

“Cambios históricos en el rol de las parteras profesionales en la atención perinatal: consecuencias en los derechos laborales de las profesionales y en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde una perspectiva feminista.”

Renée Mohr¹

Resumen

Teniendo como marco teórico la Economía Feminista, en especial la Economía del Cuidado, este trabajo se propone hacer un aporte tomando el caso específico de las parteras profesionales.

Sobre esta profesión, cabe decir que es una profesión altamente feminizada por factores históricos-normativos, con base en el refuerzo de los estereotipos de género. El ejercicio profesional de la obstetricia aparece como una de las ocupaciones de mayor contenido de cuidado en el sector salud, en especial en relación a los procesos de gestación, parto y posparto, teniendo a las mujeres como destinatarias principales.

Debido a esto, los cambios normativos sobre los alcances del título y legislativos sobre el ejercicio legal de la profesión tienen alto impacto, por un lado en los derechos laborales de las profesionales y por el otro lado de las mujeres usuarias y beneficiarias de los servicios de atención a la salud que estas profesionales pueden brindar.

Realizaremos un recorrido histórico por estos cambios, en especial a los acontecidos en los últimos tiempos y aquellos propuestos en la actualidad, como los proyectos de ley en vigencia que buscan legislar sobre el ejercicio de esta profesión, y la lucha de los movimientos de profesionales y usuarias ante ellos.

¹ Profesora Universitaria en Economía UNGS- Becaria de Investigación y Docencia Universidad Nacional de General Sarmiento- Maestranda en Género, Sociedad y Políticas PRIGEPP-FLACSO e-mail reneerociomohr@yahoo.com.ar

“Cambios históricos en el rol de las parteras profesionales en la atención perinatal: consecuencias en los derechos laborales de las profesionales y en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde una perspectiva feminista.”

Este trabajo se basa en los avances de mi proyecto de investigación como becaria, “Las condiciones laborales de las Licenciadas en Obstetricia”.

Teniendo como marco teórico la Economía Feminista, en especial la Economía del Cuidado, este trabajo se propone hacer un aporte tomando el caso específico de las parteras profesionales.

El recorte hecho para definir el grupo objeto de estudio, son las licenciadas en obstetricia graduadas de la UBA y que trabajen en el AMBA, en el sector público y/o en el sector privado.

El abordaje metodológico es del tipo cualitativo, realizándose un análisis normativo y entrevistas.

Sobre esta profesión, cabe decir que es una profesión altamente feminizada por factores históricos-normativos, con base en el refuerzo de los estereotipos de género. El ejercicio profesional de la obstetricia aparece como una de las ocupaciones de mayor contenido de cuidado en el sector salud, en especial en relación a los procesos de gestación, parto y posparto, teniendo a las mujeres como destinatarias principales.

Debido a esto, los cambios normativos sobre los alcances del título y legislativos sobre el ejercicio legal de la profesión tienen alto impacto, por un lado en los derechos laborales de las profesionales y por el otro lado de las mujeres usuarias y beneficiarias de los servicios de atención a la salud que estas profesionales pueden brindar.

Realizaremos un planteo de los cambios propuestos, en especial a los acontecidos en los últimos tiempos y aquellos propuestos en la actualidad, como los proyectos de ley en vigencia que buscan legislar sobre el ejercicio de esta profesión.

También la lucha de los movimientos de profesionales y usuarias ante ellos.

Introducción

Las parteras han existido desde siempre. Mujeres acompañando y asistiendo a mujeres en el proceso de gestación, en el del parto y también en el del posparto, que incluía el amamantamiento.

Porque históricamente, ancestralmente, los procesos que acontecen en los cuerpos de las mujeres relacionados con la reproducción (y con la sexualidad), es decir principalmente desde la menarca hasta la menopausia, fueron hablados y tratados con y por otras mujeres, dentro de la familia y la comunidad.

Las mujeres más experimentadas, que se ocupaban de ello, que eran referentes en estos asuntos, fueron llamadas sanadoras. En referencia al proceso de gestación y parto, comadronas, matronas o parteras.

También fueron llamadas charlatanas. Y brujas.

El surgimiento de la medicina moderna debe verse como el surgimiento del “monopolio político y económico de la medicina, esto es, el control de su organización institucional, de la teoría y de la práctica, de los beneficios y el prestigio que su ejercicio reporta.” (Ehrenreich y English, 2013)

En su tesis doctoral Marcela Nari (2004), muestra la creación del sistema médico argentino y a los intereses que responde tanto la creación en sí misma, así como el modelo médico hegemónico elegido y sus consecuencias.

Nari (2004) expone que la formación de la medicina como ciencia y cómo práctica organizada, tiene sus principios del siglo XIX y “se reorganizó de manera paralela y sostenida por la organización del propio Estado nacional.”

Este paralelismo, explica para la autora que el Estado interviniera represivamente para establecer y asegurar “el monopolio del ejercicio de la medicina dentro de un pequeño grupo “diplomado”. El Estado apoyaba la profesionalización de ese grupo en tanto entendía que le permitía desarrollar su propia capacidad de intervención social a través de la medicina, al mismo tiempo que la legitimaría”.

Por ello afirma esta autora: “Los médicos tuvieron el poder de intervención social de su lado, al tiempo que los Estados intentaron garantizarles el monopolio de la profesión, declarando ilegal otros ejercicios de la medicina.”

Aunque entre las primeras mujeres universitarias sorprende el número de médicas, la persecución de sanadoras no diplomadas, comadronas y curanderas, conllevó la masculinización de la práctica de curar.”

Y agrega: “En su mayoría las mujeres fueron excluidas desplazadas y/o subordinadas a los lugares de enfermeras y parteras.” (Nari, 2004)

Ehrenreich y English (2013) afirman que en otros tiempos las mujeres tuvieron autonomía en el arte de sanar y brindar sus cuidados, siendo muchas veces “la única atención médica al alcance de los pobres y de las propias mujeres.”

Esto justifica para estas autoras que “Las sanadoras fueron atacadas por su condición de mujeres y ellas se defendieron luchando en nombre de la solidaridad con todas las mujeres.”, porque, cómo argumentan “La lucha también fue una lucha política por formar parte de la lucha de clases” y “Los profesionales varones, en cambio, siempre han estado al servicio de la clase dominante, tanto en el aspecto médico como en político”.

De esta forma muestran los intereses de poder y económicos detrás de las justificaciones “racionales y científicas”, esgrimidas como argumento para el ataque, así también cómo para explicar los cambios sociales que se imponían.

Encuadre histórico en Argentina

En nuestro país, la formación profesional para el ejercicio de la ocupación data de 1821, cuando se funda la Universidad de Buenos Aires, creándose en ella un Departamento de Medicina y la Escuela de Parteras en él. O sea que desde sus comienzos la formación fue universitaria.

En 1822, también por decreto, se reglamentan las formas y condiciones en las que se deberá ejercer la “asistencia obstétrica”.

La primera reglamentación sobre la formación de parteras profesionales la sanciona el Tribunal de Medicina en 1824, donde se establece la necesidad de acreditar un título oficial para ejercer la actividad profesional y se fija en cinco años la duración de la formación.

El ejercicio profesional se controló con la creación del Consejo de Higiene Pública, creado en 1852 para tal fin.

En 1862 se construye el Hospital de Mujeres Bernardino Rivadavia cuya maternidad fue la única en la provincia hasta 1892. (Rodríguez Giles y Grashinsky, 1994).

La Maternidad de la Provincia de Buenos Aires y la Escuela de Parteras creada por la Ley N° 3234 en 1910, fueron instituidas con un plan de estudios similar al de la Universidad de Buenos Aires.

Las razones por la que esta sea una profesión altamente feminizada tienen sus bases en cuestiones histórico-normativas.

La Ley N°3.224/1910 establece en su Art. 1º: “ Con el nombre de “Escuela de Parteras de la Provincia de Buenos Aires”, *créase una escuela de obstetricia, destinada a la enseñanza de esta rama del arte de curar y a la que sólo podrán ingresar personas del sexo femenino.*”

Desde ese momento a la actualidad, han sido muchos los cambios producidos en la formación profesional y en correlato, la ampliación de las incumbencias que han habilitado los mismos.

A pesar de ello, la legislación sobre la práctica profesional no ha acompañado esos cambios, ni los de la sociedad misma.

Aún hoy en día está vigente la Ley N° 17.132 que explicita en su art. 49 que: “*El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas del sexo femenino que posean el título universitario de obstétrica o partera, en las condiciones establecidas en el art. 44.*”

En la Universidad de Buenos Aires se permitió el ingreso de varones a la formación por resolución del Consejo Superior de dicha casa de estudios en 1999, teniendo noticias que hasta la fecha son sólo 4 los varones, Licenciados en Obstetricia graduados.

A nivel país, según el Censo Nacional de Población INDEC 2001 (Abramzón ,2005), los profesionales varones representan el 0,8 %, y en el caso específico de nuestro recorte geográfico, el AMBA, el porcentaje es del 0,5%.

Panorama del ejercicio profesional en nuestro país

Las Licenciadas en Obstetricia son profesionales con título de grado que las habilita a desarrollarse laboralmente en diversos campos: el de la atención de la salud, el administrativo y el de la docencia e investigación.

En particular con relación a la atención de la salud de mujeres (que es la práctica profesional primera, teniendo a las mujeres como destinatarias principales), por las incumbencias del título están habilitadas a realizar actividades relacionadas a la atención de la salud previa al embarazo (asesoramiento en salud reproductiva), durante el mismo, en el momento del parto, pos-parto y puerperio.

Las incumbencias del título establecen que la graduada en Obstetricia es una profesional universitaria del área de la salud, preparada para asumir responsabilidades, pudiendo cumplir con tareas que le son propias con relación a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, preparación psico-profiláctica durante el embarazo, control del embarazo y del pre-parto, así como para la realización del parto y alumbramiento normal (no patológico), la atención inmediata del recién nacido y el puerperio normal (Cillo, 2004).

Consideramos que es pertinente realizar un señalamiento sobre la formación que tienen las licenciadas en obstetricia y los médicos con la especialización en tocoginecología, ya que ambos grupos profesiones atienden embarazos, partos y pospartos, y somos conscientes del poco conocimiento que como sociedad tenemos sobre dichas formaciones.

Este último hecho tal vez podamos encontrarle explicación en el modelo de atención perinatal que se utiliza y eligió nuestro país y que es compartido por Latinoamérica, explicada anteriormente.

Es así que debemos exponer que ambas formaciones² son de grado universitario, y ambas tienen como modalidad de ingreso el CBC³, con lo cual debe contarse como año extra a sumarse al total de años cursados para la formación.

En el caso de los médicos cursan 6 años de medicina y el último año es el denominado Internado Anual Rotatorio (IAR)⁴. Es así que en los años de cursada realizan práctica hospitalaria (denominada “rotación”), donde ven 7 semanas en el área de tocoginecología (ginecología y obstetricia) y en ese último año realizan rotación de 5 semanas en cirugía obstétrica.

Luego, durante la residencia para la especialización que tiene 4 años de duración y por la que reciben la titulación de Médica/o Especialista en Tocoginecología⁵, realizan rotación alternado 3 meses de ginecología y 3 meses de obstetricia, con lo cual, hacen práctica de 2 años en cada rama. Dando un total de 2 años y 3 meses (7 semanas más 5

² Nos referiremos a la formación de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

³ CBC: ciclo básico común de ingreso a las carreras de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

⁴ Información brindada por el Centro de Estudiantes de la Facultad de Medicina de la UBA.

⁵ Se reciben con la titulación de Médica/o con Especialización en Tocoginecología, pudiendo ejercer como Obstetras y como Ginecólogos, aunque hay profesionales que se dedican más o en forma exclusiva a una de las ramas de la especialidad.

semanas) de formación en obstetricia enfocada especialmente a la patología, que es aquella que requiere por ejemplo, intervención quirúrgica.

Por su parte, las Licenciadas en Obstetricia ven toda la carrera, los 4 años (con un total de 3960 de cursada de las cuales 1440 hs son de práctica hospitalaria)⁶, atención al embarazo, parto y posparto normal y detección de anormalidades y patologías para su derivación. Realizan prácticas hospitalarias desde el 2º año de la carrera y a esto hay que sumarle los 3 años de la residencia, que es formación de posgrado y por la cual reciben 20 puntos, que le sirven a la hora de concursar por cargos públicos.

Del análisis de los datos de las entrevistas realizadas, tomando para la comparación un hospital determinado, las licenciadas ven durante su formación un promedio de 2500 partos y los médicos, con la especialización, 1500 partos.

Es por ello que organismos de salud internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud y el NICE⁷ hablan de las parteras profesionales como el personal más idóneo para la atención del embarazo, parto y posparto normal, exhortando a los países a invertir en la formación de recursos humanos en partería y en la promulgación de leyes que les otorguen reconocimiento y autonomía a estas profesionales.⁸

Estas recomendaciones también están basadas en las evidencias de sistemas de atención perinatal del 1º mundo (Países Bajos, Canadá, Reino Unido) donde la atención del embarazo, parto y posparto normal es realizada primordialmente por parteras profesionales con excelentes resultados, donde incluso, la atención y realización del parto planificado domiciliario es una política pública del sistema de atención, y sólo ameritan la atención en institución los casos patológicos.

Señalamos esto porque consideramos necesario tener un panorama más amplio de las cuestiones que están en juego en la forma en que se desarrolla la práctica profesional en nuestro país y en la región, y las dificultades que ello implica tanto para las profesionales como para las mujeres destinatarias de su asistencia profesional.

Legislación

El desarrollo de la actividad profesional se encuentra legislado a nivel nacional dentro del Ejercicio Legal de la Medicina y de la Obstetricia, regulado por la Ley N° 17.132, que rige las “Normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”.

En esta ley el ejercicio profesional de la obstetricia está definido dentro de las “actividades de colaboración”. De esta manera se establece la “subordinación profesional” de la Obstétrica (ejercida por parteras profesionales, y en el caso estudiado por Licenciadas en Obstetricia respecto a los médicos obstetras⁹), a la que hace

⁶ Resolución N° 100 de la Universidad Nacional de Buenos Aires, en referencia al Expediente N° 0008713/12 sobre el reconocimiento oficial y la validez nacional para el título de Licenciada/o en Obstetricia.

⁷ National Institute Of Health And Clinical Excellence

⁸ Informe de UNFPA, OMS e ICM “Estado de la Parteras en el Mundo.2014. Hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer.”

⁹ Los médicos realizan una especialización en tocoginecología que abarca ginecología y obstetricia de forma conjunta. En general desarrollan su actividad profesional en ambas ramas, ginecología y

referencia en su art. 42° “A los fines de esta ley se consideran actividades de colaboración de la medicina y odontología, la que ejercen: *Obstétricas, Kinesiólogos y Terapistas físicos, Enfermeras, (...)*” y art. 45° “*Las personas referidas en el art. 42, limitarán su actividad a la colaboración con el profesional responsable (...)*”.¹⁰ Por profesional responsable, en el caso del proceso gestación-trabajo de parto-parto-alumbramiento-posparto y puerperio, se refiere a médicos tocoginecólogos, que son aquellos profesionales médicos que han realizado su especialización en ginecología y obstetricia.

La misma ley define las circunstancias en las que se puede, o no, desarrollar la práctica profesional: art. 46° “*Las personas a que hace referencia el art. 42 podrán desempeñarse en las condiciones que se reglamenten, en las siguientes formas: a) ejercicio privado autorizado; b) ejercicio privado bajo control y dirección de un profesional; c) ejercicio exclusivo en establecimientos asistenciales bajo dirección y control profesional; d) ejercicio autorizado en establecimientos comerciales afines a su actividad auxiliar.*”

En particular, los art. 50° y 51° se refieren expresamente a las Obstétricas cuando señalan que “*Las Obstétricas o Parteras¹¹ no podrán prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo, parto o puerperio patológico, debiendo limitar su actuación a lo que específicamente se reglamente, y ante la comprobación de cualquier síntoma anormal en el transcurso del embarazo, parto y/o puerperio deberán requerir la presencia de un médico, de preferencia especializado en obstetricia*” y “*Las Obstétricas o Parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en su consultorio privado, en las condiciones que se reglamenten. (...)*”.

Como se desprende de la lectura del art. 51° de la Ley N° 17.132, a pesar de ser consideradas como “colaboradoras”, las Obstétricas pueden ejercer en sus consultorios privados, en el ámbito público o privado o en el domicilio de la paciente, siempre que el estado de salud de esta se encuadre dentro de lo “normal” o “no patológico”.

El ejercicio profesional en el ámbito público (en los Centros de Atención Primaria de la Salud –CAPS, o en consultorios de hospitales o maternidades), suele ajustarse a lo que la normativa propone. Las profesionales atienden a mujeres con embarazos normales, a las que les hacen el seguimiento de la gestación las asisten en el trabajo de parto, parto, alumbramiento y posparto normales.

También pueden desempeñarse, dentro del ámbito público de la salud, en el cuidado integral de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que implica el asesoramiento en planificación familiar y métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual, cáncer cérvico uterino y mamario, entre otras.

Así mismo pueden desarrollar sus actividad laboral, como mencionamos, en docencia, investigación y como expertas en el desarrollo de políticas públicas en su campo.

obstetricia, y se los llama, socialmente, ginecólogos y obstetras según qué actividad estén ejerciendo o por la cual se los haya consultado.

¹⁰ El subrayado es nuestro.

¹¹ A las Licenciadas en Obstetricia se las suele denominar con los términos obstétricas o parteras, aunque estas denominaciones también se utilizan para otras titulaciones y para aquellas formadas empíricamente. En este proyecto usaremos sólo el título de grado.

En el ámbito privado, en el sistema privado (empresas de medicina prepaga y obras sociales), en cambio, el médico obstetra es quien realiza la atención de todas las mujeres embarazadas (con gestaciones normales o patológicas) y es quien también atiende el parto acompañado por una partera, quien estuvo a cargo de la atención de todo el trabajo de parto y atenderá el posparto inmediato.

Las normas de contratación de los servicios privados de atención a la salud (obras sociales y prepagas) subordinan el desarrollo de la actividad laboral de estas profesionales a ser parte de un equipo liderado por un/a médico/a obstetra, quien se inscribe como prestador de servicios, factura, cobra por los mismos y luego remunera a la Licenciada en Obstetricia, quien a su vez le emite una factura por dichos honorarios, ya que como trabajadoras independientes están inscriptas en el régimen monotributista (en este caso no son personal de planta de las instituciones privadas en las que trabajan ni son empleadas de los médicos).

En relación a esto, nos informaron que actualmente las Licenciadas en Obstetricia no son aceptadas como prestadoras independientes (es decir, que figuren en cartilla para que los afiliados las puedan contactar y atenderse con ellas en forma directa, sin depender de la intermediación de un/a médico/a obstetra). Nos comentaron que sólo se produjo un limitado ingreso de prestadoras por cartilla, pero que desde hace 4 años ya no ingresa ninguna más, y son muy pocas las que actualmente lo son¹².

Volviendo entonces, al planteo de la atención de usuarias en el proceso de trabajo de parto, parto y pos parto, los planteos económicos que se hacen se deben a que en este sistema de atención las profesionales pasan muchas más horas atendiendo a la parturienta pero cobran en promedio un 30% de lo que cobra el médico obstetra¹³, quien muchas veces llega justo a tiempo para el momento del expulsivo y luego se marcha.

Este punto tiene mucho que ver con el reconocimiento subjetivo-simbólico de la ocupación, y con la valoración de la misma por parte del sistema médico y de la sociedad, no sólo la económica, ya que las profesionales sienten que han realizado “todo el trabajo” y que a veces, como mucho, tienen la suerte que el médico les permita “recibir al bebé”.

Por otra parte, una forma laboral más que existe es la práctica independiente y totalmente autónoma, que es la que realizan contratadas en forma privada por las usuarias.

Pueden tener consultorio particular habilitado, brindar los cursos de Psicoprofilaxis, atender a mujeres con gestación normal (no patológica), el acompañamiento del trabajo de parto en el domicilio de la mujer o en la institución, que puede incluir el acompañamiento en la sala de partos y recuperación pos parto en las instituciones que cuentan con modalidad “abierta”¹⁴, el acompañamiento completo en espacio de atención

¹² Por ejemplo, en la empresa de medicina prepaga Galeno sólo hay una profesional como prestadora.

¹³ Los honorarios percibidos por los médicos obstetras se obtuvieron de la grilla de Honorarios Éticos Mínimos de SOGIBA (Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Bs. As.) y los que perciben las profesionales, de un listado aparte dado por las empresas de medicina prepaga.

¹⁴ Las instituciones con modalidad “abierta” son aquellas que permiten el ingreso y el ejercicio de la actividad a profesionales que no son de planta, y en generales con previa registración o aviso.

al parto no intervenido,¹⁵ y en la atención privada de partos en forma particular¹⁶, que es el de atención de partos planificados domiciliarios.

En este momento están avaladas por la formación y habilitadas por la ley a hacerlo y lo hacen bajo la figura de monotributistas.

En el caso del ejercicio profesional en la provincia de Buenos Aires, la Ley Provincial N° 11.745/95, establece en su Art. 2º, que *“Se considerará ejercicio profesional a las actividades que las obstétricas realicen en la atención de la mujer embarazada, el control del trabajo de parto y asistencia al parto en condiciones normales, así como el control y atención del puerperio inmediato y mediano normales. Es considerado asimismo ejercicio profesional la preparación psicofísica – profiláctica del embarazo y post – parto, y la ejecución de tareas destinadas a la promoción, fomento y/o control de la lactancia materna.”* Y en su Art. 3º, como espacio de actividad profesional, que *“La obstétrica podrá ejercer su actividad asistencial, docente y/o de investigación en forma individual y/o integrando equipos interdisciplinarios, en forma privada y/o en instituciones oficiales, públicas y/o privadas, previa inscripción en la matrícula”* (modificación Ley N° 12.194- art. 1º)

En este caso, desde la letra de la ley se marca claramente la autonomía de la actividad. Si bien no existe la “subordinación profesional” explícita, en la práctica lo que sucede es que están casi en la misma situación de dependencia y subordinación a los médicos como en el caso de las profesionales que trabajan en CABA y que hemos desarrollado más arriba.

Es así que la autonomía surge como un espacio necesario de reconocimiento y un eje a tener en cuenta.

Reforzando esto las profesionales plantearon en las entrevistas de sondeo, una comparación entre el tipo de modelo de atención perinatal que se utiliza actualmente y modelos que consideran más eficientes y donde la figura de la profesional obstétrica juega un rol central en la atención de los embarazos, partos y puerperios normales.

Es por ello los planteos y las luchas sobre la autonomía en el ejercicio de la profesión (no depender de la supervisión de un médico) y el reconocimiento económico, sobre todo en el sector privado, de esa labor.

Porque una vez más, cabe señalar que las profesionales están capacitadas por su formación, habilitadas por la legislación y avaladas por organismos nacionales e internacionales para la atención de embarazo, parto y posparto normales, y la detección de anomalías y su derivación

La lucha desde las usuarias

¹⁵ Esta última es una modalidad donde la mujer parturienta contrata las instalaciones de la institución médica llevando a su equipo médico de atención al parto. Hasta el momento se tiene información que esta modalidad se da sólo en el Hospital Austral de Pilar.

¹⁶ Este último sector atiende, según cálculos privados, alrededor del 1% de los partos.

A partir del año 2012, a raíz de la presentación de proyectos de ley que regularan el ejercicio profesional de las parteras profesionales se evidenció una profundización en el modelo de atención perinatal médico hegemónico.

Modelo que debemos agregar, por lo expuesto, también capitalista y patriarcal.

Uno de los puntos fundamentales de conflicto en los proyectos presentados era que pretendía dejar la atención del parto domiciliario asistido por parteras profesionales, fuera de la ley.

De esta manera se vulneraba, por un lado los derechos laborales de las profesionales, y por otro lado, el de las mujeres que quedaban de esta manera sin posibilidad de contratarlas o haciéndolo en forma clandestina.

El modelo de atención del parto, domiciliario planificado y atendido por parteras profesionales, actualmente forma parte del modelo de atención médica porque está dentro de la ley, y representa menos del 1% de los nacimientos.

La cuestión es ¿por qué causa tanto revuelo? ¿Por qué tanta lucha en torno a él?

La importancia de conservar el parto domiciliario dentro de las incumbencias y de las prácticas profesionales tiene que ver porque justamente es el escenario donde queda ampliamente demostrada la idoneidad de las profesionales, las virtudes de un modelo de atención no intervencionista, no medicalizado, ni tecnologizado, y también la propia capacidad de las mujeres de parir.

El modelo de atención del parto domiciliaria cuestiona el modelo hegemónico, desmiente argumentaciones sobre el uso de la medicalización y del intervencionismo sobre el proceso fisiológico. Y sobre todo, pone de manifiesto que las mujeres podemos parir, no somos un “accidente a punto de ocurrir”, porque en definitiva, el parto es eso, un proceso fisiológico.

También, lamentablemente, expone aspectos inhumanos de la medicina obstétrica: por un lado el aspecto económico y por el otro el pedagógico.

En referencia al primero¹⁷, por ejemplo, podemos hacer referencia a la tasa elevada de cesáreas en el sector privado, que según datos extra oficiales ronda el 70% de los casos cuando la OMS señala como número saludable un 15%.

Esto da cuenta de los intereses económicos y la maximización de beneficios, ya que una cesárea lleva aproximadamente una hora de trabajo en el quirófano, donde se factura por los múltiples servicios que esta cirugía mayor implica, así como también el servicio de neonatología porque es frecuente que el recién nacido deba estar en observación por haber nacido prematuro a causa de una cesárea programada donde se cometió un error en el cálculo de la fecha. Lamentablemente estos errores no siempre son tales.

Y a esto hay que sumarle la “externalización de los costos” transferidos a la mujer, que son los que supone la recuperación de una intervención de cirugía mayor.

¹⁷ Ver: Mesa Disponible en : <https://drive.google.com/file/d/0B7CHQiNOqJK-ajRtQk9VZWg3OE0/edit>

En referencia al segundo, al pedagógico, nos referimos a todas aquellas prácticas realizadas sobre el cuerpo de la mujer o del bebé con fines de experimentación, investigación y fines didácticos.

Una de las prácticas comunes que se le realizan al 90% de las parturientas es la episiotomía. Además de ser una práctica realizada en forma rutinaria, no teniendo ninguna indicación específica, no cuenta con avales científicos que la justifiquen, tiene serias y graves consecuencias en la vida sexual de la mujer por lo cual se la considera la “forma occidental de mutilación genital femenina”.¹⁸

Además de lo antedicho, en los hospitales escuela estas prácticas se llevan adelante para fines didácticos, o sea, para enseñarles a las y los estudiantes cómo realizarla y como suturar, sin tener relación esta práctica con el cuidado de la salud de la mujer a la que se le realiza.

Parece entonces más que aplicable lo expresado por Ehrenreich y English (2013) sobre la necesidad de institucionalización del parto: “toda mujer (...) que acudía a una partera (...), era otro caso perdido para la docencia y la investigación. El vasto “material de investigación” obstétrica que ofrecían (...) se desperdiciaba en manos de las (...) parteras.”

En contrapartida, en el caso de los partos atendidos por parteras profesionales en domicilio la tasa de episiotomías fue del 1,2 % según el último relevamiento realizado por la Asamblea por el derecho a elegir cómo parir.¹⁹

El pasado 14 de mayo, en la ciudad de Buenos Aires, la Asociación Argentina de Parteras Independientes organizó una movilización de profesionales y usuarias con el lema “Al desnudo por el parto en casa” que tuvo amplia repercusión en los medios regionales e internacionales.

Por otra parte, y en el mismo tiempo, un grupo de usuarias presentaron ante el Ministerio de Salud de la Nación (MSN), un proyecto de protocolización de la atención del parto domiciliario atendido por parteras profesionales, que como expusimos están avaladas para hacerlo por formación y también habilitadas por la legislación vigente.

Dos acciones de las muchas que se vienen llevando a cabo, generaron el suficiente interés por parte de MSN, quien está convocando a una serie de reuniones de trabajo interdisciplinarias donde las diferentes voces tienen lugar, incluida las de las usuarias.

Esto tiene lugar en el contexto de que Argentina no ha alcanzado los Objetivos del Milenio (2015) que muchas de las razones tienen que ver con el sistema de atención perinatal que se utiliza en nuestro país, que es intervencionista, medicalizado y mercantilizado.

Hay que señalar que las luchas de las usuarias no sólo son con los derechos del cómo parir, es en la defensa de un derecho más amplio que es el derecho a tener el poder de

¹⁸ Concurso de ensayos sobre violencia de género de la Universidad Nacional de Lanús: “La violencia obstétrica como vulneración y violación de los derechos humanos de las mujeres, en los procesos de gestación y parto en Argentina”. Trabajo Destacado de próxima publicación.

¹⁹ <http://porelderechoaelegircomoparir.blogspot.com.ar/>

decidir sobre nuestros propios cuerpos, de ejercer nuestros derechos sexuales y reproductivos.

La elección de embarazarse, de gestar o no, y de cómo parir debe ser reconocida todos en una misma línea. Son elecciones posibles en diferentes momentos de nuestra vida sexual y reproductiva.

Conclusiones

El ejercicio profesional de la obstetricia, como expusimos en el comienzo de este trabajo, aparece como una de las ocupaciones con mayor contenido de cuidado en el sector salud, en especial en relación a la situación de parto, dado su carácter relacional, la responsabilidad que supone sobre el bienestar de otras personas y los lazos afectivos involucrados, y su asociación tradicional con imágenes relativas a lo “femenino” y “maternal”, inciden en la percepción de esta profesión como un trabajo remunerado con derechos, como cualquier otro trabajo existente.

Es por ello que hacemos notar que para la elaboración de estos proyectos de ley no se ha tomado una de las bases del derecho laboral, que si se utiliza en el caso de la Ley Provincial N° 14.656/14 que en su Art.1° explicita: “(...) Los mayores derechos adquiridos por los trabajadores a la fecha de la sanción de la presente norma no podrán ser modificados en perjuicio de los trabajadores”.

Nos planteamos que el hecho de que esta profesión sea altamente feminizada está incidiendo en que el derecho laboral no se contemple en la misma línea que el ejemplo dado.

Por ello también planteamos que la vulneración de derechos de estas trabajadoras pareciera tener relación con cuestiones de género.

También es aplicable la perspectiva de género en este análisis respecto a las destinatarias de los servicios de estas profesionales, que son mujeres, ya que como señalamos anteriormente, la vulneración de los derechos laborales de las trabajadoras implica simultáneamente la vulneración de los derechos de las mujeres.

Tratando de dar respuesta a por qué se ataca tanto al movimiento activista del que formo parte, si al fin de cuentas pareciera que no vamos en contra del “mandato” de ser madres, sólo estamos pidiendo que nosotras y nuestras criaturas, seamos tratadas como seres humanos y sean respetados nuestros derechos humanos, cumpliéndose las leyes que los garantizan en nuestro país.

Una de los primeros aspectos que señalaba era la división sexual del trabajo, cómo al varón se le asignó el rol de proveedor en la esfera pública del trabajo productivo, y a la mujer el trabajo de reproducción de la fuerza de trabajo actual pero también la generacional con su capacidad de procrear, y esto se asignó a la esfera privada.

Donde la privado también implica la utilización de jerarquización para la toma de decisiones y cómo esto se reproduce dentro de las instituciones médicas, en los consultorios, donde la jerarquía se refuerza por el saber académico ostentado por un

médico, un representante del saber médico de las ciencias médicas, creadas por varones. Es así que también las mujeres hemos, y somos, sometidas a la autoridad del médico.

Cuando como mujeres planteamos que tenemos derechos, entre ellos, en referencia a elegir cómo parir, evidentemente estamos cuestionando ese orden jerárquico.

Por lo expuesto e investigado hasta el momento, parece que el camino a recorrer aún es largo para el logro de una ley que pueda contemplar las voces de todos los actores, incluida la de las mujeres, que somos las destinatarias, quienes no son mencionadas como sujetas de derecho ni convocadas o escuchadas, a pesar como dijimos en el párrafo anterior, ser las destinatarias del servicio proporcionado por estas profesionales y si ser contempladas en la Ley Nacional N° 25.929/04 de “Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento” y la Ley Nacional N° 26.529/09 de “Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.”

Bibliografía consultada

Abramzón, M. 2005 Argentina: recursos humanos en salud en 2004 (Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS).)

Censo Nacional de hogares y viviendas 2010: disponible en http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp

Cillo, A. 2004 Entre colegas (La Plata, Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires; Distrito I-La Plata.)

Ehrenreich, Bárbara y English, Deidre 2013 (1981) Brujas, Parteras y Enfermeras. Una historia de sanadoras. (Buenos Aires, Ediciones La mariposa y la iguana)

Maceira, D.; Cejas, C. 2010 Recursos humanos en salud: una agenda para el gobierno nacional" (Buenos Aires, Documentos de Políticas Públicas. Recomendación N°82, CIPPEC)

Nari, Marcela 2004. Políticas de maternidad y maternalismo político. Buenos Aires 1890-1940. (Buenos Aires, Editorial Biblos)

Novick, M. y Galín, P. 2003 Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud (Buenos Aires, Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones, OPS/OMS.)

OPS 2004 Servicios de enfermería y partería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud (Washington, Documento de la Organización de Servicios de Salud, OPS.)

OPS-MSAL 2005 Bases para un plan de desarrollo de recursos humanos en salud. (Buenos Aires, Informe final, Noviembre 2005.)

PNUD 2011 El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros, (Buenos Aires: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo.)

Primeras Jornadas de Participación Ciudadana para definir Violencia Obstétrica. (Buenos Aires. 7y 8 de junio del 2013, Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B7CHQiNOqJK-ajRtQk9VZWg3OE0/edit>)

PROAPS 2007 Caracterización de los centros de salud del país” PROAPS –Remediar 2007. Disponible en: www.remediar.gov.ar/files/Catastro.pdf

Rodriguez Giles, E. y Grashinsky, Y. 1994 De la comadrona a la partera profesional. Una investigación sobre las condiciones de trabajo y el rol de obstétrica en Argentina, (Buenos Aires, Mujeres, trabajo y salud en la era tecnológica, Grupo Editor Latinoamericano.)

Speranza, A.; Santa María, C.; Nigri, C.; Williams, G. 2011. Evaluación de maternidades públicas argentinas 2010-2011(Buenos Aires, Sala de situación. Revista Argentina, 2(9), 43.)

Normativa analizada

- Ley N° 601 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires “Residencias Hospitalarias”.
- Ley 153 / 99 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires “Ley Básica de Salud”.
- Ley N° 4534/36. “Del Ejercicio Profesional del Arte de Curar” de Prov. Buenos Aires.
- Ley Provincial N° 11.745/95 y modificatorias 12.194/98 12.808/01. “Colegio de Obstétricas. Regula su ejercicio profesional”
- Ley N° 13.509/06 “Requisitos mínimos para el dictado de Cursos de Preparación Integral para la maternidad y Psicoprofilaxis” Provincia de Buenos Aires y su Decreto reglamentario 181/12
- Ley N° 14.078/09 Ley Orgánica del Registro de las Personas de la Provincia de Buenos Aires
- Ley N° 14.656/14 “Régimen marco del empleo municipal” Provincia de Buenos Aires (entra en vigencia en mayo del 2015)
- Ley N° 17132/67. “Ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares.” Presidente de la Nación Argentina. 24 de Enero de 1967.
- Ley Nacional N° 24.540/95 “Régimen de identificación del recién nacido.”
- Ley Nacional N° 26.529/09 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
- Ley Nacional N° 25.673/02 Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud.
- Ley Nacional N° 25.929/04 Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento.

Proyectos de ley nacionales

- Expediente 7719-D-2010 Obstetricia. Régimen para su ejercicio profesional. Diputada Chieno
- Expediente 0958-D-2012 Ejercicio Profesional de la Obstetricia. Diputada Chieno
- Expediente 4690-D-2012 Ejercicio Profesional de la Obstetricia. Diputada Arena
- Expediente 6747-D-2013 Regulación del parto domiciliario. Diputada Arena
- Expediente 2895-D-2014 Ejercicio Profesional de la Obstetricia. Diputado Marcópulos

Proyectos de ley de la Provincia de Buenos Aires

-Expediente 118 2012-2013 Modificando Artículos Y Capitulo III Del Título I De La Ley 11.745 Y Modificatorias, -Ejercicio Profesional De La Obstetricia-.Senadora Segovia

-Expediente 103 2014-2015 Modificando Artículos Y Capitulo III Del Título I De La Ley 11.745 y Modificatorias, -Ejercicio Profesional De La Obstetricia-.Senadora Segovia

Otras normativas

- Convenio Colectivo de Trabajo 103/75
- Convenio Colectivo de Trabajo 107/75
- Convenio Colectivo de Trabajo 122/75
- Convenio Colectivo de Trabajo Franqueros y Homologación del CCT de Franqueros.

-Resolución N° 100 del Ministerio de Educación de la Nación, con fecha 6 de febrero del 2013, respecto al reconocimiento oficial y validez del título de Licenciada/o en Obstetricia otorgado por la Universidad Nacional de Buenos Aires, Facultad de Medicina, según lo aprobado por Resolución Consejo Superior N° 3828/11 de dicha casa de estudios

- Programa Docente De La Residencia De Obstetricia -Año 2011 -Aprobado por Resolución N°2123- MSGC/2011- Estatuto de Residencia