

Ruth Zurbriggen  
Silvina Ramos

**Voces de obstétricas  
de Argentina:**  
entre disputas, experiencias,  
saberes y pasiones.

2022



Ruth Zurbriggen

Activista feminista e investigadora en La Revuelta y en Socorristas en Red, integrante de REDAAS.

Silvina Ramos

Investigadora titular de CEDES, integrante del grupo coordinador REDAAS.

ISBN 978-987-48105-7-1

**Autoría:**

Ruth Zurbriggen, Activista feminista e investigadora en La Revuelta y en Socorristas en Red, integrante de REDAAS.

Silvina Ramos, Investigadora titular del CEDES, integrante del grupo coordinador REDAAS.

**Diseño:**

Estudio Ratto.

**Fotografías:**

Estudio Ratto / stock.adobe. com / Dalaprod - Pixel Shot - Carolina Jaramillo - Brastock Images

Centro de Estudios de Estado y Sociedad -CEDES-. Documento de la Serie “El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva” de CEDES.

Cita sugerida: Zurbriggen, Ruth; Ramos, Silvina. Voces de obstétricas de Argentina: entre disputas, experiencias, saberes y pasiones. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES, 2022.

Documento disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4694>

Zurbriggen, Ruth

Voces de obstétricas de Argentina : entre disputas, experiencias, saberes y pasiones / Ruth Zurbriggen ; Silvina Ramos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2022. (El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva ; 2)

Libro digital, PDF -

Archivo Digital: descarga disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4694>

ISBN 978-987-48105-7-1

1. Ginecología. 2. Práctica Profesional. 3. Obstetricia. I. Ramos, Silvina. II. Título.

### Agradecimiento

Agradecemos a las profesionales obstétricas que compartieron su tiempo, sus biografías y sus visiones para que este documento sea posible.



# Índice

1. 1.1.Introducción.....	6
1.2.Las entrevistadas.....	10
2. Llegar a la obstetricia: motivaciones para la elección de la carrera.....	14
3. La formación académica: desaprender para volver a aprender con las prácticas como fortaleza....	16
4. Aportes de obstétricas en la producción de salud.....	19
5. El trabajo diario: un sinfín de tareas siempre en movimiento.....	21
6. Cambios: construir otras miradas para otra obstetricia. Un camino plagado de resistencias...	24
7. La Consejería en Opciones: “es como hacer escuela”.....	26
8. Los obstétricos y las obstétricas ante la interrupción legal y voluntaria del embarazo.....	29
9. Distintas regulaciones para una misma profesión en un mismo país.....	32
10. La ley nacional: una deuda con la obstetricia.....	35
11. Conclusiones.....	39



# 1

## 1.1 Introducción ¿Por qué este documento?

Este documento reúne los resultados de un estudio cualitativo realizado con Licenciadas en Obstetricia. Forma parte de la serie “El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva” que el CEDES desarrolla con la colaboración de Ipas<sup>1</sup> como contribución a un mejor conocimiento de este colectivo profesional. También se enmarca en la estrategia conjunta que CEDES y UNFPA-Argentina desarrollan para fortalecer el trabajo de las/los obstétricas/os en la Argentina y en el plan 2022 del Grupo de Trabajo de Obstétricas de REDAAS<sup>2</sup>.

Su objetivo es visibilizar las voces de un conjunto de obstétricas sobre su trabajo institucional, sus trayectorias y sus visiones sobre la práctica profesional. En esas reflexiones se muestran algunos desafíos que viven quienes incursionaron en el campo de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva y en las consejerías en opciones. También se señalan las dificultades y oportunidades enfrentadas en contextos de las relaciones de poder que atraviesan el ejercicio de sus funciones y competencias en los servicios de salud.

La intención de este documento es poner en valor las prácticas que las obstétricas realizan y las que podrían realizar como efecto de nuevas regulaciones para el campo de la obstetricia. Así, el reconocimiento pleno de las funciones y competencias de este colectivo profesional redundaría en la ampliación del acceso y la mejora en la calidad de la atención de la salud de amplios

<sup>1</sup> [www.ipas.org](http://www.ipas.org)

<sup>2</sup> [www.redaas.org.ar](http://www.redaas.org.ar)

sectores de la población y, con ello, se fortalecería el ejercicio de sus derechos.

En los últimos años, la obstetricia ha ganado reconocimiento en los organismos internacionales para lograr la cobertura universal en salud sexual y reproductiva. Se ha ganado consenso sobre la necesidad de promover el trabajo de las/los obstétricas/os e incorporarlas en forma plena a los equipos de salud como una estrategia efectiva para ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención de la salud materna, la salud sexual y la salud reproductiva de las mujeres, niñas y adolescentes y otras personas que gestan. Según esos organismos, con una regulación laboral y formación adecuadas, quienes ejercen la obstetricia tendrían la capacidad de proveer el 87% de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal de personas gestantes y recién nacidos (UNFPA, WHO, ICM, 2014).

También algunos estudios han mostrado que la cobertura universal de las intervenciones esenciales encuadradas dentro del ejercicio de la partería podría prevenir el 83% de todas las muertes maternas y perinatales (Homer, et al, 2014).

La evidencia global también muestra que el involucramiento del personal de obstetricia en todas las etapas del ciclo vital de las personas con capacidad de gestar incrementa la calidad de los servicios, contribuye al empoderamiento de las mujeres y mejora los indicadores clínicos (Perriman, et al 2018). Experiencias de países como Suecia, Reino Unido, Canadá y Chile, cuyas guías de atención habilitan una gama más amplia de competencias para los diversos perfiles profesionales muestran el potencial de las parteras para incidir positivamente en la cobertura de servicios de salud sexual y salud reproductiva (Abalos, 2019).

Sin duda, tanto la seguridad como la calidad son elementos centrales de la atención de la



salud (Ipas, 2021) y para garantizarlos, las/os obstétricas/os son agentes clave (Kopp, et al., 2014). Un estudio recientemente publicado señala que la atención integral del aborto -que incluye la derivación para su práctica y la provisión de anticoncepción postaborto- ha logrado el nivel de acuerdo requerido para que esta prestación sea incluida como competencia esencial para la práctica de la partería. El mismo estudio indica que la provisión del aborto con medicamentos y de la aspiración manual endouterina (AMEU) han sido reconocidas como competencias opcionales para las obstétricas (Fullerton, et al, 2018). Otro estudio en el que se revisa la literatura sobre los roles y las funciones de las obstétricas señala que las prácticas vinculadas con el aborto están sobreguladas para algunos proveedores de salud y que, apropiadamente entrenadas, las enfermeras y obstétricas pueden proveer servicios de aborto de forma segura tanto como los médicos (Mainey L. et al., 2020).

En síntesis, la evidencia fundamenta la centralidad que el personal de obstetricia tiene para ampliar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, y enfatiza la necesidad de integrarlo a los equipos de atención en forma plena en el marco de políticas sanitarias activas. Con competencias apropiadas y un marco regulatorio afín a las recomendaciones y evidencias disponibles, las/los obstétricas/os podrían contribuir a la reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios de salud sexual, materna y (no) reproductiva y al fortalecimiento de la garantía de derechos que el marco normativo general de la Argentina indica como obligación del Estado en todos los niveles de atención y en todos los subsectores del sistema de salud (Ariza et al., 2022).

## ¿Cómo se generó este documento?

Con la intención de recuperar las miradas de las obstétricas y sus biografías profesionales, durante los meses de noviembre de 2021 y enero de 2022 se realizaron doce entrevistas cualitativas a personas que se dedican al campo de la obstetricia. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de entre 60 y 80 minutos. La guía incluyó preguntas abiertas que indagaron sobre dimensiones tales como la trayectoria profesional, el trabajo de las obstétricas, el aborto, y la regulación de la profesión.

La selección de personas a entrevistar se basó en algunos criterios que buscaron reflejar variabilidad en las prácticas profesionales. Se utilizó la base de datos de integrantes de REDAAS y se aplicó una estrategia de bola de nieve. Los criterios muestrales fueron los siguientes: a) desempeñarse en distintas provincias de Argentina, b) ejercer o haber ejercido la profesión en diferentes subsistemas de salud y niveles de atención (hospitales, centros de salud, clínicas privadas, consultorios médicos); y c) diversidad generacional.

Así, entre las entrevistadas se cuentan personas de Jujuy, Salta, Catamarca, Mendoza, Entre Ríos, Córdoba, Buenos Aires y Neuquén. Al momento del trabajo de campo, tres personas tenían 60 años o más, cuatro entre 42 y 48 años, y cinco se ubican en el rango entre 32 y 38 años.

Las preocupaciones y prácticas que ponen a rodar las profesionales entrevistadas son parte de las voces que vienen construyendo argumentos para cuestionar los lugares de subordi-



nación a los que el sistema médico hegemónico les relegó y aún relega. Son voces que aportan a los debates en diversos espacios de incidencia y reconocen que el debate de la ley 27160 de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo y atención posaborto introdujo nuevos desafíos a las prácticas cotidianas de las/os obstétricas/os. También estas voces destacan la importancia de organizarse e impulsar acciones de incidencia colectiva para lograr la sanción de una ley nacional de ejercicio profesional que amplíe sus incumbencias y reconozca la autonomía profesional de las/os obstétricas/os.

## 1.2 Las entrevistadas

Verónica.

***“Yo no volví más al hospital, pero si vuelvo me prenden fuego y me queman en el hall central”.***

Tiene 35 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de Buenos Aires. Vive en la ciudad de Salta. Hizo la residencia en el Hospital Materno Infantil de esa ciudad. Desde hace 5 años trabaja en el primer nivel de atención. Se desempeña en el ámbito público.

Gabriela.

***“Uno sabía que en esa habitación había una mujer que se había hecho un aborto porque en la puerta había un policía, era como un clásico”.***

Tiene 60 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de La Plata. Previamente estudió Obstetricia en la Universidad de Buenos Aires. Hizo su residencia en centros de salud de CABA. Trabajó siempre en el ámbito público de la salud, en hospitales y en centros de salud de CABA, Pcia. de Buenos Aires y Paraná, Entre Ríos. Actualmente vive en la ciudad de Buenos Aires, trabajó en el Plan ENIA.

Fabiola.

***“Yo llegué al hospital con el pañuelo verde. Me dijeron la partera abortera, ay sabés que sí, me gusta ser partera abortera”.***

Tiene 32 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de Buenos Aires. Vive en la ciudad de Buenos Aires y realizó su residencia en un hospital de esa ciudad, donde actualmente ocupa el cargo de jefa de residentes. Trabaja en la Secretaría Técnico Médica del PAMI, en el área de Epidemiología.

Luisa.

***“Te crees omnipotente, como pensar que con una caja de pastillas podés solucionar todo, con el tiempo me fui dando cuenta que no es así”.***

Tiene 61 años. Es Licenciada en enfermería por la Universidad de Corrientes y Licenciada en Obstetricia por la Universidad de Chaco. Vive en Resistencia. En esa ciudad inició su trabajo como enfermera en un hospital pediátrico. Actualmente está jubilada y se dedica a la formación de profesionales como parte del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. Trabajó como obstétrica en ámbitos de salud pública, tanto en hospitales como en centros de salud de diferentes localidades de la provincia de Chaco.

Victoria.

***“Llegué a la obstetricia y descubrí todo un mundo sumamente interesante, que no tiene nada que ver con la obstetricia rosa y el embarazo y los bebés, no es solamente partear, es mucho más amplio”.***

Tiene 38 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de Entre Ríos. Vive en Paraná. Realizó su residencia en un hospital de esa ciudad y desde entonces trabaja en el mismo. Forma parte del equipo técnico del Programa Provincial de SSyR y del Plan ENIA, realiza tareas de docencia. Se desempeña exclusivamente en el ámbito público.

Daniela.

***“Correr el foco del nosotros, somos muy ombligocéntricos. Cambiaría el yo no me haría, yo no me pondría”.***

Tiene 36 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de La Plata. Desde hace 5 años vive en la ciudad de Junín de los Andes, provincia de Neuquén. Realizó su concurrencia en un hospital de Solano, Quilmes. Trabajó también en el sistema de privado de salud y en docencia en la carrera de Obstetricia. Actualmente se desempeña como obstétrica de planta en un hospital público.

Camila.

**“En el cotidiano estar atenta a embarazos forzados, cuando uno se va sensibilizando en la temática y va adquiriendo herramientas como para agudizar el ojo y decir: hay algo raro acá”.**

Tiene 42 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de La Plata. Inició su formación en la Universidad de Catamarca. Vive en San Fernando del Valle de Catamarca. Trabaja en un centro de atención primaria de la salud de la ciudad de Catamarca. Ejerce la docencia en dos Institutos de Educación Superior de la provincia, en áreas de Educación Sexual Integral. Es parte del equipo del Plan ENIA.

Gimena.

**“Nosotras salimos de la facultad con la mentalidad de que íbamos sólo a la sala de partos. Las colegas más jóvenes, las que ingresan hoy a trabajar, saben que van a ser partícipes activas en toda la vida reproductiva de una mujer”.**

Tiene 42 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad del Aconcagua de Mendoza. Especialista en Salud Social y Comunitaria por la Universidad de Cuyo. Vive en la provincia de Mendoza, a 50 km de la ciudad capital. Trabaja en cinco centros periféricos de salud, ubicados en zonas rurales. Y es referente departamental por el Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva. También se desempeña en un sanatorio del subsistema privado de salud.

Lucrecia.

**“Tenemos consejerías a pacientes mujeres que tienen 20, 22 años y que optan por la ligadura tubaria con una seguridad que hace años no se veía”.**

Tiene 38 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de Entre Ríos. Inició estudios en un instituto de la provincia de Jujuy, donde se recibió de Técnica en Obstetricia. Vive en San Salvador de Jujuy. Trabajó en el área rural de la provincia. Actualmente lo hace en guardias en un hospital ubicado a 25 km de la ciudad capital y en el área de admisión para Interrupciones Voluntarias de Embarazos.

Luisina.

**“Fue ir haciendo camino, demostrando que el rol de la partera es totalmente distinto al rol del médico, en esta zona la palabra del médico es lo máximo. Irrumpir con otra mirada, ir haciendo un camino muy interesante”.**

Tiene 48 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de Entre Ríos. Estudió la Tecnicatura en Obstetricia en la Universidad de La Plata. Vive en una ciudad de Traslasierra. En los inicios de su profesión trabajó en un hospital de Florencio Varela, provincia de Buenos Aires. Actualmente trabaja en atención primaria de la salud y en un hospital. Además, acompaña partos en casa.

Noemí.

**“Había parteras que realmente revalorizaban muy bien la profesión, otra no, otras eran el felpudo del médico”.**

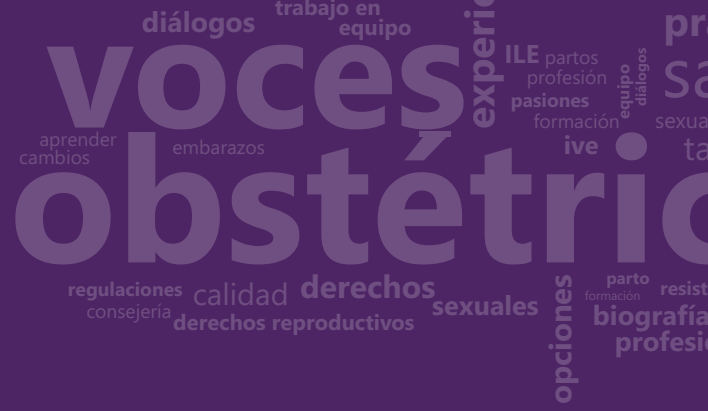
Tiene 68 años. Estudió Obstetricia en la Universidad de Buenos Aires. Vive en la ciudad de Buenos Aires. Actualmente está jubilada, es parte de redes barriales donde realizan asesorías que incluyen asesoramiento en interrupciones voluntarias y legales de embarazos. Trabajó en hospitales de CABA y en centros de atención primaria del conurbano, José C Paz. También en áreas de salud sexual y reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación, donde desarrolló acciones de capacitación. Se desempeñó centralmente en salud pública, en los inicios de su profesión trabajó también en el sistema privado.

Sandra.

**“Tuve un cambio muy importante cuando fui corriéndome del intervencionismo y poniéndome en un lugar respetuoso del nacimiento (...) y reconocí a la persona gestante y su familia como protagonistas”.**

Tiene 43 años. Es Licenciada en Obstetricia por la Universidad de La Plata y Magister en Salud Sexual y Reproductiva. Vive en la ciudad de Neuquén. Trabajó en clínicas privadas. Actualmente trabaja en el sistema público, en un hospital de la ciudad donde reside y en cargos de gestión dependientes del Ministerio de Salud de Neuquén.

# 2



## Llegar a la obstetricia: motivaciones para la elección de la carrera

Las entrevistadas muestran un abanico de motivaciones que las llevan a elegir la carrera. Al menos dos de ellas refieren a la experiencia corporal de transitar un embarazo como la motivación más importante. Gabriela, una de las entrevistadas, habla sobre el impacto que le produjo la partera que la atendió durante su embarazo: “a mí me deslumbró un poco ella en su actitud y comunicación y en esta cosa de decir las cosas como son”.

Otras reconocen que fue otra partera la que las impulsó a incursionar en la obstetricia, como es el caso de Verónica, quien estudiando medicina decidió cambiarse de carrera, contra la voluntad de sus padres. Proyectaba seguir alguna de las carreras conexas a la medicina y lo que más la entusiasmó de la obstetricia fue la posibilidad de realizar -ya desde el segundo año de la carrera-, prácticas en instituciones de salud. Supo de todo esto desde la pasión de una partera que la animó a decidirse.

Y están quienes directamente ubican su motivación en el gusto por las mujeres, hablan de inclinación hacia esa población, hacia los problemas de las mujeres y al interés en colaborar en la solución de esos problemas. Fabiana relata: “a mí me atraía la mujer desde chiquita, la menstruación, cómo se generaba, la magia que había alrededor de eso, el embarazo, cómo se gesta...”. Para ella hay un descubrir y descubrirse en el deseo de la bisabuela, cuando cursaba la carrera supo que aquella había querido ser partera y no se lo permitieron; hoy reflexiona: “cuando me enteré lo de mi bisabuela me pareció muy hermoso y me dije que ya estaba

marcado este camino, vino ancestralmente conmigo”.

Por su parte Camila explicita: “creo que mi inclinación fue siempre por ahí, porque sabía que iba a trabajar con mujeres, no me imagino en otra profesión”.

“Me interesaba muchísimo el acercamiento, el acompañamiento a la mujer, pero bueno, yo creo que también van en cuestiones de madurez. No sabía si iba a poder acompañar semejante evento tan importante como es el nacimiento. Bueno, y después la carrera me fue sorprendiendo en un montón de otras cosas que hoy por hoy hago. El hecho de poder acompañar a un montón de mujeres en mi concurrencia en el hospital fue como la prueba de fuego, de decir: va por acá va, va por acá y creo que puedo” (Daniela).

También hay quienes habiendo querido estudiar medicina, no podían hacerlo por razones económicas, por la imposibilidad de trasladarse a otras ciudades a estudiar, o justamente eligen la obstetricia por contar con familiares donde la carrera se dicta. Reflexiona Victoria “no es que yo busqué a la obstetricia, sino que la obstetricia me encontró a mí”.

Para otras, la obstetricia es su segunda carrera de grado, y se convierte en una opción cuando se abre el dictado en la provincia donde residen.

métodos anticonceptivos

trabajo en

aprender cambios

embarazos

ILE partos profesión formación

ive

sexual

tareas opciones profesionales

rol ILE

parto formación

opciones

consejería

calidad derechos

**voces obstetricas**

# 3

diálogos trabajo en equipo experiencias  
voces ILE partos profesión pasiones formación equipo diálogos sexual  
aprender cambios embarazos ive tare  
prác sal

## La formación académica: desaprender para volver a aprender con las prácticas como fortaleza

*“Me parece que la formación uno la va haciendo por fuera”.*  
Luisina, Córdoba.

Todas las personas entrevistadas reconocen que la carrera las formó centralmente para dedicarse al control de embarazo y para intervenir en la sala de partos. Por eso mismo el centro de la formación está proyectada en la atención de mujeres en estos procesos, pero desde un rol subsidiario, de asistencia a médicos y/o médicas. Esto entrelazado con la paradoja de ser una carrera fuertemente feminizada con una mayoría de docentes varones produciendo y reproduciendo androcentrismo en medio de relaciones de poder fuertemente patriarcales.

Sin margen de dudas Gabriela afirma: “En general las obstétricas están abocadas a la atención del embarazo, el parto, el curso de preparación para el parto, el acompañamiento en esa etapa, en general, y hay algunas o alguna rama, no sé cómo llamarlo, que interviene en todo lo que tenga que ver con salud sexual, consejería, o salud sexual y reproductiva, no reproductiva, toda esta cuestión que tiene que ver básicamente con la anticoncepción. Eso es lo que en general está abocada la obstétrica, porque además hay una formación académica en esa línea, entonces es como muy en eso. Incluso también mujeres en edad fértil. La academia está circunscrita a la mujer en su ciclo de embarazo, parto, posparto, lactancia, eso es lo que en general es el mandato, digamos, como el hábito, la costumbre”.



Victoria es quien señala con énfasis la presencia de los varones como portadores del saber: “Cuando estudiaba todos mis profesores o la gran mayoría eran varones, médicos, y había obstétricas profes pero siempre quedaron como ahí relegadas a ciertas materias como blandas, las que se pasaban fácil, y las otras materias, las más duras, siempre estaban al mando de varones, que reproducían además todo el contenido de bibliografía escrita por varones, que tampoco eran de acá de nuestra zona, y que estaban colocados ahí en ese lugar detrás de ese escritorio, frente al pizarrón en ese lugar del saber, y nosotras que en ese momento éramos todas mujeres, en nuestro rol pasivo de aprender aquello que se nos era dado”.

Daniela describe con claridad el rol de subordinación: “El rol para el que a mí me formaron fue un rol más asistente, un rol donde yo tenía que tener un médico al lado sí o sí y no lo niego, digo, somos un equipo y realmente sí lo necesitamos, pero podemos hacer muchas más cosas las licenciadas por fuera de la sala de parto, y eso fue lo que fui descubriendo con el transcurso del tiempo (...) Hoy por hoy siento que hay una distancia muy grande desde lo que formé a lo que fui capacitándome por fuera. No sé. A mí la universidad nunca me habló de por ejemplo colocar DIU, ¿para qué? si eso lo hace el ginecólogo”.

Salirse de esas premisas para las que la carrera de obstetricia las forma, interpelar al contexto y a otros, e interpelarse a sí mismas desde sus prácticas concretas y desde las realidades singulares de las personas que concurren a las

instituciones de salud, reconocer que las personas que requieren atención también tienen conocimientos y desde allí toman decisiones, todas esas estrategias parecen configurar un programa de acción e intervención para las entrevistadas:

“Creo que un poco nuestro rol como obstétricas es así, salirnos de ese lugar del saber, de acompañar también la construcción de saberes, de tomar todos esos saberes previos que ya hay en las mujeres, y acompañar estas decisiones, creo que tiene que ver con eso básicamente” (Victoria).

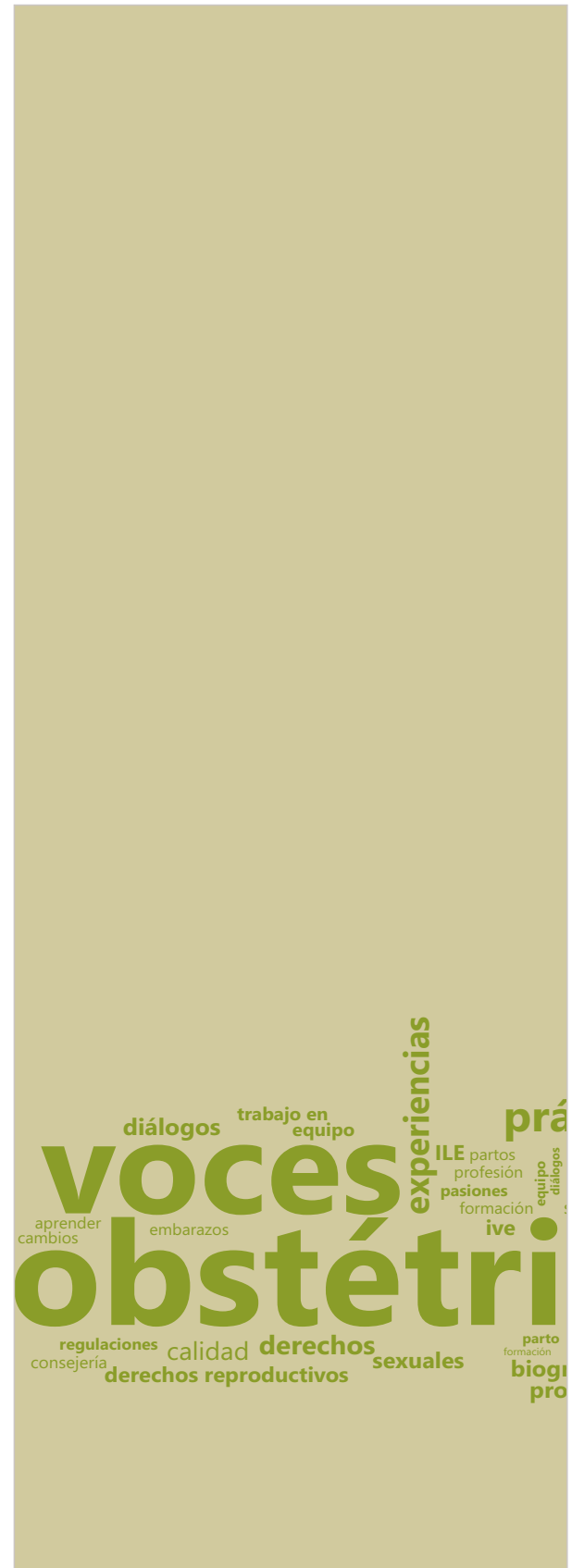


Entre lo que marcan los libros y las vivencias cotidianas, Luisa refiere a cómo hacer lugar a los dolores y sufrimientos que aparecen en el proceso de atención: “Yo le digo a las colegas ahora que capacito, que tienen que mirar de otra manera esa historia clínica, cuando vos le preguntás la edad a la persona, la edad de ella y la edad de la pareja, no le preguntás porque querés llenar una historia clínica, sino que tenés que comparar, ver cuántos años tienen, y por qué están juntos, y si están porque quieren

o se sufre violencia, si tiene orgasmos, si tiene placer en las relaciones sexuales, y así te vas preparando, te vas formando, yo digo junto con el libro, porque lo que te dice el libro con palabras muy bonitas vos lo encontrás en la práctica, como una cachetada, porque hay cosas que son muy dolorosas”.

Noemí también resalta el aprendizaje que la práctica le dio: “En atención primaria no podía ver la embarazada, veíamos todo, entonces ahí vimos la necesidad de que tenés que estar capacitada y como obstétrica teníamos que dar esa respuesta y ahí vi la necesidad de capacitarme más de lo que veníamos, capacitarnos en la práctica diaria. Como que a mí me limitaba mucho al hecho de atender el parto nada más, no podía”.

Gimena afirma que su horizonte se fue ampliando con la práctica misma: “Yo siempre le digo a las chicas de que nosotros somos de las parteras, de que nos recibimos y nuestro destino era la sala de parto y no teníamos como más opciones. Y la vida me fue llevando, dándome cuenta de que no era el único lugar en el que podía estar. Desde la asesoría podemos ayudar un montón y no solamente desde la mera sala de partos”.



# 4

diálogos trabajo en equipo  
voce exper  
partos profesión equipo diálogos  
aprender cambios embarazos pasiones formación ive  
regulaciones consejería calidad derechos sexuales opciones parto formación resist biografía profesio

## Aportes de obstétricas en la producción de salud

*“No sé qué decirte, pero hay personas que tenemos esa percepción de lo que necesita el otro”.*

*Luisa, Chaco.*

Cuando las entrevistas buscan dialogar sobre los aportes de obstétricas y obstétricos en la producción de salud aparecen, casi de forma inmediata, significaciones como la escucha, el acompañamiento, la mayor cercanía, la generación de cuidados, el rol más empático, el comprender a la otra, ponerse en el lugar de la otra, la mirada desde la fisiología y no desde la patología, la apuesta por garantizar acceso a la salud, la calidez. Estos atributos adquieren mayor prevalencia y se nombran con más elocuencia cuando se ejerce la profesión en localidades pequeñas y/o en centros de salud, aunque no se desconoce que hay equipos en hospitales que también los desarrollan. Allí donde el escenario es más pequeño o está más cerca de la vida cotidiana, los vínculos se hacen más estrechos y la práctica profesional se acerca más aún a las necesidades de las personas que concurren a los servicios de salud. A este respecto, importa señalar que estas significaciones aparecen casi siempre construidas en contraposición con lo que ellas consideran que sucede con el hacer médico más especializado, como puede ser la ginecología.

Camila de Catamarca explicita: “Garantizamos el acceso a las mujeres y a las adolescencias a la salud, porque también si bien no todas están formadas en una perspectiva integral (...) porque eso no te lo da la carrera, realmente cada una va haciendo su camino en base a sus inquietudes, creo que estamos más cerca también”.



## El trabajo diario: un sinfín de tareas siempre en movimiento

*“No podía esclavizarme a la atención del embarazo y el parto”*

Noemí, Ciudad Autónoma Bs.As.

En un momento de la entrevista se les solicitó que relaten qué prácticas y tareas realizan en sus lugares de trabajo: la lista de cada una se volvió casi interminable y se amplificó también según las regiones donde trabajan y las agendas que los contextos traen, por ejemplo, hay quienes suman talleres a sus haceres en los centros de salud, talleres de Educación Sexual Integral (ESI) dirigidos a instituciones comunitarias y educativas.

En lo que parece un zurcido más o menos artesanal, más o menos colectivo, reconocen que hacen un sinfín de acciones vinculadas especialmente a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva de las mujeres y en algunos casos manifiestan que realizan atención a toda persona que necesita gestar o abortar, y con ello se habilitan reflexiones sobre la atención de personas con otras identidades de género.

Saltar las fronteras de lo posible de ser realizado en base a la formación académica recibida e incluso a las regulaciones provinciales del trabajo de obstétricas es una constante en las voces de estas mujeres. Hablan de deconstrucción, se reconocen distintas e interpeladas en este tiempo particular y señalan que son los movimientos feministas, de mujeres, LGTBBIQ+ quienes empujan y sostienen que esto sea posible.

“Porque uno asocia partera-atención del parto, pará de contar. Y en los centros de salud donde

empecé a trabajar no sabían que existía la carrera, no sabían. Como que nos asocian mucho con ginecología, digamos con los tocoginecólogos, tocoginecólogas y nada que ver. Y yo lo que hago es controles prenatales, hago asistencia y seguimientos de embarazo, hago consejería en salud sexual, en salud no reproductiva y reproductiva. Y también doy provisión de métodos anticonceptivos. Acá se pueden indicar pastillas, inyecciones, puedo hacer colocación de DIU y de implantes. También atiendo cuando hay, controles de puerperios de parto normal. O sea, veo a gente que ya tuvo su parto. Y bueno, la consejería en salud sexual incluye la consejería en opciones que desde que arranqué en el primer nivel de atención, ahí empecé a trabajar” (Verónica).

Fabiana, quien trabaja en un hospital, comenta: “Atendemos consultorios de distintos tipos relacionados con obstetricia, con control del embarazo, control del puerperio, ciertos estudios, monitoreo y eso, hacemos guardias en las que participamos de manera integral no solamente lo relacionado con embarazo y parto, también participamos de consultorios de interrupción de embarazo, de salud sexual y reproductiva, de métodos anticonceptivos, estamos a cargo de lo que es la salud reproductiva de la sala de internación”.

Desde Jujuy, Lucrecia vislumbra también esos cambios culturales y sociales que abren nuevas posibilidades: “Antes se veían muchas mujeres como que eran obligadas a realizarse si eran madres. Y creo que esa mirada está cambiando totalmente y nosotras tenemos consejerías a mujeres que tienen 20, 22 años y que optan por una ligadura tubaria con una seguridad que quizás hace años no se hubiese visto, y cuando uno les pregunta desde

dónde toman esas decisiones, te contestan que se sienten mujer así o me siento persona así y no tengo la necesidad de gestar, entonces no es como antes, digamos”.

En ese sentido, la voz de Lucrecia se encuentra con reflexiones de Gimena quien trabaja en centros de salud de zonas rurales de Mendoza: “La mujer de zona rural tiene como muy marcado esto de que salís de la secundaria y tenés que ser mamá, tenés que casarte, tener hijos, eso es como lo que te complementa para ser mujer. Y creo que de a poquito vamos ayudando a cambiar esa mentalidad de que no sos mujer para reproducirte. Sos una mujer que podés tener objetivos en la vida, estudiar, casarte. O sea que podés tener una decisión de decidir sobre tu vida y no que la sociedad decida lo que vos tenés que hacer o dejar de hacer”.



Para cerrar este apartado y abrir el próximo, parece oportuno traer a Luisina en su comentario sobre las disputas para abrirse camino como obstétricas. Un camino que reconoce es con y desde lo comunitario: “Fue ir haciendo un camino y demostrando el rol de la partera, que es totalmente diferente al rol del médico, que en esta zona hay una hegemonía médica muy

importante y la palabra del ser médico es lo máximo, y de repente irrumpir con otra mirada, fue ir haciendo un camino muy interesante. Bueno, ahí estuvimos trabajando, haciendo mucho lo que es trabajo comunitario, trabajo en lactancia, alimentación, crianza. Se armó un equipo de mujeres, algunas profesionales y otras no, que nos unían estas ganas de encontrarnos para ir abriendo también una mirada a la gente nativa del lugar, donde de la salud sexual reproductiva y no reproductiva no se habla mucho”.

diálogos trabajo en equipo experiencias pr  
VOCES ILE partos profesión equipo  
pasiones formación  
aprender cambios embarazos ive  
obstétrica  
regulaciones calidad derechos sexuales opciones  
consejería derechos reproductivos formación part  
biog pr

## Cambios: construir otras miradas para otra obstetricia. Un camino plagado de resistencias

Las entrevistadas que tienen más años de ejercicio profesional o que están jubiladas de la atención en consultorio, dan cuenta de una situación clave o una serie de situaciones clave en el ejercicio de la profesión, situaciones que producen una fisura, una reflexión, una incomodidad, algo que empuja a querer cambiar las cosas.

Explica Gabriela: “Venían las mujeres, entonces yo decía, bueno, empezar el control del embarazo, entonces tuviste embarazos anteriores, sí, pero me los saqué, así, y me acuerdo que les preguntaba qué hiciste, cómo fue, ¿no tuviste miedo?... entonces me contaban, me pusieron una sonda... Entonces eso fue, para mí fue escuchar a las mujeres, construyendo ahí ese vínculo, lo que me permitió empezar a darme cuenta que había cosas que a mí nadie me había enseñado, nadie me había explicado, y que solamente era la práctica y cierta sensibilidad si se quiere”.

“Esas historias que te dan una cachetada, porque todo lo que sabés resulta que no sabés nada, en una oportunidad escucho una compañera mía del hospital que me dice: 'Señora, la Romi está embarazada otra vez'. ¿Por qué? ¿qué pasó? Y sí, dice, 'porque el marido le tiraba todas las pastillas', ay Dios mío, ahí me entero que los maridos tiran las pastillas, la pucha, y bueno, y entonces vos te ponés a pensar, acá el libro se quedó corto, acá hay otras cosas que necesitás estudiar, que necesitás saber” (Luisa).



“La característica del hospital [ubicado en un barrio] es que tiene una población histórica, hay mucha gente que se atendieron las madres, las abuelas y mucha gente del barrio, que las conozco, que las veo. Entonces siempre te preguntan de todo, de cómo me cuido, dónde me puedo ir a hacer un aborto, bueno, no podía esclavizarme a la atención del embarazo y del parto”, comenta Noemí.

También en general reconocen que sus prácticas armadas desde nuevos abordajes cambian empujadas por contextos que se nutren de argumentaciones relacionadas con los derechos y logros plasmados en leyes y normativas. Consideran que la movilización social producida por los debates de interrupción legal y voluntaria del embarazo impactan de lleno en el quehacer cotidiano.

“Al principio, era muy chiquito mi campo de asistencia y con el tiempo se fue ampliando y fue abriéndose, las leyes ayudaron. Y el contexto también fue cambiando, y uno, yo creo personalmente, yo fui cambiando. Con respecto al IVE, personalmente yo creo que hace dieciséis años no se me ocurría pensarlo. [...] Digamos que en este tiempo empecé como a abrir mi mirada, no soy ni un cuartito de lo que era hace quince años, veinte años” (Luisina).

“No viene una persona embarazada y yo agarro un cartón de embarazo, que eso en algún momento lo hemos compartido. Es ¿qué te pasa? ¿qué pensás? ¿qué sentís? ¿querés continuar? ¿no querés continuar? Tenemos este abanico. Que esto uno lo hace con la ley en mano con un poco más de tranquilidad, pero lo hacíamos de antes, la causal salud estaba”, reflexiona Daniela.

En varias oportunidades puede leerse cómo esos cambios también provocan resistencias en las instituciones. Siendo la obstetricia una profesión desplegada mayoritariamente por mujeres, los obstáculos que aparecen están relacionados con las jerarquizaciones existentes dentro del propio sistema de salud y el statu quo que los cambios vienen a interpelar. Acusadas de ser un “embarazo ectópico” por algunos actores de la ginecología, tildadas de parteras aborteras, cuestionadas en las prescripciones que realizan, acusadas ante autoridades por colocar DIU o implantes subdérmicos son algunas de las expresiones de esas resistencias e intentos de control.

En palabras de Luisa de Chaco: “Mis compañeras no te digo que me escracharon, pero se reunieron todas y más o menos me acusaron, esta está poniendo DIU, adelante de la jefa del programa nacional, vino creo que, en el año 2003 a hacer una capacitación, así que ahí todas más o menos me llevaron al patíbulo ahí a acusarme de que yo colocaba DIU”.

“Fue todo un desafío [cuando en la provincia se define que trabajen en los Centros de Atención Primaria]. Porque realmente la carrera te forma para sala de parto. Así que no tenés la práctica de la atención primaria de la salud que tiene otra connotación. Fuimos muy resistidas en un principio, muy resistidas. Por ejemplo, el bioquímico les decía a una mujer que yo había atendido: 'no, esa no es doctora, andá que te haga un doctor el pedido'. Así y volvían a veces llorando. Bueno, fue como dura la lucha porque tampoco estábamos colegiadas. Entonces era abrir camino”, reconoce Camila.

# 7

aprender cambios  
embarazos  
ive  
tarear  
regulaciones consejería  
calidad derechos sexuales  
derechos reproductivos  
opciones  
parto formación resistencias  
biografías profesionales

## La Consejería en Opciones: “es como hacer escuela”

*“La obstétrica labura de eso, para mí, de la escucha, de escuchar los deseos, lo que quiere la otra persona y poder acompañarla en eso”*

Fabiana, Ciudad Autónoma Bs.As.

Los términos en que definen la Consejería en Opciones refieren a elegir como acción sustantiva. Posibilidad de elegir. Elegir con información. Elegir lo más despojada del afuera posible.

Lugar para deconstruir mitos sobre métodos anti-conceptivos, para develar situaciones de violencias por motivos de género. Lugar para mostrar que al test positivo no le sigue de forma automática el cartón prenatal de control de embarazo. Lugar para habilitar la pregunta: ¿qué querés hacer vos con este embarazo? Sabiendo también que esa pregunta requiere despojarse de ciertas mochilas personales: “al principio me ponía roja de preguntar qué es lo que quiere hacer, sentir la incomodidad mía y la incomodidad del otro lado también”, cuenta Verónica de Salta.

Requiere dedicar tiempo, en un espacio que es físico y simbólico, para construir un vínculo, generar confianza, empatía, colaborar en la construcción de autonomías, brindar información clara, oportuna, precisa.

“No creo que haya que dar por sentado que todas las mujeres saben que tienen derecho a elegir. Creo que también es como hacer escuela. Y si bien llegan y te dicen 'vengo por un control de embarazo' en algún momento de la charla hay que contarles que la maternidad es una elección, que no es un

destino, que no le deben nada a las mujeres que no pueden gestar. Y yo creo que ahí hacemos escuela, porque esa mujer se va a la casa con esa semillita”, dijo Camila al manifestar sus preocupaciones sobre los desafíos del trabajo en las consejerías.

Victoria de Entre Ríos, explicita que “el modelo de atención tiene que considerar la centralidad en la persona usuaria, basado en consejerías donde se ofrezcan las opciones con información amplia para que se pueda decidir, porque no es algo muy común en realidad, el modelo se caracteriza por ser prescriptivo, y desde mi práctica diaria, que tiene que ver con eso, en este caso las opciones son, por ejemplo, elegir dentro de las opciones anticonceptivas si se eligen o no y cuáles”.

Daniela señala la importancia de considerar que “la consejería en opciones es con la gestación actual y con el método anticonceptivo. [...] porque no es que la ILE sea un pecado sino porque no es gratis para la persona poder atravesar eso. Entonces, si podemos tener a la mano algo que la otra persona quiere elegir, también darle accesibilidad post-aborto, en caso de que elija aborto o en caso de que elija continuar un embarazo darle la consejería post parto”.

También hubo referencias a cómo sumar a otras personas que se dedican a la obstetricia a implicarse con la consejería en opciones desde las improntas antes señaladas. Las entrevistadas coinciden de manera más o menos explícita en indicar la importancia de políticas públicas que den seguridades y sostenes junto con la necesidad del cambio en la currícula de la formación de grado, que sea con perspectiva de género, que se le dé impulso dando relevancia a la temática “y después, en

los lugares de servicio, ir capacitando, ir mostrando, ir corriendo el límite. Una vez que empiezan a capacitarse ayudar a ver la necesidad de que la mujer no se terminó el día que tuvo el bebé en brazos”, postula Noemí.

A esto se suman otras ideas particulares que se resumen a continuación en las voces de tres entrevistadas. Daniela sostiene que hace falta correr el foco del “nosotros”, un nosotros a los que menciona como ombligo-céntricos: “yo no me haría”, “yo no me pondría”. Considera que es un gran problema de los profesionales y las profesionales: “bajaría un poco esa subjetividad y empezaría a pensar más en los derechos que tienen los y las pacientes”.



“Creo que hace falta mucha sensibilización. La formación y la capacitación que recibimos es todo el tiempo desde el aspecto biomédico. Todo el tiempo la paciente como si todo fuera una maquinita así. Creo que hace falta trabajo desde otro lugar”, argumenta Camila desde Catamarca. Amplía su visión con propuestas de este tenor: “La pedagogía te posibilita la construcción de otro discurso y la deconstrucción,

también. La paciente tiene derechos, sí. Y qué me pasa a mí como profesional, qué se remueve en mí como persona, qué hay en mi historia en todo esto, qué me pasa a mí, a mi mamá, a mi abuela, a mi hermana, todos, todas, todes conocemos gente que abortó. No puede ser que la realidad te pase por el costado”.

Por su parte Gimena considera importante “hablarle de estadísticas, en Mendoza puntualmente, cómo la implementación a partir de esta legislación provincial que nos habilita a las obstétricas, a poner implantes y DIU ha logrado que bajen prácticamente un dígito los embarazos adolescentes desde el 2018”.



## Los obstétricos y las obstétricas ante la interrupción legal y voluntaria del embarazo

*“Hoy por hoy la política pública es la de garantizar el aborto también. Eso me deja avanzar un montón más”*  
Sandra, Neuquén.

Los recorridos para involucrarse con las interrupciones legales y voluntarias del embarazo tienen distintas tonalidades y tiempos. Sin embargo, interesa mostrar una constante, sea entre quienes tienen más años de ejercicio o menos: son las mujeres con sus demandas ante embarazos inviables quienes interpelan de una manera u otra a estas profesionales a “tomar partido” y comenzar a garantizar abortos. “Dale ¿me vas a dejar sola?”, recuerda Luisina que le dijo una amiga que necesitaba interrumpir un embarazo. Señalan que son interpelaciones que las obligaron a “salirse del lugar cómodo”. Vislumbran las disputas, los rótulos, los estigmas, los conflictos, las divisiones existentes entre profesionales de la obstetricia: “Se ha planteado hasta una cierta rivalidad entre las colegas que sí y las colegas que no. A ver, porque creo que históricamente como te decía, la partera era la partera de sala de parto, la partera que da vida, la partera que trae vida al mundo, entonces que de repente vos tengas que asistir o estar en la situación de un IVE queda como esta cuestión de conflicto, de conflicto de intereses”, comenta Gimena de Mendoza.

No obstante, ella también pone valor a la escucha, cuando piensa en sus propios tránsitos: “Yo puntualmente te cuento al principio la verdad que me sonaba muy chocante el tema, no estaba de acuerdo con la interrupción voluntaria. Después de

mucho escuchar mujeres entendí que es una opción personal. Que cada mujer decidirá, yo lo que intento cada vez que hago una consulta en salud reproductiva o cuando hago interrupción voluntaria le planteo las ventajas y desventajas. No soy quién para decidir su vida ni juzgarla”.

“Considerar la escucha. Por ahí estar atenta a situaciones de abuso sexual. Y también en el cotidiano, estar atenta a embarazos forzados, o sea, estas cuestiones aparecen cuando uno se va sensibilizando en la temática y va adquiriendo algunas herramientas como para agudizar el ojo y vos decís: ‘hay algo raro acá’”, admite Camila de Catamarca.

Tanto Luisina de Córdoba como Verónica de Salta comentan que todo lo referido a aborto siempre estuvo ligado a legrado, internaciones y hospital. Reconocen que tuvieron que desear aprender acerca de los términos en que el aborto es pensado, y aprender a que puede ser con medicamentos, en casa, que es un método seguro y extendido incluso antes de que el sistema de salud lo adopte. Cuatro de las entrevistadas

nombra las experiencias de trabajo conjunto con activistas socorristas<sup>3</sup>, y cómo esos vínculos les permitieron expandir sus conocimientos y sentir apoyos en ese trayecto profesional.

Unas garantizaban con los marcos normativos establecidos en el Art. 86 Código Penal y otras comenzaron a hacerlo desde la sanción de la ley 27.610 en diciembre de 2020.

“La ILE era un gran desconocido, no se hablaba de ILE y no se sabía tampoco sobre la ley ni en qué momento se podía acceder. La verdad es que la mayoría de los CAPS al menos en el mío, todos son objetores de conciencia. La ley de IVE vino a poner sobre la mesa, en la discusión cotidiana, en el almuerzo en los domingos familiares, en el café, la discusión del aborto en el centro y de alguna manera a nombrarlo también, porque era una palabra prohibida. Siempre se supo que los abortos existían, que las mujeres abortan, pero de ninguna manera se ponía la discusión sobre la mesa”, afirma Camila.



La garantía del derecho se vale de estrategias más o menos artesanales, más o menos colectivas, según los contextos en los que se desempeñan. En algunos lugares todo queda en manos de la obstétrica, sin que sea un problema el acceso a la medicación, dado que la trayectoria de años de trabajo, los debates instalados y el hacer en equipo, posibilitan confianzas para armar rutas que facilitan el camino a

<sup>3</sup> Socorristas en Red (feministas que abortamos) es una articulación de colectivas de Argentina, creada en el año 2012, para dar información y acompañar las decisiones de abortar, a la par de reclamar la despenalización y legalización del aborto. Más información en [www.socorristasenred.org](http://www.socorristasenred.org)

las personas que solicitan una IVE. Mientras que, en otros, se mantienen las dependencias de la presencia de un médico o una médica a partir de que se capta la demanda en una consejería en opciones o en un consultorio de la guardia hospitalaria. “Hago todo lo que es la consejería pre y post, pero la medicación se la tiene que entregar el médico”, comenta una de las entrevistadas. Y esto se vincula directamente con las incumbencias establecidas en la ley que regula el ejercicio de la partería en el país. Otros mecanismos hay que poner en marcha cuando la gestación es de 13 semanas o más, dado que los protocolos vigentes requieren de derivaciones e internaciones. Lo que es posible auscultar es que aún en la variedad de formatos y estrategias, más que renegar de ciertos laberintos, estas obstétricas buscan las maneras de facilitar los tránsitos para que se acceda al aborto de manera segura.

Para Luisina, la ley 27.610 le permitió animarse a más: “Y una vez que se aprobó la ley de IVE-ILE, es como que me animé más. Y por ahí a mí me costó mucho, porque como te digo, el servicio es objetor de conciencia, entonces era David y Goliat, digamos, la primera instancia fue hacerlo como medio a escondidas. Hasta que empecé, digamos a decir: 'tengo más demanda, tengo más gente'. Nosotros no somos proaborto tampoco, nosotros somos quienes abrimos la puerta del sistema. Y también tuve mis luchas internas porque veníamos de una educación muy marcada con mis abuelos, venía muy marcada con mis viejos. Pero entendí que yo soy efectora de salud y tengo que dar la respuesta”.

Fabiana sostiene que a partir de la Ley 27.610: “Siguió un poco lo que venía sucediendo, nos facilitó un poco el laburo, porque antes por ahí

cuando las interrupciones eran solo legales vos hacías interrupciones que rascabas hasta buscar una causal. Ahora es mucho más sencillo en ese sentido, listo, ya está, no tenés que dar explicaciones, qué hermoso. También el hecho que las personas que vienen a atenderse, no eran las mismas personas de antes que venían con miedo, que venían a preguntar por cualquier otra cosa hasta que vos con un minuto de lucidez te dabas cuenta que esta piba quiere interrumpir un embarazo”.

Luisina se pregunta y responde: “¿Y si acompañamos y somos aborteras? ¿Qué pasa? No pasa nada, son decisiones de las mujeres. Yo no soy la Iglesia, o sea, que entendamos que eso abre el campo de trabajo, me parece que puede ser un buen llamador para entender eso, para mujeres, y aparte de llevar el IVE a todos lados, porque que no es solo de las ciudades y de los grandes hospitales, que eso lo puede hacer en cualquier centro de salud, que no hace falta tener el mega hospital para acceder a un aborto”.

**ILE** partos  
 profesión  
 pasiones  
 formación  
 ive

# 9

experiencias

prácticas

saberes

partos  
profesión

pasiones

formación

ive

equipo  
diálogos

sexual

tareas

opciones

escuchas

profesionales

## Distintas regulaciones para una misma profesión en un mismo país

*“Hay muchas prácticas que se hacían de oficio, sin tener ningún aval legal”*

Gimena, Mendoza.

Llegadas al punto de conversar sobre regulaciones profesionales todas las personas entrevistadas dan cuenta de un sinnúmero de problemas. A la par, en mayor o menor medida, hacen visible que hay una distancia enorme entre las incumbencias dadas por las regulaciones y el hacer cotidiano. En el mejor de los casos hay provincias que avanzaron en aprobar leyes que amplían el hacer profesional de los y las obstétricas y que la ampliación está asentada en el reconocimiento de lo que en la práctica venía sucediendo. Es decir, esas normativas vienen a regular prácticas cotidianas. No obstante, también existen regulaciones provinciales más recientes que no contienen ese sinfín de tareas que realizan los y las obstétricas, ni otras que, con formación mediante, bien podrían desarrollar.

En otro orden, señalan la importancia de tener disposición personal para saltar barreras, y que esto se facilita si hay equipos de trabajo que se sostienen y acompañan. (Ariza et al., 2022)

Victoria de Entre Ríos comenta: “Si nos ceñimos a nuestra ley no podemos hacer nada de todo lo que hacemos, porque nuestra ley es muy vieja, no nos permite hacer mucho, o nada prácticamente, pero nosotros lo hacemos. El control preconcepcional, control prenatal, parto, posparto, las consejerías post evento, la prescripción de métodos anticonceptivos, la colocación de métodos anticonceptivos de larga duración en aquellos efectores en



donde las chicas podemos estar respaldadas por alguien que nos acompañe, porque de otra manera es difícil, hacemos interrupciones del embarazo también, así que en realidad nosotros hacemos todo, sucede que es heterogéneo cómo se distribuye eso en nuestra provincia y todo depende también de cómo estén conformados los equipos en cada hospital o cada centro de salud, el apoyo que cuente la obstétrica para poder trabajar en equipo, y de las ganas que tenga también, de ofrecer estas opciones”.

En esa línea, Gabriela comenta: “Como obstétricas, desde el punto de vista legal, no estamos habilitadas para la prescripción de anticonceptivos, y de otras tantas cosas, sin embargo, es una práctica absolutamente instalada. [...] Entiendo que hay muchas colegas que necesitan tener esa cosa de respaldo legal porque se sienten como más protegidas por ahí si se quiere ante la observación o la negativa de autoridades para poder efectuar esa práctica”.

“A mí me parece que hay que trabajar en derribar quizás algunos miedos. Creo que mucho ayuda algún marco, no sé, algún documento que lance la provincia como para dar respaldo digamos a esta instancia. Yo creo que, si no se puede prescribir, no se puede prescribir y no estamos autorizadas a prescribir. No me parece que sea una instancia que haya que estimular si no estamos avaladas para hacerlo”, comentó Soledad quien ejerce la profesión en Neuquén y coincidiendo con lo esbozado con Carolina, en relación a cómo las normativas dan protección. “Con un mapa funcional que se hizo, se discutió un montón, y pudimos colocar implantes, cualquier método. O sea, el método que salga, se actualice, nosotros estamos habilitados a

hacer. Ese documento nos abrió la puerta a los anticonceptivos, a la colocación, a la renovación” (Sandra).

Por su parte Daniela, quien ejerce la profesión en Junín de los Andes, muestra esas distancias entre las regulaciones y los conocimientos: “No puedo indicar un misoprostol y ni siquiera lo puedo indicar al misoprostol con baja dosis para comenzar una inducción del trabajo de parto, está tachado de nuestro vademécum. Aquí en la provincia nosotros tenemos un vademécum, pero no está en el vademécum. Y eso no quiere decir que no lo utilicemos o no lo sepamos utilizar. La práctica también dista mucho de lo que sí sabemos hacer, lo que la expertise de la profesión te da y con el camino que uno va recorriendo, pero bueno, siempre me alegra pensar que he cambiado la forma de atender”.

Verónica de Salta da cuenta de aspectos alcanzados con la ley provincial: “Acá hay una ley de ejercicio profesional de obstetricia, hay una ley provincial. Y esa ley provincial nos habilita a la prescripción de medicamentos que están asociados con el control de embarazo, del parto y métodos anticonceptivos. Entonces, si nosotros necesitamos una suplementación de hierro por anemia, en una embarazada que hizo controles prenatales, lo podemos hacer tranquilamente. [...] Me acuerdo cuando hice una rotación en Buenos Aires en mi residencia, nosotros teníamos que hacerlo firmar con un médico. Acá no hace falta”.

Lucrecia de Jujuy destaca la organización en su provincia, un proceso nuevo que trae visibilización y fortalece al colectivo: “Nosotras tenemos una ley provincial que es nuevita, fue apro-

bada hace muy poquito, lo mismo que el Colegio de Obstétricos es muy nuevo. [...] La regulación nos ha dado bastante nombramiento digamos en algún punto, porque antes éramos auxiliares, ahora por lo menos ya tenemos el colegio y es como que ya se va visualizando que hay profesionales de Obstetricia que vienen pisando fuerte”.

escuchas  
 opciones  
 profesionales  
 anticonceptivos



# 10

diálogos trabajo en equipo  
voce exper  
partos profesión equipo diálogos  
aprender cambios embarazos pasiones formación sexual ta  
regulaciones consejería calidad derechos sexuales opciones parto formación resist biografía profesio

## La ley nacional: una deuda con la obstetricia

***“La maldita ley no nos posibilita hacer absolutamente nada”***

Fabiana, Ciudad Autónoma Bs.As.

Cuando la conversación incursiona en temas referidos a la regulación del ejercicio profesional coinciden en la necesidad de avanzar en el debate y la sanción de una ley de alcance nacional. Como menciona una de las obstétricas, si de manera personal una persona se pone límites, y hay una ley que impone un techo, esto funciona como excusa para que no quieras y no te dejen avanzar. Consideran que la normativa que les adeuda el Estado nacional tiene que estar al servicio de dar legitimación y tranquilidad, contemplar con énfasis el reconocimiento de las prácticas que ya realizan, incorporar todo lo referido a salud sexual, reproductiva y no reproductiva, a la vez, que sea una ley que incluya otras prácticas que podrían realizar con la capacitación adecuada como por ejemplo prescribir misoprostol.

Se trata, en gran medida, de la valoración del trabajo de cuidados y de producción de salud que despliegan para amplios sectores de la sociedad, se trata de dejar de considerar a obstétricas y obstétricos como subalternos del saber médico hegemónico, se trata de una distribución más equitativa de bienes materiales en los ámbitos de salud y de regular para igualar las condiciones de esta profesión, que además de tener distintas regulaciones provinciales, tiene distintas limitaciones según sea que se trabaje en ámbitos privados o públicos del sistema de salud.

Lucrecia comenta: “Una ley nacional, porque primero que nada está el hecho de que conozcan quiénes somos, qué es lo que hacemos y para qué lo hacemos. [...] Hay provincias en donde todavía nosotros seguimos siendo auxiliares y no somos auxiliares de la medicina. Somos profesionales de la medicina, somos gente capaz de poder aprender, de poder replicar, de poder hacer muchas cosas con la salud sexual y reproductiva y necesitamos este aval, este aval nacional que nos reconozca como profesionales”.

Camila desde Catamarca describe: “Una ley enmarca las actividades, las institucionaliza también. Creo que además es una cuestión de protección a nuestro hacer, las regula también, de alguna manera establece reglas y sanciones que son necesarias en el ejercicio de una profesión. Y creo que la gran deuda del estado argentino, con las obstétricas es una ley nacional que contemple nuestra población, nuestra profesión, en todo lo que hacemos, en todos los ámbitos donde nos desarrollamos, en cómo somos un personal que previene las muertes maternas, que es un indicador fundamental en un país”.

Gimena alude a la urgencia de una nueva ley que incorpore la experiencia y la densidad de los cambios sociales que son parte del tiempo actual: “Tenemos leyes de hace cincuenta años o más. No puede ser, no somos las mismas colegas de hace cincuenta años. Yo no soy la misma profesional que salió hace veinte años atrás de la facultad. Tengo otras capacitaciones, tengo otras incumbencias, tengo otra experiencia. Entonces, hemos evolucionado como profesionales. De hecho, no quiero exagerarte, pero la ley nacional hablaba solamente de mujeres. Vos decís: 'No. Si tenemos colegas varones'.

Entonces no, obviamente que necesitamos urgente, urgente necesitamos una ley que nos avale a todos”.

Una ley beneficiaría a parteras y derramará beneficios en la población en general aventura Luisina: “Les permitiría a las parteras animarse a más, sobre todo, a animarse y a perder los miedos. Y eso es una riqueza inmensa para las mujeres y las personas gestantes. La ley nos va a permitir movernos un poco más relajadas en esto, ojalá, salga”.

Por su parte Sandra señala la importancia del rol que puede jugar en Ministerio de Salud para la aprobación de una ley: “La necesidad del apoyo del Ministerio de Salud para que esta ley salga, se apruebe, que salgamos de la clandestinidad. Salir de estas prácticas digamos que sí o sí, tenemos que estar detrás de un médico para que firme algo. El beneficio, digamos en la ley, creo que siempre está el reconocimiento a nivel nacional”.

Las conversaciones rondaron también en buscar explicaciones acerca de cómo es posible que aún no se haya conseguido una normativa como la que vislumbran en un país que ha sancionado numerosas leyes con perspectivas integrales en temas de salud y derechos.

Luisina reconoce que hay muchos intereses en juego que impiden y/o impidieron su sanción hasta ahora: “Hay muchos intereses económicos para que no salga. Hay mucha gente a la que no le conviene esta ley. Incluso a los médicos no les conviene. Entonces, bueno, la frenan, la traban”.

“[...] durante la dictadura se cerró la carrera, nosotras tenemos una historia jodida dentro

de lo que es la profesión, y con un montón de palos en la rueda y con un montón inclusive de colegas que por ahí no le hicieron bien a la imagen de la obstétrica, entonces nada, el sistema médico es muy fuerte, y los y las médicas dinosaurios como le digo yo tienen un montón de peso, presidentes de asociaciones, políticos, gente que no les conviene que... no termino de entender muy bien por qué, pero no les conviene que la ley se modifique y que nosotras hagamos legal las cosas que hacemos, porque las hacemos igual”, afirma Fabiana desde CABA.

En temas vinculados a la ley nacional, en el debate del año 2018 que culminó con la media sanción por la Cámara de Diputados de la Nación, algunos énfasis son destacables. En ese contexto, la resistencia de las asociaciones profesionales de las especialidades de la gineco-obstetricia fueron visibles y en buena medida frenaron -con un fuerte lobby- el cambio legal. Pocas instituciones de los colectivos médicos -como FAMG, SAGIJ y AMADA entre otras- salieron a respaldar públicamente el proyecto de ley. Noemí, quien tuvo experiencia en ese debate reconoce la importancia de aprender de lo que aconteció en aquel momento. Además de dar cuenta de esas fuertes resistencias y algunos apoyos, balancea su visión con elementos que a su juicio también contribuyeron a que fracasara la posibilidad de



una nueva normativa: “Primero por las diferencias muy fuertes que se instalaron sobre el parto domiciliario. Es terrible el lobby que se hizo. Y si bien fue más importante acá en CABA o en gran Buenos Aires, también lo es en Córdoba, hay otros lugares urbanos donde también se da. Y fue como muy aguerrido, como muy de mucha pelea, de confrontar mucho entre nosotras, tanto desde las compañeras que hacen partos domiciliarios acusando a todo lo demás como maltrato y muy mala atención, y del abroquelamiento de lo institucional como diciendo que lo otro también es muy malo y generó una cosa de blanco o negro, de cuestiones que fueron muy, muy dolorosas, de núcleos muy enfrentados”.

“Lo único que me falta hacer son vasectomías y cesáreas”, dijo una de las entrevistadas cuando se les sugirió pensar qué nuevas incumbencias podría definir un texto de ley. En términos generales no dudan en que podrían ocuparse

de garantizar interrupciones voluntarias de embarazos, prescribiendo los tratamientos con medicamentos y realizar aspiraciones manuales endouterinas, hasta las 12 semanas de gestación. Sugieren que la ley tiene que contener entre sus objetivos ampliar el acceso a los derechos garantizados en las leyes nacionales, como la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable y la 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria de embarazo y atención posaborto. Algunas nombran además las incumbencias que podrían incorporarse en relación a lo establecido en la ley 26.743 de identidad de género, así como en la ley de parto humanizado.

A la vez, hay quienes, junto con postular la necesidad urgente del debate y aprobación de una ley nacional, se hacen eco de la importancia de trabajar en equipos interdisciplinarios. Argumentan que la ley da legitimidad, destierra temores y protege. No obstante, insisten que en los territorios hace falta más trabajo colecti-

vo, convencidas que eso promueve mayores estándares en la calidad de atención y mejora las condiciones laborales.

“Yo tengo esperanza que las nuevas generaciones que están saliendo vienen con otro espíritu, con otro espíritu aguerrido, con otras ideas, con otra cabeza. Lo hablábamos justamente con otra colega, que nosotras éramos las parteritas que salíamos y el médico nos decía algo, sí, sí, agachábamos la cabeza y seguíamos. Y estas niñas no. 'No. ¿Por qué doctor? Si esto es así, asá', sin tantos temores como nosotros teníamos”, con estas palabras Gimena sintetiza cierto sentir que latió en las entrevistas. Un sentir que busca generar amarras en lo colectivo, que tiene confianza en la fortaleza de la experiencia y los debates persistentes dados durante décadas por algunas parteras y en simultáneo reconoce el empuje que traen nuevas generaciones formadas también al calor de la Marea Verde.

**opciones** parto resistencias  
formación biografías

## Conclusiones

Este documento reunió voces de obstétricas de la Argentina con vocación por su tarea. La intención fue hacer visible el versátil e intenso trabajo que ellas realizan en contacto cotidiano con adolescentes, mujeres y otras personas que gestan. Sus trayectorias profesionales se distinguen por una curiosidad por comprender a la persona a quien asisten, sus circunstancias de vida, sus tramas vinculadas así como los deseos explícitos y latentes vinculados a su salud, sus sexualidades y sus capacidades reproductivas. También sus reflexiones han señalado el sinuoso camino recorrido para construir su autonomía profesional en contextos adversos, signados por un modelo hegemónico de atención de la salud materna y la salud sexual y reproductiva que no reconoce -con todos sus méritos- las contribuciones que las obstétricas hacen para garantizar el acceso y la calidad de la atención, así como tampoco reconoce la especificidad irremplazable de sus tareas.

Las obstétricas entrevistadas manifiestan su preocupación por el armado de espacios colectivos que nucleen a quienes trabajan en el campo de la obstetricia. Reconocen dificultades subjetivas y objetivas para que esto sea posible; no obstante, saben que es un aspecto clave para lograr la puesta en valor de su trabajo. Este interés también está relacionado con las formas de trabajo que arman en donde se desempeñan actualmente, como es apostar a la conformación de equipos interdisciplinarios para mejorar el acceso y la calidad de la atención en salud.

Se sienten parte de ese amplio movimiento que con diversos bemoles, instala debates, reflexiones y prácticas desde las perspectivas de la salud pública, los feminismos y las diversidades sexo-genéricas. Enlazan sus actuales posicionamientos y miradas acerca de la salud sexual, reproductiva y no reproductiva con los procesos de movilización social, política y cultural vividos en el país, especialmente en la última década, algunos de los cuales trajeron apareja-

dos normativas ancladas en perspectivas de derechos.

Ellas aspiran a que se avance con una ley nacional que regule las funciones y competencias para obstétricas y obstétricos de Argentina. Ellas saben que una ley que reconozca la autonomía del colectivo profesional y sus múltiples aportes a la salud de las mujeres, adolescentes y niñas será un acto de justicia.





# referencias

Abalos, E. (2019). Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva: un agente estratégico. Disponibilidad, competencias y marco regulatorio del personal de partería en servicios de salud sexual y reproductiva, atención materna y del recién nacido. Documento de técnico número 4. Plan ENIA (Ministerio de Salud de la República Argentina). Disponible: [https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4\\_enia\\_obstetricas\\_agentes\\_estrategicos.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/dt.4_enia_obstetricas_agentes_estrategicos.pdf)

Ariza Navarrete, Sonia; Sciurano, Guido; Ramos, Silvina. Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas/os en la Argentina: un tema estratégico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES, 2022. Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4685>

Fullerton, J. Butler M., Aman C, Tobi Reid y Melanie Dowler (2018). "Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective". En: International Journal of Women's Health 2018:10 751–762

Ipas. (2021). Quality of care and abortion: Beyond safety. Disponible en: <https://www.ipas.org/resource/quality-of-care-and-abortion-beyond-safety/>. Consultado el 20-03-2022.

Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L. y Gemzell-Daniellsson, K. (2014). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: A randomized controlled equivalence trial. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 122(4), 510-7.

Mainey L, O'Mullan C, Reid-Searl K, Taylor A, Baird K. The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. J Clin Nurs. 2020 May;29(9-10):1513-1526. doi: 10.1111/jocn.15218. Epub 2020 Feb 29. PMID: 32045070.

Perriman N, Davis DL, Ferguson S. (2018) What women value in the midwifery continuity of care model: A systematic review with meta-synthesis. Midwifery. 2018 Jul; 62:220-229. doi: 10.1016/j.midw.2018.04.011.

UNFPA, WHO, ICM (2021). El estado de las matronas en el mundo en 2021. Dedicado a los trabajadores sanitarios que han perdido la vida como consecuencia de la Covid-19. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-ExecSumweb-ESv542.pdf>



Argentina, 2022

