

Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Tesina de Grado - Licenciatura en Ciencia Política

Disputa de saberes en relación a los partos y nacimientos en el debate acerca del proyecto de Ley del Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia en Argentina (2019)

Tesista: Luciana Benavente Llorente

luciana.benv@gmail.com

Directora: Valeria Venticinque

Rosario, mayo de 2022

Agradecimientos:

Al apoyo incondicional de la familia: Fabiana, Javier, Carina, Victoria y Alejandro.

A Mora, Silvia y Marco por ser trinchera intelectual.

A las amistades que acompañaron y sostuvieron: Jean, Paloma, Candela, Jesica y Naila.

Resumen

El presente trabajo analiza las relaciones de poder entre los saberes de diversos actores en relación al parto y el nacimiento, presentes en el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional de Argentina en el 2019. A partir del debate es posible observar diversas posiciones al momento de definir los partos y nacimientos y la manera de abordarlos. Es en esta instancia que se presenta el saber de las obstetras, parteras y doulas como reivindicador de un pensamiento crítico y como posible alternativa frente a lo estatuido: el dominio del conocimiento médico científico. La complementación de tales saberes (práctico-popular de parteras y técnico-científico de la medicina) podría permitir la inclusión de conocimientos relevantes para un abordaje integral de los partos y nacimientos, indispensable para evitar la violencia obstétrica y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Palabras clave

Partos. Nacimientos. Igualdad de género. Violencia Obstétrica. Derechos sexuales y (no) reproductivos.

Índice

1. Presentación	1
2. Estado de la cuestión.....	4
2.1. Actores y saberes en relación a partos y nacimientos en retrospectiva	4
2.2. Reglamentaciones y derechos en relación a partos y nacimientos.....	10
2.3. Posicionamientos en relación a partos y nacimientos en disputa.....	15
3. Aproximaciones Teóricas.....	23
3.1. Fraser: espera pública y contrapúblicos subalternos	23
3.1.1. Relaciones intrapúblicas	24
3.1.2. Relaciones interpúblicas	27
3.1.3. Sobre los límites de la esfera pública	28
3.1.4. Públicos fuertes y públicos débiles.....	29
3.2. Decolonialismo y feminismos.....	30
3.2.1. Colonialidad: eurocentrismo y modernidad.....	30
3.2.2. Interseccionalidad: sistema-moderno-colonial-de género	33
4. Relevamiento sobre actores y saberes en relación al parto y los nacimientos en el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia de 2019	35
4.1. Actores y saberes en relación al parto y los nacimientos en el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia tratado en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación en 2019.....	35
4.2. Debate parlamentario sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia de 2019	40
5. Tensiones presentes en el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia con media sanción en el Congreso Nacional de Argentina.....	53

5.1. El rol de los contrapúblicos subalternos	53
5.1.1. La cuestión de género y los arquetipos dominantes al pensar la esfera pública...53	
5.1.2. Los actores estatales y no estatales en la esfera pública.....57	
5.1.3. Validación y jerarquización de una profesión	62
5.1.4. Sobre la restricción de la participación en partos y nacimientos	69
5.2. Delimitación entre lo público y lo privado	74
5.3. ¿Públicos débiles o fuertes?.....	80
6. Consideraciones finales	84
7. Anexo.....	89
8. Bibliografía	95

1. Presentación

El derecho ha sido y es un ámbito de batalla política, un factor de poder (...) constituye un elemento importantísimo como gran organizador social: distribuye poder, otorga derechos e impone obligaciones. En todas las épocas el derecho ha respondido a los sectores dominantes de la sociedad.

(Nelly Minyersky, 2014)

En el año 2019 obtuvo media sanción el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional de Argentina. A partir del debate del mismo fue posible observar diversas posiciones al momento de definir los partos y nacimientos y la manera de abordarlos. Es en esta instancia que se presentó el saber de las obstetras, parteras y doulas como reivindicador de un pensamiento crítico y como posible alternativa frente a lo estatuido: el dominio del conocimiento médico científico. La complementación de tales saberes (práctico-popular de parteras y técnico-científico de la medicina) podría permitir un mejor abordaje de los partos y nacimientos. Para ésto, es necesario dilucidar las estructuras jerárquicas que impiden la inclusión de nuevos conocimientos en la construcción de un proceso más integral en la atención de los partos. El debate del proyecto de Ley pone en evidencia tensiones entre la corporación médica y la demanda histórica por la jerarquización profesional de parte de lxs Obstetras. Esto posiblemente revela la posición dominante del conocimiento científico y el arquetipo del varón blanco dominante quienes, en palabras de Espinosa Miñoso (2014), fundamentan la opresión que ejercen a partir de un sistema de conocimiento y producción del mundo de la vida, una clasificación social dentro de la cual han surgido categorías dominantes que reproducen un sistema instituido a través de la empresa colonizadora.

Consecuentemente, este trabajo se propuso como objetivo analizar las relaciones de poder existentes entre saberes vinculados al parto y el nacimiento presentes en el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia, que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional en 2019. En este marco, se propusieron a su vez dos objetivos específicos: en primer lugar, describir los distintos actores y saberes presentes en el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio

Profesional de la Obstetricia que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional en 2019; y en segundo lugar, analizar las tensiones existentes entre los distintos actores presentes en el acontecimiento del parto y los posicionamientos de los mismos en relación a las reglamentaciones existentes y el debate del proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia.

Las luchas por la ‘humanización’ del parto y la autonomía de decisión sobre el propio cuerpo están profundamente vinculadas con un contexto de reivindicación de los derechos de las mujeres que le confiere una relevancia social y política por el momento histórico en que acontecen. Es por esta razón que para el presente trabajo se seleccionaron aportes teóricos con perspectiva de género. En este marco, decidimos hacer uso del lenguaje no sexista. Aunque puede ser insuficiente, se entiende como fundamental la implementación del mismo en prácticas de escritura científica. Como señala Javier Gasparri (2020), es posible plantear la afirmación del lenguaje inclusivo en nombre de una apuesta política contra el falogocentrismo. Esto es, la representación del falo, en tanto ordenamiento simbólico, como centro del logos.

Para realizar el presente trabajo se realizó un recorte de la realidad a abordar, así como de la selección de la información secundaria a analizar y la bibliografía a incorporar. Es importante mencionar, que al no tener control total sobre las dimensiones de lo que se estudia, el diseño es no experimental. La información a partir de la cual se realiza el análisis debe ser considerada como un recorte intencional que no intenta realizar una saturación teórica y que no aspira a una representatividad total. El tipo de diseño es descriptivo e interpretativo, a partir del análisis cualitativo de contenido (Scribano, 2008). El trabajo se estructura en función de la revisión bibliográfica de información secundaria y un análisis cualitativo a partir del marco teórico seleccionado. Es importante tener en consideración que el desarrollo del trabajo se situó en un contexto de pandemia global, en situación de aislamiento social preventivo y obligatorio. Esto implicó una adaptación de las instituciones de la educación superior y un gran esfuerzo por dar continuidad a los procesos de formación de manera remota.

El trabajo fue estructurado en capítulos, iniciando con el desarrollo de la presentación. En un segundo apartado se desarrolló el estado de la cuestión en relación a tres ejes: a) historización

pertinente de los atendimientos de los partos y nacimientos, b) los derechos sexuales y (no) reproductivos en relación a los partos y nacimientos y c) diversidad de modelos de partos y nacimientos en disputa.

En tercer lugar, se realizó un desarrollo de las nociones vinculadas a la esfera pública según Fraser (1999) como parte del marco teórico a partir del cual se analizó el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia de 2019. A su vez, se incluyen menciones a autorxs como Quijano (2014), Segato (2012) y Lugones (2008), fundamentales para incorporar conceptos que vinculan la cuestión de género y la colonialidad, pertinentes para el análisis que se emprende a posteriori.

En un cuarto apartado, se incorporó de manera descriptiva un relevamiento sobre el proyecto de Ley de Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia que obtuvo media sanción en 2019, así como normativas y antecedentes relevantes. A su vez, se incluyó un detalle sobre el debate parlamentario previo a la votación del proyecto de Ley.

En un quinto lugar, se realizó un análisis integrador del debate generado en torno al proyecto de Ley sobre el cual giró este trabajo, a partir de las categorías propuestas por lxs autorxs contempladxs en el marco teórico, teniendo en consideración tensiones y disputas mencionadas a lo largo de la totalidad del trabajo.

A modo de cierre, se trazan consideraciones finales en relación al proceso de investigación emprendido en el presente trabajo, así como posibles líneas de investigación para profundizar y dar continuidad al mismo.

La investigación se dirigió hacia la posibilidad de evidenciar estructuras de poder que facilitan el ejercicio de formas de violencia hacia las personas gestantes. La lucha entre saberes vinculados al parto y el nacimiento, implica la reivindicación de alternativas que pudieran garantizar la autonomía de decisión, el bienestar y el respeto como derechos fundamentales de la persona por parir.

2. Estado de la cuestión

*¡Pero qué poca importancia que las mujeres y las criaturas
sufran los terribles dolores del parto!*

(Casilda Rodrigañez, 2004)

2.1. Actores y saberes en relación a partos y nacimientos en retrospectiva

Para iniciar este trabajo se tendrán en cuenta diversos análisis sobre el desarrollo histórico del fenómeno de los partos y nacimientos. Esto implicará considerar principalmente el proceso mediante el cual se consolida el atendimento de los mismos en hospitales y a cargo de equipos médicos.

Ehrenreich (2006) analiza en sus estudios la manera en que ya desde la colonización de América se desarrollan procesos vinculados a la estigmatización de determinados saberes por ser considerados como “brujería”. De acuerdo a la autora, esto impactó en los partos y nacimientos en tanto hubo un desplazamiento de las parteras tradicionales al considerar sus actividades y saberes como desafiantes para las actividades políticas y religiosas. Esto implicó la imposición de los varones estudiosos de la medicina como autoridad legítima sobre cómo proceder en cuestiones vinculadas a la salud. La autora aborda en sus estudios una historización de la manera en que los saberes prácticos de las mujeres consideradas “brujas”, entre ellas las parteras tradicionales, variaron a lo largo de la historia de manera significativa. La autora vincula el fenómeno con la colonización de América y con el surgimiento de la medicina como autoridad legítima en relación al abordaje de la salud de las personas.

En Argentina, la consolidación del Estado-Nación conllevó una mayor institucionalización de la medicina que implicó el posicionamiento de otros saberes como subalternos (Nari, 2004, OFRHS, 2019). El proceso de intervención médica de los partos y nacimientos se incrementó más fuertemente a partir de este período. Ya desde 1821 se intentaba regular el ejercicio de las parteras, año en que se crea la fundación de la Universidad de Buenos Aires y se crea un departamento de Medicina que establece un curso denominado “Escuela de Parteras”

(OFRHS, 2019). De acuerdo a Feliti (2016), alrededor del 1930 estaba ya consolidado en Argentina el traspaso del parto en el domicilio atendido por parteras hacia el hospital con asistencia de profesionales, lo cual implicó un tratamiento desde una perspectiva mayormente médica, técnica y científica.

Reano (2018) refuerza, desde sus estudios etnográficos, que la transformación histórica de los partos en Argentina implicó una transición del atendimento por parteras tradicionales hacia médicos científicos. El proceso de parto se convirtió en un hecho médico a partir de la profesionalización y la institucionalización caracterizada por el traslado del hogar y el contexto familiar hacia el hospital. Romero (2018) también considera la transición de la partería a la obstetricia legal y la relación entre esta última y la disciplina médica, ambas sustentadas en la técnica y la educación formal. Desde una perspectiva antropológica analiza la manera en que la disciplina médica promovió el reemplazo de la partería por la obstetricia legal que tenía una fundamentación científica.

Según Nari (2004), para la década de 1940 los partos y nacimientos se realizaban en maternidades públicas: se generalizaba el traslado de las viviendas y la asistencia de comadronas hacia hospitales atendidos por obstetras y/o médicos. La intervención del Estado en lo reproductivo afectó las libertades y derechos de las mujeres, en una puja de intereses entre el sector estatal, la corporación médica y las organizaciones feministas. La obstetricia se constituyó a partir de una reformulación de saberes y prácticas bajo el nombre de una nueva especialidad durante el intento de medicalizar la reproducción biológica. La participación de las mujeres en las prácticas médicas del pasado: “era generalmente percibida como un período de “ignorancia”, “oscurantismo”, vinculado a la “magia”, la “brujería”, el “pecado” y, en tiempos más recientes, al delito” (Nari, 2004). La presencia de las mujeres en el atendimento de los partos, cuando los médicos lo aceptaban, era de manera subordinada y se consideraba que tenían un saber práctico, empírico y que sólo podían colaborar en partos “normales”. Las mismas eran, a la vez, educadas y diplomadas por instituciones controladas por médicos. Este proceso de desplazamiento y subordinación de las mujeres no se vinculó con una baja de índice de la mortalidad, que era menor en nacimientos en domicilios atendidos por mujeres no diplomadas que en los hospitales (Nari, 2004). Barrancos (2014) por su parte, sostiene que por presión del Estado las obstetras debieron profesionalizarse

adhiriendo a los cánones de la medicina y deshaciéndose de sus antiguas prácticas de oficio de partera y las artes de la hechicería.

De acuerdo a Felletti (2008), durante la década de 1950 surgieron concepciones por parte de los Estados Unidos, que sugerían que era necesario lograr un control de la natalidad y aumento poblacional para alcanzar el desarrollo económico y social en la región latinoamericana. Este proceso se veía reforzado por la creación de la píldora anticonceptiva que posibilitaba ejercer control sobre la natalidad. Sin embargo, en 1969 se llevó a cabo el Simposio sobre política de población para la Argentina, a partir del cual especialistas sugirieron la implementación de políticas públicas que solucionaran el problema de la caída de la natalidad y que limitaran el efecto de las campañas extranjeras que promovían el control de la misma. Parte de estas recomendaciones se incorporaron al Plan Nacional de Desarrollo y seguridad 1971-1975 por el gobierno militar. En la vuelta a la democracia, el tercer gobierno peronista prohibió la venta de anticonceptivos en 1974, con el objetivo de fomentar la natalidad y evitar el envejecimiento de la población. Se consideraban a las acciones y discursos a favor de la planificación familiar como un obstáculo a los objetivos pronatalistas del gobierno. Tal postura encontró a su vez apoyo en la jerarquía católica, que se posicionó en contra del control de la natalidad por medios artificiales. Es recién a partir de 1986 que se reconocen formalmente los derechos de las parejas a decidir libremente sobre la cantidad y espaciamiento de hijos (Felletti, 2008).

Desde la década de 1980 se comenzó a consolidar la noción de derechos de las mujeres en la instancia del parto, lo cual se fortaleció a partir del desarrollo del derecho de salud, el reconocimiento de los derechos sexuales y (no) reproductivos, la mortalidad materna entendida en términos de derechos humanos, los movimientos en contra de la violencia de género y los derechos de la paciente (Allori & Michel, 2017). Es en el contexto nacional de regreso a la democracia que los derechos sexuales y (no) reproductivos toman más protagonismo en el marco de los derechos humanos (Pecheny & Petracci, 2006). Esto implicó que la cuestión ya no podía ser abordada meramente desde la perspectiva médica si no que era necesario considerarla en términos de derechos, lo cual debiera reflejarse en lo práctico, lo profesional y lo legal.

Al considerar el marco jurídico relevante para las regulaciones de partos y nacimientos, es necesario considerar la Ley del Paciente N° 26.529. En la misma, se reformula el tradicional modelo de superioridad de lx profesional médicx, generando mayor equidad entre lxs profesionales médicxs y lxs pacientes. Representa un cambio paradigmático en tanto postula como derecho a la autonomía, para lo cual el consentimiento de lx paciente toma un rol importante ya que son ellxs quienes deben tomar decisiones médicas, a partir de información clara y precisa otorgada por lx profesional. A su vez, es obligatorio el trato digno y respetuoso por parte de lx profesional hacia las creencias de la persona, a la vez que se debe usar un lenguaje accesible y comprensible (Galati, 2011).

En Argentina, en la Ley Nacional N° 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres se reconocen derechos acordados en foros internacionales tales como:

- Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (firmada en 1979 y en vigor desde 1981)
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (convención de Belen do Para de 1994)
- Convención sobre los Derechos de los Niños (firmada en 1989)
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes

La Ley establece como definición de violencia lo siguiente:

Se entiende por violencia contra las mujeres toda conducta, acción u omisión, que de manera directa o indirecta, tanto 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. Quedan comprendidas las perpetradas desde el Estado o por sus agentes.

Se considera violencia indirecta, a los efectos de la presente ley, toda conducta, acción omisión, disposición, criterio o práctica discriminatoria que ponga a la mujer en desventaja con respecto al varón (Ley Nacional N° 26.485, 2009).

La Ley también tipifica las formas de violencia existentes contra la mujer entre las que incluye: a) física, b) psicológica, c) sexual, d) económica y patrimonial, e) simbólica. En relación a las modalidades de violencia contra la mujer, comprende: 1) doméstica, 2) institucional, 3) laboral, 4) contra la libertad reproductiva, 5) obstétrica y 6) mediática. La violencia obstétrica es: “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” (Ley Nacional N° 26.485, 2009).

La reglamentación de la Ley 26.485 del año 2010 describe al trato deshumanizado como aquel que se caracteriza por ser cruel, descalificante o amenazante y que es ejercido por el personal de la salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y aborto. En 2004 se promulga la Ley Nacional N°25.929 reglamentada en 2015, sobre Derechos en el Nacimiento, llamada Ley de derechos de los padres y la persona recién nacida, o “Ley de Parto Humanizado” de manera informal. La misma tiene aplicación en los ámbitos públicos y privados del sistema de salud y menciona los derechos de las mujeres en relación al embarazo, trabajo de parto, parto y postparto.

La Ley Nacional N°25.929 forma parte de un combo regulatorio sobre partos y nacimientos a nivel nacional junto con su Decreto Reglamentario 2035/2015 y la Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia del Ministerio de Salud de la Nación y UNICEF (Fondo Internacional de Emergencia para las Infancias de las Naciones Unidas, UNICEF por sus siglas en inglés). De todos estos documentos, ninguno utiliza la expresión de parto respetado o humanizado, excepto cuando el Decreto Reglamentario 2035/2015 refiere a la Ley 25.929 como “Ley de Parto Humanizado”. Tampoco se alude a la violencia obstétrica y la única vinculación con este concepto, se halla en la referencia a la obligación de cumplir la Ley 26.485 de Protección Integral de las Mujeres. Por otro lado, no se hace mención a las obligaciones de lxs profesionales de la salud: sólo se menciona el derecho a la información y la autonomía en la decisión sobre la manera de transitar el trabajo de parto (Allori & Michel, 2017).

De acuerdo a Jerez (2014), el foco de la Ley 25.929 es la obligación del personal de salud de informar sobre las intervenciones médicas que vayan a realizar sobre la persona gestante, la

manera en que el parto evolucione, y en el derecho a decidir frente a las alternativas existentes. Considera a las personas por parir en el proceso de parto como personas sanas de las cuales es necesario promover la participación y protagonismo. La autora analiza los diversos sentidos otorgados al término “Humanización” (-del parto) como un espacio político a ser ocupado, en el cual surgen diálogos y disputas. La problematización social del parto tiene determinados alcances, vinculados a las categorías de género y clase. Según la autora, fue necesario que la sociedad civil denominara como violentas determinadas situaciones normalizadas y naturalizadas al momento del parto para que algunas mujeres lograran “partos humanizados”. Los mismos se comenzaron a realizar en hospitales específicos o en sus hogares, como una experiencia en que la mujer tomaba mayor protagonismo. El ideario de la humanización es reivindicado por diversos grupos sociales que incluyen abordajes desde lo científico, la salud pública, los derechos humanos, el liberalismo y la economía. A su vez, la autora sostiene que es necesario incorporar la dimensión psico-emocional, y de las desigualdades sociales, al momento de analizar la “humanización” de los partos para lograr una defensa integral de los derechos de las mujeres (Jerez, 2014).

Castrillo (2016) refuerza esta idea al referirse a las diferentes formas de problematizar y de asignar sentidos a la violencia obstétrica por los actores intervinientes y protagonistas en los contextos en que la misma se ejerce:

La definición de la violencia obstétrica se convierte en un conglomerado de disputas, negociaciones, pujas de poder, simbólicas y reales, atravesadas por múltiples factores, como la clase, la edad, el género; y abre puertas para ser interrogadas desde distintas aristas, como tantos otros significantes sociales (Castrillo, 2016).

De acuerdo a la autora, esta disputa aún está abierta y posibilita un proceso clave, que es el de denominar lo violento, visibilizarlo y determinar los mecanismos sistemáticos e institucionales que permiten que exista la violación de los derechos humanos de las mujeres. Esta perspectiva también es coincidente con lo que sostienen Felitti & Abdala (2018) sobre la visibilidad que adquiere la tipificación de la violencia obstétrica como una forma de violencia de género y la existencia de diversos grupos sociales (feministas, doulas, parteras, médicas y mujeres) que reclaman por la garantía de los derechos al momento de los partos:

El movimiento de humanización del parto en la Argentina traza alianzas y convergencias entre actores con prácticas, intereses y posicionamientos políticos divergentes, que usan argumentos y realizan acciones que pueden abreviar en lo espiritual, lo natural, lo político y lo científico, y que traman alianzas con efectores de salud, parteras, doulas, agrupaciones de mujeres, agrupaciones feministas y las mismas mujeres embarazadas (Feliti & Abdala, 2018).

La enunciación de la violencia obstétrica permite problematizar situaciones muchas veces consideradas incuestionables por ser de competencia profesional. Es a partir de la movilización social que se generan espacios para debatir las condiciones en que se desarrollan los partos y nacimientos, a partir de considerarlos una cuestión pública y política y no una mera cuestión técnica de la salud.

2.2. Reglamentaciones y derechos en relación a partos y nacimientos

A continuación se considerarán estudios que incluyen la perspectiva de los derechos sexuales y (no) reproductivos¹ como derechos humanos. Esto es relevante en la medida que permite analizar las tensiones y relaciones de poder existentes entre los saberes vinculados a los partos y nacimientos desde una perspectiva de derechos.

En primer lugar, es importante mencionar que el género es distinto al sexo (referente a diferencias anatómicas y fisiológicas entre cuerpos), en tanto refiere a la construcción social en torno al sexo, lo cual establece diferenciaciones, jerarquías, atributos y roles de acuerdo a lo masculino y lo femenino (Pautassi, 2000). Es el abordaje crítico del género como construcción social, lo que nos permite analizar la falta de equidad en ámbitos que se presentan como “neutrales”, tales como el derecho, la gestión pública, la economía (Venticinque, 2019).

Respecto a las construcciones sociales en relación al género femenino, estudios que abordan la relación mujer-maternidad plantean que desde el 1900 existía consolidado un sistema

¹ Se referirá a los derechos sexuales y (no) reproductivos como DD SS y (no) RR de acuerdo a lo propuesto por Brown (2008), en tanto los mismos no sólo incluyen a la reproducción sino también a la anticoncepción y el aborto.

heteronormativo en el cual la mujer era excluida del espacio público y el trabajo remunerado en pos de priorizar las tareas que le correspondían: la procreación y el cuidado de lxs hijxs (Venticinque, 2019). Las políticas del período entre 1900-1940 constituían una forma de opresión en tanto los derechos de las mujeres se abordaban entendiéndolas y constituyéndolas de acuerdo a un deber ser femenino como madre y no como ciudadanas. Esto generaba un proceso de domesticación femenina y un intento de que la sexualidad de las mujeres sea contenida para evitar su volatilidad y cuidar el rol reproductivo que se les atribuía. Las construcciones sociales y simbólicas en torno al género mujer generaban una diferenciación cultural que las posicionaba en un lugar subordinado, y la idea mujer-madre fue una manera de disciplinamiento en este sentido.

La visibilidad de las temáticas de los DD SS y (no) RR, presentan un aceleramiento desde el regreso a la democracia, a partir del marco de los derechos humanos. La salud sexual y reproductiva es entendida como un estado que trasciende la ausencia de enfermedades y consta de bienestar físico, mental y social, en relación al sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. Implica el disfrute de la vida sexual y la posibilidad de planificar de manera informada la decisión de procrear o no y las maneras de regular la fecundidad (Venticinque, 2017). Lxs autorxs Pecheny & Petracci (2006) mencionan la relevancia específica de los resultados de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y la IV Conferencia Internacional de la Mujer (Beijing, 1995) y de los movimientos de mujeres y la diversidad sexual, que generaron un clima de debate internacional en que se instalaban temáticas relacionadas a los DD SS y (no) RR de las mujeres (Pecheny & Petracci, 2006; Chiaroti, Schuster & Arminichardi, 2008).

Por un lado, el Plan de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo del 1994 sostenía: a) que era necesario promover la equidad e igualdad entre los sexos y garantizar los derechos de la mujer de manera que sea ella quien controle su propia fecundidad y b) que el disfrute de la salud física y mental de toda persona incluye el derecho a la salud reproductiva, que abarca la planificación familiar y la salud sexual. Es en esta instancia que se consolida el consenso sobre la necesidad de abordar los temas de la sexualidad y la reproducción desde un enfoque de los derechos humanos (Allori & Michel, 2017). La Conferencia Internacional de la Mujer del año 1995, por otro lado, estableció como un derecho de todas las mujeres la posibilidad de decidir de manera libre de coerción y

violencia sobre la maternidad. A partir de la misma se consideran como derechos humanos los derechos reproductivos:

Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello (ONU, 1995).

En Argentina se sancionó en octubre de 2002 la Ley 25.673 que creó el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en el ámbito del Ministerio de Salud con el objetivo de difundir información a toda la ciudadanía y alcanzar un decrecimiento de las tasas de morbilidad y mortalidad materna. El Programa representó un avance de acuerdo a recomendaciones de Organismos Internacionales de derechos humanos sobre la necesidad de generar políticas públicas que estuvieran enmarcadas en la perspectiva de género. Este enfoque funciona como un mecanismo que permite visibilizar las desigualdades y asimetrías existentes. Lo que posibilitó fue una ampliación del acceso igualitario a DD SS y (no) RR y la educación sexual (Venticinque, 2018). El Programa actualmente se encuentra en un proceso de cambio a partir de la creación de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, luego de haber transitado un momento de desfinanciamiento, en el marco de un sector público sobre exigido por demandas poblacionales en contextos de aumento de precarización laboral y desempleo.

Brown (2011) sostiene que en las últimas décadas las definiciones en torno al cuerpo y la vida han adquirido una mayor relevancia. De acuerdo a la autora, los DD SS y (no) RR en Argentina, presentan un aspecto legal en el que se intentan traducir argumentos políticos en científicos para postularlos como objetivos y neutrales y así saldar el debate político. De ésta manera, se pasa del terreno político al terreno científico en clave legal o médico-sanitarista. La posibilidad de discutir sobre los DD SS y (no) RR implica el debate público de regulaciones sociales en torno a los cuerpos, es decir, una politización de lo considerado íntimo y privado. La autora sostiene que presentar tales temáticas desde una perspectiva sanitaria no permite cuestionar políticamente las disposiciones que regulan este orden, por lo que definir la cuestión como salud reproductiva en lugar de DD SS y (no) RR, puede llegar a implicar un proceso de despolitización. En este sentido, la politización de tales asuntos genera un cuestionamiento

de la matriz heteronormativa y patriarcal en nuestras sociedades. Brown (2011) aborda también la presencia de la ciencia como fuente de legitimidad y soporte último de la verdad. Es de esta manera que se pretenden saldar las discusiones políticas por medio de argumentos técnicos y científicos, considerados neutrales, objetivos e incluso absolutos.

Desde el punto de vista de Chaneton & Vacarezza (2011), en nuestras sociedades la toma de decisiones en torno al cuerpo y la sexualidad de las mujeres se convierten en una forma “paisaje natural” que queda a cargo de otros. Existen condiciones históricas de posibilidad de ciertos sujetos sociales y no de otros, según las cuales se hacen y deshacen las subjetividades y los géneros, como resultado de la productividad de las fuerzas regulatorias. Existen entonces, maneras de individualización según el género y/o la sexualidad, y ante esto formas correlativas de insubordinación. La consideración de la mujer como un medio para determinado fin más que como un sujeto supone un cuerpo de una mujer desubjetivada y una apropiación de las potencialidades de su organismo bajo una narrativa esencialista, ya sea desde la moral, lo legal, la religión, la técnica. Los debates políticos en torno al aborto - práctica que se efectúa en el cuerpo de una mujer- evidencian, de acuerdo a la autora, una forma específica de considerar a los cuerpos de las mujeres sin incluir la capacidad de acción, palabra, sentimientos, deseos y vidas históricas de las mismas. La corporalidad de las mujeres se constituye en un campo de poder al presentarse una disputa entre visiones androcéntricas y un interrogante sobre la empatía, sobre cómo se siente “el lugar de ella”.

Desde el punto de vista de Nari (2004), existe desde la conformación del Estado nacional lo que denomina “maternalización” de la mujer, ligado a la “necesidad de poblar el desierto argentino”. Al declararse al Estado como responsable de defender derechos naturales como la natalidad, crianza y cuidado de las infancias, la maternidad se convirtió en materia de debate público y político. Sin embargo, la maternidad se constituía como un derecho de la sociedad a reproducirse, más que como un ejercicio voluntario de las mujeres. Este debate visibilizó posicionamientos de tutelaje y control sobre la mujer y su cuerpo, aunque también reivindicaciones de liberación en materia de derechos de educación, civiles y políticos.

La maternalización de las mujeres tuvo un sitio privilegiado, un lugar desde donde emanaban legitimaciones y justificaciones pretendidamente irrefutables: la ciencia médica. La maternidad estaba inscrita en la naturaleza femenina, en los cuerpos de las

mujeres, en su biología. La maternalización no implicaba algo obvio, que las mujeres podían ser madres, si no que sólo debían ser madres (Nari, 2004).

De acuerdo a la autora, este proceso no sucedió exclusivamente en el plano local, si no que se dio en el mundo occidental de la mano de transformaciones socio-culturales que permitieron el desarrollo de una sociedad capitalista. En el proceso, profesionales provenientes de la academia, la ciencia médica y la gestión pública, citaban ideas provenientes del extranjero articulando en mayor y menor medida con la realidad local, dependiendo del caso. Es entre 1840 y 1890 que los conocimientos son reformulados a partir del saber y la práctica médica, e introducidos en áreas de ginecología, obstetricia y puericultura. Esto generó un proceso de medicalización de la reproducción basado en la legitimación de la ciencia y el respaldo de las instituciones de la salud, vinculadas a un proceso de consolidación de un Estado reciente y en construcción. A partir de lo mencionado, se consolidó la corporación de los médicos con prestigio y poder, al mismo tiempo que se perseguían a sanadores no diplomados, comadronas y curanderas, lo cual generó una masculinización de la práctica de curar.

Hacia finales del siglo XIX, los médicos lograron constituirse como un grupo reducido e influyente dentro de la elite local que precisaba del Estado para legitimarse y obtener el monopolio de la profesión, pero que rechazaba las intervenciones que consideraba una violación a la necesaria autonomía del saber científico. Una elite que se basaba en el saber y que socialmente se había extendido más allá de la tradicional. La creación de una corporación médica, alrededor del monopolio del ejercicio de la atención de la salud y del dominio de un saber legítimo, implicaba la erradicación de otras personas y conocimientos que hasta entonces se hallaban extensamente diseminados por la ciudad y más allá de ella: curanderos, sanadoras, comadronas, etc. (Nari, 2004).

De ésta manera, los médicos se constituyeron como un sector consultivo del Estado en relación a las normas jurídicas y políticas públicas vinculadas a la salud. Intentaban, de esta forma, influir en la opinión pública y el sentido común de las personas, incidiendo en las actividades cotidianas.

Nari (2004) sostiene que a partir de la maternalización de la mujer sucedían dos cuestiones: no podían dejarse de lado los derechos de las madres, aunque sí los derechos de las mujeres

en tanto individuos. Es en esta instancia que movimientos feministas se plantearon reformular la maternidad que conducía a la opresión de las mujeres, generando una mayor politización del maternalismo: “La maternidad, entonces, se presentaba como el nudo que sujetaba a las mujeres y del cual se pretendía desencadenar su liberación” (Nari, 2004).

Es pertinente mencionar el análisis de Chaneton & Vacarezza (2011), quienes sostienen que los posicionamientos subjetivos y los sentimientos vividos de las mujeres se manifiestan en un nivel micropolítico de lo social, que puede ser avasallante para el “yo” a la vez que puede habilitar transformaciones y nuevas oportunidades individuales y colectivas. Las formas singulares de supervivencia y resistencia de las mujeres, implican enfrentar un andamiaje de prejuicios, ausencia de comprensión, indiferencia y conservadurismo.

La perspectiva de los DD SS y (no) RR se convierte en fundamental para entender características socialmente construidas y que son atribuidas a las mujeres por su género e implican una restricción de su autonomía en lo que respecta a su sexualidad y sus decisiones voluntarias vinculadas a la reproducción y la no reproducción.

2.3. Posicionamientos en relación a partos y nacimientos en disputa

En el presente apartado se relevarán estudios que incluyen diferentes perspectivas existentes al momento de abordar los partos. Esto es pertinente en tanto el presente trabajo intenta analizar las relaciones de poder existentes entre diversos saberes vinculados al parto y el nacimiento.

Desde una perspectiva sociológica, Lorenzo (2013) plantea que el modelo de parto actualmente instituido responde a las lógicas del modelo médico hegemónico. Las demandas de una atención respetuosa se vinculan, de acuerdo a la autora, con la atención medicalizada del parto a partir de la cual los equipos médicos ejercen mecanismos de control. Estos equipos son considerados técnicos porque supuestamente dejan de lado cuestiones como lo político y lo moral, actuando en función de lo objetivamente natural y necesario.

Los mecanismos de control social presentes en la medicalización del parto incluyen: la homogeneización que despoja de particularidades propias a las personas, así como de su

opinión y consentimiento; la patologización en tanto se pone énfasis en los riesgos más que en la salud, aplicando intervenciones de rutina basadas en mediciones de aparatos más que en la propia percepción de la persona; la fragmentación al considerar procesos fisiológicos aislados de variables culturales, sociales, y emocionales; la naturalización, entendiendo a la persona gestante desde un punto de vista infantilizado, como alejada de la racionalidad y que debe ser controlada; la contaminación como mecanismo mediante el cual se diferencia a la persona gestante del equipo médico y se le ordena no interferir con la eficacia del ejercicio de lxs profesionales; la culpabilización como mecanismo según el cual son las personas gestantes las responsables de los obstáculos que sucedan durante el parto (Lorenzo, 2013).

De acuerdo a Lorenzo (2013) este tipo de atención durante los partos y nacimientos invisibiliza la violencia obstétrica ya que se justifica como “necesaria” para ayudar a las personas gestantes ante lo cual las mismas se ven obligadas a obedecer. Al convertirse en procedimientos mecanizados, la expresión del dolor y de la angustia queda fuera de lugar y subestimada. Lo mismo sucede con el placer y la intimidad. La relación médicx-paciente entonces:

Reduce a la persona a un organismo enfermo; concentra las decisiones sobre la salud del usuario en el profesional; concibe los aspectos emocionales, sociales y culturales como ajenos al proceso de salud-enfermedad; sobrevalora la técnica por sobre la evaluación integral de las necesidades de los usuarios y vehiculiza representaciones de género que ponen a la mujer en un lugar de subordinación que suplementa la de su lugar de paciente (Lorenzo, 2013).

Por su parte, Castrillo (2015) analiza tales procesos desde una perspectiva sociológica, observando la manera en la que la medicalización de los partos: “construye a los embarazos y partos como eventos sanitario-hospitalarios, homogéneos, estandarizados, controlados y regulados por el personal de salud, con un aumento del uso de la tecnología entre sus intervenciones” (Castrillo, 2015). La autora releva dos maneras contrapuestas de atendimento de los partos: partos medicalizados/intervenidos y partos respetados/humanizados. El parto medicalizado representa aquél que se ha tecnocratizado, con atención médica a través de procedimientos anclados en concepciones biomédicas, ahistóricas, patologizantes y centradas en controles médicos. El modelo de parto respetado

implica el respeto de las necesidades fisiológicas del parto y las subjetivas y sociales de la persona gestante evitando intervenciones innecesarias (Castrillo, 2015).

De acuerdo a Vetere (2006), quien aborda la temática desde una perspectiva sociológica, el modelo médico hegemónico establece relaciones de poder que implican el dominio del médico sobre el paciente, que se posiciona como pasivo frente a las decisiones basadas en un saber especializado:

El dominio médico es una característica del poder profesional y de la superioridad de quien ejerce la medicina en relación con otras ocupaciones. Este dominio es un conjunto de estrategias que requieren un control sobre otros grupos profesionales afines, sobre la situación laboral (relación médico-paciente) y una relativa autonomía profesional. Esto involucra distintas formas de dominio: subordinación, limitación y exclusión. Una subordinación ocupacional al trabajo de los médicos, como sucede con el trabajo de las enfermeras y de las obstétricas, una exclusión de las prácticas médicas alternativas y rivales a través del registro profesional y académico; y una limitación a través de la restricción y codificación de la información a los usuarios (Vetere, 2006).

Menéndez (1988) estudia las características de lo que denomina *modelo médico hegemónico* (MMH), existente a partir de la medicina científica. El atendimento de los partos y nacimientos de manera patologizante y en muchos casos con situaciones de violencia obstétrica surge, de acuerdo Menéndez (1988), a partir del MMH:

Por MMH entiendo el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (Menéndez, 1988).

Existen estudios que problematizan las nociones de parto y nacimiento de la medicina científica tradicional, entre ellos los de Odent (1983, 1986, 1992, 2002, 2006), Davis-Floyd (2001), Cachafeiro Vinambres & Rodrigañez Bustos (2007), y Rodrigañez Bustos (2007, 2010).

Estos autores proponen modelos alternativos a la atención de los partos desde una perspectiva crítica, que incluye visiones holísticas.

Desde el punto de vista de Odent (1986), se ha generado una dependencia de las mujeres respecto de los médicos y la técnica para poder parir. Esto no se justifica necesariamente a partir de las capacidades biológicas de un cuerpo gestante, sino más bien por un determinado sistema social que establece estas formas de abordaje de los nacimientos. De acuerdo al autor, la interferencia cada vez mayor en los procesos de parto natural genera un debilitamiento de la mujer como sujeto de decisión. A su vez, la calidad de la experiencia desde la subjetividad de la mujer puede ser mayor si se tienen en consideración variables que son descalificadas por la medicina científica, como la seguridad y confianza emocional, así como el clima del ambiente que propicie seguridad, relajación e intimidad. La intervención técnica no prioriza tales factores, sino la disponibilidad del cuerpo de la mujer para el profesional que se apodera del proceso, en lo que Odent llama la “masculinización” de los partos. Este fenómeno genera un clima de adrenalina para la mujer más que de calma y calidez, indispensables para la liberación de oxitocina de manera que se aumenten las probabilidades de un parto natural (Odent, 2006).

En ‘El nacimiento renacido’ (1992), Odent cuestiona las formas de atendimento de partos con técnicas impersonales, invasivas, limitantes en relación a la posibilidad de acción de las personas gestantes frente a un acto que debiera ser íntimo, relajado y cómodo. La posibilidad de generar un ambiente cálido y una atención no mecanizada ni preconcebida, resulta fundamental para el autor, así como la libertad para que la persona gestante pueda moverse libremente:

Resumiendo: privacidad, intimidad, oscuridad, calma, libertad para hacer ruido y trabajar en cualquier posición y la proximidad de las parteras que no se comporten como observadoras son cruciales para una primera etapa de trabajo espontáneo. Iluminación fuerte, ruidos fuertes, máquinas frías e intrusos enmascarados, típicos del entorno de los hospitales modernos, sumados a la ausencia de las parteras, la negación o la ignorancia de su importancia y el confinamiento de las mujeres en trabajo a posiciones restringidas, todo esto inhibe el trabajo en sí (Odent, 1992).

A su vez, Odent (1992) considera variables vinculadas a la posibilidad de propiciar un ambiente emocional vulnerable sin considerar las conductas de las personas gestantes como irracionales si no de manera receptiva a la forma en que desea parir. El trato interpersonal, la confianza y seguridad de la persona por parir son tan importantes como las técnicas empleadas:

Cualquiera sea la posición que la mujer encuentra, hemos advertido que al ayudarla, la ternura es tan importante como la técnica. Asistentes experimentados pueden percibir los sentimientos de calma, de tensión o de temor de una mujer, por la textura y la humedad de su piel (Odent, 1992).

Por otro lado, en el libro 'El granjero y el obstetra' (2002), Odent plantea que desde el 1900 se manifiesta una industrialización del nacimiento, proceso mediante el cual se estableció la jerarquía de los médicos sobre las parteras consideradas como ignorantes o iletradas. El proceso a su vez, se constituyó por la creación y promoción de herramientas como el "fórceps", drogas y operaciones como la cesárea que se creaban con una visión patologizante de los partos y una práctica cada vez más mecanizada e impersonal. Las intervenciones quirúrgicas se convirtieron en rutina, el monitoreo electrónico implicó presencia de tubos y cables, los partos trasladados a los hospitales se comenzaron a realizar de manera estandarizada. En una analogía entre la ganadería y los partos, el autor sostiene que si bien la industrialización de ambas cuestiones se recibió con alivio como una posibilidad de disminución de riesgos y aumento de la productividad, los movimientos por la reivindicación de lo "biodinámico" y paralelamente, de partos naturales, no demoraron en llegar (Odent, 2002).

De acuerdo a Odent (2002), el abordaje con el cual se atiende a las personas en estado de embarazo, puede generar un estado emocional negativo u optimista que incide en el comportamiento y las hormonas en el largo plazo dependiendo de la manera en que se enuncien los riesgos y cambios que puedan suceder durante el proceso de gestación y nacimiento. La necesidad de mejorar la comprensión sobre los diversos factores que afectan los procesos de parto y nacimientos implica redescubrir las maneras en que se abordan los mismos, con el objetivo de perturbar lo menos posible a la persona gestante y su bebé. A su

vez, considera necesario reconfigurar el rol de las personas que acompañan el proceso desde un rol acogedor, protector y compañero, más que como equipo técnico (Odent, 2002).

Davis-Floyd (2001) sostiene que los tratamientos de las personas gestantes en los hospitales al momento de parir se corresponden con modelos tecnocráticos de nacimiento, que muchas veces devienen en cesáreas innecesarias, así como en una exposición a situaciones de inseguridad y desamparo. A su vez, realiza críticas a prácticas que son consideradas como “parto humanizado” pero que se reducen a permitir que ingrese una compañía al momento del parto, en las que las intervenciones innecesarias y la subordinación de la persona en los procesos de toma de decisiones se sostienen. De acuerdo al autor, el trato genérico e igual a todas las personas gestantes independientemente de sus condiciones o particularidades implica una forma de violencia, en tanto se define al sujeto exclusivamente a partir de su capacidad de parir, siendo agrupados y homogeneizados. El proceso de parto se aborda casi exclusivamente desde lo fisiológico, sin otorgarle un lugar de importancia y protagonismo a lo que las personas en estado de embarazo expresen, imposibilitando la realización autónoma de las mismas (Davis-Floyd, 2001).

Rodríguez Bustos (2007) en su libro “Pariremos con placer” desarrolla un estudio según el cual el dolor en la circunstancia del parto está relacionado con la tensión generada por el miedo que se vivencia respecto del proceso, visto socialmente como una experiencia necesariamente dolorosa, difícil, que no habilita la percepción de la fuerza del sujeto pariente. La autora realiza una revisión de estudios de antropólogos, obstetras y médicos de diversas culturas y momentos históricos según los cuales el hecho de que el parto sea una instancia de dolor y sufrimiento está vinculado a un contexto cultural más que a una realidad fisiológica y biológica. La falta de estudios científicos sobre la sexualidad femenina y sus especificidades implicaría que se aplican modelos generalizados y estandarizados sobre el funcionamiento de los cuerpos, muchas veces basados en investigaciones realizadas con personas sin útero (Rodríguez Bustos, 2007).

Cachafeiro Vinambres y Rodríguez Bustos (2007) vinculan la situación particular de los partos y nacimientos con la ordenación cultural de la sexualidad femenina, ante lo que sostienen:

La ordenación patriarcal de las cosas se mantiene reduciendo la sexualidad a la genitalidad, puesto que una de sus principales premisas es la de atajar toda la sexualidad espontánea que no sea falocéntrica, coital y adulta. Así es cómo se sustrae la maternidad de la vida sexual de la mujer, dejando en manos de la medicina las manipulaciones necesarias para hacer funcionar su fisiología sin libido; es decir, institucionalizando una maternidad robotizada, que afirma a la madre patriarcal que reprime, y que impide que reverdezca la madre antigua (Cachafeiro Vinambres & Rodríguez Bustos, 2007).

Las autoras realizan un relevamiento sobre estudios vinculados a los sistemas neuroendócrinos y neuromusculares de las mujeres y particularmente del útero como órgano que debe ser entendido desde la sexualidad. Posibilitan una visión crítica ante una realidad naturalizada de represión e inhibición de funciones sexuales y del deseo que esconden formas culturales de dominación patriarcal:

Ahora el útero es una cuestión sanitaria, pues han conseguido que el útero y todas las funciones sexuales de la mujer vinculadas al útero no tengan nada que ver con la sexualidad de la mujer, sino con su salud, y por tanto, queden a merced exclusiva de los médicos que se ocupan de las enfermedades de la mujer, a saber, los embarazos, los partos y los trastornos menstruales. De este modo se consigue que la mujer quede desconectada de sus funciones sexuales que pasan a ser manipuladas por el Poder, a través de la medicina, con toda normalidad (Cachafeiro Vinambres & Rodríguez Bustos, 2007).

La vinculación del útero con la sexualidad y el deseo resulta relevante para las autoras al tener en cuenta estudios que consideran la función primordial de la oxitocina al momento de parir. Sin embargo, las autoras sostienen que los enfoques de tales investigaciones y prácticas parecieran no considerarse como legítimas o relevantes en un contexto patriarcal (Cachafeiro Vinambres & Rodríguez Bustos, 2007).

Desde este punto de vista, las producciones e investigaciones técnicas y científicas, así como las prácticas profesionales, están atravesadas por sesgos que impiden un abordaje específico de las particularidades de los cuerpos gestantes, así como integral, incorporando todas las

dimensiones que impactan en lo fisiológico. Estos sesgos se corresponden con una forma de dominación, de la sexualidad y el deseo de las personas gestantes, que termina por afectar los modelos de partos y nacimientos que logran imponerse como legítimos (Cachafeiro Vinambres & Rodríguez Bustos, 2007; Rodríguez Bustos, 2010).

Los modelos de atendimento de partos y nacimientos alternativos al modelo médico hegemónico se presentan como claves en tanto intentan garantizar el derecho de las personas gestantes a tener control sobre su propio cuerpo. A su vez, ofrecen la posibilidad de una atención integral que evite situaciones de violencia obstétrica y promuevan la participación y autonomía de decisión de las personas por parir. Sin embargo, raramente son incorporados modelos alternativos en los sistemas formales de salud ya que son posicionados en un rol de subalternidad frente al saber médico hegemónico.

3. Aproximaciones Teóricas

El objetivo general es el de desarrollar nuevas estrategias conceptuales y prácticas para combatir simultáneamente las injusticias de género en la economía y en la cultura (Fraser, 2005).

3.1. Fraser: esfera pública y contrapúblicos subalternos

A continuación se tendrá en consideración la teoría y conceptualización de Fraser (1999, 2005) sobre la esfera pública, los feminismos y los contrapúblicos subalternos, como parte del marco teórico del presente trabajo.

Fraser (2015) plantea al marco conceptual del feminismo como aquél que critica de manera estructural al androcentrismo del sistema capitalista. Para lograr ésto, es necesario realizar un análisis sistémico de la dominación masculina y una revisión de la democracia y la justicia a partir de una perspectiva que incluya las cuestiones de género. Desde el punto de vista de la autora, los movimientos feministas radicales han ampliado el espectro de lo político al incluir cuestiones como el trabajo doméstico, la sexualidad y la reproducción, de modo que las protestas ya no se limiten a dirigirse hacia la distribución socioeconómica. La autora plantea una concepción de la teoría crítica como aquella que logra recoger las luchas sociales emancipadoras de los movimientos contemporáneos y esclarecer los condicionantes que posibiliten la dominación y subordinación revelando aquellas categorías que intentan ocultar dichas relaciones (Fraser, 2005).

Se tendrá en consideración el recorrido teórico de Fraser (1999) para pensar la esfera pública, tema de discusión con Habermas (1962), quien generó una teoría crítica basada en la teoría de la comunicación. El diagnóstico del autor indicaba que modos de interacción correspondientes al mercado y la administración burocrática del Estado se extendían en campos de acción que no les correspondían, como la familia y la vida política pública, obstaculizando la interacción comunicativa. Desde el punto de vista de Fraser (2015), la teoría de Habermas (1962) no incluyó en su marco a la dominación masculina, los sexismos y el carácter androcéntrico del sistema en que vivimos.

La autora discute con el concepto de “esfera pública” que el autor presenta en su libro *The Structural Transformation of the Public Sphere* (Habermas, 1962). Fraser (1999) reconoce que tal concepto posibilitó un reconocimiento clave de la distinción entre: a) los aparatos del Estado y b) los escenarios públicos de discurso y asociación de ciudadanxs. El concepto de esfera pública según Habermas (1962) plantea sociedades modernas en que la participación política se realiza por medio del diálogo, un espacio institucionalizado de interacción discursiva en que se piensan y debaten los asuntos comunes. Este espacio, la esfera pública, es distinto del Estado e incluso puede ser crítico frente al mismo, y se distingue también de las lógicas mercantiles de intercambio. Lo que esto nos posibilita es distinguir Estado, mercado y asociaciones democráticas.

De acuerdo a Fraser (1999) existe, sin embargo, la posibilidad –y la necesidad- de reconstruir críticamente dicha teoría. Es importante tener en consideración que el modelo liberal burgués sobre el cual se basa la conceptualización de Habermas (1962) no se corresponde con la realidad de los sistemas democráticos contemporáneos. El autor sostiene que una esfera pública es el espacio en que se reúnen personas para debatir sobre cuestiones públicas y de interés común de manera abierta y accesible para todxs, intentando generar que el Estado rinda cuentas a la sociedad por medio de la publicidad. Esto implicaría también, que la esfera pública posibilitaría la construcción de una opinión pública y consensos sobre el bien común. Este modelo nunca existió en la realidad histórica por dos razones en particular: a) la accesibilidad de la esfera pública nunca fue generalizada; y b) el Estado fue ocupado por miembros de la sociedad burguesa por lo que no logró constituirse de manera separada de las lógicas capitalistas y las fragmentaciones sociales. Desde una concepción realista de la esfera pública se puede abordar de manera crítica el mundo en que vivimos en vistas de cambiarlo. Es por esta razón que se considera relevante la teoría de Fraser (1999) para este trabajo de investigación.

3.1.1. Relaciones intrapúblicas

Fraser (1999) debate con la manera en que Habermas (1962) define al modelo liberal burgués en tanto implica una idealización del mismo. Retomando a historiadorxs revisionistas, la autora sostiene que el modelo liberal burgués de la esfera pública se sostuvo sobre diversas

formas de exclusión y que se sustentó en una estrategia de diferenciación: de status, de clase, de género. El problema aquí es que se dejan por fuera los públicos rivales que no son liberales ni burgueses. Presentar al espacio público liberal burgués como el único e ideal, deja de lado la consideración de públicos alternativos que existieron históricamente y que fueron desvalorizados e incluso obstaculizados en sus intentos de visibilización y participación. En este sentido, la construcción de la esfera pública burguesa sirvió como vehículo institucional para posibilitar el dominio político a partir de la construcción de hegemonía. De esta manera, la esfera pública se constituyó como el espacio de construcción de consenso que habilitó nuevas formas de dominación hegemónicas. En este sentido, el concepto de esfera pública burguesa y masculina que Habermas (1962) postula no tiene en consideración cuatro cuestiones importantes:

a) no es posible que lxs ciudadanxs dejen de lado la desigualdad social como si fuesen iguales

b) una esfera pública única no necesariamente es lo más democrático y la multiplicidad de públicos es preferible

c) “lo privado” no siempre debe ser excluido del debate en la esfera pública

d) es posible que exista una esfera pública democrática aún si no existe una clara separación entre Estado y sociedad civil.

De acuerdo a Fraser (1999), es importante tener en cuenta que la pretensión de igualdad cívica y política no se puede garantizar en contextos de desigualdad económica y social. Incluso si existe una igualdad formalmente establecida, diversos mecanismos operan como impedimento. Por un lado, existieron históricamente protocolos informales que legitiman a determinados actores de acuerdo a estilos culturales valorados desigualmente. No es posible suspender diferencias que existen de hecho. Frente a la idea de que es mejor suspender las desigualdades la autora sostiene que quizá sea mejor tematizarlo explícitamente más que ponerlos en paréntesis para el debate público. De lo contrario, se espera que la esfera pública sea un espacio despojado de cualquier tipo de espíritu específico, con neutralidad absoluta sin expresión de lo propio cultural. La desigual valoración de los estilos culturales genera presiones informales que acaban por marginalizar a sectores subordinados. La práctica de la

interacción discursiva se ve restringida por patrones de desigualdad social incluso en la contemporaneidad:

A veces los grupos subordinados no pueden encontrar la voz correcta o las palabras para expresar su pensamiento y cuando lo hacen, descubren que no son escuchados. Son silenciados, incitados a mantener ignoradas sus necesidades y se les escucha decir 'sí' cuando lo que han dicho ha sido 'no' (Fraser, 1999).

A su vez, es importante tener en cuenta que el intento de suspender las desigualdades sociales para interactuar de manera genérica implica desventajas para los grupos subordinados y ventajas para los grupos dominantes, ya que no hay un igualitario acceso a los medios materiales de participación. Los medios de comunicación y los diversos soportes que permiten la circulación de los puntos de vista son de propiedad privada. La desigualdad económica potencia lo que la desigualdad cultural genera en términos de obstáculos para los grupos subordinados al momento de intentar enunciar sus necesidades y que sean escuchadas y legitimadas. En este sentido, la autora sostiene:

Debemos cuestionar si es posible aún en principio, el que los interlocutores deliberen como si fuesen pares sociales en escenarios de discurso especialmente designados cuando estos escenarios son situados en un contexto societal mayor, compenetrado por relaciones estructurales de dominación y de subordinación (Fraser, 1999).

En sociedades estratificadas en que existe la desigualdad social y económica, no es posible que lo político se construya como una abstracción de ese entorno, y la igualdad formal no se manifestará como tal en tanto no haya condiciones materiales de existencia que tengan cierto grado de paridad. Frente a esto Fraser (1999) considera: "Una de las tareas para la teoría crítica es hacer visible las formas en las que la desigualdad societal atraviesa a las esferas públicas existentes y formalmente incluyentes y compromete a la interacción discursiva dentro de éstas".

3.1.2. Relaciones interpúblicas

En el segmento anterior referimos a las relaciones intrapúblicas, es decir aquellas que suceden al interior de una misma esfera pública. De acuerdo a Habermas (1962), la esfera pública del modelo burgués liberal que propone se conforma como el espacio único de debate, lo cual permite evitar fragmentaciones en la sociedad. Entiende, entonces, que la existencia de una única esfera pública es deseable y preferible ante una posible multiplicidad de públicos. Fraser (1999) sostiene que en las sociedades estratificadas, la posibilidad de contestación de una pluralidad de públicos competidores, permiten un acercamiento al ideal de paridad en la participación, lo cual no sucede en el caso de un público único totalizador. Esto se corresponde con la idea de que no es posible generar una deliberación equitativa en sociedades en las que existe desigualdad social y cultural, las cuales se potencian cuando el espacio de deliberación es uno solo. La autora considera como enriquecedor y necesario que existan espacios donde los grupos subalternos puedan pensar sobre sus propias necesidades y realidades para poder reconocer su propia voz y no recaer sobre una noción de 'nosotros' que no se corresponda con su situación.

La autora denomina como *contrapúblicos subalternos* a escenarios discursivos paralelos que permiten la creación y circulación de contradiscursos que habilitan interpretaciones alternativas de su propia realidad:

Propongo designar a éstos con el término de Contrapúblicos subalternos, para señalar que se trata de escenarios discursivos paralelos en los cuales los miembros de los grupos sociales subordinados crean y circulan contradiscursos para formular interpretaciones opositoras de sus identidades, intereses y necesidades (Fraser, 1999).

Si bien los mismos no necesariamente son buenos de por sí, muchas veces surgen como respuesta a formas de exclusión por lo que implican una ampliación de la contestación y tienen un potencial emancipador. Este tipo de público tiene, según la autora, un carácter dual: a) funcionan como espacios de retiro y reagrupamiento, b) sostienen y entrenan actividades de agitación dirigidas a públicos más amplios. La dialéctica de esas dos funciones compensa la injusticia de los privilegios de aquellos grupos dominantes y es precisamente lo que caracteriza a los contrapúblicos subalternos como potencialmente emancipatorios. La tarea de la investigación en relación a este punto, es la de teorizar respecto de la interacción

contestataria de diferentes públicos que a su vez, son desiguales, identificando los mecanismos de subordinación y dominación entre unos y otros.

3.1.3. Sobre los límites de la esfera pública

Otro punto importante a considerar planteado por Fraser (1999) es la delimitación que distingue aquello que es de incumbencia común y de legítimo debate público, y aquello considerado como asunto privado. De acuerdo al esquema propuesto por Habermas (1962) la esfera pública burguesa masculina está compuesta por “personas privadas” debatiendo “asuntos públicos”. Aquí lo público es entendido como: a) relacionado al Estado, b) accesible a todxs, c) de incumbencia de todxs. En contraposición lo privado es entendido como: a) propiedad privada y mercado, b) vida doméstica e íntima.

Fraser (1999) plantea que aquello que se incluya o excluya de lo legítimamente común dependerá de la contestación discursiva. Por esto es tan importante en las sociedades democráticas que existan espacios que garanticen la publicidad a las minorías respecto de aquello que consideran de pública incumbencia. La publicidad debe ser considerada como un bien común y la posibilidad de deliberación no debe limitarse únicamente a la construcción de consenso respecto del bien común. Se deben incluir las percepciones de los grupos aun cuando no se correspondan con un ‘nosotros’ único y totalizador, incluyendo la expresión de los conflictos sociales: “cualquier consenso que pretenda representar al bien común en este contexto social, debe ser considerado como sospechoso, porque este consenso habrá sido logrado por medio de procesos de deliberación viciados por los efectos de la dominación y la subordinación” (Fraser, 1999).

La mención de la autora sobre el sentido que se le atribuye a ‘lo privado’ como perteneciente a la vida privada y doméstica, resulta pertinente para la realización de este trabajo. Históricamente, las definiciones de lo privado han servido para restringir temas e intereses del debate público y político. La privacidad doméstica se ha presentado como algo que debe ser excluido del debate público al definirlo como familiar, personal, opuesto a lo político. Esto generó que determinados temas se enclaven en escenarios discursivos especializados que

evitan el debate y la contestación en bases más amplias, generalmente a favor de grupos dominantes y en detrimento de los grupos subordinados.

Por ejemplo, hasta hace poco las feministas eran minoría al pensar que la violencia doméstica en contra de las mujeres era una cuestión de incumbencia común y por lo tanto un tema legítimo de discurso público. La gran mayoría de gente consideraba que esta cuestión era un asunto privado (...). Entonces las feministas formamos un contrapúblico subalterno desde el cual diseminamos una percepción de la violencia doméstica como un rasgo difundido y sistémico de las sociedades dominadas por los hombres. A la larga, después de sostener una constatación discursiva, logramos hacer que sea una cuestión de preocupación común (Fraser, 1999).

De acuerdo a Fraser (1999), son los mismos participantes quienes debieran determinar qué es y qué no es de su preocupación e incumbencia colectiva. Para que sea posible la autodeterminación, no debiera estar definido de manera externa qué es lo debatible en términos públicos y qué no; y tampoco es algo que esté determinado a priori o por naturaleza. Ninguna temática debiera ser considerada como fuera de los límites de lo común en tanto sea reivindicada a modo de contestación.

3.1.4. Públicos fuertes y públicos débiles

Resulta pertinente la teorización que Fraser (1999) nos ofrece sobre la relación entre la sociedad civil y el Estado. De acuerdo a la concepción burguesa de la esfera pública, ambos deben estar separados de manera clara, lo cual en sociedades capitalistas se corresponde con una concepción tradicional liberal: la sociedad civil debe ser autónoma del Estado y actuar a modo de opinión pública, sin que la misma se involucre en los procesos de toma de decisiones. Según la autora sucede lo contrario: para que una esfera pública funcione bien, no deben excluirse los temas económicos del debate colectivo y es necesaria una redistribución que permita que exista una mayor paridad. Esto implica que es necesaria una “interpenetración” entre Estado y sociedad civil.

Por otro lado, la idea de participación de individuos privados en la esfera pública, propia de la concepción de Habermas (1962), implica que las asociaciones civiles no gubernamentales

están constituidas por miembros que no son oficiales del Estado. Esto quiere decir que no producen decisiones soberanas y obligatorias si no que generan simplemente “opinión pública”. La autora denomina a este tipo de público como *débil*: su práctica de deliberación se dedica exclusivamente a la formación de opiniones sin incluir la toma de decisiones. Ante esto, los parlamentos soberanos se caracterizan por ser *públicos fuertes* ya que implican la construcción de discursos que sirven como opinión pública pero que también participan en la toma de decisiones que devienen en obligaciones legales. Esto quiere decir que la separación entre sociedad civil y Estado ya no está tan definida y existe una interrelación entre ambos, lo cual de acuerdo a Fraser (1999) es un avance en términos democráticos.

3.2. Decolonialismo y feminismos

En este apartado se considerarán aportes de autores decoloniales en tanto este trabajo intentará articular las nociones previamente descritas con conceptos que se vinculan con la colonialidad y la interseccionalidad. Los mismos son indispensables a la hora de analizar el debate parlamentario sobre el proyecto de ley sobre el régimen de ejercicio profesional de obstetras, acontecido en 2019 en el Congreso de la Nación de Argentina.

3.2.1. Colonialidad: eurocentrismo y modernidad

Resulta importante considerar el concepto de colonialidad del poder de Aníbal Quijano (2014), el cual se vincula con el patrón de poder global capitalista. Por un lado, la colonialidad permite analizar las relaciones de poder desde categorías alternativas a las de las teorías eurocentradas como “clase social” para incorporar la categoría de raza al pensar a las relaciones de dominación y subordinación a nivel mundial. Según el autor, el poder capitalista eurocentrado y global, se sostiene también a partir de la modernidad. La misma es entendida como un universo específico de relaciones intersubjetivas de dominación, en que la producción de determinado conocimiento que emerge desde los centros hegemónicos del sistema-mundo de poder se rotula como racional. Es una producción de una forma determinada de conocer, que responde a las necesidades cognitivas del capitalismo, la naturalización de las identidades y la distribución geográfica del poder del capitalismo

mundial. De acuerdo a Quijano (2014), esta forma específica de conocimiento, impuesta en el mundo capitalista como la única racionalidad válida se caracteriza por: a) la medición, b) la cuantificación, c) la externalización u objetivación. Esto generó una diferenciación entre grupos racionales e irracionales que se correspondían con superioridad e inferioridad, es decir estableciendo relaciones de jerarquía y supremacía, calificando de 'primitivo' a aquello que no se correspondía con la racionalidad capitalista.

Analizar la realidad desde una perspectiva decolonial, implica un acercamiento al concepto de raza desde nuestras realidades particulares, evitando hacerlo de la manera que es nominado en países del Norte. Desde el punto de vista de Segato (2012), es necesario reconocer que todos somos racializados y la incidencia de la historia en la lectura de nuestros cuerpos divide al mundo entre colonizadores y colonizados. Incluso aquellas personas latinoamericanas que tienen antepasados europeos, al visitar países del Norte serán racializadas de acuerdo a su pertenencia geopolítica originaria: al cruzar la frontera Norte/Sur siempre seremos leídos como no-blancos desde una perspectiva biopolítica.

La raza y los parámetros de no blancura varían de acuerdo a particularidades históricas regionales y nacionales, que expresan el trazo de la historia colonial por nuestros cuerpos, los hechos de la conquista y el orden colonial desigual heredado. Entender la raza como una construcción histórica producto de los procesos de colonización del mundo implica entonces, reconocer las huellas de la historia en pautas de lecturas de los cuerpos instaladas desde tales procesos y superar las nociones esencialistas de la raza supuestamente vinculadas a referentes estáticos como lo biológico y lo cultural.

La colonialidad del poder también nos permite visibilizar una valoración diferencial entre las producciones académicas que surgen desde el Norte y aquellas que surgen desde el Sur, lo cual también implica que los autores del Norte generan modelos teóricos que adoptamos y son "constructores-dueños del gran compendio de conocimiento sobre el mundo" (Segato, 2012). Existe en este sentido, un imaginario sobre el sujeto del saber que se corresponde con el hombre blanco europeo en aspecto, una creencia en la apariencia europea de la autoridad cuyo conocimiento merece el prestigio académico, distribuido de manera racista. Esto nos posiciona como consumidores de categorías prefabricadas en el Norte, en un orden de distribución de verdad y valor de los saberes que divide las tareas del campo intelectual

internacionalmente. Pero lo que sucede en este sentido, es que hay un gesto desautorizador sobre la capacidad de autores del Sur para la creación de categorías que tengan impacto global, así como una ficción de pertenencia no válida que muchas veces implica forzar las realidades propias para adaptarlas a las categorías provenientes del Norte. Se plantea como problemática la producción académico-científica en tanto:

Nuestras sociedades eurocéntricas no forman sujetos responsables por sus colectividades ni mucho menos activos en el cuidado de la sociedad y de la naturaleza. Por el contrario, forman sujetos para el mercado y para funcionar dentro de las leyes de productividad, cálculo de costo beneficio, competitividad, acumulación y concentración (Segato, 2012).

La situación de las Universidades en tanto reproducen lógicas de mercado, genera una pérdida de valor en su capacidad crítica y transformadora, respondiendo y acompañando las lógicas del capital propias de la colonialidad, en contraste a posicionamientos que habiliten la creación y ampliación de derechos. Es una tarea colectiva reconocer los sufrimientos existentes y sus causas, para batallar las opresiones en pos de garantizar los derechos humanos. Para esto, es importante, por un lado, reconocer la dignidad de saberes e intereses de los pueblos y reconocer cuando la educación no responde a la demanda de lo que se necesita en la sociedad (Segato, 2012).

Esto es pertinente en relación a la discusión sobre los DD SS y (no) RR que en muchas ocasiones se desplaza del terreno político al terreno científico como intento de saldar el debate político, presentando a los saberes científico-académicos como objetivos y neutrales, como fuente de legitimidad absoluta e indiscutible. Esto lleva a que en muchas ocasiones, el debate de estas temáticas se dirija hacia una perspectiva sanitarista, lo cual obstaculiza el cuestionamiento político. Por esta razón, Brown (2011) sugiere hablar de DD SS y (no) RR en lugar de salud reproductiva, con el objetivo de evitar la despolitización de la cuestión. Esta idea está reforzada por lo que Barrancos (2004) sostiene respecto de la presencia de la ciencia como “tribunal supremo” al tener la potestad de distinguir lo normal de lo patológico. De acuerdo a la autora, el conocimiento científico construye determinados patrones de verdad, cuando en realidad todos los saberes que intentan posicionarse como universales e irrefutables son situados y provisorios. Esto implica que siempre es necesario prestar atención

para visibilizar cuáles son los condicionamientos sociales, políticos, religiosos y económicos desde los cuáles se realizan las producciones científicas.

3.2.2. Interseccionalidad: sistema-moderno-colonial-de género

Lugones (2008) retoma el concepto de interseccionalidad como indispensable para demostrar la exclusión histórico-práctica de las mujeres no-blancas de las luchas libertarias que se realizan en nombre de la mujer; para postular lo que denomina como ‘sistema-moderno-colonial-de género’. De acuerdo a la autora, este concepto permite observar la profundidad de la imposición colonial y el sometimiento en lo concreto detallado y vivido, y en lo general.

Es importante considerar que no existe un único feminismo sino que es necesario hablar de feminismos. Los mismos son una forma de cuestionamiento del orden establecido, conllevan una ética y una forma de estar en el mundo, una toma de consciencia sobre las formas de discriminación y tienen un potencial emancipatorio (Varela, 2005). Por su parte, la epistemología es entendida como la “estructura de pensamiento con la cual comprendemos y reconstruimos el mundo” (Pérez Orosco, 2014). En este sentido, es importante cuestionar y criticar a la epistemología hegemónica - hétero - patriarcal, que surge con la Ilustración y se caracteriza por tener tres rasgos: binarismo, jerarquía y pretensión de neutralidad.

El ideario moderno posiciona un sujeto particular que se asume como representativo de la humanidad. Un sujeto supuestamente universal (masculino, occidental/blanco, heterosexual, adulto y burgués) es constituido como el referente de la vida social y política en Occidente, en relación al cual todo lo demás (“lo otro”) es subalternizado y excluido, en función de su diferencia (Javiera Cubillos, 2015).

De acuerdo a Lugones (2008), la separación lógica de categorías como raza y género, distorsiona a los seres y fenómenos que existen en la intersección y entramados entre las mismas. La autora sostiene a partir de sus estudios que la constitución del capitalismo eurocentrado colonial moderno fue sustentado por cambios impuestos en la estructura social. Estos cambios incluyen al género, ya que las formas de abordarlo y las transformaciones culturales en relación al mismo a partir de la colonialidad, se vinculan con una desintegración de las relaciones comunales e igualitarias, el pensamiento ritual y el

proceso colectivo de las tomas de decisiones. Esto quiere decir que existe una lógica de constitución mutua entre la colonialidad del poder y el sistema de género moderno. La autora nos presenta una construcción diferencial del género compuesta por dos caras. Por un lado, aquél género visible de la mujer perteneciente al mundo burgués, blanco y heterosexual y uno oculto, que se corresponde con hembras no blancas a las que no se les atribuía características de femeneidad. Por otro lado, lo que la autora denomina como el 'tercer sexo', es decir aquél que no se correspondía con la construcción dicotómica femenino/masculino del género. La reducción del género a lo privado es una cuestión ideológica y construida socialmente que se presenta como biológica (Lugones, 2008).

El rol del género y del posicionamiento diferencial de las personas situadas en el Sur de un sistema colonial son de suma importancia para considerar el proyecto de Ley que se aborda en este trabajo. Los posicionamientos desiguales de los saberes vinculados al parto y los nacimientos están atravesados por tales relaciones interseccionales de desigualdad, en relación al género y la posición dominante de un saber propio de la modernidad científica proveniente del Norte e impuesto frente a un saber práctico y local.

4. Relevamiento sobre actores y saberes en relación al parto y los nacimientos en el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia de 2019

Las feministas han sacado a la luz y han denunciado las estrategias y la violencia por medio de las cuales los sistemas de explotación, centrados en los hombres, han intentado disciplinar y apropiarse del cuerpo femenino, poniendo de manifiesto que los cuerpos de las mujeres han constituido los principales objetivos –lugares privilegiados- para el despliegue de las técnicas de poder y de las relaciones de poder.

(Federici, 2015)

4.1. Actores y saberes en relación al parto y los nacimientos en el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia tratado en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación en 2019

El 24 de abril de 2019 se llevó a cabo en el Congreso de la Nación² el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia. Fue tratado en las comisiones de Acción Social y Salud Pública y de Legislación General, donde se habían tenido en consideración dos proyectos de Ley:

- 1- Un primer proyecto presentado por lxs diputadxs Eduardo Pablo Amadeo y Sergio Wisky y la diputada Carmen Polledo, pertenecientes al partido PRO
- 2- Un segundo proyecto presentado por lxs diputadxs Analía Rach Quiroga, Mónica Macha, María Álvarez Rodríguez, Mayra Mendoza, María Raverta, Magdalena Sierra, Carlos Castagneto y Horacio Pietragalla Corti del Frente para la Victoria, Lucila de Ponti y Araceli Ferreyra del Movimiento Evita, Victoria Donda Pérez del partido Somos, Eduardo Bucca del partido Justicialista, y Carlos Roma perteneciente al PRO.

Durante el año 2019, Mauricio Macri era el presidente de la Nación por el PRO, partido que a su vez, tenía la mayoría en la Cámara de Diputados con 108 bancas de las 257. El peronismo

² La Cámara de Diputadxs del Congreso de la Nación estaba conformada por 257 diputadxs al momento del debate del Proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia en 2019, se puede encontrar el detalle de lxs integrantes y la votación en el Anexo de este trabajo.

era la segunda fuerza con 65 diputados que a su vez, era mayoría en la Cámara de Senadores con 24 bancas de un total de 72. En la Cámara de Senadores el PRO ocupaba 24 bancas.

Es importante considerar que el primer proyecto de Ley presentado por integrantes del partido de Mauricio Macri debió someterse a modificatorias para lograr el dictamen de consenso. Esto se debió a fuertes reclamos por parte de organizaciones sociales, respaldadas principalmente por la diputada Mónica Macha del Frente para la Victoria a nivel Congreso. Es el proyecto de Ley finalmente sometido a votación el que tiene el apoyo de los actores de la sociedad civil no pertenecientes al Estado, lo cual se analizará en detalle en los próximos apartados.

Antecedentes legales

Hasta la década de 1960, el ejercicio de parteras estaba validado legalmente como profesión de ejercicio liberal. A partir de la ley 17.132 –aún vigente- se restringe el ejercicio liberal de la misma, consolidando el poder de la corporación médica (OFRHS, 2019). Actualmente, el ejercicio profesional de Obstetricia a nivel nacional está regulado por la Ley 17.132 de Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración. En el artículo 42 establece que se considera a la obstetricia como una actividad de colaboración de la medicina lo cual es definido como:

De las actividades de colaboración de la Medicina u Odontología; el de las personas que colaboren con los profesionales responsables en la asistencia y/o rehabilitación de personas enfermas o en la preservación o conservación de la salud de las sanas, dentro de los límites establecidos de la presente ley (Ley 17.132, 1967).

A su vez, la regulación del ejercicio profesional de obstetras está a cargo de la autoridad sanitaria de cada jurisdicción, por lo que el contexto es diverso (OFRHS, 2019). La ley 17.132 establece en el artículo 49: “El ejercicio de la obstetricia queda reservado a las personas de sexo femenino que posean el título universitario de obstétrica o partera, en las condiciones establecidas en el art. 44”. En el artículo 50 establece que no podrán prestar asistencia a personas con embarazo, parto o puerperio en condición patológica y en el artículo 51 menciona que “Las obstétricas o parteras pueden realizar asistencia en instituciones asistenciales oficiales o privadas habilitadas, en el domicilio del paciente o en su consultorio

privado, en las condiciones que se reglamenten.” Existen modificatorias de la ley 17.132 pertenecientes al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica creado en 1992 y vigente hasta la actualidad: a) Resolución 647/2003. Guía para la Atención del Parto Normal en Maternidades Centradas en la Familia; b) Resolución 648 / 2003. Guía de Seguimiento del Recién Nacido en Riesgo; c) Resolución 648/2003. Guía para la Práctica del Cuidado Preconcepcional y del Control Prenatal.

El proyecto de Ley que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación en 2019, implicaba la derogación de los artículos vinculados al ejercicio profesional de la Obstetricia de la Ley 17.132, y la generación de un marco legal nacional para el ejercicio profesional de la obstetricia. El mismo quedaría sujeto a la adhesión o adecuación de las provincias para la aplicación del mismo y la reglamentación correspondería al Poder Ejecutivo.

El presente trabajo intenta vincular tales normativas y procesos -específicamente el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia tratado en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación en 2019- con la historización a partir de la cual se observa un proceso de institucionalización y profesionalización del atendimento de los partos y nacimientos. Proceso que implicó a su vez, la consolidación de la corporación médica como autoridad en relación a la cuestiones vinculadas a la salud. También, la exclusión de aquellos actores que no formaran parte de la misma y/o no reprodujeran los saberes técnico-científicos que la misma promoviera (Nari, 2004, Ehrenreich, 2006, Reano, 2018, Romero, 2018). La normativa reproduce una relación de dominación y jerarquía de los equipos médicos por sobre sus auxiliares, implicando una restricción de la autonomía de los mismos, así como una exclusión de determinados actores que no logran siquiera alcanzar el estado de auxiliares, como lo son las parteras de formación práctico-empírica (Nari, 2004, Vetere, 2006; Castrillo, 2011, Lorenzo, 2013). La atención de los partos y nacimientos restringida de esta manera genera en muchos casos una limitación en las opciones de las personas gestantes respecto de los modelos de parto con los cuáles pueden elegir ser asistidas, lo cual es considerado indispensable para garantizar los DD SS y (no) RR de las mismas. Las personas gestantes son colocadas en una posición pasiva que debe actuar de acuerdo a indicaciones profesionales científicas, dejando de lado su carácter de sujeto político (Brown, 2001; Chaneton & Vacarezza, 2011).

Antecedentes sociales

Desde el año 2008 se han impulsado proyectos de Ley que intentan modificar las normas previamente mencionadas, habiéndose presentado un total de siete, incluido el que se aborda en el presente escrito. De acuerdo a la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA, 2019), encabezada por Lucrecia Fiurilos presidenta de la Asociación, lxs Licenciadxs en Obstetricia emprendieron una lucha durante 13 años que implicó la presentación de los proyectos mencionados, con el objetivo de contar con un marco legal que habilite y respalde el ejercicio profesional. La FORA está integrada por: Colegio de Obstétricas de la Provincia de Misiones, Colegio de Obstetras de la Provincia de Santa Fe, Colegio de Obstetras de Entre Ríos (CODER), Sociedad Obstétrica del Chaco (SOCH), Asociación de Obstétricas Municipales (ADOM), Colegio Obstétrico de Catamarca, Sociedad Obstétrica Mendocina (SOM), Colegio de Obstétricas de Santiago del Estero, Sociedad Obstétrica de Formosa, Asociación Civil de Obstétricas Unidas de Tucumán (ACOUTUC), Colegio de Licenciados en Obstetricia de Jujuy.

El intento de impulsar reglamentaciones que permitan una jerarquización de la profesión, se vincula también con movimientos sociales que reivindican los derechos de las personas gestantes como lo es el colectivo “Nosotras parimos, nosotras decidimos”, el cual sostiene en su página de Facebook³:

Desde la campaña “Nosotras Parimos, Nosotras Decidimos” exigimos que se garantice la libertad de decisión sobre lo que acontece en el cuerpo de cada mujer, persona gestante. Las mujeres, en calidad de protagonistas tenemos mucho para decir, de hecho tenemos la última palabra, porque lo que aquí se juega es el ejercicio de nuestra autonomía y soberanía y el pleno acceso a nuestros derechos (Nosotras parimos, nosotras decidimos, 2019).

La Campaña ‘Nosotras Parimos, nosotras decidimos’, compuesta por activistas del movimiento feminista, se inicia en el año 2018 con el objetivo de interpelar a la ciudadanía, al sistema de salud, y a representantes del Estado, cuestionando la atención perinatal y salud

³ Disponible en: <https://www.facebook.com/campananosotrasparimosnosotrasdecidimos/> [Última visita: mayo de 2022]

sexual en relación al lugar que ocupan mujeres y personas gestantes y la violencia obstétrica existente. Fue la principal vocera de los reclamos, acuerdos y desacuerdos en relación a los proyectos de Ley, junto a la Asociación Argentina de Parteras Independientes (AAPPI). La AAPPI fue creada en el año 2011 y cuenta con carácter de Asociación Civil. Es la principal propulsora del parto domiciliario, brindando capacitaciones y atención vinculada a los mismos. Desde sus inicios, su principal propósito fue evitar que se aprobaran normativas que restringieran el acceso al parto domiciliario. Esto sucedió por primera vez en el año 2011 con el proyecto de ley que proponía modificaciones a la ley N° 17.132, entre las que se actualizaban las tareas de lxs parterxs y se restringía la posibilidad de asistir partos en instituciones no habilitadas. En el 2014 se manifestaron nuevamente en contra de un proyecto de Ley presentado por el diputado y médico Juan Fernando Marcópulos del Frente para la Victoria quien presentó nuevamente un proyecto con restricciones a los atendimientos de partos domiciliarios.

Por un lado, existe una histórica tensión entre la corporación médica que intenta mantener determinadas competencias como exclusivas de su ejercicio profesional y lxs obstetras que exigen mayor autonomía y el reconocimiento de competencias que se vinculan con su saber y práctica profesional.

Por otro lado, el movimiento de mujeres sostiene que el proceso de parto no debe reducirse a un acto fisiológico en el cual la persona gestante se posicione como sujeto pasivo, sino que es necesario garantizar el derecho de decisión de la misma. Tal derecho de decisión se vincula con la habilitación de actores que atiendan el proceso de parto y nacimiento. Se reivindica que no se limite a la corporación médica, con un saber y práctica propia y específica, pero que no necesariamente deba ser la única válida como opción. Esto se puede observar también desde la dicotomía entre una perspectiva sanitarista y la perspectiva de los DD SS y (no) RR: ¿quién tiene la potestad de decidir sobre los saberes válidos para el atendimiento de los partos y nacimientos?

La posibilidad de politizar el debate y generar procesos deliberativos colectivos para garantizar el ejercicio de los DD SS y (no) RR se ve restringida frente al monopolio de una forma de saber que determina lo que es o no aceptable al momento de atender partos.

De alguna manera, el debate generado en relación al proyecto de Ley y el hecho de que el proyecto haya perdido estado parlamentario demuestra tensiones complejas que implican diversas variables y perspectivas entrecruzadas, las cuáles se intentarán describir y analizar en los próximos apartados.

4.2. Debate parlamentario sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia de 2019⁴

En este apartado se tendrán en consideración las disertaciones de lxs legisladorxs en relación al debate parlamentario relativo al proyecto de Ley sobre el Régimen de Ejercicio Profesional de la Obstetricia. Diversos testimonios refirieron a cuestiones que son consideradas centrales para poder analizar la disputa de saberes en relación a los partos y nacimientos, y sobre las posibles relaciones de dominación y subordinación entre los mismos. Cabe mencionar que los discursos de lxs disputadxs fueron todos a favor del proyecto de Ley que luego obtendría media sanción por parte de la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación.

Perspectivas sobre el proyecto de Ley

Durante el debate se evidenciaron diversas posturas vinculadas la manera de interpretar la funcionalidad del proyecto de Ley. Esto incluye: la consideración de que era primordialmente una cuestión de jerarquización profesional; la idea de que los derechos de las personas gestantes eran lo más importante en relación al proyecto; y la visión de que en realidad se trataba de una cuestión de política sanitaria.

El diputado Eduardo Amadeo consideró que el proyecto era “más que un trámite administrativo” y refirió al mismo como una “ampliación de las incumbencias a las obstetras” y un “avance en el tema de cuidado de los derechos básicos de las mujeres respecto de su vida reproductiva” (DS, 29-04-2019: 150-152).

⁴ En el Anexo del presente trabajo se encuentra el listado de lxs diputadxs presentes al momento de la votación del proyecto de Ley, su pertenencia partidaria y su voto.

La diputada Carmen Polledo (DS, 29-04-2019: 150) sostuvo que el proyecto permitiría la actualización y jerarquización del régimen legal de la práctica de la obstetricia.

El diputado por Río Negro Sergio Wisky caracterizó al proyecto de Ley como una iniciativa de modernización dirigida a “uno de los pilares fundamentales de la política sanitaria: los planes maternoinfantiles” (DS, 29-04-2019: 152-153). El diputado refirió al “servicio sanitario” como esencial y consideró como una externalidad positiva la conversación sobre la modernización de la profesión médica y sus actividades complementarias (DS, 29-04-2019: 152-153).

El diputado por Misiones Jorge Daniel Franco que refirió al proyecto de Ley desde una perspectiva sanitaria sostuvo:

Ya se dijo, pero lo vamos a repetir con fuerza: el parto es un proceso fisiológico; es la forma que la humanidad consigue para preservar la especie y mantener así el instinto de supervivencia. La humanidad creció así. La humanidad se desarrolló con algunos asistentes de partería empíricos –por llamarlos de alguna manera–, es decir, alguien atendió el primer parto, alguien atendió a la humanidad en su desarrollo. Esas personas, que en algún momento se llamaron matronas o de alguna otra manera, eran las encargadas de brindar una asistencia especializada –porque era lo que había– para que el bebé esté bien y la madre sea conducida con una ayuda (DS, 29-04-2019: 155-156).

Najul sostuvo que la profesión obstetra era un eje fundamental para el sistema de salud y para evitar dos tragedias: la mortalidad materna e infantil (DS, 29-04-2019: 153).

Norma Amanda Abdala De Matarazzo, sostuvo por su parte que este proyecto de Ley trataba de actualizar el ejercicio profesional de la obstetricia que “ha dejado de ser un simple auxiliar de la medicina” por lo que era necesario garantizar “el derecho al ejercicio pleno y autónomo de la profesión” (DS, 29-04-2019: 156-157). De acuerdo a la diputada, la profesión de obstetricia está vinculada al campo de la salud, ante lo que mencionó la recomendación de la Organización Mundial de la Salud que “lo propone como profesional idóneo y experto en embarazo, parto, post parto y recién nacidos normales” (DS, 29-04-2019: 156-157).

Horacio Goicochea, sostuvo que la importancia de este proyecto de Ley residía en la manera en que jerarquizaba un sector de la salud que era considerado como auxiliaría (DS, 29-04-2019: 159-160).

La diputada Silvia Gabriela Lospennato (DS, 29-04-2019: 160-161) sostuvo que el proyecto de Ley tenía un carácter feminista por referir a una profesión mayormente integrada por mujeres:

Viene a emparejar un poco la cancha en un mercado laboral que, como sabemos es profundamente desigual en el reconocimiento de los derechos laborales, pero principalmente salariales entre varones y mujeres. Las mujeres cuidamos, educamos y curamos. Pero no lo hacemos solamente en el interior de nuestros hogares, sino que nos incorporamos mayoritariamente a estas mismas tareas en el mercado laboral, y por ende no hay ninguna casualidad en la falta de reconocimiento del valor económico del trabajo doméstico y en la disparidad o brecha salarial existente entre las actividades más feminizadas y las más masculinizadas (DS, 29-04-2019: 160-161).

Romina del Plá sostuvo por su lado, la importancia del reclamo histórico de trabajadores y trabajadoras de la obstetricia, y comentó sobre la labor “de asistencia, acompañamiento y cuidado de las mujeres y personas gestantes, así como sus respectivas familias” (DS, 29-04-2019: 157-158). Refirió a la ley como perteneciente al área de salud así como de educación, reivindicando la necesidad de educación sexual integral.

La importancia de los posicionamientos de lxs diputadxs en relación a la implicancia central del proyecto de Ley se vincula en gran parte con lo que Brown (2011) sostiene respecto de la perspectiva sanitarista en los debates políticos. De acuerdo a la autora, es importante reconocer aquellas instancias en que argumentos políticos se intentan traducir en cuestiones técnicas que deben ser resueltas por especialistas. Esto sucede cuando se abordan debates sobre la regulación sociales en torno a los cuerpos desde una perspectiva sanitarista, ya que de esta forma se postula como superior a lo técnico- científico y se limita el debate público.

Sobre los DD SS y (no) RR⁵

Lxs diputadxs también sostuvieron posicionamientos vinculados a los DD SS y (no) RR. En este trabajo se aborda la salud sexual y reproductiva como una cuestión que no se agota en la ausencia de enfermedades, y que contempla el bienestar y disfrute de una manera integral: física, social y emocional (Venticinque, 2017).

Ya desde la Conferencia Internacional de la Mujer del año 1995 los DD SS y (no) RR son considerados como un “derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello” (ONU, 1995).

La cuestión de los cuerpos y la sexualidad al momento de debatir sobre regulaciones que impactarán a nivel colectivo, y en este caso, en las personas gestantes, es de suma importancia. Esto se debe a que es necesario considerar a las personas afectadas como sujetos de derechos y no desde un rol pasivo, para evitar una “desobjetivización” de la persona (Chaneton & Vacarezza, 2011). A su vez, es importante considerar que la politización del debate sobre los cuerpos y la sexualidad, muchas veces implica una lucha para evitar que la temática se posicione como una cuestión privada, ya sea por considerarse como terreno de técnicas o terreno íntimo. Esto quiere decir que existe una tensión en relación a la definición sobre si la cuestión de los cuerpos es de incumbencia pública o privada.

Durante el debate sobre el proyecto de Ley, el diputado Amadeo sostuvo, en relación a los DD SS y (no) RR, que la ley permitiría el respeto a las circunstancias y opiniones individuales de las mujeres, la reducción de los índices de intervención y medicalización de rutina. A su vez, dijo que generaría un beneficio para la salud de toda la población, así como una democratización de la atención obstétrica de las mujeres (DS, 29-04-2019: 150-152). De acuerdo al diputado, el acceso generalizado a la atención de obstetras permitiría una mayor equidad en relación a la mortalidad materna y la tasa de mortalidad de niños y niñas (DS, 29-04-2019: 150-152). En su discurso, Amadeo retomó el artículo 10 del proyecto de Ley, el cual incluye los alcances, incumbencias y competencias del ejercicio profesional de la Obstetricia y establece que

⁵ Se refiere a los derechos sexuales y (no) reproductivos como DD SS y (no) RR de acuerdo a lo propuesto por Brown (2008), en tanto los mismos no sólo incluyen a la reproducción sino también a la anticoncepción y el aborto.

podrían asesorar y prescribir métodos anticonceptivos y realizar intervenciones relacionadas con ellos. Ante esto sostuvo que “es un aspecto esencial desde el punto de vista humano y social de la prevención del embarazo”, y vinculó esta referencia al embarazo adolescente no deseado, el cual consideró como “un eslabón de la reproducción intergeneracional de la pobreza”. Reivindicó el Plan ENIA⁶ y sostuvo que “las cifras demuestran el altísimo nivel de fracaso de ciertos anticonceptivos típicos. Por ejemplo, los comprimidos orales y los preservativos” (DS, 29-04-2019: 150-152).

La diputada Carmen Polledo (DS, 29-04-2019: 150) por su parte, sostuvo que el proyecto establecía los principios de “integridad, ética, bioética, idoneidad, equidad y solidaridad”, a la vez que permitía garantizar los DD SS y (no) RR desde un enfoque de derechos humanos y con perspectiva de género. Expresó que el objetivo era reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y “morigerar los índices de intervenciones y de medicalización” (DS, 29-04-2019: 150).

En relación a los DD SS y (no) RR, la diputada Macha sostuvo que al proyecto de Ley se le incluyó la perspectiva de género, estándares internacionales sobre derechos humanos, específicamente en relación a la erradicación de la violencia obstétrica, para lo cual consideró fundamental dejar de “naturalizar algunas prácticas que se realizan en el cuerpo de la mujer” y “generar más instancias donde las mujeres que están pariendo tomen decisiones sobre su cuerpo”. Planteó que el proyecto de Ley logró cierto consenso por tratarse de reclamos vinculados a la agenda del feminismo (DS, 29-04-2019: 153-155).

Romina del Plá criticó la orientación capitalista del sistema de salud en que “la mercantilización de la salud en el ámbito de los DD SS y (no) RR ha llevado, por ejemplo, al gigantesco negociado de cesáreas compulsivas en las clínicas privadas” (DS, 29-04-2019: 153-155).

⁶ Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia. Creado en el año 2017 e implementado en conjunto por los Ministerios Nacionales de Salud y Desarrollo Social y Educación, tiene como objetivos formales: a) Sensibilizar sobre la importancia de prevenir el embarazo no intencional en la adolescencia, b) Potenciar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en la adolescencia, c) Brindar información sobre salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos en forma gratuita en los servicios de salud, d) Fortalecer políticas para la prevención del abuso, la violencia sexual y el acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente.

La diputada Araceli Ferreyra, integrante del Movimiento Evita, sostuvo que el proyecto de Ley se vinculaba con la perspectiva de género y lo relacionó con el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo:

Las mismas situaciones de violencia que se viven con los abortos clandestinos muchas veces también se experimentan en los partos institucionalizados en los sectores de la salud pública o en instituciones privadas. Las mismas acusaciones y situaciones de violencia para las mujeres, como cuando se les dice “si abriste las piernas y no te cuidaste”, valen para los casos de partos, en los que muchas veces son sometidas a tratos denigrantes, además de las situaciones cruentas de la clandestinidad de esos abortos (DS, 29-04-2019: 159).

La diputada Ferreyra mencionó la importancia de hablar de familias y no de familia, para garantizar un enfoque de género y derechos humanos en la garantía de los DD SS y (no) RR y para evitar una conceptualización de familia “como modo único de organización del sistema heterosexual patriarcal” (DS, 29-04-2019: 159), y sostuvo que:

Debe terminarse la violencia obstétrica donde las mujeres y las personas con capacidad de gestar, o gestantes, somos considerados poco menos que sujetos pasivos sin derechos por un sistema médico hegemónico que ha hecho de la violencia obstétrica una de las formas para tratar de disciplinar nuestros cuerpos; que se termine con ese sistema y se pase a uno en el que las mujeres y los cuerpos con capacidad de gestar podamos tomar nuestras propias decisiones (DS, 29-04-2019: 159).

El diputado Goicochea, por su parte, mencionó la problemática del embarazo joven y reivindicó el Plan ENIA considerando que “las obstetras pueden ser grandes efectoras de este plan en lo que respecta ENIA” (DS, 29-04-2019: 159-160).

Lospennato sostuvo que el proyecto de Ley era importante en tanto “pretende mejorar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en situación de embarazo y parto” (DS, 29-04-2019: 160-161). De acuerdo a la diputada Lospennato era necesario que esto se realice no sólo en condiciones sanitarias adecuadas sino también en condiciones emocionales adecuadas. Luego comentó que el proyecto fue elaborado junto a la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia de la Secretaría de Gobierno de la Salud de la Nación y la

coordinación técnica del Plan ENIA, con el apoyo del Fondo de Población de Naciones Unidas, frente a lo cual vincula el proyecto de Ley con “el acceso a la anticoncepción de larga duración, sobre todo a la población más vulnerable” (DS, 29-04-2019: 160-161).

La riqueza de analizar el debate del proyecto de Ley radica en la posibilidad de reconocer diversas visiones sobre los DD SS y (no) RR que están presentes en la sociedad y el sistema político. Las mismas afectan las decisiones que se toman y el impacto que estas tendrán sobre las personas. Son estos posicionamientos los que visibilizan a su vez, tensiones respecto de saberes vinculados a los partos y nacimientos, tal como se lo analizará en detalle en capítulos posteriores.

Referencias a los actores involucrados en el momento de los partos y nacimientos

La atención de los partos y nacimientos, y la definición sobre quiénes son los actores adecuados para llevar adelante la misma es una cuestión atravesada por diversas visiones. La transformación histórica del atendimento mayoritariamente en hospitales y por medio de personal médico (Nari, 2004; Ehrenreich, 2006; Feliti, 2016; Reano, 2018; Romero, 2018), no quita que haya posicionamientos críticos al respecto que reivindican formas diferentes y alternativas frente a la corporación médica como autoridad legítima absoluta (Rodríguez, 2007, 2010; Odent, 1983, 1992, 2002; Floyd, 2001).

En el debate de Ley es posible observar posicionamientos respecto a quiénes son acompañantes indicados o no para el atendimento de los partos y nacimientos. En primer lugar, el diputado Eduardo Amadeo enumeró las carreras universitarias y terciarias en las que se encuentra la obstetricia y expresó:

La vieja partera que hizo nacer a muchos de nosotros hoy es una profesional formada y preparada para poder trabajar, como dice la Organización Mundial de la Salud, en la atención capacitada experta y compasiva de las mujeres en edad fértil, los recién nacidos y las familias en todo el proceso continuo del embarazo, el parto, el posparto y las primeras semanas de vida (DS, 29-04-2019: 150-152).

La diputada Claudia Najul remarcó el amplio consenso construido y sostuvo que el proyecto de Ley saldaría una deuda con una de las profesiones más antiguas:

Las y los licenciados en obstetricia actuales tienen como antecedente aquellas matronas que aparecen en las pinturas rupestres, en el Antiguo Testamento, en todos los libros de historia de la civilización como la egipcia o la griega. Siempre que hay un nacimiento aparece la figura de esa mujer acompañando y ayudando en el momento del parto (DS, 29-04-2019: 153).

Mónica Macha, diputada perteneciente al Frente para la Victoria sostuvo que en el Frente para la Victoria buscaban “eliminar la restricción que se pretendía establecer para otras profesionales con actividades afines y concurrentes, como doulas y puericultores entre otros” (DS, 29-04-2019: 153-155). Consideró que el eje fundamental era la mujer en condiciones de parir y las elecciones de la misma:

Por eso señalo también la posibilidad de que no se restrinjan los equipos sanitarios a pocas disciplinas, sino que se puedan incluir todas las que podamos para que cada mujer, al momento de parir, pueda elegir en qué condiciones lo quiere hacer (DS, 29-04-2019: 153-155).

El diputado Franco realizó un análisis sobre los partos realizados de manera domiciliaria en contraposición a los institucionalizados comparando lo que denominó como países desarrollados y países en desarrollo (DS, 29-04-2019: 155-156). De acuerdo a Franco, la existencia de partos atendidos por matronas es algo que debía re direccionarse hacia la atención especializada:

Yo les puedo contar una anécdota que viví en los inicios de mi carrera profesional: en el mismo hospital atendían personas que se formaron empíricamente para atender partos, que incluso eran elegidas por las mujeres por sobre algunos médicos. En mi pueblo había una “abuelita” –así se llamaba a la señora que atendía los partos en forma empírica– llamada Rita que atendía todos los partos, a tal punto que el pueblo le puso su nombre a una calle. Ella atendió a varias generaciones. Fíjense que a mí me tocó enseñarle cómo usar los guantes y cómo lavarse las manos, y eso que no soy tan antiguo (DS, 29-04-2019: 155-156).

Ante esto, el diputado Franco sostuvo que la presencia de personas “que son asistentes pero que están capacitadas” hacen falta, teniendo en cuenta que “no en todos lados hay médicos” (DS, 29-04-2019: 155-156). Defendió el proyecto de Ley por tratarse de “medicina de alta calidad, medicina sanitaria” (DS, 29-04-2019: 155-156).

Los discursos presentados demuestran la existencia de posturas que refuerzan el dominio de las corporaciones médicas en los atendimientos de partos y nacimientos. Esto evidencia la subordinación y en algunos casos estigmatización de actores que tienen un saber diferenciado y alternativo (Lorenzo, 2013; Vetere 2006; Castrillo, 2015). A su vez, se evidencian posturas que consideran importante la presencia de saberes complementarios a los técnico-médicos, y que reivindican el derecho a la autonomía de decisión de las personas por parir. La importancia de analizar las tensiones entre estas posturas, radica en la posibilidad de detectar herramientas existentes que puedan facilitar la prevención de la violencia obstétrica y se vean obstaculizadas por no ser consideradas legítimas.

Referencias a actores y organizaciones sociales

La mención por parte de lxs diputadxs de actores que no pertenecen al poder legislativo e incluso que no forman parte del ámbito estatal es importante en tanto demuestra la pertinencia política de la tensión entre los saberes vinculados a los partos y nacimientos. Esto es algo presente en la esfera pública, con la complejidad que implica la interacción entre el Estado y la sociedad civil, entre públicos diversos y contrapúblicos subalternos (Fraser, 1999).

En primer lugar, la diputada Najul mencionó a personas propias del campo al agradecer a lxs obstetras Mirella Pizzuolo y Gustavo Rinaudo (DS, 29-04-2019: 153).

La obstetra Mirella Pizzuolo forma parte del departamento de Obstetricia del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la provincia de Mendoza y participó en los debates sobre un proyecto de Ley provincial. En una nota periodística⁷ realizada en 2021 expresó:

⁷ Disponible en: <https://www.legislaturamendoza.gov.ar/avanza-la-posibilidad-de-que-la-licenciatura-en-obstetricia-sea-considerada-una-actividad-autonoma-y-tenga-su-propia-ley/> [Última visita: mayo de 2022]

Nuestra lucha viene desde hace muchos años para tener una ley que atienda a las particularidades del ejercicio de la profesión. Si bien tenemos la Ley 2636, que aún está vigente en donde se nos reconoce como profesionales de la salud, es necesario adaptarla a las necesidades actuales, esa ley respondía muy bien en los 60 (Pizzuolo, 2021).

Por su parte, Gustavo Rinaudo sostuvo en la misma nota:

Desde hace mucho venimos trabajando para esta ley, hasta ahora solo estamos avalados por resoluciones ministeriales. Tenemos el apoyo con esas resoluciones pero no tienen fuerza de ley. Ese apoyo no es sólo un beneficio para nosotros, lo es para toda la población (Rinaudo, 2021).

Rinaudo es presidente de la Sociedad Obstétrica Mendocina y es reconocido por haber impulsado la técnica del parto acuático, que desde 2017 se ha habilitado en el sistema público de la provincia (Rinaudo, 2021), lo cual también fue mencionado en el discurso de Najul (DS, 29-04-2019: 153).

La diputada Macha, por su parte, agradeció a la doctora Claudia Negri, quien se desempeña como directora de la carrera de obstetricia de la Universidad de Buenos Aires (UBA). A su vez, sostuvo que era necesario pensar las relaciones de poder en relación al campo sanitario para intentar que prime el acompañamiento y no el control sobre el cuerpo de la mujer. En su discurso, la diputada realizó otro agradecimiento:

Especialmente a las compañeras licenciadas en obstetricia, a las parteras, a las doulas, a las usuarias, a las puericultoras y a todo ese colectivo denominado “Nosotras parimos, nosotras decidimos”, que tiene un nivel de organización bastante importante. Ellas son las que nos vinieron a ver, y seguramente fueron a ver a todos y a todas, porque son compañeras muy militantes y muy insistentes con esta temática; están muy comprometidas con todo lo que implica esta situación. Realmente aprendimos mucho de ellas, y por eso me parece muy importante destacar la función que han tenido a la hora de generar distintas instancias de reunión para ver cuál era el mejor diseño para esta ley si bien lo presentamos como un proyecto del Frente para la Victoria (DS, 29-04-2019: 153-155).

Es pertinente considerar tales menciones de lxs diputadxs de agentes no estatales, ya que permite visibilizar la relevancia pública del debate y la presencia de diversos actores y posturas. Reconocer las relaciones de dominación y subordinación entre tales posicionamientos, puede facilitar un entendimiento de las relaciones de poder entre saberes vinculados a los partos y nacimientos de manera que se reconozcan movimientos emancipatorios y que promuevan la garantía de los derechos de las personas gestantes.

Sobre la objeción de conciencia

La objeción de conciencia es una cuestión que remite a lo individual, en tanto considera la realización de tareas desde convicciones propias y no desde convicciones públicas o comunitarias. La presencia de este recurso como un obstáculo para que las mujeres puedan acceder a la salud ha sido analizado en Argentina a partir de los debates sobre la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo. En este sentido, la objeción de conciencia implica una tensión entre la libertad de profesar un culto -en el caso de la persona encargada del atendimento de los partos y nacimientos- y la libertad reproductiva de la persona en estado de gestación (Deza, 2017). A su vez, funciona como una forma de delimitar la posibilidad de politizar la cuestión y considerarla en función de la garantía de derechos. Esto sucede en tanto la objeción de conciencia implica restringir la temática a lo íntimo y lo privado (Venticinque, 2013).

La cuestión de la objeción de conciencia evidenció diversos posicionamientos de lxs diputadxs al respecto. Del Plá se expresó en contra del derecho de lxs profesionales de la obstetricia a negarse a realizar prácticas que estén en contra de sus convicciones religiosas (DS, 29-04-2019: 157-158).

El primer proyecto de Ley presentado por diputadxs del PRO, incorporaba en el artículo 7 la objeción de conciencia en tanto: “Los licenciados en obstetricia podrán invocar, de manera individual, la objeción de conciencia teniendo en cuenta un deber religioso relevante o una convicción religiosa o moral sustancial como razón para negarse a cumplir una obligación jurídica en relación a prácticas de salud. Sin perjuicio de ello, la institución donde presta servicio el objetor debe asegurar la práctica a fin de no perjudicar a la persona que debe

recibir la misma”. Si bien el mismo no se incluyó en el segundo proyecto, que es el que finalmente se votó, se agregó en el artículo 17, inciso c), como derecho de las personas licenciadas en obstetricia: “Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato para la persona, informándole previamente sus derechos como paciente y efectuando la oportuna derivación para que acceda a los mismos sin dilaciones” (DS, 29-04-2019).

La diputada Ferreyra fue la única que propuso una modificación sobre el contenido vinculado a la objeción de conciencia, cuando refirió a la eliminación del inciso c) del artículo 17 “porque colisiona con el mandato constitucional de un Estado laico y justamente aquí se hace referencia a las objeciones religiosas, morales o éticas” (DS, 29-04-2019: 164). La diputada Ferreyra sostuvo que en algunas profesiones se debía hacer prevalecer el interés de la persona a la que se asiste y también:

El respeto de la voluntad de la mujer y de los cuerpos gestantes a fin de terminar con ese modelo verticalista del sistema médico hegemónico que nos impone cuestiones que van más allá de nuestra propia voluntad. Ese respeto es el que hay que tener, el de la mujer y el de los cuerpos gestantes (DS, 29-04-2019: 164).

Ferreyra sostuvo que la objeción de conciencia y la ley de culto habilitaban el no cumplimiento de leyes votadas democráticamente por el Parlamento y que lo mismo había sucedido con el debate sobre la interrupción voluntaria del embarazo (DS, 29-04-2019: 164). La diputada expresó que este inciso violaba los mandatos de un estado laico y la separación del Estado de la Iglesia (DS, 29-04-2019: 164). Por su parte, el diputado Lipovetsky sostuvo que “la objeción de conciencia en estos proyectos debe debatirse en el marco de otras legislaciones, como la ley de culto o la legalización del aborto” (DS, 29-04-2019: 164). Por ésta razón no se contempló la moción de la diputada Ferreyra (DS, 29-04-2019: 164) y el proyecto con media sanción incluyó el artículo 17 con el derecho de los profesionales en obstetricia a negarse a realizar prácticas que entren en conflicto con sus convicciones.

La relevancia que cada unx de lxs diputadxs le otorgó a la objeción de conciencia y el posicionamiento respecto de la misma es significativa en tanto implica una determinada

forma de pensar los derechos de cada uno de los actores involucrados. Las posibilidades de las personas en estado de gestación se ven directamente impactada por el recurso de la objeción de conciencia, ya que no es lo mismo priorizar la objeción de conciencia como acto privado frente a la garantía de los DD SS y (no) RR de las personas gestantes (Deza, 2017).

Votación

El proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia fue votado por 172 diputadxs, de lxs cuales 167 votaron a favor. Sólo una diputada votó en contra, Lehmann María Lucila de la Coalición Cívica de Santa Fe. Tres de lxs diputadxs presentes se abstuvieron: Brügge Juan Fernando del partido Córdoba Federal por Córdoba, Massetani Vanesa Laura del partido Federal Unidos por una Nueva Argentina por Santa Fe y Scaglia Gisela del PRO por Santa Fe (Anexo).

Lxs diputadxs que se abstuvieron y la diputada que votó en contra no presentaron un discurso ni justificación de su voto, por lo que no explicaron su postura, y las razones por las cuáles no votaron a favor del proyecto de Ley. Además de no haber declarado sus disidencias o desacuerdos en el debate parlamentario, tampoco se expresaron por otros medio o en otras instancias, es decir que no hay una fundamentación pública sobre sus abstenciones y oposición.

5. Tensiones presentes en el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia con media sanción en el Congreso Nacional de Argentina

¿Quiénes reinterpretaban estos hechos, como la violencia ejercida en los partos, y posibilitaron nuevas narrativas partiendo de la violencia hacia las mujeres como un problema social? El movimiento feminista a través de múltiples formas de denuncias tales como elaboraciones teóricas y acciones concretas, fue construyendo marcos de referencia para interpretar ciertos hechos de la realidad como desiguales y violentos para las mujeres, y proclamando autonomía para ellas. (Jerez, 2014)

5.1. El rol de los contrapúblicos subalternos

El debate sobre el proyecto de Ley se ve atravesado por diversas cuestiones que se entrecruzan y tensionan: jerarquización profesional; restricción de la participación en atención de partos y nacimientos; perspectiva sanitarista vs. perspectiva de los DD SS y (no) RR; movimientos de mujeres; procesos de toma de decisiones. A continuación, se considerarán tales aspectos a partir del marco teórico seleccionado para el análisis de las relaciones de poder existentes entre los saberes vinculados a los partos y nacimientos.

5.1.1. La cuestión de género y los arquetipos dominantes al pensar la esfera pública

Fraser (2015) propone pensar al marco conceptual de los feminismos como aquél que nos permite criticar al capitalismo androcentrista. Para ésto, es necesario rastrear manifestaciones de la dominación masculina de manera que sea posible proponer una democracia y justicia social que involucre las cuestiones de género. Una cuestión como la reglamentación del ejercicio profesional de una disciplina puede presentarse como algo librado de estas tensiones; o por lo contrario, verse atravesado por múltiples realidades que presentan relaciones de dominación, subordinación y condicionalidad en relación a cuestiones de género.

En este caso en particular, es necesario tener en cuenta la historia de la partería que implicó la exclusión y/o subordinación de las mujeres frente a la corporación médica en el

atendimiento de los partos y nacimientos. Esto implica que la cuestión de género atraviesa la demanda de jerarquización profesional de lxs obstetras si se tiene en consideración esta perspectiva histórica.

Por otro lado, el atendimento exclusivo de partos y nacimientos por parte de médicxs genera una limitación de alternativas de las personas gestantes en relación a los modelos de partos y nacimientos a implementar. En este sentido la cuestión de género está presente cuando se analiza la cuestión desde una perspectiva de DD SS y (no) RR.

El objetivo propuesto por Fraser (1999) es fundamental al momento de pensar la esfera pública en el caso específico propuesto teniendo en consideración las cuestiones de género y apostando por reconocer las instancias de dominación androcentrista y las maneras en que se pueda promover la justicia social.

La cuestión del ejercicio profesional de la obstetricia, se presenta en la esfera pública a partir de una demanda normativa sobre la importancia de jerarquizar a obstetras, actualmente consideradxs legalmente como auxiliares de lxs profesionales médicxs.

En este trabajo se han mencionado las transformaciones históricas que implicaron un desplazamiento de las mujeres parteras tradicionales del atendimento de los partos y nacimientos. Esto sucedió a partir de la consideración de que sus prácticas eran desafiantes para las actividades políticas y religiosas. Esto implicó que las prácticas de las mismas fueran consideradas como ignorantes, vinculadas a épocas de “oscurantismo”, a la brujería y el delito (Nari, 2004, Ehrenreich, 2006, Reano, 2018, Romero, 2018). Las mujeres que asistían a los partos a partir de conocimientos prácticos, empíricos y vivenciales debieron ser formadas y diplomadas por instituciones dirigidas por la ciencia médica y subordinarse en las instalaciones hospitalarias a los profesionales médicos, hombres en su mayoría (Nari, 2014; Barrancos, 2014, Reano, 2018, Romero, 2018).

Los procesos de exclusión de las mujeres parteras tradicionales sucedieron en el marco de la consolidación de la corporación médica. Esto implicó, e implica hasta el día de hoy, el establecimiento de relaciones de desigualdad que se intentarán analizar a continuación.

Por un lado, se presenta un arquetipo, un modelo de persona que es considerado de manera hegemónica como superior, dominante y que presenta a aquellas personas que no se corresponden con el mismo como inferiores y subalternas. Las características de este arquetipo implican ser: varón, blanco, burgués, profesional. Se vincula a su vez, con el prestigio científico-académico, al cual corresponde confiársele la autoridad en un contexto de capitalismo colonial (Barrancos, 2004; Segato, 2012, Javiera Cubillos, 2015). El hecho de que la corporación médica haya estado conformada exclusivamente por hombres en sus comienzos, necesariamente implica una situación de desigualdad que beneficia a los médicos en relación a las parteras mujeres.

Aquí, cuestiones que se presentan como neutrales están atravesadas por relaciones de poder que jerarquizan a los médicos varones por sobre las mujeres parteras tradicionales, a médicos por sobre obstetras, a los saberes académico-científicos por sobre los práctico-empíricos. A partir del debate del proyecto de Ley sobre el ejercicio profesional de la obstetricia, es posible analizar desde una perspectiva de género estas relaciones de poder que se plasman en la estructura social, normativa, institucional y cultural.

De acuerdo a Miñoso (2016) los feminismos coinciden en reconocer:

Una situación de subordinación, opresión o dominación de las “mujeres” como género (o como sexo), en la historia- lo que algunas interpretan en términos de “desigualdad” que se explica por la existencia de un sistema estructural de poder que coloca a los varones al frente del control de las instituciones, la construcción del saber sobre el orden del mundo y de lo que se entiende como “capacidad reproductiva de las mujeres” (Miñoso,2016).

Sin embargo, Miñoso (2016) plantea la importancia de pensar en clave crítica al sujeto mujer construido de manera universal ya que puede funcionar como un comodín que legitime cualquier objetivo con la ilusión de servir a intereses comunes. Problematizar la universalidad de un “nosotras las mujeres” implica reconocer que existen diferencias entre mujeres blancas y mujeres afrodescendientes e indígenas, entre mujeres del Norte y mujeres tercermundistas, e incluso entre identidades de género. El conflicto vinculado al proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia pone en evidencia posturas que posicionan

un arquetipo de varón blanco burgués como dominante, así como el lugar privilegiado de la ciencia para enunciar postulados absolutos. Sumado a esto, se revelan nociones universalistas de “la mujer”, lo cual podría considerarse como un programa político racista y clasista por omisión (Miñoso, 2016), en tanto no contempla la realidad de sujetos tales como personas gestantes situadas en contextos rurales, mujeres indígenas, mujeres trans, mujeres en situación de pobreza. Esto sucede porque se reglamenta a partir de una noción de mujer que se construye en torno a aquella que es blanca, burguesa, propia de un entorno urbanizado, con acceso a servicios e instituciones de salud.

Por otro lado, se ha construido históricamente a la ciencia como fuente de legitimidad y a lo académico como constructor de la verdad absoluta. Que la ciencia sea autoridad absoluta implica una sutil forma de imposición de los saberes de los países “desarrollados”, ya que la mayoría de las investigaciones y plataformas de reconocimiento dentro de las mismas (como revistas académicas) se encuentran localizadas en los mismos. Esto promueve una noción de que los países “en desarrollo” no tienen la capacidad de generar categorías globales, sino que deben adaptarse a un saber superior, transmitido desde la ciencia como saber universal (Segato, 2012). Esto desautoriza no sólo la capacidad de construcción de conocimiento local, si no a otros saberes prácticos y empíricos generados por fuera de las instituciones acreditadoras de lo científico, como lo son los de las parteras tradicionales. La subordinación de las mujeres en el atendimento de partos y nacimientos se vincula entonces con la imposición del saber científico como superior y absoluto, garantizada por un sistema moderno de colonialidad.

La ciencia como saber absoluto, refuerza otra situación ya mencionada en este trabajo: una relación desigual entre médicx/paciente, que posiciona a las personas gestantes en un rol pasivo y de subordinación más que de sujeto político, con autonomía de decisión. A la vez, funciona como un obstáculo para disputar nociones respecto de los modelos de parto y nacimiento, en tanto se restringe la politización por medio de una perspectiva sanitarista que coloca al saber técnico como aquel que tiene la palabra final.

La reivindicación de las asociaciones civiles y los movimientos de mujeres presentan una resistencia frente a esta situación. Se caracterizan por ser contrapúblicos subalternos con potencial emancipatorio en tanto reclaman por una ampliación de posibilidades frente a una

situación de dominación que excluye a las visiones que no se corresponden con el conocimiento de la medicina científica moderna.

Identificar tales relaciones de dominación en la manera de abordar los partos y nacimientos es indispensable para entender de manera integral las dificultades vinculadas a la garantía de derechos de las personas gestantes. En este sentido, se intenta enunciar a partir de este apartado, la complejidad inherente de un problema atravesado por diferentes aristas en lo que respecta a arquetipos dominantes en la esfera pública, así como en el debate en relación al Proyecto de Ley que se aborda en este escrito.

5.1.2. Los actores estatales y no estatales en la esfera pública

De acuerdo al concepto de esfera pública formulado por Fraser (1999), la misma no está compuesta de manera homogénea a partir de un único espacio. Por un lado, existen los agentes que ocupan espacios de decisión en instituciones públicas estatales y por otro lado, agentes que conforman asociaciones ciudadanas no estatales, todos formadores de opinión pública y debate público.

En el debate generado a partir del proyecto de Ley sobre el ejercicio profesional de la obstetricia del 2019 es posible identificar actores estatales y no estatales de acuerdo al concepto de esfera pública de Fraser (1999). Por un lado, se identifican los actores estatales, agentes de las instituciones del Estado, lo cual incluye a lxs diputadxs, a la representante de la Universidad pública como lo es la doctora Claudia Negri, directora de la carrera de obstetricia de la UBA y también a la doctora Pizzuolo Mirela del Departamento de Obstetricia del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza.

Por otro lado, los actores no estatales implican a las asociaciones de ciudadanxs que incluyen:

a) A los movimientos de mujeres y feministas, de los cuales se consideran específicamente al colectivo 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' y la Asociación Argentina de Parteras Independientes (AAPI).

b) A las asociaciones obstetras como la Sociedad Obstétrica Mendocina (SOM) representada por Rinaudo Gustavo, la FORA (Federación de Obstétricas de la República Argentina), y el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (COPBA).

c) A las asociaciones médicas, entre las cuáles se considerarán al Colegio Médico de Jujuy, el Colegio Médico de Tucumán, la asociación 'Colegio Médico en defensa de los Derechos de los médicos', la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina), la FOREMENOA (Foro de entidades Médicas del Noroeste Argentino), la AMAP, Asociación de Médicos de la Actividad Privada, y la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGBA).

Estas delimitaciones entre actores estatales y actores no estatales no son determinantes y, como expresa Fraser (1999), no siempre es posible establecer una clara separación entre Estado y sociedad civil ya que existe una vinculación entre ambos: Rinaudo como colaborador del Departamento de Obstetricia del Ministerio de Salud, Desarrollo Social y Deportes de la Provincia de Mendoza y los movimientos de mujeres en debate y discusión y/o representación con diputadas como lo son Mónica Macha y Araceli Ferreyra. Cada uno de estos actores se ve atravesado por una determinada concepción de los partos y nacimientos, así como de los saberes que se presentan al momento de abordar los mismos: su legitimidad o no, su subordinación o marginalización, visibilización u obstaculización.

Se observa que pocos diputados recogen demandas de las asociaciones ciudadanas. Esto sucede en el caso de la diputada Mónica Macha (DS, 29-04-2019: 153-155), quien agradece al colectivo 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' quienes, según su discurso, sostienen la lucha y militancia feminista por la soberanía sobre el propio cuerpo y la erradicación de la violencia obstétrica.

Resulta importante mencionar que frente al primer proyecto de Ley presentado por integrantes del partido PRO, la AAPI y la campaña 'Nosotras Parimos, Nosotras decidimos' se manifestaron en contra de la restricción de la atención de Obstetras únicamente en instituciones habilitadas, obstaculizando el acceso al parto domiciliario. El 4 de abril del 2019 se realizó una marcha en contra del proyecto de Ley en la que las principales demandas eran habilitar la posibilidad de atención profesional de Obstetras en partos domiciliarios, y la inclusión de la perspectiva de género que otorgue mayor protagonismo a la persona gestante

frente al modelo médico hegemónico. Fue la diputada Mónica Macha quien recogió estas demandas al reunirse con las representantes de ambas organizaciones. Finalmente, el 10 de abril se logró un dictamen de consenso a partir de un proyecto de Ley que incluía la posibilidad de atendimento a domicilio, siendo éste el proyecto que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados en 2019. Es a partir de este momento que las organizaciones civiles y los movimientos de mujeres comienzan a apoyar el proyecto de Ley y a reclamar por la aprobación del mismo.

El día 31 de agosto de 2019, Día Nacional de la Obstetricia, se convocó a una marcha en reclamo por la aprobación del proyecto de Ley con media sanción. A su vez, el 25 de septiembre de 2019 se realizó un festival, exigiendo que el Senado trate el proyecto de Ley con media sanción, con la consigna “Festival por la salud sexual integral para todes”, al cual asistió la diputada Mónica Macha. La movilización social en la vía pública y en las redes sociales fue clave para las organizaciones sociales que reivindican los DD SS y (no) RR de las personas gestantes.

La diputada Najul por su parte (DS, 29-04-2019: 153), reivindicó al representante de la Sociedad Obstétrica Mendocina, Gustavo Rinaudo, actor clave en la lucha por normativas que atiendan las particularidades de la profesión que estén actualizadas y respondan a las necesidades contemporáneas en beneficio de la población.

Por otro lado, el debate en el Congreso presenta una relación entre la reglamentación del ejercicio profesional de la obstetricia y la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) como demanda social. En este momento, la misma no estaba legalizada y era una cuestión central en la agenda pública y en las demandas de los movimientos de mujeres como indispensable en términos de DD SS y (no) RR. Esto quiere decir que la mención de esta cuestión implicaba una interrelación entre una instancia estatal como lo es el Congreso Nacional y una instancia no estatal, como lo era la demanda social de los movimientos de mujeres por la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

La diputada Araceli Ferreyra fue quien sostuvo en su discurso parlamentario que el proyecto de Ley se vinculaba con la perspectiva de género en tanto “las mismas situaciones de violencia

que se viven con los abortos clandestinos muchas veces se experimentan también en los partos institucionalizados” (DS, 29-04-2019: 159).

En lo que respecta a lxs demás diputadxs que decidieron no expresarse en relación a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), este silencio no podría considerarse casual en tal contexto de auge de las demandas de los movimientos feministas por el acceso a este derecho. En este sentido, tal omisión se puede considerar como un posicionamiento político que implica una separación más delimitada entre lo estatal y las demandas de agrupaciones civiles no estatales. La no mención de la lucha social por el IVE es aún más llamativa si se tiene en consideración que el proyecto de Ley tenía como aspectos esenciales el de la prevención de los embarazos no deseados. En el artículo 10 del mismo, se establecía como competencia de los obstetras: “Asesorar y prescribir métodos anticonceptivos, así como realizar intervenciones realizadas a ellos, incluyendo colocación y extracción de métodos anticonceptivos de larga duración”.

En relación a los embarazos no deseados, muchos de lxs diputadxs que omitieron el contexto social vinculado a la IVE refirieron, en cambio, reivindicar al Plan ENIA.

El diputado Goicochea refirió al embarazo joven, frente al cual consideró de suma importancia al Plan ENIA como herramienta para garantizar los DD SS y (no) RR (DS, 29-04-2019: 159-160).

Algo similar sostuvo la diputada Lospenatto (DS, 29-04-2019: 160-161), quien consideró al proyecto de Ley como feminista en tanto refería a un colectivo profesional integrado casi exclusivamente por mujeres. Luego, Lospenatto (DS, 29-04-2019: 160-161) refirió a la población sin recursos para acceder a métodos anticonceptivos, considerando que para atender a la misma -y a niñas y adolescentes con embarazos no deseados- las obstetras podrían cumplir un rol de acompañamiento junto a la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia y el Plan ENIA (DS, 29-04-2019: 160-161).

Por su parte, el diputado Amadeo en su discurso parlamentario (DS, 29-04-2019: 150-152), consideró de importante relevancia la problemática, del embarazo adolescente no deseado, considerándolo como “un eslabón en la reproducción intergeneracional de la pobreza”, frente a la cual reivindicó el Plan ENIA como herramienta fundamental.

Tanto Giocochea, como Lospenatto y Amadeo, refirieron a la cuestión de embarazos adolescentes no deseados aunque sin mencionar el derecho a la interrupción legal del embarazo.

Las posturas previamente mencionadas establecen de alguna manera posicionamientos de actores estatales presentes en la esfera pública, en relación a una demanda de actores no estatales en la esfera pública, es decir, la interrupción voluntaria del embarazo como demanda de los movimientos de mujeres.

Otros actores no estatales claves presentes en la esfera pública y que problematizaron la cuestión del proyecto de Ley fueron las diversas asociaciones médicas. Las mismas se expresaron en contra del proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación. Integrantes de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán y el Colegio Médico de Jujuy; el 'Colegio Médico en defensa de los Derechos de los médicos'; el Foro de entidades Médicas del Noroeste Argentino; la AMAP, Asociación de Médicos de la Actividad Privada, se manifestaron públicamente en contra del proyecto de Ley.

Es muy probable que el pronunciamiento colectivo de parte de las asociaciones pertenecientes a la corporación médica haya influido en el fracaso del proyecto de Ley que finalmente perdió estado parlamentario. El hecho de que no se haya tratado el proyecto de Ley en la Cámara de Senadores para su posterior sanción y reglamentación podría estar vinculado con el posicionamiento de la corporación médica, implicando nuevamente una interrelación entre los agentes estatales y los agentes de las asociaciones ciudadanas.

La definición de esfera pública de Fraser (1999) permite reconocer estas vinculaciones – o falta de vinculación- entre las demandas de los movimientos de mujeres y las asociaciones de obstetras y de la corporación médica, y los representantes institucionales de agencias del estado, sin confundirlos como espacios idénticos dentro de lo público: lo estatal y lo civil.

A su vez, la complejidad de la esfera pública requiere ser analizada diferenciando a aquellos actores que inciden en el proceso pero no pertenecen a lo estatal como las asociaciones obstetras, el movimiento de mujeres y las asociaciones médicas y aquellos que sí lo son, como los diputados y funcionarios del poder legislativo.

5.1.3. Validación y jerarquización de una profesión

Como se mencionó en el estado del arte del presente trabajo, la profesión médica se constituyó históricamente con una pretensión de superioridad basada en el conocimiento científico. La misma se vinculó con la conformación del Estado Nación y consagró a los médicos como autoridad al momento de consultar sobre la definición de cuestiones vinculadas a la salud. La profesionalización e institucionalización de las prácticas relacionadas a los partos y nacimientos posicionó a la medicina y sus representantes como autoridad legítima y última desde el conocimiento técnico y de la ciencia (Nari, 2004; Ehrenreich, 2006; Feliti, 2016; Reano, 2018; Romero, 2018). El dominio médico se caracterizó por garantizar el control por parte de este grupo profesional, posicionando a actores alternativos en un rol subordinado y limitado (Vetere, 2006; Castrillo, 2015; Lorenzo 2013).

Históricamente, la jerarquización profesional de efectores de la salud mayoritariamente compuestos por mujeres debió ser disputada por diversas profesiones frente a los agentes médicos. Esto es algo que no atraviesa únicamente a las obstetras. Ramaciotti & Martin (2016) estudiaron la historia de algunos de estos procesos y se mencionarán algunos aspectos relevantes para el análisis emprendido.

De acuerdo a las autoras, existe un “sistema social sustentado por la dominación de los varones sobre las mujeres y un esquema de científicidad masculinizado” (Ramaciotti & Martin, 2016). El mismo estaría sustentado por normativas del Estado que imponen límites a las mujeres según el sistema educativo o los medios por los cuales adquirieran sus prácticas profesionales. Labores asistenciales emprendidas por mujeres de manera empírica y sin exigencia de formación previa comenzaron a tener requisitos de determinadas capacitaciones, que serían proporcionadas desde la ciencia médica. En muchos casos implicaron una división patriarcal del trabajo. Esto incluyó a asistentes sociales, educadoras sanitarias, dietistas y enfermeras. La relación entre médicos y grupos profesionales subordinados o periféricos dentro del campo implicaron en muchos casos, relaciones desiguales de poder y estrategias que intentan perpetuar o cuestionar los mecanismos de autoridad masculinizados establecidos (Ramaciotti & Martin, 2016).

De acuerdo a Ramaciotti & Martin (2016) existen roles de trabajo establecidos de acuerdo a una forma de dominación sexual que intentan postularse como neutrales en relación al género. Las ocupaciones feminizadas se vinculan en la mayoría de los casos al cuidado y presentan cierta subalternidad cuando en realidad debieran ser reconocidas de acuerdo a la energía, recursos y saberes que las mismas implican, en un contexto en que el cuidado humano debiera considerarse una necesidad global (Ramaciotti, 2020). La autora realiza un análisis de la historia de la profesión de enfermería y sostiene:

El capital cognitivo del campo de saber de la enfermería constituye una gran oportunidad para desencadenar procesos, en respuesta a la necesidad de transformación institucional en el campo sanitario. Establecer un giro en la orientación de las acciones, para actuar en función de las necesidades sociales en salud, permitirá superar la mecanización de las instituciones sanitarias (Ramaciotti, 2020).

Ramaciotti (2020) recupera el concepto de cuidado según el cual:

Cuidar denota un fenómeno multidimensional, dinámico y complejo, con componentes científico-tecnológicos orientados hacia la dimensión biológica de la persona cuidada y componentes humanísticos orientados hacia la dimensión emocional, intelectual, social, cultural y espiritual de aquella (Ramaciotti, 2020).

De acuerdo a la autora, la enfermería se desarrolló de manera tal que se consideraba a la labor de cuidado como innata de las mujeres, razón por la cual se desvalorizó tal actividad y se menospreciaron sus derechos laborales. Además se constituyó como una profesión sanitaria “auxiliar” de la medicina y por lo tanto subordinada a la misma. Actores presentes en el sistema de salud, vinculados a tareas de cuidado como lxs enfermerxs, debieron emprender luchas y reclamos no sólo por aumentos salariales, sino también por un mayor reconocimiento de la importancia de la profesión y el aumento de los márgenes de deliberación. Las tensiones aún persisten ya que el campo médico busca no perder autoridad, lo cual dificulta la posibilidad de que cedan atribuciones y responsabilidades (Ramaciotti, 2020).

Desde el punto de vista de Fraser (1999) es importante considerar que no es posible dejar de lado diferencias sociales y estilos culturales valorados de manera desigual al momento de debatir en la esfera pública. La noción del cuidado como una tarea feminizada, así como

desvalorizada, auxiliar de los equipos médicos y subordinada a los mismos resulta pertinente tanto en el caso de lxs enfermerxs como de lxs obstetras y parteras tradicionales. En este sentido, si bien la totalidad de lxs diputadxs que realizaron un discurso previo a la votación de la ley se manifestaron a favor de la misma como instrumento de jerarquización y valorización del ejercicio profesional de lxs obstetras, lxs mismxs fueron considerados en muchas instancias como acompañantes de los equipos médicos, y/o como personas que pudieran intervenir hasta el momento de llegada de los médicos.

A su vez, de la totalidad de diputadxs que se expresaron a favor del proyecto de Ley, sólo tres mencionaron explícitamente la importancia de los derechos laborales de lxs profesionales en obstetricia durante el debate parlamentario sobre el proyecto de Ley: Macha, Del Plá y Najul (DS, 29-04-2019: 137-225).

El hecho de que el proyecto de Ley no haya sido tratado en la Cámara de Senadores del Congreso de la Nación, así como el antecedente de seis proyectos no aprobados, demuestran la dificultad de que tales postulados enunciados en el Congreso sobre la importancia de la jerarquización profesional de lxs obstetras se conviertan en efectivos.

Frente a esto, resulta pertinente considerar notas periodísticas y cartas de representantes de la corporación médica que se redactaron y publicaron a partir de la media sanción del proyecto de Ley sobre el ejercicio profesional de la obstetricia durante el 2019. Todas las declaraciones se manifestaron en contra del proyecto de Ley en debate.

En una nota periodística⁸ de la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán, Julio Obelar, presidente del Colegio Médico de Jujuy, señaló:

Observamos con gran preocupación los alcances que plantea este proyecto de ley, en donde están planteadas algunas situaciones que avasallan las incumbencias de los profesionales médicos. Consideramos importante preservar la salud de la población y advertir sobre las incumbencias que procura esta ley al otorgar derechos de prescripción de tratamientos, métodos anticonceptivos y permitir el diagnóstico de enfermedades (Obelar, 2019).

⁸ Disponible en: <https://sogotuc.org.ar/alerta-por-ley-que-regula-actividad-de-obstetras/> [Última visita: mayo de 2022]

A su vez, el presidente del Colegio Médico de Tucumán sostuvo en la nota: “no estamos en contra del reconocimiento de las profesionales obstétricas, queremos alertar a las autoridades pertinentes que con este proyecto existe un avasallamiento de las incumbencias del ejercicio de la medicina” (Obelar, 2019).

Por otro lado, el ‘Colegio Médico en defensa de los Derechos de los médicos’ publicó una nota⁹ titulada ‘Accionando para impedir el avasallamiento de nuestras incumbencias’. En la misma, se pretendía establecer públicamente el descontento y desacuerdo con el proyecto con media sanción en la Cámara de diputadxs por incluir acciones propias del ejercicio de la medicina tales como la prescripción de medicamentos y la indicación de métodos anticonceptivos. La nota se presentó frente a COMRA (Confederación Médica de la República Argentina) y la Comisión de Salud del Honorable Senado de la Nación. Hector Sale, presidente de la FOREMENOA (Foro de entidades Médicas del Noroeste Argentino) se presentó en la nota mencionada como la persona que convocó a los presidentes de los colegios médicos de la región y lo que denomina como “Sociedades Científicas”, Sociedades de Ginecología y Diagnóstico por Imágenes. Sostuvo:

Decidimos convocar a una importante Reunión integradora, invitando a Médicos Ginecólogos, Médicos de Familia, Generalistas, especialistas en Diagnóstico por Imágenes y Neonatólogos, Socios y no Socios de la institución, con el fin de tratar esta problemática que nos preocupa por sobremanera y hacernos escuchar ante las diferentes autoridades, para frenar la aprobación de esta Ley, en resguardo de los médicos y de la sociedad (Sale, 2019).

También la Asociación de Médicos de la Actividad Privada (AMAP), envió una nota¹⁰ a la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación en mayo del 2019 en la cual se expresó: “Resulta sorprendente que se implementen nuevas normas legales que permitan realizar determinados actos médicos a otros profesionales, tradicionalmente definidos como colaboradores de la medicina, como es el caso de las obstétricas (Japaz & Garín, 2019)”. La nota, firmada por Luis Japaz y Héctor Garín sostuvo a su vez:

⁹ Disponible en: https://issuu.com/grupoiman/docs/revista_am_ago_2019_redes/s/144448 [Última visita: mayo de 2022]

¹⁰ Disponible en: https://www.notivida.org/boletines/1158_.html [Última visita: mayo de 2022]

Tampoco compartimos los argumentos expuestos verbalmente por algunos legisladores, en el sentido que la actividad de las obstétricas puede disminuir la medicalización de las embarazadas ya que no existe ninguna evidencia acerca de que se encuentren medicadas en exceso las embarazadas, o que se favorece al género femenino con esta ley: hoy en día la mayoría de los estudiantes y médicos jóvenes son de sexo femenino, sería un grave error confundir una cuestión de género con una Política de Salud Pública (Japaz & Garín, 2019).

Se podría considerar que la negación respecto de la existencia de pruebas sobre un exceso de medicalización de las mujeres embarazadas de Japaz & Garín (2019), presenta una defensa del modelo médico hegemónico. A su vez, al plantear que no se debe confundir una cuestión de género con una Política de Salud pública, se evidencia muy claramente la manera en que argumentos sanitaristas obstaculizan la politización de cuestiones vinculadas a la salud, en maneras que perjudican la garantía de los DD SS y (no) RR.

Es importante mencionar que la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires (SOGIBA) se manifestó en contra del proyecto de Ley en su página web¹¹, donde se expresó:

Consideramos que dicho proyecto de Ley requeriría clarificar los alcances del vademécum Obstétrico y en particular, de la atención domiciliaria. La posición contraria de nuestra sociedad al parto no institucional ya fue establecida oportunamente (SOGIBA, 2019).

Frente a la posición de SOGIBA, el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires (COPBA) publicó un comunicado en su página web¹² en acuerdo con la Carrera de la Licenciatura en Obstetricia UBA; la FORA; la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia; la AAPI y la Asociación de Obstétricas Municipales de C.A.B.A en que ratificaron “la NO concurrencia de los/las licenciados/as al Congreso organizado por la Sociedad de Obstetricia y Ginecología de la Provincia de Buenos Aires (SOGIBA)”.

¹¹ Disponible en: <http://www.sogiba.org.ar/index.php/profesionales/sesiones-cientificas/2-institucional/537-opinion-de-sogiba-sobre-la-ley-de-ejercicio-de-las-licenciadas-en-obstetricia> [Última visita: mayo de 2022]

¹² Disponible en: <http://copba-cs.com.ar/comunicado-de-instituciones-oct-19/?fbclid=IwAR2VMdv52bT8cR6DWdA7zUvje5Vb8Vf7vKfHokqlfFkURbbqXEQQe300qs> [Última visita: mayo de 2022]

Las tensiones vinculadas a la jerarquización profesional de lxs licenciadxs en obstetricia, demuestra la vigencia del poder de las corporaciones médicas que se presentan como autoridad absoluta y exclusiva en relación a las cuestiones de salud y que defienden un status quo históricamente construido que les posiciona de esa manera.

Resulta nuevamente pertinente considerar lo que Fraser (1999) postula al momento de pensar esferas públicas en que los sujetos se presenten como iguales: aun cuando lo jurídico suponga igualdad de condiciones, las relaciones de poder y las desigualdades sociales siguen operando. En este sentido, grupos subordinados como lo son lxs profesionales en obstetricia, o no logran expresar su voz o son silenciados e incitados a ignorar sus necesidades, es decir que se encuentran en desventaja frente a grupos que se encuentran en una posición de dominación –económica y cultural.

Aquí es importante retomar el planteo de la autora respecto de la necesidad de espacios en que los actores puedan pensar sobre sus propias necesidades y realidades. Es a partir de los mismos que evitarán verse sometidos a un consenso general que se presenta como totalizador pero que no lxs incluye. En este sentido, es fundamental remarcar el valor de las asociaciones específicas de profesionales de la obstetricia y el movimiento de mujeres, en tanto funcionaron como contrapúblicos subalternos en el debate público de la cuestión. Son tales organizaciones las que lograron alcanzar una incidencia en el debate parlamentario para proponer sus propias visiones, aun cuando no se hayan convertido en decisiones reglamentarias. En este sentido, los contrapúblicos subalternos funcionaron como escenarios discursivos paralelos que habilitan interpretaciones alternativas y permitieron generar demandas y contestaciones frente al status quo (Fraser, 1999). En este caso, los mismos permitieron la expresión de un grupo que se encuentra excluido de los espacios de decisión en tanto sus demandas no son reconocidas: esto posibilita que el ejercicio profesional de lxs obstetras se vea reglamentado por una Ley de más de 50 años de antigüedad. Es el representante de la SOM (Sociedad Obstétrica Mendocina), Rinaudo quien expresó:

Desde hace mucho venimos trabajando para esta ley, hasta ahora solo estamos avalados por resoluciones ministeriales. Tenemos el apoyo con esas resoluciones pero no tienen fuerza de ley. Ese apoyo no es sólo un beneficio para nosotros, lo es para toda la población (Rinaudo, 2019).

Rinaudo formó parte del proceso de creación de salas para partos acuáticos en la provincia de Mendoza: instancias propulsoras de maneras alternativas de abordar los partos y nacimientos que eviten una excesiva intervención y medicalización. La obstetra Pizzuolo también refirió al proceso de lucha en tanto expresó:

Nuestra lucha viene desde hace muchos años para tener una ley que atienda a las particularidades del ejercicio de la profesión. Si bien tenemos la Ley 2636, que aún está vigente en donde se nos reconoce como profesionales de la salud, es necesario adaptarla a las necesidades actuales, esa ley respondía muy bien en los 60 (Pizzuolo, 2019).

Es importante considerar a la Federación de Obstétricas de la República Argentina: una asociación creada en 1963 que nuclea diversas asociaciones a nivel nacional. La misma emprendió una campaña para promover no sólo este proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia, si no para visibilizar una lucha de muchos años. La FORA está compuesta por el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Misiones, el Colegio de Obstetras de la Provincia de Santa Fe, el Colegio de Obstetras de Entre Ríos (CODER), la Sociedad Obstétrica del Chaco (SOCH), la Asociación de Obstétricas Municipales (ADOM), el Colegio Obstétrico de Catamarca, la Sociedad Obstétrica Mendocina (SOM), el Colegio de Obstétricas de Santiago del Estero, la Sociedad Obstétrica de Formosa, la Asociación Civil de Obstétricas Unidas de Tucumán (ACOUTUC) y el Colegio de Licenciados en Obstetricia de Jujuy.

El rol de los contrapúblicos subalternos, según Fraser (1999), pone en evidencia la importancia de los espacios como la FORA que no sólo permiten la construcción de un espacio de reflexión sobre las propias necesidades, sino también la organización civil para resistir y realizar propuestas que adquieran determinado reconocimiento.

La FORA sostiene en su página web¹³ que a partir del proyecto de Ley se hubiera facilitado: a) la prevención en un 83% de las muertes maternas y de recién nacidos, b) un marco legal y normativo para el 87% de los servicios que promueven la salud materna y neonatal, c) un mayor acceso a los servicios de la salud sexual y reproductiva, d) una reducción en la

¹³ Disponible en: <http://fora-obstetricas.org/index.php/ley-de-obstetricas> [Última visita: mayo de 2022]

desigualdad del acceso a los métodos de planificación familiar, e) reducción de la cantidad de cesáreas e intervenciones innecesarias durante el parto, f) humanización y atención integral en el parto, entre muchas otras.

El posicionamiento de las asociaciones obstétricas contrario al de las asociaciones médicas implica una relación de conflicto y de dominio y subordinación. La pertinencia de las voces propias de las personas afectadas por esta reglamentación es, como Fraser (1999) lo postula, importante para poder considerar una práctica democrática equitativa y para evitar falsos consensos que se presentan como generales cuando en realidad representan una dominación hegemónica.

5.1.4. Sobre la restricción de la participación en partos y nacimientos

De acuerdo a la historización relevada en este trabajo, la profesionalización e institucionalización de las prácticas vinculadas a los partos y nacimientos posicionó a la medicina y sus representantes como autoridad legítima respecto de las cuestiones partos y nacimientos (Nari, 2004; Ehrenreich, 2006; Feliti, 2016; Reano, 2018; Romero, 2018). La consolidación del saber médico como superior en cuanto a cuestiones de salud no sólo construyó una dominación al interior de profesiones vinculadas a la salud y el cuidado si no que se caracterizó por excluir a actores con un saber práctico experto no acreditado por instituciones avaladas por las corporaciones médicas científicas. En el debate se analiza en este trabajo, esto se manifiesta con el caso de parteras y matronas históricamente excluidas del atendimento de partos y nacimientos en nuestro país (Vetere, 2006; Castrillo, 2015; Lorenzo 2013).

De acuerdo a Nari (2004) la persecución de sanadores no diplomados generó una masculinización del atendimento de partos y nacimientos, a la vez que monopolizó la autoridad sobre cómo debían realizarse los mismos en una elite científica de corporación médica. La medicalización de los partos y su atendimento en instituciones oficiales marginó y subordinó a actores no profesionalizados, con saberes prácticos y empíricos por considerarlos como “oscurantismo” y “hechizería” (Nari, 2004; Barrancos, 2014). Las personas formadas en obstetricia, en su mayoría compuestas por mujeres, debieron diplomarse en instituciones

dirigidas por médicos, por lo que se constituyeron en una especialidad que debía adherir a los cánones establecidos por la ciencia médica.

Según Fraser (1999), al momento de reflexionar sobre la esfera pública y procesos en que se buscan consensos comunes, es necesario observar a aquellos actores desvalorizados y obstaculizados en sus intentos de visibilización. No sólo porque esto acaba por permitir el dominio de un grupo específico por sobre otros. Además es necesario considerar que el consenso logrado en estos espacios puede llegar a ocultar una forma de dominación hegemónica.

Aquí resulta necesariamente interesante el testimonio del colectivo 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' cuando reclamaron frente al primer proyecto de Ley presentado por integrantes del partido PRO que "cercena derechos ya adquiridos tanto a usuarias como a trabajadoras, y refuerza un modelo de atención intervencionista, vejatorio y ejecutor de violencia obstétrica" y "pretende ser prohibitivo con otras disciplinas, restringiendo las elecciones y preferencias individuales de las mujeres y monopolizando servicios que no podrá cubrir ni satisfacer por el número reducido de Lic. en Obstetricia en relación a la cantidad de partos/nacimientos" (Nosotras parimos, Nosotras decidimos, 2018). Fue a partir de la movilización pública que se logró un dictamen de consenso y presentar un segundo proyecto de ley que contara con el respaldo de las organizaciones sociales.

En esta instancia, es pertinente considerar los trabajos de Benhabib (2006) quien sostiene que procesos de integración global y homogeneización social, cultural y económica encuentran resistencia, protesta y resignificación desde grupos que intentan mantener su autonomía. De acuerdo a la autora, es necesario considerar la identidad cultural al momento de pensar las prácticas democráticas. Esto implica que: "Si aceptamos la complejidad interna y el carácter controvertido inherente a toda cultura, las luchas por el reconocimiento que buscan ampliar el diálogo democrático denunciando la exclusividad y la jerarquía de los arreglos culturales existentes merecen nuestro apoyo" (Benhabib, 2006). La autora sostiene que si bien la democracia se basa sobre universalismos en términos jurídicos legalistas, esto no es incompatible con la "sensibilidad hacia la política de la cultura". La autora considera necesario incorporar una noción de justicia social aunque no únicamente con el objetivo de la preservación de la cultura si no con un énfasis en defensa de la justicia y la libertad,

considerando la cultura como “constantes creaciones, recreaciones y negociaciones de fronteras imaginarias entre ‘nosotrxs’ y lx/lxs ‘otrxs’” (Benhabib, 2006). En este sentido “la tarea de la igualdad democrática es crear instituciones imparciales en la esfera pública y en la sociedad civil en las que el reconocimiento de las diferencias culturales y la disputa por los relatos culturales puedan llevarse a cabo sin dominación” (Benhabib, 2006).

La importancia de generar instancias de negociación entre las interpretaciones compartidas y la posibilidad de reflexionar sobre la política de la identidad y la política de la diferencia, implica prestar atención a lo que lxs líderes políticos de los grupos exigen más que en lo que se percibe que el grupo es. Esto implica que para un mejoramiento del funcionamiento del sistema democrático, es necesario ampliar el espacio de la autodeterminación narrativa en términos culturales, siempre y cuando no sean conservacionistas y separatistas (Benhabib, 2006).

Al momento de pensar los partos y nacimientos y el debate sobre el proyecto de Ley que se trabaja en este escrito, la teoría de Benhabib (2006) nos permite reconocer que en el campo de la política y en la esfera pública, existen resistencias frente a la *homogeneización cultural*. Las modalidades de atención de partos y nacimientos presentan cierta desigualdad al considerarse como superiores y legítimas las posturas médicas y como inferiores las de modelos tales como los postulados por Odent (1983, 1986, 1992, 2002, 2006) o Rodrigañez Bustos (2007, 2010) que reivindican enfoques alternativos y complementarios.

Tal como mencionábamos en el estado del arte y en la introducción del presente apartado, existe en el sistema normativo una marginalización de actores no formados por instituciones científico-médicas que a su vez los estigmatiza.

Respecto al debate parlamentario sobre el proyecto de Ley que se analiza en este trabajo, se observa a partir del discurso del diputado Franco una fuerte visión sanitarista que posiciona a la ciencia como superior cuando menciona la anécdota de la ‘abuelita Rita’ (DS, 29-04-2019: 155-156). Existe en la visión de Franco, una estigmatización de los saberes prácticos y empíricos al referir a la ‘abuelita Rita’, a la cual, de acuerdo a su relato, incluso algunas mujeres preferían por sobre los médicxs. En la visión de Franco, este agente de

acompañamiento de partos está representado como alguien a quien se le debía enseñar incluso la manera correcta en que era necesario lavarse las manos:

Yo les puedo contar una anécdota que viví en los inicios de mi carrera profesional: en el mismo hospital atendían personas que se formaron empíricamente para atender partos, que incluso eran elegidas por las mujeres por sobre algunos médicos. En mi pueblo había una “abuelita” –así se llamaba a la señora que atendía los partos en forma empírica– llamada Rita que atendía todos los partos, a tal punto que el pueblo le puso su nombre a una calle. Ella atendió a varias generaciones. Fíjense que a mí me tocó enseñarle cómo usar los guantes y cómo lavarse las manos, y eso que no soy tan antiguo (DS, 29-04-2019: 155-156).

En su discurso, el diputado Franco sostiene que esta situación ‘mejoró’ al profundizarse la atención especializada (DS, 29-04-2019: 155-156). Esta visión estigmatiza a los saberes práctico-empíricos de la partera tradicional, a la vez que subestima a las preferencias de las mujeres que elegían la asistencia de la misma.

Durante el debate parlamentario, la partería es considerada como algo “de vieja data”, tal como lo expresa el diputado Amadeo en su discurso: “la vieja partera que hizo nacer a muchos de nosotros hoy es una profesional formada y preparada para poder trabajar, como dice la Organización Mundial de la Salud” (DS, 29-04-2019: 150-152).

La única diputada que considera como problemática la monopolización de la atención y abordaje de partos y nacimientos en manos de profesionales médicos es Mónica Macha cuando menciona “la posibilidad de que no se restrinjan los equipos sanitarios a pocas disciplinas, sino que se puedan incluir todas las que podamos para que cada mujer, al momento de parir, pueda elegir en qué condiciones lo quiere hacer” y sostiene que el Frente para la Victoria tenía la intención de “eliminar la restricción que se pretendía establecer para otras profesionales con actividades afines y concurrentes, como doulas y puericultores entre otros” (DS, 29-04-2019: 153-155).

La participación del colectivo ‘Nosotras parimos, nosotras decidimos’ y la AAPI como contrapúblico subalterno en relación a la cuestión de la restricción y monopolización de la atención de partos y nacimientos por medio de profesionales científico-médicos es clave. Las

mismas conforman la resistencia que según Benhabib (2006) se organizan frente a la homogeneización cultural a partir de una disputa de los relatos culturales impuestos sobre cuáles son los saberes apropiados para atender partos.

El rol de matronas, parteras y doulas reivindicado por el colectivo 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' y la AAPI, se vincula con el derecho a la información y la autonomía de decisión, ya que la restricción de la legitimidad respecto de las cuestiones sanitarias en manos de los equipos médicos, invisibiliza y silencia otras voces que proponen métodos complementarios y/o alternativos al modelo médico hegemónico.

La visión negativa respecto de matronas, parteras, y diversos actores de la salud, vinculados al atendimento de cuestiones emocionales y/o espirituales, que no necesariamente provienen de formaciones diplomadas o pertenecientes a instituciones científicas, genera una restricción respecto de la capacidad de decisión de incluirlas en un parto y nacimiento por parte de las personas gestantes. Considerar el abordaje de los partos y nacimientos desde una perspectiva de los DD SS y (no) RR implica reconocer variables que no están incluidas en la atención brindada por equipos médicos del modelo médico hegemónico, y que al funcionar como complemento del mismo, podrían evitar instancias de violencia obstétrica. Para esto, es necesario superar la perspectiva sanitarista en que lo científico funciona como fundamento último y absoluto (Brown, 2011) de manera que se permita incluir una perspectiva de los DD SS (no) RR a partir de la cual se legitimen demandas vinculadas al cuidado desde una perspectiva integral: emocional, espiritual, autónoma y activa.

En este sentido, la visión de asociaciones de ciudadanxs es clave como modo contestatario frente a los discursos hegemónicos. Son esos espacios en los que los grupos pueden pensar su propia realidad y necesidades, más allá de las cuestiones de desigualdad cultural que puedan posicionar a médicos científicos en un lugar de autoridad y superioridad. Es allí donde podemos observar que las asociaciones civiles funcionan como instancias de agrupamiento y de agitación dirigida a públicos más amplios, tal como lo es 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' y AAPI. A su vez, son estas agrupaciones las que demuestran las formas de resistencias que, como Benhabib (2006) lo postula, intentan mantener cierta autonomía en sus valores y modos de vida, con una participación activa en la esfera pública, realizando demandas concretas al Estado y al sistema democrático.

5.2. Delimitación entre lo público y lo privado

De acuerdo a Fraser (1999), los límites de la esfera pública se vinculan con la definición de lo que es considerado de incumbencia común y de debate público y lo que es considerado privado. Lo que se considere como fuera de lo legítimamente común deberá generar una contestación discursiva para incluirse en el terreno del debate público político. En este sentido, el debate vinculado al proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia presenta una tensión en la manera de definir el problema, según una visión sanitarista o una visión de derechos de género y DD SS y (no) RR.

La manera de abordar los partos y nacimientos se construye a partir de este debate de proyecto de Ley y de los contrapúblicos subalternos participantes, en una cuestión política, no restringida a lo íntimo, privado. Son las mismas personas involucradas quienes lo definen como debatible y no como una cuestión técnica que pueda saldarse a partir de conocimientos científicos: tanto lxs obstetras como lxs asociaciones civiles del movimiento de mujeres sostienen que el modelo médico hegemónico dificulta los derechos plenos de las personas gestantes.

Nari (2004) considera a la maternidad como un proceso que no se limita a lo biológico, si no que a su vez, involucra cuestiones no vinculadas al cuerpo de la persona gestante, tales como el cuidado, la socialización, el afecto. La maternidad es considerada un fenómeno cultural que involucra valores, sentimientos y comportamientos que han sido biologizados y naturalizados a lo largo de la historia. La noción de que el atendimiento de los partos se limita a ser una cuestión natural, fisiológica, posiciona el debate en el campo técnico científico sin tener en cuenta las cuestiones subjetivas y ubicando a las personas gestantes en un lugar de pasividad receptiva más que de protagonismo activo.

De acuerdo a Nari (2004), la maternalización de las mujeres se sustentó en la legitimación proveniente de la ciencia médica. La misma dictaba el rol “natural”, biológico de la mujer, construido a partir de profesionales vinculados con la academia. Tales construcciones replicaban a su vez nociones provenientes del extranjero, ya que el proceso de medicalización

de los partos y nacimientos sucedió en el mundo occidental de la mano de la conformación de las sociedades capitalistas.

Lo que es considerado como Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1998; Floyd, 2001; Lorenzo, 2013; Castrillo 2015) funciona calificando como subalternas a las prácticas que no son legitimadas por la medicina científica que se caracteriza por medicalizar a los partos y nacimientos y restringirlos a sus variables biológicas, sin contemplar cuestiones emocionales, espirituales y sociales. Variables como la seguridad, confianza, intimidad, tranquilidad no se tienen en cuenta, y el abordaje meramente fisiológico define a la persona gestante exclusivamente desde su capacidad de parir. Esto impide que se constituya como protagonista y la posiciona en un rol de subordinación frente al profesional que se apodera del proceso (Rodríguez, 2007, 2010; Odent, 1983, 1992,2002; Floyd, 2001).

La tensión entre una perspectiva sanitarista y una perspectiva de los DD SS y (no) RR se vincula con la concepción de la maternidad en tanto tenga o no en consideración a la persona gestante como un sujeto político más que como unx paciente que el equipo médico manipula, así como con la posibilidad existente – o no- de incluir otras voces y otros saberes al momento de planificar e implementar la asistencia de partos y nacimientos.

Retomando el debate sobre el proyecto de Ley, podemos considerar que la noción del diputado Franco respecto de los partos como un proceso fisiológico refuerza la visión del modelo médico hegemónico: “Ya se lo dijo pero lo vamos a repetir con fuerza: el parto es un proceso fisiológico; es la forma que la humanidad consigue para preservar la especie y así mantener el instinto de supervivencia” (DS, 29-04-2019: 137-225). La expresión pareciera incluso corresponderse con lo que Nari (2004) explica en relación a la maternalización, cuando es definida en función de la reproducción como un derecho de la sociedad, del cual la mujer es un medio para garantizarlo, más que un sujeto de decisión libre y voluntaria.

Los DD SS y (no) RR de las personas gestantes se constituyen como un marco que posibilita el debate frente a cuestiones sanitarias y de salud pública, en su mayoría mencionadas por lxs diputadxs para traer a colación la mortalidad materna e infantil y los embarazos adolescentes no deseados. Respecto a Amadeo, Goicochea y Lospennato(DS, 29-04-2019: 137-225), diputadxs que mencionan al plan estatal ENIA vinculado al embarazo adolescente no

deseado, es posible considerar que existe una omisión en relación a los embarazos no deseados de personas adultas. La omisión de la cuestión de la interrupción voluntaria del embarazo por parte de lxs disputadxs no puede haber sido casual ya que se trataba de un contexto de fuerte demanda por parte de los movimientos de mujeres por la legalización de la interrupción legal del embarazo, la cual en este momento era clandestina.

La cuestión de la interrupción voluntaria del embarazo fue reivindicada únicamente por la diputada Ferreyra. Sostuvo, durante el debate parlamentario del proyecto de Ley, que eran muy importantes los derechos de decisión sobre el propio cuerpo de la mujer y las personas gestantes. A su vez, sostuvo que el proyecto de Ley abordaba la violencia de género, que en muchos casos era similar a la violencia vivida en situaciones de abortos clandestinos (DS, 29-04-2019: 159).

El debate del proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia estuvo atravesado por la manera de concebir a los embarazos, partos, nacimientos y puerperios. La noción de que los mismos son meros procesos biológicos que deben ser atendidos por profesionales con conocimiento técnico es reforzada a partir de la defensa del modelo médico hegemónico. La visión de la corporación médica legitimada por su formación científica- puede contraponerse a una visión de los DD SS y (no) RR en tanto excluye la posibilidad de considerar como legítimos otros saberes y otras necesidades y elecciones no vinculadas a lo fisiológico de las personas gestantes.

Desde el punto de vista de Brown (2011), las definiciones en torno al cuerpo de la mujer suelen disputarse intentando traducir argumentos políticos en científicos, es decir, como neutrales, objetivos, técnicos. De acuerdo a la autora, presentar tales cuestiones como sanitarias puede dificultar el abordaje de las mismas en términos de derechos, ya que no es posible cuestionar las disposiciones mientras se traten del sistema de salud. Aunque muchxs diputadxs plantean que la ley es un avance en términos de cuestiones de género, la mayoría refiere al proyecto de Ley en términos de política sanitaria y son lxs menos quienes incluyen la cuestión de los DD SS y (no) RR como relevantes en relación a la norma. A su vez, las declaraciones Japaz & Garín (2019) cuando sostienen que “sería un grave error confundir una cuestión de género con una Política de Salud Pública”, evidencian que la perspectiva sanitarista se utiliza de manera estratégica por parte de los profesionales de la medicina.

Presentar a la salud como algo que excluye las cuestiones de género y plantear ambas cuestiones como separadas y que no deben confundirse, implican una clara obstaculización del debate público y colectivo.

En este sentido, es posible visibilizar una postura mayoritariamente sanitarista en lo que respecta a lxs agentes institucionales del Estado y asociaciones médicas en el ámbito público no estatal. Por el contrario, son las organizaciones sociales correspondientes al feminismo y los movimientos de mujeres, como lo es el colectivo 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' y las organizaciones civiles de Obstetras quienes sostienen que es necesario abordar esta reglamentación evitando que se considere desde una visión sanitarista. Tales posiciones se vinculan a la politización de la cuestión, y remarcan la necesidad de incluir los derechos de las personas gestantes en materia de DD SS y (no) RR. Esto presenta el abordaje de partos y nacimientos como algo que no puede delegarse al ámbito privado profesional y especializado considerado como neutro. Por el contrario, es necesario abordarlo desde una perspectiva que permita cuestionar pública y colectivamente los impactos que la reglamentación pueda tener una vez establecida e implementada.

La politización del debate implica a su vez una crítica al sistema heteronormativo y patriarcal, así como de cuestiones consideradas meramente técnicas. Mónica Macha expresó en su discurso la necesidad de contemplar la violencia obstétrica, "dejar de naturalizar algunas prácticas que se realizan sobre el cuerpo de la mujer" y "generar más instancias donde las mujeres que estén pariendo tomen decisiones sobre su cuerpo" (DS, 29-04-2019: 153-155).

Por su parte, la diputada Ferreyra sostuvo que:

Acusaciones violentas hacia las mujeres que sucedían al momento del parto se correspondían con la realidad de las mujeres que intentaban realizarse un aborto clandestino "como cuando se les dice "si abriste las piernas y no te cuidaste", valen para los casos de partos, en los que muchas veces son sometidas a tratos denigrantes (DS, 29-04-2019: 159).

Ferreyra también consideró que la violencia obstétrica representaba una manera de disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres, por medio del modelo médico hegemónico que las posiciona en un lugar de pasividad (DS, 29-04-2019: 159).

Es importante mencionar que durante el debate parlamentario del proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia, sólo Ferreyra y Del Plá se manifestaron en contra del artículo del proyecto de Ley que establecía el derecho a la objeción de conciencia. Ferreyra expresó que era necesario priorizar el interés de la persona a la que se asistía así como: “el respeto de la voluntad de la mujer y de los cuerpos gestantes a fin de terminar con ese modelo verticalista del sistema médico hegemónico que nos impone cuestiones que van más allá de nuestra propia voluntad” (DS, 29-04-2019: 159).

Respecto a la cuestión de la objeción de conciencia, es necesario considerar que nuevamente se plantea un debate respecto del límite entre lo público y lo privado. La moral se presenta como una cuestión íntima, ligada al ámbito privado, que debiera estar resguardada de lo público. La diputada Ferreyra sostuvo que debía eliminarse tal inciso “porque colisiona con el mandato constitucional de un Estado laico” (DS, 29-04-2019: 159), frente a lo que Lipovetsky sostuvo que la objeción de conciencia en esas cuestiones debía debatirse en el marco de otras legislaciones “como la ley de culto o la de legalización del aborto” (DS, 29-04-2019: 164).

El problema de la objeción de conciencia implica una noción de que la persona que está actuando no realiza tales acciones desde el espacio público y que resuelve sin deliberar con los otros, es decir, que no invoca convicciones comunitarias si no individuales.

Deza (2017), analiza la objeción de conciencia en relación al acceso al aborto y sostiene que es uno de los principales obstáculos para que las mujeres accedan a la salud: la libertad de conciencia muchas veces se paga con la restricción de la libertad y autonomía de las mujeres. En este sentido, existe una tensión entre la libertad de profesar un culto por parte del efector de salud y la libertad reproductiva de la usuaria de la salud.

De acuerdo a Deza (2012), la Iglesia Católica presenta un componente político abierto y público en contra de la educación sexual integral y de la mayoría de los dispositivos vinculados a la emancipación sexual y reproductiva de las personas. En este sentido, la objeción de conciencia se plantea como una estrategia política de la Iglesia Católica en Argentina por medio de la cual se intenta obstaculizar el acceso a políticas relacionadas a los DD SS y (no) RR que ha tomado auge en el último tiempo. A su vez, esto implica que algo que se presenta como propio del ámbito privado, es decir, la conciencia y las creencias religiosas, tienen un

carácter también político, en tanto se constituye desde un accionar colectivo político como lo es el de la Iglesia Católica.

La objeción de conciencia, más que como práctica personal de intentar evitar hacer acciones específicas, se presenta como política activa de evitar que otrxs puedan acceder a determinadas prácticas por parte de sectores conservadores y religiosos. Lo que surge como una herramienta para proteger minorías, se convierte en una herramienta de defensa de las mayorías, que deviene en la desprotección de los DD SS y (no) RR de las personas gestantes, de manera tal que: “el número de objetores/as en algunas provincias de Argentina es de tal magnitud, que existen instituciones completas donde su planta de agentes se niega a garantizar la interrupción de embarazos” (Deza, 2017).

La objeción de conciencia se construye como una manera de delimitar la posibilidad de debate y decisión pública sobre una cuestión, arrastrándola al ámbito de lo íntimo y lo privado y limitando la posibilidad de discutir la temática en términos de derechos (Venticinque, 2013).

Es importante considerar también, que la Ley del Paciente N° 26.529 establece que es necesario respetar las creencias de lxs mismxs, lo cual implica tener en consideración la religión, valores y convicciones espirituales de la persona al momento de atenderla. Sin embargo, pareciera haber una mayor atención y resguardo legal respecto de la objeción de conciencia profesional, que sobre su responsabilidad de respetar las creencias de lx paciente. Esto se puede observar no sólo con el atendimento a partir del modelo médico hegemónico, si no con la exclusión de actores no formados a partir de parámetros científicos y técnicos en los atendimientos de los partos y nacimientos. Muchas veces son esos actores quienes funcionan como complemento para resguardar otro tipo de necesidades, vinculadas a la emocionalidad y la espiritualidad en tanto creencia propia de la persona por parir.

Se presenta como un desafío la generación de instancias que efectivamente reconozcan el derecho de las personas gestantes a decidir de manera autónoma sobre los procesos de partos y nacimientos, evitando que la instancia se perciba como una cuestión de salud que queda a cargo de otrxs. En relación a esto último Chaneton y Vacarezza (2011) sostienen que la consideración de la mujer como un medio para un fin- parir- la desubjetiviza y se apropia de sus potencialidades desde una perspectiva esencialista. El debate político sobre quiénes

están habilitados o no para atender partos y nacimientos requiere de la disputa de contrapúblicos subalternos para abordar la cuestión como pública y legítima de ser sometida a consideración colectiva.

5.3. ¿Públicos débiles o fuertes?

Si tenemos en cuenta los marcos normativos vigentes, es posible visibilizar derechos consolidados que se vinculan con el debate que se analiza en este trabajo. En primer lugar, los derechos presentes en la Ley del Paciente sobre la equidad entre profesionales y usuarios de la salud así como el derecho a la información y la libre elección de los últimos. En segundo lugar, aquellos contemplados en la Ley Nacional 26.45 de prevención de la violencia contra la mujer, en la cual se incorpora la violencia obstétrica como aquella ejercida contra la mujer. La violencia obstétrica incluye, según la mencionada Ley: tratos deshumanizados, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales. Por último, existen derechos contemplados en la Ley de parto humanizado que se centran en el derecho a la información y la autonomía de decisión en la manera de transición del parto.

Estos derechos consolidados en normativas precedentes encuentran ciertas tensiones para efectivizarse en el presente debate de ley. Esto sucede ya que el acceso a la información y la autonomía de decisión se vinculan con la posibilidad de contar con profesionales y expertos en partos y nacimientos al momento de transitar los mismos sin que haya una restricción y/o prohibición de algunos actores de acuerdo a sus características. Demandas sociales de contrapúblicos subalternos plantean la existencia de restricciones a la autonomía al momento de decidir en partos de nacimiento. Reclaman por el debido reconocimiento de actores y maneras alternativas al modelo médico hegemónico de atender los partos y nacimientos. Este reconocimiento se ve obstaculizado por no contar con la jerarquización profesional correspondiente, como lo es el caso de lxs obstetras; o por considerarse no legítima la participación en caso de no ser diplomadx por una institución médico-científica, como lo es el caso de las parteras. El no tratamiento de la presente Ley en la Cámara de Senadores del Congreso de la Nación, es una expresión de que estamos frente a lo que Fraser (1999) denomina como “público débil”.

Fraser (1999) establece una teorización sobre la relación entre Estado y sociedad civil que debate con la concepción tradicional liberal en tanto considera que es necesaria cierta interpenetración entre Estado y sociedad. Esto implica que lxs ciudadanxs no actúen meramente como formadores de opinión pública, si no que tengan la posibilidad real de involucrarse en los procesos de toma de decisiones. En este sentido, califica como débiles a aquellos públicos en que los individuos privados presentes en la esfera pública no son más que generadores de opinión pública, sin afectar las decisiones que se toman.

En contraposición, Fraser (1999) considera como público fuerte a aquél que además de formar una opinión pública logra participar de la toma de decisiones, como lo es en el caso de los Parlamentos. Si bien el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia consiguió media sanción en la Cámara de Diputados de la Nación, perdió estado parlamentario por no ser tratado en el Senado. Esto implica que los contrapúblicos subalternos que constituyeron demandas para garantizar derechos contemplados en legislaciones vigentes, vinculadas a cuestiones de género y DD SS y (no) RR, así como cuestiones de jerarquización profesional, se caracterizaron como un público débil. Si bien lograron conformar una opinión pública y media sanción de un Proyecto de Ley en el Congreso de la Nación, no pudieron plasmar dicha lucha en una decisión que devenga efectivamente en obligaciones legales.

Es necesario considerar el involucramiento de actores que participaron de la esfera pública y que lograron defender y sostener un status quo desde una posición dominante como lo es la de los colegios médicos. Todos se expresaron en contra del proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia, que finalmente no fue tratado en el Senado.

De acuerdo a Fraser (1999), pensar a la esfera pública desde una visión que contemple meramente la igualdad jurídica, implica dejar de lado desigualdades sociales y culturales que continúan operando y privilegiando a determinados grupos y perjudicando a otros. En este sentido existen dos variables importantes remarcadas a lo largo del trabajo y que afectan el proceso de toma de decisiones en relación al proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia.

Por un lado, la cuestión de género, en tanto culturalmente se ha construido a lo largo de la historia al varón blanco occidental heterosexual como el universal representativo de la humanidad invisibilizando otras identidades, entre las cuáles se considera a la mujer y las labores feminizadas - como el cuidado- de manera desvalorizada y posicionadas como inferiores y subordinadas (Javiera Cubillos, 2015; Ramaciotti, 2020). A su vez, la universalidad en la noción de mujer omite la existencia de diferenciaciones vinculadas a la ubicación geográfica, lo racial, la desigualdad económica y la sexualidad (Miñoso, 2016).

Por otro lado, la cuestión de la ciencia como fuente de legitimidad absoluta frente a otros tipos de saberes. Esto implica a su vez, una desautorización de los conocimientos locales en tanto lo académico científico se sostiene sobre investigaciones, plataformas de reconocimiento y divulgación que son en su mayoría pertenecientes a “países en desarrollo” que promueven el saber científico como un valor universal (Segato, 2012, Barrancos, 2014).

Las construcciones sociales en torno a la idea de que el hombre es más fuerte y racional que la mujer, como de la producción científica como verdad absoluta y universal, van de la mano con un proceso histórico a partir del cual la corporación médica se constituyó como un actor de elite, con exclusividad en materia de cuestiones sanitarias y de consulta sobre políticas públicas de la mano del Estado Nación (Nari, 2004).

Si tenemos en consideración el poder desigual que ejerce la corporación médica en la esfera pública de acuerdo a lo mencionado previamente, junto a la estigmatización que a su vez sufrieron las parteras tradicionales, definidas ellas como “brujas” y sus prácticas y saberes como “oscurantistas” (Nari, 2004); ¿podríamos considerar el debate de la esfera pública como igual? Tal como Fraser (1999) lo sostiene, las desigualdades sociales y culturales continúan operando al momento de tomar decisiones soberanas y es necesario detectarlas y evidenciarlas para poder apostar por un sistema democrático que permita la justicia social y la perspectiva de género al momento de deliberar.

La existencia de contrapúblicos subalternos como los son las organizaciones civiles de obstetras y el movimiento de mujeres habilitan una práctica democrática más equitativa. Esto se debe a que generan la posibilidad de que grupos subordinados e invisibilizados construyan enunciaciones sobre su propia realidad y problemáticas, y construyan demandas y acciones

contestatorias y de agitación hacia públicos más amplios (Fraser, 1999). Sin embargo, tales esfuerzos no han logrado hasta el día de hoy imponerse a modo de toma de decisiones en cuestiones legales reglamentarias en lo que respecta al atendimento de partos y nacimientos a nivel nacional.

La participación de organizaciones de la sociedad civil que se constituyan como mera opinión pública, evita que los mismos puedan tomar decisiones de manera soberana. Si bien Fraser (1999) caracteriza a los parlamentos contemporáneos como aquellos en que la ciudadanía puede acceder a tomar tales decisiones, es decir, constituirse como un público fuerte, lo que este trabajo postula, es que en este caso, nos encontramos con un público débil.

Las asociaciones no estatales que se presentan en la esfera pública para realizar demandas a lxs representantes parlamentarios no logran imponer las mismas de manera legal reglamentaria. Esto sucede, por un lado, porque algunas de estas demandas no se incluyen en el escrito definitivo: a) la eliminación de la libertad de culto, y b) la posibilidad de conformar equipos interdisciplinarios para la atención de partos (evitando restringir el acceso a otros actores no necesariamente pertenecientes al campo de la medicina, incluyendo personas no formadas por instituciones científicas). Por otro lado, porque inclusive el proyecto con media sanción no logra su posterior debate y aprobación en la Cámara de Senadores del Congreso de la Nación.

Aún habiendo logrado media sanción en la Cámara de Diputados con una gran mayoría de votos y contando con los discursos de la totalidad de lxs diputadxs a favor del proyecto, esta opinión pública no se constituye como decisión soberana. Al contrario, pareciera imponerse el posicionamiento de los profesionales médicos, en contra del proyecto de Ley. Esto se vincula, como se mencionó previamente, con lo que Fraser (1999) sostiene en relación a la necesidad de tener en cuenta las desigualdades tanto económicas como culturales al momento de pensar la esfera pública. Considerar que las personas y/o las agrupaciones tienen un carácter de igualdad al momento de debatir en la esfera pública implica dejar de lado cuestiones fundamentales respecto de recursos desiguales y condiciones de status social que generan posiciones desiguales de poder. Esto genera un fortalecimiento de las relaciones de dominación y subordinación que siguen existiendo y ejerciendo su influencia y condicionando los procesos de decisión.

6. Consideraciones finales

El presente trabajo se escribió con el objetivo de realizar una investigación en torno al debate sobre el proyecto de Ley del Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia que obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados del Congreso de la Nación en el año 2019. El objetivo fue dilucidar las relaciones de poder existentes entre los saberes de diferentes actores al momento de abordar los partos y nacimientos. Para ésto, se consideraron historizaciones pertinentes de autorxs que analizaron procesos de consolidación de un saber médico científico representado por hombres como arquetipos universales de la humanidad. A su vez, la exclusión de las mujeres parteras portadoras de un saber práctico que excedía lo meramente fisiológico y atendía también cuestiones emocionales y espirituales. En este marco, la incorporación de la perspectiva de los DD SS y (no) RR permitió reconocer el carácter político de los debates y trascender las visiones sanitaristas según las cuales se priorizan enfoques técnicos al momento de considerar los modelos de atendimientos de los partos.

De acuerdo a Fraser (1999), el feminismo es un movimiento que se posiciona de manera crítica frente al androcentrismo capitalista y las maneras en que se manifiesta la dominación masculina, a partir de una revisión de la democracia y la justicia desde un enfoque de género. El análisis del debate sobre el proyecto de Ley se caracterizó por presentar diversas posiciones en tensión al momento de intentar avanzar en términos de reglamentación de la obstetricia, que incluso trascendieron la cuestión de la jerarquización profesional. Si bien es clave pensar la lucha por el reconocimiento profesional –no sólo de obstetras si no de diversas profesiones consideradas como auxiliares de la medicina- el análisis del presente trabajo no se agota en esta variable.

Complejizar el debate y el tejido de actores involucrados y en tensión implicó involucrar cuestiones de género que presentan desigualdades de diversas maneras. Se consideró la feminización de determinadas tareas junto con la desvalorización de esas tareas feminizadas –como el cuidado. También, el maternalismo como imposición sobre la mujer, considerada como madre más que como sujeto político y caracterizada por su condición de poder parir desde un lugar pasivo. A su vez, se abordó la desigual valoración social machista existente en relación a varones blancos como arquetipos de superioridad, en relación con la constitución histórica de la ciencia médica como autoridad absoluta en materias de salud. Tales aristas

demonstraron la existencia de relaciones de dominación y subordinación implícitas en el debate analizado y en la manera en que afectan los resultados del mismo en los DD SS y (no) RR de las personas gestantes en términos de autonomía de decisión respecto de la manera en que eligen transitar el parto. En este sentido, el debate se vinculó con la definición de condiciones políticas e históricas que posibiliten o no el respeto y cumplimiento de derechos contemplados en más de una Ley, y que se relacionan directamente con la existencia de la violencia obstétrica.

Por un lado, el presente trabajo consideró la importancia del término de contrapúblicos subalternos de Fraser (1999) para analizar el debate sobre el proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia del año 2019. Los mismos resultaron claves para garantizar un espacio de reflexión sobre las propias necesidades y realidad, y para evitar que falsos consensos reproductores del status quo se presenten como democráticos y equitativos. Esto se visibilizó en el caso de lxs Obstetras, en tanto lograron emprender la batalla por hacer oír sus demandas por medio de asociaciones como la FORA y la Sociedad Obstétrica Mendocina.

La perspectiva de estas asociaciones intentó generar una valorización de una profesión establecida como auxiliar de la medicina, que cumple funciones de cuidado esenciales. Tales organizaciones consideran que lxs Obstetras debieran tener mayor capacidad de deliberación así como un mayor reconocimiento al momento de atender cuestiones vinculadas al parto y los nacimientos. También, las organizaciones del movimiento de mujeres como lo es 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' y AAPI, sostuvieron la defensa de los DD SS y (no) RR de las personas gestantes. Remarcaron la manera en que las posibilidades de atención de los partos quedan reducidas al modelo médico hegemónico casi exclusivamente, al permanecer intacta la situación de superioridad de los colegios médicos. Frente a ésto, se genera una subordinación de otros actores como lxs obstetras y la exclusión de aquellos que garantizan atención alternativa emocional y espiritual como lo son las doulas y parteras.

Por otro lado, existe una perspectiva sanitarista presente en el campo de las cuestiones vinculadas a la salud, que muchas veces dificulta la politización de determinadas temáticas. Precisamente por esto es necesario abordarlas desde una visión de derechos más que como cuestiones técnicas propias de especialistas. La consideración del régimen del ejercicio

profesional de obstetras como una cuestión pública que puede ser sujeta a consideración colectiva, implica complejizar el debate para tener en consideración las amplias consecuencias que esto tiene. No sólo en relación al accionar de tales profesionales pero también en relación a las posibilidades de decisión de las personas gestantes al momento de parir. Enunciar determinadas situaciones naturalizadas como situaciones propias de violencia obstétrica y violencia de género fue necesario para poder emprender ciertos debates, como lo fue en el caso de 'Nosotras parimos, nosotras decidimos' y AAPI.

La normativa vinculada al ejercicio profesional de la obstetricia que intenta modificarse luego de más de 50 años de su establecimiento se mantiene actualmente en vigencia ya que no se logró que el proyecto de Ley con media sanción fuera aprobado. Esto podría considerarse como una prueba de la dificultad de intervenir en los campos disciplinares que disputan a las corporaciones médicas. Esto implica, por un lado, que los públicos presentes en la esfera pública se caracterizan como débiles en tanto no acceden a la toma de decisiones y por otro lado, que los procesos democráticos tienen dificultades para superar las brechas de desigualdad social y cultural que legitiman a ciertos actores por sobre otros, como lo son las asociaciones médicas que se posicionan en contra del proyecto de Ley tales como la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucumán y el Colegio Médico de Jujuy; el 'Colegio Médico en defensa de los Derechos de los médicos'; el Foro de entidades Médicas del Noroeste Argentino; la AMAP, Asociación de Médicos de la Actividad Privada.

Esta desigualdad a su vez, influye en la posibilidad de las personas gestantes de informarse y elegir de manera autónoma respecto de sus preferencias sobre cómo transitar sus procesos de parto y nacimiento, en tanto se restringe y limita la participación posicionando a lxs médicxs como autoridad legítima absoluta y última en la cuestión.

El presente escrito se realizó con el fin de completar un proceso de investigación propio de un trabajo final de grado y cuenta con un recorte de la realidad y recursos acotados y limitados de acuerdo a esta función. Se partió de la inquietud de explorar cuáles eran las relaciones de poder que se ejercían al momento de buscar información, asesoramiento, atención y asistencia por parte de las personas gestantes para los partos y nacimientos. En este sentido, se consideró que el debate en torno del proyecto de Ley sobre el Régimen del Ejercicio Profesional de la Obstetricia del año 2019 implicaba un recorte relevante. Para abordarlo se

investigó cómo se manifestaban las relaciones de poder, cuáles eran los actores involucrados, los saberes que representaban y las estructuras que funcionaban como modo de resistencia o de reproducción y sostén del status quo. Sin embargo, se entiende que tal recorte no agota todas las circunstancias que inciden sobre la temática. Por el contrario, es necesario continuar con estudios desde la Ciencia Política que profundicen y aporten a los estudios de las dimensiones sociológicas, antropológicas y jurídicas de la cuestión.

En primer lugar, el presente trabajo se enmarcó en un debate a nivel nacional, por lo que correspondería emprender investigaciones que problematicen la cuestión a nivel provincial y local, de manera que puedan profundizarse sobre la manera en que se manifiesta territorialmente. En segundo lugar, resultaría enriquecedor incorporar una relevación más amplia sobre los actores y movimientos sociales que se encuentren disputando la legitimidad respecto de los saberes y enfoques sobre cómo atender partos y nacimientos. En tercer lugar, sería oportuno relevar también para el análisis de caso, experiencias de las personas gestantes respecto de la violencia obstétrica, el modelo médico hegemónico y la restricción legal, social y cultural de la participación a actores alternativos en el atendimento de partos de nacimientos, también crucial para entender el entramado de relaciones y desigualdades al momento de pensar los DD SS y (no) RR.

Los entornos en que las personas gestantes atraviesan sus partos deben estar vinculados al cuidado y a redes que colaboren solidariamente antes que a relaciones de imposición médicas, que puedan implicar una cierta cuota de violencia obstétrica en tanto abordan a la persona únicamente desde la instrumentalización y lo fisiológico. Como sostiene Odent:

Cualquiera sea la posición que la mujer encuentra, hemos advertido que al ayudarla, la ternura es tan importante como la técnica. Asistentes experimentados pueden percibir los sentimientos de calma, de tensión o de temor de una mujer (Odent, 1992).

Garantizar los DD SS y (no) RR de las personas gestantes y evitar situaciones de violencia obstétrica es una tarea que requiere de una participación amplia, democrática y sensible a las necesidades de las personas protagonistas. No es tarea simple, ya que para esto se deben analizar entramados complejos de dominación que otorgaron un lugar histórico de

subordinación de la mujer. A su vez, implica la politización de cuestiones construidas como íntimas, privadas o propias de especialistas en lo que respecta a la intervención de los cuerpos de las mujeres. Indagar en las desigualdades que se esconden detrás de la igualdad jurídico política (Fraser, 1999) es esencial para reconocer imposiciones y/o reproducciones de un status quo injusto en nuestras sociedades democráticas. Para lograr esto, es necesario lograr análisis integrales, interseccionales y comprometidos con el cuidado y la ternura.

7. Anexo

Votación del de Ley de Ejercicio Profesional de la Obstetricia en la Cámara de Diputados del Congreso Nacional de Argentina

DIPUTADO	BLOQUE	PROVINCIA	¿CÓMO VOTÓ?
NO INCORPORADO, Legislador 2	PRO	C.A.B.A.	AUSENTE
ABDALA DE MATARAZZO, Norma Amanda	Frente Cívico por Santiago	Santiago del Estero	AFIRMATIVO
ACERENZA, Samanta María Celeste	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
AICEGA, Juan	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
ALLENDE, Walberto Enrique	Todos Juntos por San Juan	San Juan	AFIRMATIVO
ALONSO, Laura Valeria	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
ALUME SBODIO, Karim Augusto	Unidad Justicialista	San Luis	AUSENTE
ÁLVAREZ RODRIGUEZ, María Cristina	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
AMADEO, Eduardo Pablo	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
ANSALONI, Pablo Miguel	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
ARCE, Mario Horacio	Unión Cívica Radical	Formosa	AFIRMATIVO
ARROYO, Daniel Fernando	Red por Argentina	Buenos Aires	AUSENTE
ASENCIO, Fernando	Red por Argentina	Buenos Aires	AFIRMATIVO
AUSTIN, Brenda Lis	Unión Cívica Radical	Córdoba	AFIRMATIVO
ÁVILA, Beatriz Luisa	Partido por la Justicia Social	Tucumán	AUSENTE
AYALA, Aida Beatriz Máxima	Unión Cívica Radical	Chaco	AFIRMATIVO
BAHILLO, Juanjo	Justicialista	Entre Ríos	AFIRMATIVO
BALDASSI, Héctor Walter	PRO	Córdoba	AFIRMATIVO
BANFI, Karina Verónica	Unión Cívica Radical	Buenos Aires	AFIRMATIVO
BASTERRA, Luis Eugenio	Frente para la Victoria - PJ	Formosa	AFIRMATIVO
BAZZE, Miguel Ángel	Unión Cívica Radical	Buenos Aires	AFIRMATIVO
BENEDETTI, Atilio Francisco Salvador	Unión Cívica Radical	Entre Ríos	AFIRMATIVO
BERISSO, Hernán	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
BEVILACQUA, Gustavo	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AUSENTE
BIANCHI, Ivana María	Unidad Justicialista	San Luis	AUSENTE
BORSANI, Luis Gustavo	Unión Cívica Radical	Mendoza	AFIRMATIVO
BOSSIO, Diego Luis	Justicialista	Buenos Aires	AUSENTE
BRAGAGNOLO, Sebastián	PRO	Mendoza	AFIRMATIVO
BRAMBILLA, Sofía	PRO	Corrientes	AFIRMATIVO
BRITEZ, María Cristina	Frente para la Victoria - PJ	Misiones	AUSENTE
BRIZUELA DEL MORAL, Eduardo Segundo	Fte. Cívico y Social de Catamarca	Catamarca	AUSENTE
BRÜGGE, Juan Fernando	Córdoba Federal	Córdoba	ABSTENCION
BUCCA, Eduardo	Justicialista	Buenos Aires	AUSENTE
BUIL, Sergio Omar	PRO	Buenos Aires	AUSENTE
BURGOS, María Gabriela	Unión Cívica Radical	Jujuy	AFIRMATIVO
CABANDIÉ, Juan	Frente para la Victoria - PJ	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
CÁCERES, Eduardo Augusto	PRO	San Juan	AFIRMATIVO
CAMAÑO, Graciela	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AFIRMATIVO
CAMPAGNOLI, Marcela	Coalición Cívica	Buenos Aires	AFIRMATIVO
CAMPOS, Javier	Coalición Cívica	Buenos Aires	AUSENTE
CANO, José Manuel	Unión Cívica Radical	Tucumán	AFIRMATIVO

CANTARD, Albor Angel	Unión Cívica Radical	Santa Fe	AUSENTE
CARAMBIA, Antonio José	PRO	Santa Cruz	AFIRMATIVO
CARMONA, Guillermo Ramón	Frente para la Victoria - PJ	Mendoza	AUSENTE
CAROL, Analuz Ailén	Frente para la Victoria - PJ	Tierra del Fuego	AFIRMATIVO
CARRIÓ, Elisa María Avelina	Coalición Cívica	C.A.B.A.	AUSENTE
CARRIZO, Ana Carla	Evolución Radical	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
CARRIZO, Soledad	Unión Cívica Radical	Córdoba	AFIRMATIVO
CARRO, Pablo	Frente para la Victoria - PJ	Córdoba	AFIRMATIVO
CASELLES, Graciela María	Partido Bloquista de San Juan	San Juan	AFIRMATIVO
CASSINERIO, Paulo Leonardo	Córdoba Federal	Córdoba	AFIRMATIVO
CASTAGNETO, Carlos Daniel	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
CASTRO, Sandra Daniela	Frente para la Victoria - PJ	San Juan	AFIRMATIVO
CERRUTI, Gabriela	Frente para la Victoria - PJ	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
CIAMPINI, José Alberto	Frente para la Victoria - PJ	Neuquén	AFIRMATIVO
CLERI, Marcos	Frente para la Victoria - PJ	Santa Fe	AUSENTE
CONTIGIANI, Luis Gustavo	Frente Progresista Cívico y Social	Santa Fe	AFIRMATIVO
CORREA, Walter	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
CRESTO, Mayda	Justicialista	Entre Ríos	AFIRMATIVO
DAVID, Javier	Justicialista	Salta	AFIRMATIVO
DE MENDIGUREN, José Ignacio	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AFIRMATIVO
DE PEDRO, Eduardo Enrique	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
DE PONTI, Lucila María	Movimiento Evita	Santa Fe	AUSENTE
DE VIDO, Julio (Suspendido Art 70 C.N.)	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
DEL CAÑO, Nicolás	PTS - Frente de Izquierda	Buenos Aires	AFIRMATIVO
Del CERRO, Gonzalo Pedro Antonio	Unión Cívica Radical	Santa Fe	AUSENTE
Del PLÁ, Romina	Fte. de Izquierda y de los Trabajadores	Buenos Aires	AFIRMATIVO
DELÚ, Melina Aida	Justicialista	La Pampa	AUSENTE
DERNA, Verónica	Frente de la Concordia Misionero	Misiones	AFIRMATIVO
DI STÉFANO, Daniel	Frente de la Concordia Misionero	Misiones	AUSENTE
DINDART, Julián	Unión Cívica Radical	Corrientes	AUSENTE
DONDA PÉREZ, Victoria Analía	Somos	C.A.B.A.	AUSENTE
DOÑATE, Claudio Martín	Frente para la Victoria - PJ	Río Negro	AFIRMATIVO
ECHEGARAY, Alejandro Carlos Augusto	Unión Cívica Radical	Buenos Aires	AFIRMATIVO
ENRIQUEZ, Jorge Ricardo	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
ESPINOZA, Fernando	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
ESTEVEZ, Gabriela Beatriz	Frente para la Victoria - PJ	Córdoba	AFIRMATIVO
FELIX, Omar	Somos Mendoza	Mendoza	AUSENTE
FERNANDEZ LANGAN, Ezequiel	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
FERNANDEZ PATRI, Gustavo Ramiro	Frente para la Victoria - PJ	Formosa	AUSENTE
FERNANDEZ, Carlos Alberto	Unión Cívica Radical	Buenos Aires	AFIRMATIVO
FERREYRA, Araceli Susana Del Rosario	Movimiento Evita	Corrientes	AFIRMATIVO
FILMUS, Daniel	Frente para la Victoria - PJ	C.A.B.A.	AUSENTE
FLORES, Danilo Adrián	Justicialista	La Rioja	AUSENTE
FLORES, Héctor Toty	Coalición Cívica	Buenos Aires	AUSENTE
FRANA, Silvina Patricia	Frente para la Victoria - PJ	Santa Fe	AUSENTE

FRANCO, Jorge Daniel	Frente de la Concordia Misionero	Misiones	AFIRMATIVO
FREGONESE, Alicia	PRO	Entre Ríos	AFIRMATIVO
FRIZZA, Gabriel Alberto	PRO	Córdoba	AFIRMATIVO
FURLAN, Francisco Abel	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
GARCIA, Alejandro	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
GARRÉ, Nilda Celia	Frente para la Victoria - PJ	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
GARRETÓN, Facundo	PRO	Tucumán	AFIRMATIVO
GAYOL, Yanina Celeste	PRO	Entre Ríos	AFIRMATIVO
GINOCCHIO, Silvana Micaela	Elijo Catamarca	Catamarca	AFIRMATIVO
GIOJA, José Luis	Frente para la Victoria - PJ	San Juan	AFIRMATIVO
GOICOECHEA, Horacio	Unión Cívica Radical	Chaco	AFIRMATIVO
GONZÁLEZ, Álvaro Gustavo	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
GONZÁLEZ, Josefina Victoria	Frente para la Victoria - PJ	Santa Fe	AUSENTE
GRANA, Adrián Eduardo	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
GRANDE, Martín	PRO	Salta	AFIRMATIVO
GRANDINETTI, Alejandro Ariel	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Santa Fe	AFIRMATIVO
GROSSO, Leonardo	Movimiento Evita	Buenos Aires	AUSENTE
GUERIN, María Isabel	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
HERNÁNDEZ, Martín Osvaldo	Unión Cívica Radical	Formosa	AUSENTE
HERRERA, Bernardo José	Frente Cívico por Santiago	Santiago del Estero	AFIRMATIVO
HERRERA, Luis Beder	Justicialista	La Rioja	AUSENTE
HORNE, Silvia Renee	Movimiento Evita	Rio Negro	AFIRMATIVO
HUCZAK, Stella Maris	PRO	Mendoza	AFIRMATIVO
HUMMEL, Astrid	PRO	Santa Fe	AFIRMATIVO
HUSS, Juan Manuel	Frente para la Victoria - PJ	Entre Ríos	AFIRMATIVO
IGLESIAS, Fernando Adolfo	PRO	C.A.B.A.	AUSENTE
IGON, Santiago Nicolás	Frente para la Victoria - PJ	Chubut	AUSENTE
INCICCO, Lucas Ciriaco	PRO	Santa Fe	AFIRMATIVO
KICILLOF, Axel	Frente para la Victoria - PJ	C.A.B.A.	AUSENTE
KIRCHNER, Máximo Carlos	Frente para la Victoria - PJ	Santa Cruz	AFIRMATIVO
KOSINER, Pablo Francisco Juan	Justicialista	Salta	AFIRMATIVO
KRONEBERGER, Daniel Ricardo	Unión Cívica Radical	La Pampa	AUSENTE
LACOSTE, Jorge Enrique	Unión Cívica Radical	Entre Ríos	AUSENTE
LARROQUE, Andrés	Frente para la Victoria - PJ	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
LASPINA, Luciano Andrés	PRO	Santa Fe	AUSENTE
LAVAGNA, Marco	Federal Unidos por una Nueva Argentina	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
LEAVY, Sergio Napoleón	Frente para la Victoria - PJ	Salta	AUSENTE
LEHMANN, María Lucila	Coalición Cívica	Santa Fe	NEGATIVO
LIPOVETZKY, Daniel Andrés	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
LLANOS MASSA, Ana María	Frente para la Victoria - PJ	Chubut	AFIRMATIVO
LLARYORA, Martín Miguel	Córdoba Federal	Córdoba	AUSENTE
LÓPEZ KOENIG, Leandro Gastón	PRO	Neuquén	AFIRMATIVO
LÓPEZ, Juan Manuel	Coalición Cívica	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
LOSPENNATO, Silvia Gabriela	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
LOTTO, Inés Beatriz	Frente para la Victoria - PJ	Formosa	AUSENTE
LOUSTEAU, Martín	Evolución Radical	C.A.B.A.	AUSENTE
MACHA, Mónica	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
MACÍAS, Oscar Alberto	Justicialista	Corrientes	AUSENTE

MAQUIEYRA, Martín	PRO	La Pampa	AFIRMATIVO
MARCUCCI, Hugo María	Unión Cívica Radical	Santa Fe	AFIRMATIVO
MARTIARENA, José Luis	Justicialista	Jujuy	AUSENTE
MARTÍNEZ VILLADA, Leonor María	Coalición Cívica	Córdoba	AUSENTE
MARTÍNEZ, Darío	Frente para la Victoria - PJ	Neuquén	AFIRMATIVO
MARTÍNEZ, Silvia Alejandra	Unión Cívica Radical	Jujuy	AUSENTE
MASIN, María Lucila	Frente para la Victoria - PJ	Chaco	AFIRMATIVO
MASSETANI, Vanesa Laura	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Santa Fe	ABSTENCION
MASSOT, Nicolás María	PRO	Córdoba	AFIRMATIVO
MATZEN, Lorena	Unión Cívica Radical	Rio Negro	AFIRMATIVO
MEDINA, Gladys	Justicialista por Tucumán	Tucumán	AFIRMATIVO
MEDINA, Martín Nicolás	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
MENDOZA, Josefina	Unión Cívica Radical	Buenos Aires	AFIRMATIVO
MENDOZA, Mayra Soledad	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
MENNA, Gustavo	Unión Cívica Radical	Chubut	AFIRMATIVO
MERCADO, Verónica Elizabeth	Frente para la Victoria - PJ	Catamarca	AFIRMATIVO
MESTRE, Diego Matías	Unión Cívica Radical	Córdoba	AFIRMATIVO
MIRANDA, Pedro Rubén	Justicialista	Mendoza	AUSENTE
MOISÉS, María Carolina	Justicialista	Jujuy	AUSENTE
MOLINA, Karina Alejandra	PRO	La Rioja	AFIRMATIVO
MONALDI, Osmar	PRO	Jujuy	AUSENTE
MONFORT, Marcelo Alejandro	Unión Cívica Radical	Entre Ríos	AFIRMATIVO
MONTENEGRO, Guillermo Tristán	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
MONZÓ, Emilio	PRO	Buenos Aires	PRESIDENTE
MORALES, Flavia	Frente de la Concordia Misionero	Misiones	AFIRMATIVO
MORALES, Mariana Elizabet	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Santiago del Estero	AUSENTE
MOREAU, Cecilia	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AFIRMATIVO
MOREAU, Leopoldo Raúl Guido	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
MOSQUEDA, Juan	Justicialista	Chaco	AUSENTE
MOYANO, Juan Facundo	Red por Argentina	Buenos Aires	AFIRMATIVO
MUÑOZ, Rosa Rosario	Trabajo y Dignidad	Chubut	AFIRMATIVO
NAJUL, Claudia Inés	Unión Cívica Radical	Mendoza	AFIRMATIVO
NANNI, Miguel	Unión Cívica Radical	Salta	AFIRMATIVO
NAVARRO, Graciela	Frente Cívico por Santiago	Santiago del Estero	AUSENTE
NAZARIO, Adriana Mónica	Córdoba Federal	Córdoba	AFIRMATIVO
NEDER, Estela Mary del Rosario	Frente Cívico por Santiago	Santiago del Estero	AFIRMATIVO
NEGRI, Mario Raúl	Unión Cívica Radical	Córdoba	AUSENTE
NUÑEZ, José Carlos	PRO	Santa Fe	AFIRMATIVO
OCAÑA, María Graciela	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
OLIVARES, Héctor Enrique	Unión Cívica Radical	La Rioja	AFIRMATIVO
OLIVETO LAGO, Paula Mariana	Coalición Cívica	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
OLMEDO, Alfredo Horacio	Salta Somos Todos	Salta	AUSENTE
ORELLANA, José Fernando	Justicialista por Tucumán	Tucumán	AUSENTE
PASSO, Marcela Fabiana	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AUSENTE
PASTORI, Luis Mario	Unión Cívica Radical	Misiones	AFIRMATIVO
PASTORIZA, Mirta Ameliana	Frente Cívico por Santiago	Santiago del Estero	AFIRMATIVO

PEREYRA, Juan Manuel	Concertación FORJA	Córdoba	AFIRMATIVO
PÉREZ, Martín Alejandro	Frente para la Victoria - PJ	Tierra del Fuego	AUSENTE
PÉREZ, Raúl Joaquín	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AUSENTE
PERTILE, Elda	Justicialista	Chaco	AUSENTE
PETRI, Luis Alfonso	Unión Cívica Radical	Mendoza	AFIRMATIVO
PEÑALOZA MARIANETTI, María Florencia	Somos San Juan	San Juan	AFIRMATIVO
PICCOLOMINI, María Carla	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
PIETRAGALLA CORTI, Horacio	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
PITOT, Carla Betina	Federal Unidos por una Nueva Argentina	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
POLLEDO, Carmen	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
PRETTO, Pedro Javier	PRO	Córdoba	AFIRMATIVO
QUETGLAS, Fabio José	Unión Cívica Radical	Buenos Aires	AUSENTE
RACH QUIROGA, Analía Alexandra	Frente para la Victoria - PJ	Chaco	AFIRMATIVO
RAMÓN, José Luis	Protectora	Mendoza	AFIRMATIVO
RAMOS, Alejandro Ariel	Primero Argentina	Santa Fe	AUSENTE
RAUSCHENBERGER, Ariel	Justicialista	La Pampa	AUSENTE
RAVERTA, María Fernanda	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
REGIDOR BELLEDONE, Estela Mercedes	Unión Cívica Radical	Corrientes	AUSENTE
REYES, Roxana Nahir	Unión Cívica Radical	Santa Cruz	AFIRMATIVO
RICCARDO, José Luis	Unión Cívica Radical	San Luis	AFIRMATIVO
RICCI, Nadia Lorena	Unión Cívica Radical	Santa Cruz	AFIRMATIVO
RISTA, Olga María	Unión Cívica Radical	Córdoba	AFIRMATIVO
RODENAS, Alejandra	Nuevo Espacio Santafesino	Santa Fe	AUSENTE
RODRIGUEZ, Matías David	Frente para la Victoria - PJ	Tierra del Fuego	AUSENTE
RODRIGUEZ, Rodrigo Martín	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
ROMA, Carlos Gastón	PRO	Tierra del Fuego	AFIRMATIVO
ROMERO, Jorge Antonio	Frente para la Victoria - PJ	Corrientes	AFIRMATIVO
ROSSI, Agustín	Frente para la Victoria - PJ	Santa Fe	AFIRMATIVO
ROSSO, Victoria	Unidad Justicialista	San Luis	AUSENTE
RUIZ ARAGÓN, José Arnaldo	Frente para la Victoria - PJ	Corrientes	AFIRMATIVO
RUSSO, Laura	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
SAADI, Gustavo Arturo	Elijo Catamarca	Catamarca	AFIRMATIVO
SAHAD, Julio Enrique	PRO	La Rioja	AFIRMATIVO
SALVAREZZA, Roberto	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
SANTILLÁN, Walter Marcelo	Frente para la Victoria - PJ	Tucumán	AFIRMATIVO
SAPAG, Alma Liliana	Movimiento Popular Neuquino	Neuquén	AFIRMATIVO
SCAGLIA, Gisela	PRO	Santa Fe	ABSTENCION
SCHLERETH, David Pablo	PRO	Neuquén	AFIRMATIVO
SCHLOTTHAUER, Monica Leticia	Izquierda Socialista - FIT	Buenos Aires	AUSENTE
SCHMIDT LIERMANN, Cornelia	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
SCIOLI, Daniel	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
SELVA, Carlos Américo	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AUSENTE
SIERRA, Magdalena	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
SILEY, Vanesa	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
SNOPEK, Alejandro	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Jujuy	AUSENTE
SOLÁ, Felipe Carlos	Red por Argentina	Buenos Aires	AUSENTE

SOLANAS, Julio Rodolfo	Frente para la Victoria - PJ	Entre Ríos	AFIRMATIVO
SORAIRE, Mirta Alicia	Frente para la Victoria - PJ	Tucumán	AFIRMATIVO
SORIA, María Emilia	Frente para la Victoria - PJ	Río Negro	AFIRMATIVO
STEFANI, Héctor Antonio	PRO	Tierra del Fuego	AFIRMATIVO
SUAREZ LASTRA, Facundo	Unión Cívica Radical	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
TABOADA, Jorge	Cultura, Educación y Trabajo	Chubut	AUSENTE
TAILHADE, Luis Rodolfo	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
TERADA, Alicia	Coalición Cívica	Chaco	AFIRMATIVO
TONELLI, Pablo Gabriel	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
TORELLO, Pablo	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
TUNDIS, Mirta	Federal Unidos por una Nueva Argentina	Buenos Aires	AFIRMATIVO
URROZ, Paula	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
VALLEJOS, María Fernanda	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
VALLONE, Andres Alberto	Unidad Justicialista	San Luis	AUSENTE
VAZQUEZ, Juan Benedicto	Frente para la Victoria - PJ	Santa Cruz	AUSENTE
VERA GONZALEZ, Orieta Cecilia	Coalición Cívica	Catamarca	AUSENTE
VIGO, Alejandra María	Córdoba Federal	Córdoba	AFIRMATIVO
VILLA, Natalia Soledad	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
VILLALONGA, Juan Carlos	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
VILLAVICENCIO, María Teresita	Evolución Radical	Tucumán	AFIRMATIVO
VOLNOVICH, Luana	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AFIRMATIVO
WECHSLER, Marcelo Germán	PRO	C.A.B.A.	AFIRMATIVO
WELLBACH, Ricardo	Frente de la Concordia Misionero	Misiones	AUSENTE
WISKY, Sergio Javier	PRO	Río Negro	AFIRMATIVO
WOLFF, Waldo Ezequiel	PRO	Buenos Aires	AFIRMATIVO
YASKY, Hugo	Frente para la Victoria - PJ	Buenos Aires	AUSENTE
YEDLIN, Pablo Raúl	Justicialista por Tucumán	Tucumán	AFIRMATIVO
ZAMARBIDE, Federico Raúl	Unión Cívica Radical	Mendoza	AFIRMATIVO
ZAMORA, Claudia	Frente Cívico por Santiago	Santiago del Estero	AFIRMATIVO
ZILIOOTTO, Sergio Raúl	Justicialista	La Pampa	AUSENTE
ZOTTOS, Miguel Andrés Costas	Justicialista	Salta	AFIRMATIVO

8. Bibliografía

- Allori, A. & Michel, A. (2017). El parto respetado como asunto de derechos: el mapa jurídico en la Argentina. *Mora*, (23), 197-204.
- Aucía, A. (2014). *Sistematización de la incidencia de CLADEM en las políticas públicas y en la jurisprudencia internacional sobre violencia contra las mujeres*. CLADEM.
- Benhabib, S. (2006). *Las reivindicaciones de la cultura. Igualdad y diversidad en la era global*. Katz.
- Barrancos, D. (2004). La construcción del otro asimétrico: mitos científicos entre los siglos XIX y XX. *Revista argentina de Sociología*, 2(2), 7-26.
- Barrancos, D. (2014). Género, profesiones de la salud y sociedad. *Salud Colectiva*, 10(3), 297-299.
- Brown, J. (2008). Los derechos (no) reproductivos en Argentina: encrucijadas teóricas y políticas. *Cadernos pagu*, (30), 269-300.
- Brown, J. (2011). Cuerpo, sexualidad y poder. El saber científico como soporte último de la salud y la justicia. Apuntes para el debate. *Revista sociedad*, 29.
- Cabral, P. & Acacio, J. (2016). La violencia de género como problema público. Las movilizaciones por “Ni una menos” en la Argentina. *Question*, 51 (1).
- Cachafeiro Vinambres, A., & Rodrigañez Bustos, C. (2007). *La represión del deseo materno y la génesis del estado de sumisión inconsciente*. Ediciones Crimentales S.L.
- Castrillo, B. (2015). Intervenciones médicas en los procesos de embarazo y parto. XI Jornadas de Sociología. Julio de 2015, Buenos Aires. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4127/ev.4127.pdf
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 24, 43-68.
- Chaneton, J., & Vacarezza, N. (2014). Contingency of Passion, Forced Pregnancy and Women’s Decision. *AG About Gender-Rivista internazionale di studi di genere*, 3 (5).
- Chiarotti, S.; García Jurado, M.; Aucía, A.; Arminchiardi, S. (2003). Con todo al aire. *Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR & CLADEM.

- Chiarotti, S.; Schuster, G. y Arminchiardi, S. (2008). *Con todo al aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. INSGENAR & CLADEM.
- Darín, H & Japas, L. (2019). Médicos rechazan el proyecto que le permitiría a las parteras recetar misoprostol. En *Notivida*. Disponible en: https://www.notivida.org/boletines/1158_.html. [Última visita: mayo de 2022]
- Davis-Floyd, R. (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(1), 5-23.
- Davis-Floyd, R. (2007). Changing Childbirth: The Latin American Example. *Midwifery Today*, (84), 9-65.
- Deza, S. (2015). Gobierno del cuerpo de las mujeres: protocolos de aborto y objeción de conciencia. *Perspectivas bioéticas*, (38), 76-99.
- Deza, S. (2017). Objeción de conciencia y aborto: creencias propias, violencias ajenas. *Rev Bio y Der*, 39, 23-52.
- Cámara de Diputados del Congreso de la Nación. (2019). Diario de Sesiones. 3ª Reunión - 3ª Sesión ordinaria. Período 137°. Pp.137-255.
- Ehrenreich, B. & English, D. (1973). *Brujas, Partera y Enfermeras. Una historia de sanadoras*. La Barcelona.
- Espinosa Miñoso, Y. (2014). Una crítica descolonial a la epistemología feminista crítica. *El cotidiano*, (184), pp 7-12.
- Federación de Obstetras de la República Argentina. (2019). Ley de Obstétricas Ya. Disponible en: <http://fora-obstetricas.org/index.php/ley-de-obstetricas>. [Última visita: mayo de 2022]
- Feliti, K. (2008). Natalidad, soberanía y desarrollo: las medidas restrictivas a la planificación familiar en el tercer gobierno peronista. *Estudos Feministas*, 16(2), 440.
- Felitti, K. (2016). Intersecciones en las configuraciones de la maternidad en la historia argentina, 1900-1946: registros médicos y culturales bajo la lupa, *Livros & Redes*, 23(1), 221-223.
- Felitti, K., & Abdala, L. (2018). El parto humanizado en la Argentina: activismos, espiritualidades y derechos. *Parterías de Latinoamérica. Diferentes territorios, mismas batallas*, 123-152.

- Fraser, N. (1999). Repensando la esfera pública: una contribución a la crítica de la democracia actualmente existente. *Ecuador Debate. Opinión pública*. (46), 139-174.
- Fraser, N. (2015). *Fortunas del feminismo*. Traficantes de Sueños.
- Galati, E. (2011). Un cambio paradigmático en la salud. Consideraciones sociales de la ciencia jurídica a partir de la ley argentina del derecho del paciente. *Revista de humanidades medicas*, 2(3).
- Habermas, J. (1962). *The Structural Transformation of the Public Sphere*. Polity.
- Javiera Cubillos, A. (2015). La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. *Oxímora*, (7), 119-137.
- Jerez, C. (2017). Lo Personal es Político: Etnografía de la Politización del Parto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires. Seminario Internacional Fazendo Género, 11 & 13th Women's World Congress. Florianópolis.
- Jerez, C. (2014). Clase y género en las propuestas de la "Humanización" del parto: un análisis desde la antropología feminista, *Zona Franca. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinarios sobre Mujeres*, XXII (23), 83-92.
- Jerez, C. (2014). *Partos Empoderados: clase y género en la crítica a la violencia hacia las mujeres en los partos*. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.
- Kalinowski, S. (2020). *Apuntes sobre lenguaje no sexista e inclusivo*. UNR Editora.
- Lander, E. (Ed.). (2003). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO.
- Legislatura de Mendoza. (2021). Avanza la posibilidad de que la licenciatura en Obstetricia sea considerada una actividad autónoma y tenga su propia ley. En Legislatura de Mendoza: Disponible en: <https://www.legislaturamendoza.gov.ar/avanza-la-posibilidad-de-que-la-licenciatura-en-obstetricia-sea-considerada-una-actividad-autonoma-y-tenga-su-propia-ley/>. [Última visita: mayo de 2022]
- Lorenzo, C. (2013). Es un parto: indagaciones en torno a la construcción de un derecho. Actas VII Jornadas de Jóvenes Investigadores. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires.
- Lugones, M. (2008). Colonialidad y género. *Tabula rasa*, (09), 73-101.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, 30, 451-464.

- Miñoso, Y.E. (2016). De por qué es necesario un feminismo descolonial: diferenciación, dominación co-constitutiva de la modernidad occidental y el fin de la política de la identidad. *Solar*, 12(1), 171.
- Nari, M. (2004). *Políticas de la maternidad y maternalismo político*. Biblos.
- Nosotras parimos, nosotras decidimos. (2018). Nosotras parimos, nosotras decidimos. En Agencia Paco Urondo. Disponible en: <https://www.agenciapacourondo.com.ar/generos/nosotras-parimos-nosotras-decidimos>. [Última visita: mayo de 2022]
- Martín, A.L. & Ramaciotti, K. I. (2016). Profesionales sociosanitarias: Género e Historia. *Avances del Cesor*, 8 (15), 81-92.
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2019). Obstétricas. Ejercicio y Formación. Ministerio de Educación de la Nación. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/obstetricas._ejercicio_y_formacion_2019.pdf. [Última visita: mayo de 2022]
- Observatorio Federal de Recursos Humanos en Salud. (2018). Formación y ejercicio de obstétricas en Argentina. Estado de situación. Ministerio de Educación de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180802-obstetricas-informe-completo-julio-2018.pdf>. [Última visita: mayo de 2022]
- Odent, M. (1983). *Birth under water*. Lancet.
- Odent, M. (1992). *El nacimiento renacido*. Errepar.
- Odent, M. (2002). *El granjero y el obstetra*. Creavida.
- Organización de las Naciones Unidas. (1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la mujer. Recuperado de: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>. [Última visita: mayo de 2022]
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *El potencial de las parteras tradicionales*. Organización Mundial de Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Parteras tradicionales*. Declaración conjunta OMS/ FNUAP/ UNICEF, OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Informe sobre la salud en el mundo 2005 ¡Cada madre y cada niño contarán!* OMS.

- Pautassi, L. (2000). Igualdad de Derechos y desigualdad de oportunidades: Ciudadanía, Derechos Sociales y Género en América Latina. En Herrera, G. (comp.). *Las fisuras del patriarcado. Reflexiones sobre Feminismo y Derecho*. FLACSO.
- Pecheny, M., & Petracci, M. (2006). Derechos humanos y sexualidad en la Argentina. *Horizontes antropológicos*, 12(26), 43-69.
- Petracci, M., Brown, J. L., & Straw, C. (2011). *Derechos sexuales y reproductivos: teoría, política y espacio público*. Teseo.
- Pérez Orosco, A. (2014). *Subversión feminista de la economía. Aportes para un debate sobre el conflicto vida-capital*. Traficante de Sueños.
- Quijano, A. (2014). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En: *Cuestiones y horizontes: de la independencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. CLACSO.
- Ramacciotti, K. & Valobra, A. (2012). Mujeres, política y profesionalización. *Forjando*, 1 (1), 72-81. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.7387/pr.7387.pd [Última visita: mayo de 2022]
- Ramaciotti, K.I. (2020). *El cuidado sanitario. Hacia una historia de la enfermería en Argentina*. En *Historias de la enfermería en Argentina. Pasado y presente de una profesión*. EdunPaz.
- Reano, L. (2018). Hacer Partos. Trabajo final de Grado. Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Rodrigañez Bustos, C. (2007). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero*. Ediciones Crimentales.
- Rodrigañez Bustos, C. (2010). *El asalto al Hades*. Disponible en: sites.google.com/site/casildarodriganez. [Última visita: mayo de 2022]
- Romero, P. B. (2018). Parir en el hospital: un territorio de relaciones desiguales y de poder. *Trabajo y sociedad: Indagaciones sobre el empleo, la cultura y las prácticas políticas en sociedades segmentadas*, (30), 435-439.
- Sale, H. (2019). *Accionando para impedir el avasallamiento de nuestras incumbencias*. Disponible en: https://issuu.com/grupoiman/docs/revista_am_ago_2019_redes/s/144448. [Última visita: mayo de 2022]

- Scribano, A. O. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo.
- Segato, R. (2012). Brechas descoloniales para una universidad nuestroamericana. *Observatorio da Jurisdicao Constitucional*, 5.
- Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucuman. (2019). Alerta por Ley que regula actividad de Obstetras. En Sociedad de Ginecología y Obstetricia de Tucuman. Disponible en: <https://sogotuc.org.ar/alerta-por-ley-que-regula-actividad-de-obstetras/>. [Última visita: mayo de 2022]
- Varela, N. (2005). *¿Qué es el feminismo? En Feminismo para principiantes*. Ediciones B.
- Venticinque, V. (2017). *Las relaciones Gobiernos locales-Organizaciones sociales. Determinaciones e influencias a partir de las políticas públicas. El caso del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en el Municipio de Rosario (2003-2010)*. Tesis Doctoral. Universidad Nacional de Rosario.
- Venticinque, V. R. (2018). La salud sexual y reproductiva en el ámbito municipal. *RevIISE-Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 179-188.
- Venticinque, V. (2019). Sexualidades y reproducciones, argumentos y desafíos en Argentina a principios del siglo XX. *La Aljaba: Segunda Época, Revista de Estudios de la Mujer*, (23), 221-236.
- Verdile, L. (2018). Ley de obstetricia: la lucha por la autonomía de las mujeres. En La primera piedra. Disponible en: <https://www.laprimera piedra.com.ar/2018/07/ley-obstetricia/>. [Última visita: mayo de 2022]
- Vetere, P. E. (2006) *El Modelo Médico Hegemónico y su reproducción en el Perfil de Médico que promueve la Fac. Cs. Médicas de la U.N.L.P.* [en línea]. Trabajo final de grado. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Disponible en: <http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/tesis/te.562/te.562.pd>. [Última visita: mayo de 2022]
- Walzer, M., Miller, D., & Mosquera, A. S. (2010). *Pensar políticamente*. Paidós.