

¿Mujeres respetadas?: El ejercicio del poder obstétrico en el Hospital Regional Ushuaia durante el período 2013-2018.

Micaela Lucero.

Cita:

Micaela Lucero (2019). *¿Mujeres respetadas?: El ejercicio del poder obstétrico en el Hospital Regional Ushuaia durante el período 2013-2018. XIII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-023/193>

¿Mujeres respetadas?: El ejercicio del poder obstétrico en el Hospital Regional Ushuaia durante el periodo 2013-2018.

Autora: Micaela Lucero.

Eje temático: Eje 3. Investigación social en salud.

Mesa: Mesa 43: Investigación social en salud.

Institución de pertenencia: Universidad Nacional de Tierra del Fuego.

E-mail: micaela.lucero@hotmail.com

Resumen:

Existen algunos estudios de abordajes recientes en el campo de la sociología sobre violencia obstétrica en América Latina. El presente trabajo pretende sumar a este campo de estudios a partir de un análisis anclado en el sistema de salud pública, específicamente el Hospital Regional de Ushuaia (HRU), en Tierra del Fuego. El informe de violencia machista lanzado por el Colectivo Ni Una Menos en el año 2016, revela que en la provincia el 97% de las mujeres padeció alguna situación enmarcada dentro de la violencia obstétrica. Asimismo los datos brindados por el departamento de Estadísticas del HRU, destacan que a partir del año 2014, las cesáreas superan el 50% en relación a los partos vaginales excediendo la tasa recomendada por la OMS. Ambos datos estadísticos invitan a plantear cómo se configura el poder obstétrico ejercido en las relaciones médico-pacientes y si el mismo produce prácticas profesionales que crean condiciones que permiten el ejercicio de violencia obstétrica generando distintos efectos en las experiencias de las mujeres que fueron madres en el HRU en el período 2013-2018. El trabajo se encuentra en producción por lo que en esta instancia se presentará el andamiaje teórico utilizado y un análisis normativo relacionado a la temática.

Palabras clave:

Mujeres – médicas – relaciones médico/paciente - poder obstétrico – violencia obstétrica.

Perspectiva teórica de la problemática.

En las instituciones de salud pública, debido al Modelo de Atención al Parto o Nacimiento, el/la obstetra ejerce lo que Arguedas (2014) denomina poder obstétrico –enmarcado dentro del poder disciplinario-. La autora señala que el ejercicio de este tipo de poder está orientado a la enfermedad, por lo que patologiza el proceso de parir, medicalizando el embarazo y el parto y constituyéndose así la colonización del útero. El poder obstétrico no considera el saber que de su propio cuerpo tienen las parturientas, descalificado por la institución médica. De esta manera, los cuerpos de las mujeres, están bajo la tutela médica que producirá unos cuerpos dóciles, disciplinados y sexuados.

El poder obstétrico vendría a ser esa forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y, por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico, los cuerpos que pueden embarazarse y parir. En este sentido, el cuerpo pasa a ser el objeto de distintos intereses y queda atrapado en el interior de distintos poderes, coacciones y obligaciones. Se le imponen distintas disciplinas que lo hacen dócil, necesario para la nueva medicina clínica que se impone como acto de autoridad. De esta manera, se puede pensar a la violencia basada en género como ataque contra una persona (en este caso a las mujeres) como consecuencia, al menos en parte, de su posición desventajosa dentro de un sistema social patriarcal. Según la Ley 26.485, se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, como así también su seguridad personal. En este sentido, existen distintos tipos de violencia contra la mujer. A fines de este apartado, se desarrollará el tipo y modalidad que ayuden a una mayor comprensión de la problemática abordada. Las mismas son la del tipo sexual y reproductiva, la cual es definida como cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación. A su vez, enmarcados en los distintos tipos, se distinguen diferentes modalidades, que son las formas en que se manifiesta la violencia. De esta manera, se llega a la definición de violencia obstétrica¹, entendida como aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929, sobre parto humanizado. De acuerdo a ello, se entiende a la violencia obstétrica como una expresión de poder

¹ Modalidad dentro del tipo de violencia sexual.

obstétrico y se la considera como una conjunción de otras dos formas de violencias: la violencia simbólica y la violencia institucional. La primera, según la Ley 26.485 (2009), es un tipo de violencia “a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos que transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad”. En este sentido, Bourdieu² y Passeron (1996) identifican a la violencia simbólica como ese poder que logra imponer significaciones como legítimo disimulando las relaciones de fuerza. Por otro lado, la violencia institucional es realizada por “las/los funcionarias/os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos” (Ley N° 26.485. Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, Argentina. 11/03/2009).

Para comprender la configuración del poder obstétrico en la modernidad, es necesario remontarse a finales del siglo XVI, época en la que solo a pocas mujeres se les permitía practicar la obstetricia y a partir del siglo XVII, comienzan a aparecer los primeros hombres parteros. “En cuestión de un siglo, la obstetricia había caído casi completamente bajo control estatal” (Federici, 2004: 252). El control de la sociedad capitalista sobre los individuos se ejerce sobre los cuerpos (Foucault, 1996) y al relegar a las mujeres de la práctica obstétrica y pasar esta al control de la medicina institucionalizada por el Estado, se obtiene un control, una vigilancia de la sexualidad que conlleva una persecución del cuerpo que pasa a ser objeto y blanco de análisis y control, materializando el poder en esos cuerpos. Así, se expropió a las mujeres del saber que habían acumulado y transmitido de generación en generación, lo que allanó el camino a una nueva forma de cercamiento, el ascenso de la medicina profesional. De esta manera, con la medicina moderna, se relega a la mujer del rol fundamental que tuvieron durante siglos en el cuidado y atención de los partos. A medida que el capitalismo comenzaba a desarrollarse con mayor fuerza, lo que se buscaba es institucionalizar el control del Estado sobre el cuerpo femenino, en primer lugar, para ser relegado a las tareas domésticas y en segundo lugar –y más importante para el presente trabajo- para trasladar el poder a los médicos sobre el cuerpo de las mujeres.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente trabajo se contextualiza en el hospital debido a que el mismo aparece en el ámbito local como una indispensable medida de protección, protección de la

² En otro texto, Bourdieu y Wacquant (2005) hablan de la dominación de género como ‘la forma paradigmática de la violencia simbólica. En este sentido consideran que “las mujeres aplican a todos los objetos del mundo (natural y social) y en particular a la relación de opresión de la que son cautivas, esquemas impensados de pensamiento que son el producto de una encarnación de esta relación de poder, llevándolas por tanto a construir esta relación desde el punto de vista del dominante, es decir como natural (p.245).

gente sana contra la enfermedad, protección de los enfermos contra las prácticas de la gente ignorante. Un Estado que busca mantener a sus ciudadanos alejados del error no puede permitir el libre ejercicio de la medicina. Con esto se entiende por qué se patologiza el embarazo, al hacer que sea ‘normal’ ir a parir al hospital. La medicina moderna comienza a regirse por el modelo biomédico, el modelo hegemónico de la salud actual, y sus bases chocan en cierto punto con los derechos de las mujeres en embarazo, parto y postparto.

Por su parte, el Modelo Médico Hegemónico es un elemento constitutivo del poder obstétrico y se caracteriza por su biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. En este sentido, Acurio Páez (2014) señala que el modelo biomédico se consolidó en base a tres supuestos principales: primero, la enfermedad se considera una avería que se produce dentro del cuerpo humano y que lo aparta de su estado de ser “normal”. Segundo, la mente y el cuerpo pueden tratarse por separado, el paciente representa un cuerpo enfermo y no un individuo en su conjunto. El énfasis se pone en la curación de la enfermedad y no en el bienestar del individuo. Tercero, se considera que los especialistas médicos son los únicos expertos capaces de tratar las enfermedades. La profesión médica observa un código ético reconocido y se compone de individuos acreditados que han logrado culminar un largo aprendizaje, no hay lugar para sanadores autodidactas o prácticas médicas “no científicas”. Este Modelo, tal como plantea Cobo Gutiérrez (2016), reconoce e identifica a la medicina científica como la única legitimada por la teoría científica y por el propio Estado. En este sentido, se instalan estructuras de saber-poder en donde el paciente, en este caso las mujeres, no tienen lugar a decidir sobre su cuerpo y las prácticas que se llevan adelante en él, ya que existe una asimetría en la relación médico-paciente, legitimada por el saber del primero. Se trata de un modelo altamente jerarquizado, en el que la autoridad y el poder están en manos de médicos, y quien demanda asistencia sanitaria, la paciente, adopta la posición de ‘sujeto pasivo’, carente de autonomía.

Como sostienen Yañez (2015) y Jerez (2014) dentro del Modelo Médico Hegemónico, específicamente en el momento del parto, prevalece el ‘Modelo Tecnocrático del Parto o del Nacimiento’. Este es un modelo de atención a las embarazadas, el cual, según Yañez (2015), reconoce al cuerpo como máquina y específicamente al cuerpo masculino como prototipo. De esta manera las diferencias del cuerpo femenino son consideradas desviaciones que requieren la atención de personas especializadas. En este contexto prevalece la obstetricia moderna, ligada al capitalismo, donde el hospital se considera como fábrica y la sala de parto como línea de montaje. Debido a esto es que la mujer embarazada se considera como paciente enferma. Por este motivo, teniendo en cuenta la sociología de la salud, es pertinente abandonar el concepto ‘paciente’ para referirse a las mujeres

embarazadas, dejando de lado la perspectiva medica que las considera como receptoras pasivas de la atención acatando las ordenes de los profesionales, cuando deberían ser protagonistas del proceso. En su lugar, tomando como referencia a Erviti y Castro (2015), considerarlas como usuarias del sistema de salud y por lo tanto como ciudadanas, teniendo en cuenta a las instituciones públicas de salud como espacio de ejercicio de la ciudadanía. En este contexto, las mujeres ejercerían la ciudadanía reproductiva, descrita como “la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva” (Erviti y Castro, 2015: 40).). El concepto de ciudadanía, debe distinguir las variaciones en la apropiación subjetiva de los derechos y de la posibilidad de hacerlos valer, debido a que tales diferencias se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, entre otras (Erviti y Castro, 2015). Por este motivo, es pertinente pensar las experiencias de maternidad como atravesadas por relaciones de poder y por los determinantes de tiempo y espacio.

En el caso trabajado, la ciudadanía reproductiva de las mujeres es de tipo activa gracias a que existieron distintos movimientos feministas que en Latinoamérica a partir de la década del '60 comienzan a luchar por los derechos de las mujeres. Según Brown (2004), acorde a distintos intereses de corte político, la tradición de las políticas de población en Argentina tuvo un claro corte pro natalista, no considerando los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. De esta manera, las prácticas anticonceptivas y el derecho de las mujeres a decidir sobre su cuerpo y su fecundidad fueron desalentadas, obstaculizadas y, en muchos casos, criminalizadas desde el Estado. Una vez recuperada la democracia, en la década del '80, los derechos civiles de las mujeres comenzaron a visibilizarse, sin embargo, es en la década del '90 cuando comienza a hacerse pública la discusión por los derechos sexuales y reproductivos. De esta manera, comienza a entrar en vigencia en distintas provincias la ley de salud sexual y reproductiva. En el año 2004 se sanciona la ley de parto humanizado. Venezuela es el primer país en reconocer el concepto ‘violencia obstétrica’, acuñado posteriormente por otros países incluyendo Argentina, en el año 2009 enmarcado dentro de la Ley 26.485.

Definiendo la violencia obstétrica.

En este apartado, se dará cuenta de las normativas nacionales que se vinculan a la temática, observando si la provincia de Tierra del Fuego adhiere –o no- a las mismas, como así también el

proceso recibido a nivel nacional y local. Resulta pertinente a fines del presente trabajo, comenzar con la definición de violencia obstétrica –esta vez en detalle- y los alcances de la Ley 26.485.

En el año 2010 se reglamenta a nivel nacional la Ley 26.485 “Ley de Protección Integral a las Mujeres”³. Esta Ley tiene por objeto promover y garantizar que las mujeres vivan una vida sin violencia en cualquier ámbito, desarrollando políticas públicas y garantizando el acceso a la justicia y una asistencia integral a las víctimas de violencia, así como también la remoción de los patrones socioculturales que promuevan y sostengan la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres. En esta línea, se define a la violencia contra la mujer a toda conducta, acción u omisión, realizada de manera directa o indirecta⁴, en el ámbito público como privado, basado en relaciones desiguales de poder, pudiendo afectar su vida, libertad, dignidad, integral física, psicológica, sexual, económica o patrimonial y/o su seguridad personal. Vinculado a esta definición, se reconocen distintos tipos de violencia contra la mujer: física, psicológica, sexual y simbólica. A fines del presente trabajo, cabe desarrollar las definiciones de los dos últimos tipos. Así, la Ley 26.485 define a la violencia de tipo sexual como cualquier acción que vulnere el derecho de la mujer a decidir sobre su vida sexual y reproductiva, con o sin acceso genital, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación. Por otro lado, la violencia de tipo simbólica es definida como los patrones, mensajes, símbolos, valores, íconos o signos que transmitan y reproduzcan dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer.

Los tipos de violencia antes mencionados se manifiestan contra las mujeres en diferentes ámbitos, haciendo que se reconozcan distintas modalidades: violencia doméstica, institucional, laboral, contra la libertad reproductiva, mediática y obstétrica. Teniendo en cuenta que el presente trabajo investiga el poder obstétrico dentro de una institución pública, como es el Hospital Regional Ushuaia, tomaré la definición de la violencia institucional y obstétrica. La primera es definida por la nombrada Ley como aquella realizada por funcionarias/os, profesionales y personal que pertenezcan a cualquier órgano, ente o institución pública que retarden, obstaculicen o impidan que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan sus derechos. A su vez, la violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos.

³ Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales (11/03/2009).

⁴ Por manera indirecta se entiende conductas, acciones u omisiones, criterios o prácticas que pongan a la mujer en desventaja con respecto al varón.

Teniendo en cuenta lo expuesto por la Ley, en el presente trabajo se considerará a la violencia obstétrica como conjunción de violencia institucional y simbólica, siendo a la vez una expresión del poder obstétrico que se ejerce en las relaciones médico-pacientes durante el embarazo, parto y post-parto; considerando que la violencia es definida como conducta, acción u omisión basada en relaciones desiguales de poder afectando la libertad, dignidad y la integridad física, psicológica y sexual.

Marco normativo vinculado y su aplicación en la provincia.

En Tierra del Fuego el poder legislativo sanciona en el año 2014 la Ley 1.013 que adhiere a la Ley nacional 26.485 en los artículos 19 al 32 y 34 al 40, del Título III, del Capítulo II, es decir que adhiere a los procedimientos de cumplimiento de la Ley nacional. En el año 2016 se dicta el Decreto 1.249/2016 que autolimita las facultades del Poder Ejecutivo acerca de las competencias y atribuciones que le otorga la Constitución Provincial para indultar o condultar penas de casos excepcionales. Con este Decreto, esta atribución no podría aplicarse a casos en el que la persona haya sido condenada por violencia de género. Además, a partir del Decreto 616/2017 se aprueba en la provincia el Protocolo de Atención Integral a Víctimas de Violencia de Género, el cual tiene por objetivo la actuación interinstitucional en contra de la violencia contra la mujer, reconociendo que este tipo de violencia trasciende todos los sectores de la sociedad independientemente de clase, etnia, nivel de ingresos, cultura, nivel educativo, edad o religión; teniendo como eje la Ley nacional 26.485 y la Ley provincial 1.013.

Sin embargo en la Ley de Protección Integral a las Mujeres, Título II, Capítulo III, Artículo 11, se especifican las políticas públicas que corresponderían en cada Ministerio, Secretarías y demás entes y organizaciones de la sociedad civil. Específicamente, en lo que respecta al Ministerio de Salud de la Nación, en el ítem ‘c’ se destaca el diseño de protocolos específicos de detección precoz y atención de *todos los tipos y modalidades* de violencia contra la mujer

“prioritariamente en las áreas de atención primaria de salud, emergencias, médica clínica, *obstetricia*, *ginecología*, traumatología, pediatría y salud mental, que especifiquen el procedimiento a seguir para la atención de las mujeres que padecen violencia, resguardando la intimidad de la persona asistida y promoviendo una práctica médica no sexista.” (Ley N° 26.485. Ley de

protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, Argentina. 11/03/2009).

En este sentido es interesante destacar que se mencionan todos los tipos y modalidades de violencia, por lo que se incluye la violencia de tipo sexual y simbólica y las modalidades institucional y obstétrica. Sin embargo para el presente trabajo se realizó una entrevista con una trabajadora social correspondiente al área de servicio social del Hospital Regional Ushuaia en donde se indagó sobre la actuación interdisciplinaria con médicos/as y sobre la existencia de protocolos o circuitos de atención a víctimas de violencia obstétrica. Preliminarmente, como respuesta se obtuvo que desde esa área de servicio del HRU no existía un protocolo para atender esta modalidad de violencia más que el libro de quejas de la Dirección del hospital.

Retomando la descripción de violencia obstétrica expuesta en la Ley de Protección Integral a las Mujeres, se aclara que la misma se define en conformidad con la Ley 25.929, sobre Parto Humanizado, sancionada y promulgada en el año 2004. En la misma se especifican los derechos de las madres y los/as recién nacidos/as. En cuanto a las mujeres en relación al embarazo, trabajo de parto, parto y post-parto menciona que tiene derecho a ser informada sobre las intervenciones médicas que pudieran realizarse, pudiendo optar libremente y a ser informada sobre la evolución del parto y el estado de su hija/o; a ser tratada con respeto, de modo individual y personalizado; a ser considerada persona sana facilitando su participación como protagonista de su propio parto; al parto natural, respetando los tiempos biológicos y psicológicos evitando prácticas invasivas y suministro de medicación no justificados; a estar acompañada por una persona de su confianza y elección; a tener a su hija/o a su lado siempre que no requiera cuidado especiales; recibir información y asesoramiento sobre la lactancia y cuidados posteriores al parto tanto de sí misma como del niño/a. En relación a esta Ley, Tierra del Fuego adhiere en todos sus puntos según la Ley 69, sancionada y promulgada en el año 2006, destacando que deberán impulsarse campañas de difusión de dicha Ley.

Otra ley vinculada a la problemática trabajada es la n° 26.529, Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, sancionada y promulgada en el año 2009. Vinculado a lo expuesto hasta aquí, esta Ley menciona como derechos del paciente: recibir asistencia, sin menoscabo ni distinción alguna; recibir trato digno y respetuoso; autonomía de voluntad; intimidad; confidencialidad; realizar interconsulta médica a fin de consultar segundas opiniones; recibir

información sanitaria necesaria de manera clara y comprensible relacionado al estado de salud, procedimientos, riesgos y posibles efectos secundarios. En relación a esta Ley, la provincia de Tierra del Fuego adhiere en todos sus puntos de acuerdo a la Ley provincial n° 885, sancionada y promulgada en el año 2012.

Para comprender el rol que se le asigna en Argentina a la profesión obstétrica, cabe remontarse a la Ley 17.132/67, decreto reglamentario 6216/67 promulgada durante la dictadura de Juan Carlos Onganía debido a que esta ley es la que actualmente continúa regulando el ejercicio de la obstetricia. En primer lugar esta Ley se denomina “Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración”, es decir, no trata exclusivamente el ejercicio de la obstetricia sino que la consideraba como una actividad de colaboración médica, siempre bajo dirección, control y supervisión de un ‘profesional’. En el capítulo II ‘De las Obstétricas’, artículo 49, destacaba que el ejercicio de la obstetricia quedaba reservado para las personas de sexo femenino. Las obstétricas o parteras no podían prestar asistencia a la mujer en estado de embarazo parto o puerperio, debiendo recurrir a un médico especializado en obstetricia si se producían complicaciones en alguna etapa.

A partir del año 2007 se presentaron distintos proyectos de ley a fin de modificar la regulación del ejercicio de la profesión obstétrica, perdiendo todos estado parlamentario. Este mismo año se presenta la Ley ‘Licenciadas en obstetricia ejercicio profesional’, n° de expediente 5547-D-2007⁵. Este proyecto buscaba la derogación de los artículos de la Ley 17.132/67 donde –como mencioné anteriormente- se nombra a la obstetricia como una actividad de asistencia a los profesionales de la salud. Sin embargo este nuevo proyecto sigue nombrando a ‘las obstetras’ como si la actividad fuese exclusivamente femenina. Además, si bien busca regular la profesión, no considera a la mujer como protagonista del proceso y nombra como funciones de las profesionales ‘controlar’ el embarazo y ‘conducir’ el trabajo de parto; sumado a realizar cursos de preparación a la maternidad considerando como adecuada una única forma de maternar. En este proyecto no se consideran los partos domiciliarios.

En el año 2010 se vuelve a presentar un proyecto, n° de expediente 7719-D-2010⁶, denominado ‘Obstetricia ejercicio profesional’. En este proyecto no hace referencia a la obstetricia como profesión exclusivamente femenina y en relación a la Ley anterior sí consideran a los partos domiciliarios. Sin embargo, la mujer sigue sin ser la protagonista de su propio parto ya que en las actividades obstétricas se nombran: ‘controlar, conducir e inducir el parto’ y ‘realizar el parto’. Al año siguiente, 2011, vuelve a presentarse un nuevo proyecto para regular la profesión, ‘Licenciadas/os en obstetricia’, expediente

⁵ Trámite parlamentario 163 (05/12/2007).

⁶ Trámite parlamentario 159 (21/10/2010).

n° 3390-D-2011⁷. Este proyecto es parecido al anterior, sumado a que busca garantizar que en cada parto se cuente con por lo menos un/a obstetra. Sin embargo en obligaciones del/a profesional, se menciona la realización de episiotomías, práctica que la Organización Mundial de la Salud no recomienda realizar. En 2012, se presenta el proyecto de Ley ‘Ejercicio profesional de la obstetricia’, contemplando los expedientes n° 3390-D-2001, 958-D-2012 y 4690-D-2012⁸. Esta vez se amplían las bases del mismo, a través de la integridad ética, bioética, idoneidad, equidad, colaboración y solidaridad. Si bien esto puede considerarse un avance, se seguía considerando a la mujer como sujeto pasivo sin incidencia sobre los ritmos de su propio embarazo y parto. Además existe una contradicción entre las obligaciones y prohibiciones de los/as profesionales ya que estarían obligados a realizar episiotomías de ser necesario pero se les prohíbe someter a las mujeres a prácticas o técnicas que entrañen peligro o daño a su salud o integridad perinatal. En el año 2014 puede observarse un nuevo avance ya que el proyecto ‘Ejercicio profesional de la obstetricia’, n° de expediente 2070-D-2014, se basa en integridad ética, bioética, idoneidad, equidad, colaboración y solidaridad, aplicados a la asistencia, acompañamiento y cuidado de las personas usuarias de salud que atraviesen cualquier evento obstétrico. Este nuevo proyecto, marca la diferencia con los anteriores debido a que está enfocado en derechos humanos y perspectiva de género, con enfoque bio-psico-social. Pese a esto, este proyecto también presenta ciertos puntos que no benefician a los/as profesionales ni a las mujeres. En primer lugar, menciona la actividad de los/as obstetras como asistencia pre y post evento obstétrico, no contemplando el momento durante el embarazo. Además, no contempla otro tipo de partos como el domiciliario y al igual que los proyectos anteriores, se refiere a ‘controlar y conducir’ el embarazo y trabajo de parto. En el año 2018⁹, se presenta nuevamente el proyecto de ley en los mismo términos que el proyecto anterior (n° de expediente 2070-D-2018).

El último proyecto presentado es el 4364-D-2018 ‘Ley de ejercicio profesional de la obstetricia’. A diferencia de los proyectos presentados desde 2007 a la actualidad, en este se considere la actividad obstétrica como libre y autónoma, ejerciendo en todas las etapas de la vida sexual y reproductiva. Reconoce a las personas con capacidad de gestar como poseedora de derechos humanos y autónomas en la toma de decisiones de sus procesos vitales y sexuales, considerando el embarazo, parto, post-parto y lactancia como hechos saludables. Incluye los partos domiciliario y los realizados en maternidades y no se menciona la ‘inducción o control’ como actividad obstétrica, sino que se habla de acompañamiento. Por otro lado, en las obligaciones de los/as profesionales se menciona ‘respetar,

⁷ Trámite parlamentario (27/6/2011).

⁸ Trámite parlamentario 113 (11/12/2012).

⁹ Trámite parlamentario 17/04/2018.

haciendo cumplir y garantizar la elección de la persona'; aparece la figura de violencia obstétrica obligando a 'reportar, notificar y denunciar casos de violencia obstétrica y violencia institucional'; 'evitar intervenciones innecesarias y estímulos que perturben el desarrollo natural de los procesos' y 'respetar los planes de parto', reconociendo este derecho de las usuarias de salud. Este proyecto de ley cuenta actualmente con media sanción de la Cámara de Diputados, resta esperar la decisión de la Cámara de Senadores.

En Tierra del Fuego la aprobación de una ley que regulara el ejercicio de la obstetricia no fue un proceso sencillo. La Ley 1.056 'Ley de Ejercicio Profesional de Licenciados en Obstetricia, Licenciados Obstétricos, Obstétricas y Obstétricos de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur', es sancionada el 13/08/2015. Sin embargo, luego de ser sancionada es vetada por la entonces gobernadora Fabiana Ríos¹⁰. A partir de la repercusión que tuvo esta medida, llegando a ser expuesto a nivel nacional por la Asociación Obstétrica Argentina, la Ley es promulgada de hecho en octubre del mismo año a partir de la insistencia legislativa Res. N° 165/15. Sin embargo, la ley que regula la obstetricia en la provincia no reconoce a estos/as profesionales como autónomos sino que siempre están ligados a la figura de otro/a médico/a, sus actividades ocupan un lugar secundario y no concretamente en los diferentes eventos obstétricos que atraviesa la mujer. Además, esta Ley no tiene un enfoque basado en la perspectiva de género ya que por ejemplo, habla de planificación familiar, no considerando a la mujer como protagonista del momento y por tanto quien debe tomar las decisiones; sumado a que no menciona cuestiones relacionadas a anticonceptivos y como prohibición menciona la interrupción de la gestación por 'cualquier razón'. Debido a esto, considero que si bien Tierra del Fuego cuenta con una ley reciente sobre la regulación de la profesión obstétrica, no se ajusta a las demandas actuales, quedando por fuera la actividad obstétrica como autónoma y libre, desde una perspectiva de género, considerando el protagonismo de la mujer y el respeto por sus decisiones.

¹⁰ Veto parcial Dto. N° 1996/15.

Bibliografía

- Acurio Páez, D., 2014. “Introducción a la sociología de la salud”. Universidad de Cuenca: Ecuador.
- Arnau Sánchez, J., et. Al., 2012. “Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área I de salud de la región de Murcia”. AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana. Vol. 7, N° 2 (Mayo-Agosto), pp. 225-247.
- Beck, I., Romeo, M., 2016. Informe ejecutivo final 1° Índice Nacional de Violencia Machista. Colectivo ‘Ni una menos’.
- Bellón Sanchez, S., 2015. “La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica”. Revista Dilemata n°18, pp. 93-111. ISSN 1989-7022.
- Bercovich, G., Álvarez, M. E. y Zanovello, E., 2014. “Características del proceso de la maternidad en la provincia de Neuquén durante el periodo 1995-2014. La importancia del parto humanizado”. Dirección provincial de estadística y censos, provincia de Neuquén.
- Bonder, G., 1998,. “Género y subjetividades. Avatares de una relación no evidente.”. En: “*Género y Epistemología: Mujeres y Disciplinas*”. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género (PIEG), Universidad de Chile.
- Boscán Leal, A., 2015. “La bioética feminista y la construcción actual del género”. Facultad experimental de ciencias, departamento de Ciencias Humanas. Universidad de Zulia.
- Bourdieu, P. y Passeron, J. C., 1996. “La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza”. Distribuciones Fontomara: Barcelona.
- Bourdieu, P y Wacquant, L., 2005. “Una invitación a la sociología reflexiva”. Editorial Siglo XXI: Buenos Aires.
- Camacaro Cuevas, M., 2008. “La construcción discursiva medico-obstétrica en el proceso reproductivo de las mujeres”. Revista Ensayo y Error, nueva etapa. Año XVII. N°35, pp. 95-115. Caracas.

- Carosio, Alba. (2007). “La ética feminista: Más allá de la justicia”. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 12(28), 159-184. Recuperado en 09 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012007000100009&lng=es&tlng=es
- Castrillo, M., 2014. Un recorrido por los modos de estudiar intervención médica en el parto. I Jornadas de Género y Diversidad Sexual, 24 al 25 de octubre de 2014, La Plata, Argentina. Políticas públicas e inclusión en las democracias contemporáneas. En Memoria Académica.
- Cobo Gutiérrez, C., 2016. La violencia obstétrica. Trabajo fin de grado. Escuela universitaria de enfermería “Casa de salud Valdecilla”. Universidad de Cantabria.
- Glaser, B. y Strauss, A., 1967. “*The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*”. Aldine Publishing Company: New York, USA.
- Ehrenreich, B. y English, D., 2006,. “Brujas, parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras”. Editorial Metcalfe & Davenport: Olmué, Chile.
- Erviti, J. y Castro, R., 2015. “Sociología de la práctica médica autoritaria: violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos”. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México. CLACSO: México.
- Federici, S., 2004,. “Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación primitiva”. Editorial Traficantes de Sueños: Madrid, España.
- Foucault, M., 1992,. “Microfísica del poder”. Editorial La Piqueta: Madrid, España.
- Foucault, M., 1996,. “La vida de los hombres infames”. Editorial Altamira: Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M., 2015,. “Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión”. Editorial Siglo XXI: Buenos Aires, Argentina.
- Foucault, M., 2018,. “El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica”. Editorial Siglo XXI: Buenos Aires, Argentina.
- Galimberti, D., 2015. Violencia obstétrica.

- Gilligan, C., 2013,. “La ética del cuidado”. Cuaderno de la fundación Héctor Grifols i Lucas: Barcelona, España.
- Jerez, C., 2014. “Clase y género en las propuestas de la ‘Humanización’ del parto: Un análisis desde la antropología feminista”. En Zona Franca, Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres. Año XXII, n° 23, pp. 83-92.
- Ley N° 26.485. Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales. Buenos Aires, 11 de marzo 2009.
- Ley N° 1.013. Adhesión de la provincia a la ley nacional n° 26485, sobre protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales. Tierra del Fuego, 20 de noviembre de 2014.
- Ley N° 25.929. Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida. Buenos Aires, 25 de agosto de 2004.
- Ley N° 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Buenos Aires, 21 de octubre de 2009.
- Ley N° 885. Ley sobre derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado. Adhesión a la ley nacional 26.529. Tierra del Fuego, 28 de junio de 2012.
- Ley N° 17.132/67. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. Buenos Aires, 24 de enero de 1967.
- Ley N° 1.056. Ley de Ejercicio Profesional de Licenciados en Obstetricia, Licenciados Obstétricos, Obstétricas y Obstétricos de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur. Tierra del Fuego, 13 de agosto de 2015.

- López de la Vieja, M. T., 2014,. “Bioética feminista”. Revista Dilemata, año 6, n° 15, pp. 143-152. Universidad de Salamanca.
- Magnone, N., 2010. Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: una mirada desde la perspectiva de la humanización. Departamento de trabajo social- Udelar.
- Valles, M., 1997,. “Técnicas cualitativas de la investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional”. Síntesis sociología.
- Yañez, S., 2015. “De cómo las instituciones de salud pública regulan las experiencias de embarazo, parto y puerperio...y de lo que resta”. Tesis de Doctorado de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología.