos publicados en Brasil desde la década de 1990, algunos de los cuales son referencia en la presentación de este trabajo.

Se buscó aquí aclarar algunos mecanismos que contribuyen a perpetuar las violaciones de los derechos humanos como se manifiestan en el espacio de formación y capacitación médica en los servicios de obstetricia en los hospitales. Aunque algunos de estos se expliciten en el espacio formal de enseñanza, como buscamos ejemplificar en referencia a los protocolos asistenciales, otros son explicitados en el ejercicio de la práctica por medio de acuerdos informales, entre otras cosas. Esos acuerdos subvierten las normas y subordinan los objetivos institucionales de la buena formación y asistencia a los intereses individuales y colectivos de los profesionales que actúan en obstetricia en los turnos de guardia en esos hospitales-escuela. Se buscó mostrar el modo por el cual esos acuerdos alteran significativamente el proceso de trabajo y, consecuentemente, la “producción” de los partos en los centros obstétricos. Un conjunto de intervenciones sin indicación médica, innecesaria y riesgosa y que violan la integridad física de las parturientes, son efectuadas para acelerar el “ritmo” de “producción” de partos en algunos períodos, o sea la “limpieza del área”, para crear momentos de descanso para los profesionales, residentes e internos. Por supuesto, en la medida que esas estrategias no suelen producir un control de la demanda por la asistencia obstétrica, es decir, en la recepción de los servicios, con frecuencia generan más tensiones en la asistencia, cuando no crean lagunas en el proceso de supervisión del entrenamiento en los servicios de los hospitales.

Llama la atención el hecho de que esos acuerdos, que alteran substancialmente la organización de los servicios de atención al parto, sean informales llámanos la atención. Es importante que algunos de los procedimientos de “limpieza del área” realizados en los centros obstétricos cotidianamente, que son innecesarios, sean proscritos. Esos hechos apuntan al papel fundamental del currículo oculto en el entrenamiento obstétrico, pues familiariza a

los futuros médicos, particularmente los que pretenden especializarse en el área de obstetricia, con las reglas informales que operan en el mundo del trabajo y regulan la organización de los servicios obstétricos, donde también subvierten las normas institucionales, el código de ética médica y violan los derechos humanos de las mujeres.

Como sugiere Talal Asad (1997, p.290), el uso de la tortura o del trato cruel, inhumano y degradante requiere la retórica de la negación en el estado moderno. Donde ocurre, se hace en secreto, es decir, para que se pueda efectuar es importante que no sea reconocida oficialmente. Cuando se “descubre”, se convierte en objeto de escándalo, de condenación moral. Tal vez eso nos ayuda a comprender el papel esencial que desempeñan los elementos del currículo oculto arriba delineados en la reproducción de marcos de diferenciación de género, “raza”, etnia y clase social y de naturalización de las desigualdades presentes en la sociedad brasileña, en el proceso de formación médica. El hecho de ser oculto también es esencial para llevar a cabo el proceso de “cosificación” de los cuerpos femeninos, para que se conviertan en objeto de su entrenamiento. Así, para que los derechos humanos de las mujeres sean promovidos y protegidos en los servicios de asistencia obstétrica es esencial intervenir en las organización de esos servicios, principalmente en las reglas informales que regulan el proceso de “producción” del parto dentro y fuera de las escuelas médicas.

Referencias

Alves, M.T.S.S.B. y Silva, A. A. M. (orgs.). (2000). *Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no Sistema Único de Saúde*. São Luis: UFMA: Unicef.

Asad, T. (1997). On torture or cruel, inhuman, and degrading treatment. En En A. Kleinman, V. Das y M. Lock (Eds) *Social Suffering* (pp. 285 - 308). Berkeley: University of California Press.

Becker, H.S., Geer, B., Hughes, E.C. y Strauss, A.L. (2002). *Boys in White: student culture in medical school*. New Brunswick: Transaction Publishers, 2002. [Publicado originalmente en 1961 por University of Chicago Press]. Brasil.

Ministério de Saúde. (2009). *Guia de Vigilância Epidemiológica do Óbito Materno*. [versión electrónica: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_obtido_materno.pdf]. Brasília: Ministério de Saúde.

Castro, R. y Erviti, J. (2003). Violation of Reproductive Rights during hospital births in Mexico. *Health and Human Rights*, 7(1),90-110.

Cadernos Cremesp. (2002). *Ética em ginecologia e obstetrícia*. São Paulo: Cremesp – Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. (2001). Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001. Brasília, 9 de novembro de 2001. Seção 1, p. 38. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Ingressado em 2007 (20 abril).

Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Código de Ética Médica. Resolução CFM no 1.246/88. (2001). *En Código de Ética Médica e textos legais sobre ética, direitos e deveres dos médicos e dos pacientes*. São Paulo: CREMESP.

D'Oliveira, A.F.P.L., Diniz, S.G. y Schraiber, L.B. (2002). Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *The Lancet*, 359, 1681-85.

Dias, M.A.B. (2001). *Cesariana: epidemia desnecessária? A construção da indicação da cesariana em uma maternidade pública no município do Rio de Janeiro* [dissertação]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ].

Dora, D.D. (1998). No fio da navalha. En D.D. Dora y D.D. Silveira (Eds), *Direitos Humanos, Ética e Direitos Reprodutivos* (pp. 37-42). Porto Alegre: Themis – Assessoria Jurídica e Estudos de Gênero.

Freidson, E. (1988). *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge: with a new afterword*. Chicago: University of Chicago Press (Publicado originalmente en 1970).

Deslandes, S.F. (2002). *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Good, M.J.D. (1995). *American Medicine: The quest for competence*. Berkeley: University of California Press.

Hafferty, F.W. (2000). Reconfiguring the sociology of medical education: emerging topics and pressing issues. En C.E. Bird, P. Conrad, A.M. Fremont. *Handbook of medical sociology* (pp. 238-57). New Jersey: Prentice Hall.

Hotimsky, S.N., Rattner, D., Venancio, S.I., Bógus, C.M. y Miranda, M.M (2002). O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. *Cad. Saúde Pública*, 18(5):1303-11.

Hotimsky, S.N. (2007). *A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto*. [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

McCallum, C., Reis, A.P. (2006). Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22(7),1483-91.

Organização Mundial da Saúde. (2000). Assistência ao parto normal: um guia prático. Saúde Materna e Neonatal/Unidade de Maternidade Segura, Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: Organização Mundial de Saúde. [Versión realizada con apoyo de OPAS y JICA, a partir del original inglés publicado el 1996, OMS/SRF/MSM/ 96.24].

Organização de las Naciones Unidas (1984). *Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanas ou Degradantes*, Organização das Nações Unidas. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_penas.php (Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1965). *Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial* Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_cs.php (Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1979). *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher*. Disponível em <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001393/139389por.pdf> ((Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1989). *Convenção sobre os Direitos da Criança*. Disponível em http://www.onu-brasil.org.br/doc_crianca.php (Acessado em 9 de Março de 2010).

Organização de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais*. Disponível em <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/doc/pacto1.htm> (Acessado em 9 de Março de 2010).

Rapp, R. (2001). "Gender, body, biomedicine: how some feminist concerns dragged reproduction to the center of social theory." *Medical Anthropology Quarterly* 15(4):466-477.

Rego, S. (2001). Ética médica – 3: A ética na formação dos médicos. En M. Palácios, A. Martins, A.O. Pegoraro (orgs.). *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética* (pp. 108-33). Petrópolis: Vozes.

Sá, M.C. (2005). *Em busca de uma porta de saída: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Zugaib, M. y Bittar, R.E. (2007). *Protocolos Assistenciais Clínica Obstétrica FMUSP*. São Paulo: Editora Atheneu.