

derechos
 salud materna medicina
 competencias calidad sexual
 regulación provincias normas autonomía
salud
 competencias
 déficit funciones embarazo maternidad rol esencial
 funciones
 autonomía consejería
 funciones regulaciones provinciales
 desigualdades acceso
 garantizar
 atención calidad conciencia partería organismos
obstetricia
 marco internacional
 autonomía profesional
 funciones
 parto respetado garantizar incumbencias ley 27.610
 salud reproductiva
 anticoncepción

Sonia Ariza Navarrete
 Guido Sciarano
 Silvina Ramos

**Fortalecimiento
 de las competencias
 y funciones
 de las obstétricas/os
 en la Argentina:
 un tema estratégico.**

2022



ISBN 978-987-48105-6-4

Autoría:

Sonia Ariza Navarrete, Investigadora adjunta del CEDES, integrante de REDAAS.
Guido Sciarano, Asistente de investigación del CEDES, becario CIS-IDES/CONICET.
Silvina Ramos, Investigadora titular del CEDES, integrante grupo coordinador REDAAS.

Diseño:

Estudio Ratto.

Fotografías:

Estudio Ratto / stock.adobe. com / Antonioguilllem-Tyler Olson-Valmedia-Photographee.eus

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

Documento disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4685>

Ariza Navarrete, Sonia

Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas-os en la Argentina : un tema estratégico / Sonia Ariza Navarrete ; Guido Sciarano ; Silvina Ramos. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Centro de Estudios de Estado y Sociedad-CEDES, 2022. (El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva ; 1)

Libro digital, PDF -

Archivo Digital: descarga disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4685>

ISBN 978-987-48105-6-4

1. Ginecología y Obstetricia. 2. Formación Profesional. 3. Sexualidad. I. Sciarano, Guido. II. Ramos, Silvina. III. Título. CDD 618.20232

Cita sugerida: Ariza Navarrete, Sonia; Sciarano, Guido; Ramos, Silvina. Fortalecimiento de las competencias y funciones de las obstétricas/os en la Argentina: un tema estratégico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES, 2022. (El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva, 1). Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4685>

índice

Introducción	4
Sección 1. Salud sexual, (no) reproductiva y materna	6
Sección 2. Recomendaciones internacionales	13
Sección 3. Análisis normativo de incumbencias profesionales	18
<i>Un poco de historia</i>	18
<i>Normativa vigente sobre licenciatura en obstetricia</i>	19
<i>Análisis comparativo en 6 dimensiones</i>	21
Reflexiones finales	32
Referencias	34



introducción

El objetivo de este documento es informar el debate acerca de la necesidad y oportunidad de una legislación federal que actualice las competencias y condiciones de ejercicio de la obstetricia. Así, se espera contribuir a la jerarquización de este colectivo profesional y, con ello, mejorar las oportunidades de alcanzar la cobertura universal en salud sexual, reproductiva y materna de calidad en la Argentina. Forma parte de la serie “El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva”, que el CEDES desarrolla con la colaboración de Ipas¹ como contribución a un mejor conocimiento de este colectivo profesional. También se enmarca en la estrategia conjunta que CEDES y UNFPA-Argentina desarrollan para fortalecer el trabajo de las/los obstétricas/os en la Argentina y en el plan 2022 del Grupo de Trabajo de Obstétricas de REDAAS².

La prevención de la morbilidad materna y la atención oportuna de los procesos reproductivos, así como la garantía del ejercicio de los derechos sexuales y (no) reproductivos han tomado centralidad en las discusiones globales, regionales y nacionales sobre políticas sanitarias en las últimas décadas. La constatación de que los indicadores de salud materna son altamente sensibles a la calidad y oportunidad de la atención de la salud, principalmente de las mujeres y otras personas con capacidad de gestar a lo largo de todo su ciclo vital, ha llevado a los estados, así como a los órganos de rectoría sanitaria y otros organismos de derechos humanos a promover la actualización y ampliación de las incumbencias, el fortalecimiento de la formación y el rol de las obstétricas dentro de los equipos de salud y de forma autónoma para la atención de los procesos (no) reproductivos.

¹ www.ipas.org

² www.redaas.org.ar

En la Argentina, la creciente regulación de esta profesión en las últimas décadas ha tenido varios efectos, siendo uno de los más prominentes la disparidad entre las jurisdicciones del país, tanto para el ejercicio de la profesión como en la atención que pueden recibir pacientes que requieren servicios de salud reproductiva. Asimismo, dado que han variado los estándares normativos de protección de derechos humanos y algunas prácticas fueron ganando estatus de legalidad -resultando, por ejemplo, en la Ley 26.130 de Anticoncepción Quirúrgica en 2006³, la Ley 27.610 de Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Ley 27.611 de Atención y Cuidado Integral de la Salud durante el Embarazo y la Primera Infancia en 2020-, las normas que regulan las incumbencias han quedado en muchos casos desactualizadas. Por ello, analizar los alcances del marco regulatorio, los efectos que tiene sobre el ejercicio profesional y las consecuencias para el sistema de salud en cada una de las jurisdicciones del país resulta clave para situar el rol de este personal en la atención de la salud sexual, reproductiva y materna.

Este documento presenta un panorama del aporte que pueden realizar las personas que ejercen la obstetricia, a partir de los estándares nacionales e internacionales; asimismo, analiza una serie de aspectos relevantes de la legislación actual en las diferentes jurisdicciones del país.

Para su elaboración se han revisado:

- Investigaciones científicas y documentos técnicos que reseñan las condiciones actuales en materia de acceso a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y salud materna a escala local y global.
- Recomendaciones de los organismos rectores de política sanitaria a nivel internacional (OMS, UNFPA, UNICEF, ICM, ICN, FIGO, Ipas) sobre las competencias y funciones del personal de obstetricia en los sistemas de salud.
- La totalidad de las regulaciones provinciales que actualmente rigen las competencias de profesionales de obstetricia en el país.

El documento consta de 3 secciones y reflexiones finales:

1. La primera sección presenta un panorama sobre los déficits en materia de salud sexual, materna y reproductiva que podrían ser mitigados con la puesta en valor y la actualización de las competencias para el trabajo obstétrico.
2. La segunda describe las recomendaciones de los principales organismos rectores de política sanitaria para la ampliación del rol y las competencias de la obstetricia.
3. La tercera presenta un análisis comparado de las regulaciones de la obstetricia en la Argentina. Se parte de una breve contextualización histórica para luego analizar las competencias normativamente habilitadas de este colectivo profesional en seis dimensiones: consejería en salud sexual y salud reproductiva, anticoncepción, participación en el parto, medicamentos, interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE) y objeción de conciencia.

³ Actualizada en 2021

sección 1



Salud sexual, (no) reproductiva y materna: déficits, oportunidades y horizontes

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015) reafirma la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva⁴ -incluidos los servicios de anticoncepción- para el año 2030. Destaca la importancia de la disponibilidad y difusión de información y educación, así como también la integración de la salud reproductiva a las estrategias y los programas nacionales (Population Council, et. al., 2013). Por su parte, el Grupo Bellagio (2013), convocado por primera vez en 2012, insta a redoblar los esfuerzos que permitan garantizar un acceso equitativo a todos los anticonceptivos de corto y largo plazo, permanentes y de emergencia para retrasar, espaciar o evitar embarazos no intencionales, en respuesta a la necesidad de poblaciones vulnerables de países de medianos y bajos ingresos. Adicionalmente, los derechos sexuales de adolescentes y jóvenes han sido reconocidos en el Consenso de Montevideo (2015), entre ellos el derecho a obtener educación sexual y servicios de salud sexual y reproductiva integrales, y en ese acuerdo también se insta a los gobiernos a proteger estos derechos. Se establece, además, que el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro debe ser protegido utilizando un enfoque de derechos humanos y salud pública. En línea con lo consensuado estos foros internacionales, en la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar del año 2013 se estableció que las personas que, en cualquier etapa de su ciclo vital, no disponen de manera completa e informada de opciones anti-conceptivas, se encuentran privadas de un derecho: el acceso a la plena elección. Si vamos más

⁴ Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, la salud reproductiva es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Para ampliar información, consultar <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/reproductivehealth#:~:text=Reproductive%20health%20is%20a%20state,to%20its%20functions%20and%20processe>

Salud sexual, (no) reproductiva y materna: déficits, oportunidades y horizontes

atrás, ya en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en 1994 en El Cairo, se señaló que la salud reproductiva lleva implícito el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables.

Hoy por hoy, a varios años de formulados los consensos y a ocho de llegar al 2030, aún se está lejos de garantizar estas metas: el acceso universal a servicios de salud sexual, materna y reproductiva de calidad sigue siendo una deuda pendiente. Ni siquiera en los países desarrollados se ha alcanzado esta meta y las brechas con países de ingresos medios y bajos resultan preocupantes. La información disponible muestra la persistencia de fuertes desigualdades en el acceso a servicios de salud sexual y materna de calidad y culturalmente adecuados. Cerca de 300 mil mujeres mueren cada año por complicaciones relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio (OPS, 2022). Si bien la región de América latina ha mostrado avances en los últimos años, la pandemia de COVID-19 amenaza con revertir logros en indicadores clave (OPS, 2021): el índice de mortalidad materna por cada 100 mil nacidos vivos mostró en el 2020 un retroceso de 8 años en la región⁵.

La evidencia muestra que la baja utilización de métodos anticonceptivos responde, fundamentalmente, a dificultades en el acceso más que a la elección o preferencias de las personas usuarias (Abalos, 2019). Estudios en países de altos ingresos señalan que este fenómeno se acentúa en el caso de los anticonceptivos de larga duración (Winner, et al, 2012). Se estima que en los países en desarrollo en el año 2017 -en un marco de relativa normalidad sanitaria- hubo 214 millones de mujeres con necesida-

El acceso universal a servicios de salud sexual, materna y reproductiva de calidad sigue siendo una deuda pendiente.



⁵ Fuente consultada: <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2021-report/progress-indicators/maternal-mortality/>

des insatisfechas de anticoncepción moderna, lo cual representa el 24% de las mujeres sexualmente activas que desean evitar un embarazo pero que no están utilizando un método de anticoncepción moderno (Guttmacher Institute, 2017).

Si enfocamos el análisis en la Argentina, el escenario en materia de salud sexual y reproductiva que describen los datos precedentes se caracteriza, además, por una profunda desigualdad sub-nacional (Abalos, 2019). En este sentido, la baja utilización de métodos de anticoncepción modernos se vincula estrechamente al déficit de asesoramiento adecuado y acceso, que a su vez se estratifica, veremos a continuación, según nivel socioeducativo y nivel de ingreso. Es preciso, entonces, llamar la atención sobre las situaciones diversas que se observan en el país, según la provincia o grupo poblacional, contemplando las desigualdades en el acceso y la utilización de métodos anticonceptivos modernos (Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva, 2013).

El acceso a información adecuada y oportuna, la cercanía con el personal sanitario y la atención centrada en las personas resultan clave para garantizar la adecuada orientación, elección y adherencia a todas las prestaciones de salud sexual y reproductiva en general. El personal de obstetricia resulta central en la totalidad de estas dimensiones, pese a lo cual su rol todavía requiere fortalecimiento para desplegar todo su potencial.

Desde la óptica de la demanda de servicios, los datos disponibles muestran que, en el país, las madres adolescentes sin instrucción o que no completaron el ciclo primario cuadruplican al grupo de madres adolescentes con nivel secundario completo o mayor; asimismo, se ha observado que el grupo de madres adolescentes pertenecientes al 1° quintil de ingresos es 6 veces mayor que el grupo de adolescentes perteneciente al 5° quintil (Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia, 2013). Ahora bien, el nivel educativo y nivel socioeconómico presentan una distribución interprovincial, se encuentran correlacionados y son interdependientes. Esto quiere decir que las mujeres pobres tienden a tener menor nivel de formación, lo cual hace que perciban menores ingresos, reproduciendo patrones de desigualdad social y segregación espacial (Faur y Pereyra, 2018). Es que, en línea con la perspectiva impulsada por Ipas, la demanda y el acceso a servicios de salud sexual y (no) reproductiva se encuentra condicionada, no solo por las barreras propias de la oferta, sino también por barreras culturales, económicas, religiosas y sistémicas, motivo por el cual su provisión debe abordarse integralmente⁶.

Según la encuesta nacional de salud sexual y reproductiva del 2013, muchas mujeres que tienen la intención de limitar su fertilidad o retrasar la maternidad continúan dependiendo de métodos anticonceptivos (MAC) que, bajo un uso típico, cuentan con tasas relativamente altas de fracaso, como los anticonceptivos orales (50,6%) y los preservativos (29,6%). En lo que respecta a la utilización de métodos más eficaces, cabe señalar que el uso DIU no se ha incrementado y sigue en un nivel bajo de utilización, con desigualdades según región: 9,2% en el país, 6,1% en la región del NEA y 4,5% en la región de Cuyo. Asimismo, interpretable como barrera cultural, se observa un alto grado de descono-

⁶ Ver www.ipas.org



El rol del personal de obstetricia todavía requiere fortalecimiento para desplegar todo su potencial.

cimiento sobre los métodos disponibles, especialmente los de larga duración: desde el dispositivo intrauterino (DIU) con un 38,2%, hasta la vasectomía con un 95,5%. Las barreras de acceso materiales y culturales no están homogéneamente distribuidas. Basta con señalar que, en Gran Buenos Aires, la encuesta releva un 74,8% de uso de MAC, mientras que en el Noroeste argentino se registra tan solo un 49%⁷. Es importante resaltar que estos datos se han producido hace más de 10 años y, por tanto, pueden estar desactualizados, especialmente considerando que desde 2019 el gobierno nacional ha implementado políticas activas de prevención de embarazos no intencionales, enfocados en la adolescencia, como por ejemplo, a través del Plan Enia que llega a 13 provincias priorizadas en base a las indicadores sanitarios relacionados; además, se ha reforzado la compra y distribución de insumos anticonceptivos de larga duración en todo el país. De esta forma es esperable que los resultados sanitarios hayan mejorado en los últimos años, aunque no contamos con datos sistematizados que así lo confirmen. Aun así, es posible identificar que las desigualdades interprovinciales referidas encuentran su correlato en las diferencias observadas en índices clave, como el de embarazos no intencionales y las muertes maternas, entre otros.

En el mismo sentido, el análisis de la oferta de servicios de salud sexual, reproductiva y materna muestra que la provisión de estos servicios no se encuentra distribuida de forma equitativa. La cantidad de profesionales por cada 100 mil habitantes, las dimensiones del sistema público de salud, las

⁷ Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos –INDEC. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Salud sexual, (no) reproductiva y materna: déficits, oportunidades y horizontes

Distintos trabajos de investigación muestran que el involucramiento de las parteras en todas las etapas del ciclo vital de las personas con capacidad de gestar incrementa la calidad de los servicios de salud materna, contribuye al empoderamiento de las mujeres y mejora los indicadores clínicos (Perri-man, et al 2018). Por otro lado, experiencias de países como Suecia, Reino Unido, Canadá y Chile, cuyas guías habilitan una gama mayor de competencias en diversos perfiles profesionales, evidencian el potencial de las parteras para incidir positivamente en la cobertura de servicios de salud sexual y salud reproductiva (Abalos, 2019).



Con una regulación laboral y la formación adecuada, quienes ejercen la obstetricia tendrían la capacidad de proveer el 87% de los servicios esenciales de salud sexual, reproductiva, materna y neonatal de personas gestantes y recién nacidos (UNFPA, WHO, ICM, 2014). Asimismo, se ha determinado que la cobertura universal de las intervenciones esenciales encuadradas dentro del ejercicio de la partería podría prevenir el 83% de todas las muertes maternas y perinatales (Homer, et al, 2014). Cifras como estas fundamentan la centralidad que el personal de obstetricia tiene para ampliar la capacidad de respuesta de los servicios de salud, y la consecuente necesidad de integrarlas plenamente a los equipos de atención.

En esta dirección, un estudio recientemente publicado señala que la prestación de atención integral del aborto, que incluye la derivación para su práctica y la provisión de anticoncepción postaborto, ha logrado el nivel de acuerdo amplio requerido para ser incluido como parte de las competencias esen-

Salud sexual,
(no) reproductiva y materna:
déficits, oportunidades
y horizontes

ciales para el ámbito global de la práctica de la partería. El mismo estudio indica que la provisión del aborto con medicamentos y la realización del aborto manual por aspiración al vacío fueron designadas como competencias opcionales para las obstétricas (Fullerton, et al, 2018).

Considerando todo lo anteriormente descrito, **resulta evidente la necesidad de revisar las incumbencias profesionales y jerarquizar la autonomía profesional de quienes ejercen esta actividad y, con ello, favorecer una mayor disponibilidad de servicios de salud sexual, reproductiva y materna de calidad en la Argentina, en consonancia con las experiencias de muchos otros países del mundo y las recomendaciones de los organismos internacionales especialistas en la materia.**



sección 2



Recomendaciones internacionales

En esta sección se describen las recomendaciones que, actualmente, emanan de los principales organismos internacionales rectores de política sanitaria relacionadas con el rol y las incumbencias para el ejercicio de la obstetricia.

La salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA) es un componente esencial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). A fin de mejorar la SSRMNA, se debe reforzar el compromiso con el personal sanitario, y aumentar la inversión que se le destina para su atención (UNFPA, 2021). Ello implica, entre otras cuestiones, revisar los marcos regulatorios y las políticas de recursos humanos para asegurar que el personal sanitario cuente con las herramientas necesarias para explotar todo su potencial en la mejora de los indicadores de salud de la población.

En muchos países, la planificación del personal y la evaluación de la capacidad de los profesionales para satisfacer las necesidades de los servicios de salud se ven obstaculizadas por sistemas de datos sobre el personal sanitario que son deficientes (UNFPA, 2021). Contar con información precisa sobre el personal que atiende la demanda de servicios de salud sexual, materna y reproductiva es condición necesaria para el diseño, la implementación y la evaluación de las políticas sanitarias tendientes a mejorar los indicadores en estos campos. En este sentido cabe destacar que, al menos desde el 2011, se insta a todos los países a considerar a las obstétricas en los planes nacionales de salud, así como también a mejorar los datos

Recomendaciones
internacionales

de este colectivo profesional (UNFPA, WHO, ICM, 2014).

A pesar de las deficiencias en los datos disponibles, El Estado de las Matronas en el Mundo 2021 estima que, con la actual composición y distribución, el personal de SSRMNA de todo el mundo podría satisfacer el 75% de las necesidades mundiales de atención esencial del área de interés. Sin embargo, en países como la Argentina esta proporción es mucho más baja. Por ello, son necesarias políticas de recursos humanos e inversiones de forma urgente para revertir el marco de escasez. Estas inversiones han sido descritas en referencia no solo a la asignación de recursos económicos para su contratación y la garantía de condiciones para el ejercicio de esta profesión, sino también en incentivos, marcos regulatorios adecuados y actualización en la formación e incumbencias que les corresponden (UNFPA, 2021). En este sentido, el documento *Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery, 2016–2020* (OMS, 2016) identifica cuatro ámbitos de interés estratégico: la formación, la regulación de la profesión, la colaboración interdisciplinaria y la voluntad política en favor del desarrollo del personal.

Resulta oportuno señalar que los organismos de rectoría global (UNFPA, 2021; ICM, 2020, OMS, 2014), así como también estudios recientes que reúnen evidencia sobre el aporte que realizan las obstétricas a la promoción, prevención y atención de la salud reproductiva (McFadden et.al, 2020) recomiendan: revisar los marcos normativos para ajustar las competencias habilitadas legalmente con los estándares clínicos de atención vigentes, fortalecer la formación de quienes ejercen la obstetricia para garantizar atención oportuna y de calidad a las personas usuarias de los servicios, e invertir en recursos adecuados para asegurar las condiciones necesarias para el ejercicio de la profesión con calidad.

Asimismo, las metas propuestas para el fortalecimiento de la obstetricia, plasmadas en el documento “Estrategia Mundial para la Partería 2030” de UNFPA del año 2018, se centran en el aumento de la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud, y de proveedores de servicios de salud. Con ello se espera llegar a una mayor proporción de la población (aumento de la cobertura) y ampliar el conjunto de servicios básicos y esenciales de salud que pueden prestar de forma autónoma las personas que ejercen la obstetricia (aumento de la disponibilidad para la provisión de servicios), y la protección desde el punto de vista económico para estos servicios (aumento de la protección financiera).

La educación del personal de partería resulta un eje central. Por ejemplo, se recomienda implementar programas de educación profesionales de alto nivel que permitan ampliar las habilidades de las obstétricas y mejorar la calidad de los servicios, en cumplimiento de los estándares globales, alentando que lleguen a brindar atención basada en evidencias (McFadden et.al, 2020). En este sentido, la aplicación de estándares mundialmente reconocidos para mejorar la calidad y la capacidad implica la adopción de un enfoque de atención que equilibra la práctica -que suele ser prominente- con la teoría (Estado Mundial de la partería, 2021). Así, el componente de investigación adquiere mayor relevan-

Recomendaciones internacionales

cia; a partir de la pandemia por COVID-19, la agenda de investigación de SoWMy de 2021 recomienda evaluar las fortalezas y debilidades de los enfoques utilizados para su abordaje y recomendar formas de mantener la continuidad de la educación en partería y otros servicios de salud sexual, materna y salud reproductiva, incorporando lecciones que puedan ayudar en futuras emergencias de salud pública (Estado mundial de la partería, 2021).

Un documento técnico recientemente publicado, resultado de la colaboración entre UNFPA, UNICEF, OMS e ICM insta a los gobiernos a hacer de la educación en partería de calidad una prioridad, contemplando los estándares internacionales para fortalecer el liderazgo de las obstétricas y su capacidad de intervención en la provisión de servicios de salud sexual, materna y reproductiva de calidad, junto con otros agentes clave del sistema de salud (Framework for action. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030).

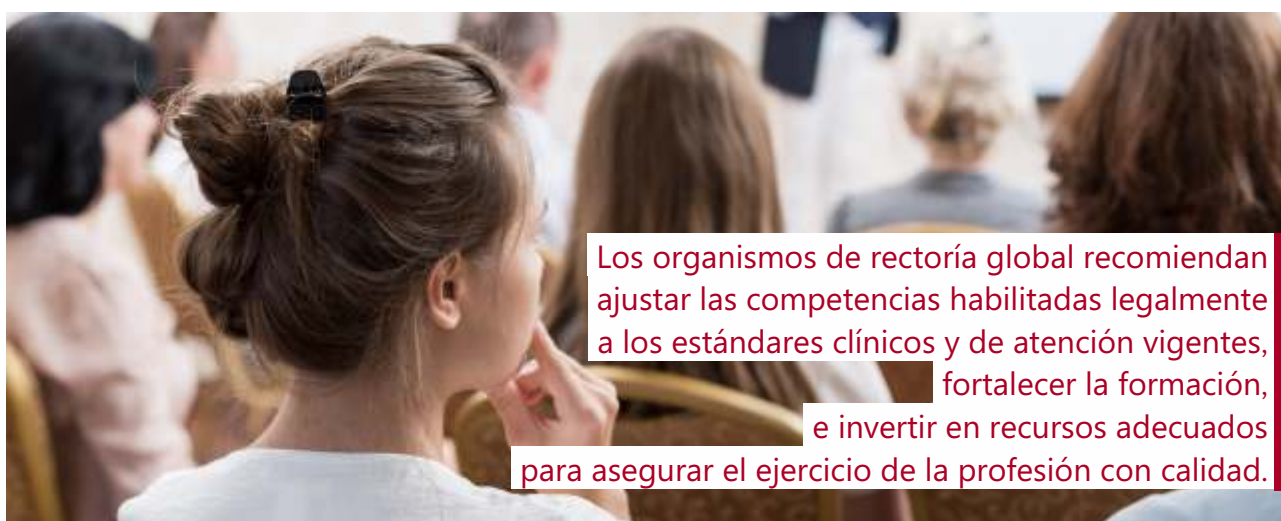


Fortalecer el liderazgo de las obstétricas y su capacidad de intervención en la provisión de servicios de salud sexual, materna y reproductiva de calidad es una prioridad dentro de las recomendaciones internacionales.

Recomendaciones internacionales

Por otra parte, recomendaciones generales sobre competencias sugieren promover que las personas graduadas en obstetricia alcancen todas las competencias esenciales requeridas para mejorar la salud sexual, reproductiva y materna de acuerdo con los estándares clínicos vigentes (Estado mundial de la partería 2021). En lo que refiere a las prestaciones específicas de este colectivo profesional, la OMS recomienda que las parteras sean entrenadas y se les reconozca la competencia para ofrecer prestaciones tales como consejería, prescripción y aplicación de anticonceptivos inyectables, colocación y extracción de dispositivos intrauterinos e implantes anticonceptivos.

Por su parte, la Confederación Internacional de Parteras (ICM, por sus siglas en inglés) recomienda que, adicionalmente, las parteras realicen la visualización del cuello de útero en previsión de infecciones y lesiones, e interpreten la necesidad de derivación y tratamiento (Estado mundial de la partería, 2021). En relación con el parto normal y de riesgo medio se reconoce que las obstétricas son clave para la asistencia de estos eventos obstétricos y con el debido entrenamiento y experiencia no requieren la presencia de profesionales médicos (ICM, 2019). Igualmente, las recomendaciones sobre la participación de diversos perfiles profesionales que ejerzan la práctica obstétrica con la debida capacitación en la interrupción del embarazo, tanto medicamentosa como a través de AMEU, ha sido consistente desde 2015 (OMS, 2015; OMS, 2016; ICM, 2014; Weitz, et.al, 2013; FIGO, 2021). En 2022, la OMS ha reforzado este compromiso con la ampliación de perfiles profesionales para la provisión de aborto seguro, de forma que se permita el acceso temprano, oportuno y de calidad a los servicios y se puedan reforzar prestaciones complementarias como la anticoncepción posevento obstétrico (OMS, 2022: recomendaciones 24, 28, 30, 33).



Recomendaciones internacionales

En suma, **ampliar el acceso a servicios de obstetricia de calidad ha pasado a ser el objetivo central en las acciones mundiales encaminadas a lograr la vigencia del derecho a la mejor atención posible en salud relacionada con la sexualidad y la reproducción. Es responsabilidad de los gobiernos y de los sistemas de salud asegurar las condiciones jurídicas, materiales y sociales para que ello pueda ser una realidad, y es una inversión clave para reducir la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal. Además de salvar vidas y prevenir la discapacidad, los beneficios de los servicios de obstetricia de calidad llegan a toda la sociedad de múltiples maneras, y contribuyen al desarrollo humano y económico del país.**



sección 3



Análisis normativo de incumbencias profesionales

Un poco de historia

El panorama normativo actual de la profesión de obstetricia debe comprenderse a la luz de la historia de este campo y de sus relaciones, tanto con la medicina como con la enfermería (Min Salud, 2019).

Según Cowen (2008) y Vasallo (2016), los intentos por regular el ejercicio de la partería fueron previos al desarrollo de la formación institucional en obstetricia. Desde 1821, con la fundación de la Universidad de Buenos Aires aparece la “Escuela de Parteras” para estandarizar la formación de las matronas empíricas que siempre habían acompañado los nacimientos. En 1852 se inicia la formación específica en obstetricia como una especialidad de la salud. Para el acceso a esta carrera se requería saber leer y escribir, requisito que en esos tiempos excluía por defecto a la mayoría de las personas que ejercían la partería, casi todas mujeres de sectores sociales vulnerables (González, 1990; Cillio, 2004; Vassallo, 2016, citadas en Min. Salud, 2019).

Esta situación comienza a modificarse en 1884 con la sanción de la Ley 1.420 de educación común, gratuita y obligatoria. Por esa misma época se empezó a incorporar mujeres extranjeras que revalidaban su título y enfermeras hospitalarias que ejercían como parteras en la práctica, de forma tal que la planta de personal de obstetricia capacitada fue creciendo, especialmente con la implementación de políticas sanitarias para promover la asistencia del parto por personal capacitado en las

décadas del 20 al 40 del siglo XX (Nari, 2004; Di Liscia, 2005).

Durante la segunda década del siglo XX aumentó la matrícula en la Escuela de Parteras de Buenos Aires, aunque la mayoría de las obstétricas se concentraban en espacios urbanos del Litoral. La preocupación por las altas tasas de mortalidad infantil y por el descenso de la natalidad llevó a promover la presencia de obstétricas para la atención de mujeres en edad fértil, promoviendo el embarazo y el parto saludables (Min. Salud, 2019). Así, comienzan a registrarse iniciativas en distintas jurisdicciones del país, como la provincia de Jujuy, en la cual se creó la Escuela de Parteras y Enfermeros en el Hospital San Roque (1946), dependiente de la Dirección Provincial de Sanidad. La enseñanza era gratuita y se otorgaban los títulos de parteras idóneas que permitían el ejercicio a nivel provincial (Min. Salud, 2019).

Hasta la década de 1960, la legislación permitía el ejercicio liberal de la profesión. La partera ejercía en su consultorio particular y era quien determinaba la necesidad -o no- de intervención médica. Progresivamente, cuando los partos pasan a ser atendidos casi exclusivamente en instituciones, el modelo de atención de este evento obstétrico se transforma convirtiendo a las obstétricas en colaboradoras de la labor médica. Este modelo se cristaliza en la Ley 17.132, sancionada en 1967 y, aunque con algunas variaciones, vigente en la actualidad. Durante la década del 70 y los primeros años de la del 80, en plena dictadura cívico militar, la carrera de formación de grado en obstetricia cerró sus puertas. Reabrió tras el regreso de la democracia, inserta en la formación en Enfermería. Este proceso de paulatina subordinación de la práctica de la obstetricia es resistido de alguna forma por el colectivo profesional desde muy temprano: en 1963 se conforma la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA)⁹ con el propósito de fortalecer la autonomía y el ejercicio de la profesión (González 1990).

Normativa vigente sobre licenciatura en obstetricia

En la actualidad, la regulación del ejercicio profesional en el ámbito de la salud en general es potestad de la autoridad sanitaria de cada jurisdicción provincial. En algunos casos, esta tarea es delegada en Colegios profesionales. Actualmente existen 11 colegios de obstetricia en la Argentina, que se encuentran vinculados a la Federación de Obstétricas de la República Argentina (FORA), de ellos, 9 se encargan de la matriculación y control del ejercicio profesional de la obstetricia en sus jurisdicciones. La situación de la práctica de la obstetricia es variada en la Argentina, tanto en la regulación profesional como en la posibilidad de estudiar, formarse y ejercer la profesión¹⁰.

Actualmente, es mayoritaria la situación de jurisdicciones que tienen regulaciones específicas para esta profesión (14/25); ocho (8/25: CABA, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, La Pampa, San Juan, Santa Fe y San Luis) la regulan dentro de la ley de ejercicio de la medicina; dos (2/25) no tienen regulación para esta profesión (Santa Cruz y la jurisdicción federal) y una (1/25) tiene su situación indeterminada en este momento: Tucumán que crea el Colegio de Obstetricia en 2017, cuya ley tiene veto parcial¹¹.

⁹ Página web de FORA: <http://fora-obstetricas.org/>

¹⁰ Recientemente en 2020, la licenciatura en obstetricia fue incluida dentro del artículo 43 de la Ley N° 24.521 ello implica que su plan de estudio será regulado especialmente por el Estado, así los contenidos curriculares básicos y los criterios sobre intensidad de la formación práctica estarán reglados por el Ministerio de Educación, en acuerdo con el Consejo de Universidades. Esta es una oportunidad para revisar, mejorar y estandarizar la formación de la licenciatura en obstetricia en todo el país.

¹¹ Por lo anterior, la regulación de esta provincia no ha sido considerada en el análisis normativo

Actualmente, las normas que datan de la primera ola y siguen vigentes (cuatro [4]: Entre Ríos 1962, Corrientes 1968, CABA 1967 y Córdoba) y la provincia de Santa Fe (única excepción que reguló las profesiones de la salud desde 1932) tienen importantes diferencias respecto de las regulaciones más recientes. Las regulaciones aprobadas en lo que hemos denominado segunda ola han buscado jerarquizar el rol de esta profesión, reconociendo no solo su importancia para la provisión de cuidados y atención de salud sexual, materna y reproductiva, sino también asegurando la autonomía que el ejercicio de esta profesión debe tener.

Principalmente, las regulaciones recientes muestran avances en relación con el enfoque del ejercicio de la profesión que hoy se basa en la autonomía de las personas que ejercen la obstetricia, dejando de lado la concepción de su rol como “auxiliar” de la medicina¹². Asimismo, las incumbencias profesionales contemplan no solo aspectos clínicos vinculados al parto, sino también al acceso a la salud sexual y reproductiva en términos más amplios. Esto permite a quienes ejercen la obstetricia ser parte de equipos de atención integral interdisciplinarios más amplios y también abordar cuestiones como la violencia de género.

Asimismo, tal como hemos descrito en la sección anterior, las nuevas regulaciones han incorporado en cierta medida los avances en estándares clínicos y las recomendaciones sobre la ampliación de incumbencias generadas desde organismos rectores de las políticas sanitarias globales. Estas recomendaciones han tenido su impacto, además, en la actualización de las regulaciones sobre competencias e incumbencias profesionales de las personas licenciadas en obstetricia.

En el apartado que sigue describiremos la normativa vigente y analizaremos la variación de los estándares entre las provincias. Nos anima la intención de identificar líneas comunes y líneas divergentes en las normativas, que contribuyan a una discusión más informada para una nueva regulación, y garantice estándares comunes que promuevan los derechos de profesionales y de las personas usuarias de servicios de salud en todo el país.

Análisis comparativo en 6 dimensiones

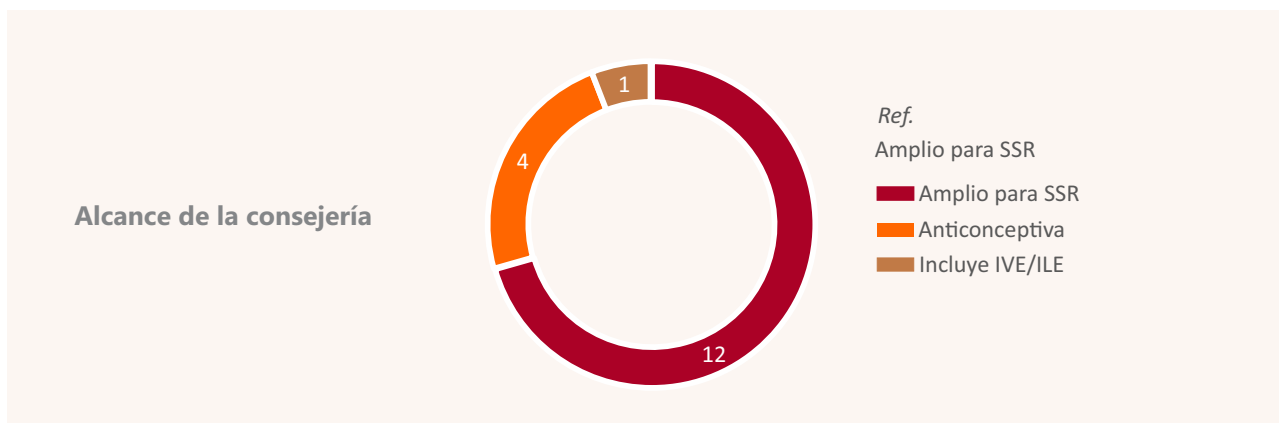
En este apartado describimos analíticamente las regulaciones locales, tanto las específicas para la licenciatura en obstetricia (13/22) como las regulaciones que la contemplan en normas generales del ejercicio de profesiones de la salud (8/22)¹³, para dar un panorama del estado de la normativa y las diferencias entre las distintas jurisdicciones en relación con 6 aspectos centrales de las incumbencias profesionales habilitadas para esta profesión: consejería, parto, medicamentos, anticoncepción, IVE/ILE y objeción de conciencia.

¹² Además de las regulaciones específicas del tabla 1. Las provincias de Río Negro (Decreto 1.328/2016. Reglamentación del Capítulo VI de la Obstetricia en la Ley N°338 de ejercicio de las profesiones de la salud.) y San Luis (Decreto N°5145/2018. Reglamentación art. 34 de la Ley N°5616 de Salud Humana. Ejercicio de las profesiones) han modificado en esta segunda ola las reglas para el ejercicio de esta profesión dentro de normas generales de ejercicio de profesiones de la Salud.

¹³ No se analiza la normativa de la provincia de Tucumán ya que se encuentra vetada parcialmente y las normas pertinentes no tienen vigencia.

1. Consejería en salud sexual y reproductiva

La consejería en salud sexual y reproductiva hace parte de un modelo de atención centrado en las personas usuarias. Tiene como objetivo principal fortalecer la autonomía para la toma de decisiones sobre su salud sexual y su salud reproductiva de manera libre, consciente e informada. Es por ello que la consejería se relaciona estrechamente con la atención, pero también con la promoción y la prevención en salud. En este sentido, el modelo de consejerías en salud sexual y salud reproductiva incorpora un criterio “clínico ampliado”, ya que comprende la intervención en el marco de un proceso centrado en las personas reales, donde el problema de salud es parte de su existencia. Así, la atención de la salud sexual y la salud reproductiva incluye la situación particular de la persona, su contexto y todo aquello que configura su proyecto futuro. (DNSSR, 2021)



Fuente: elaboración propia.

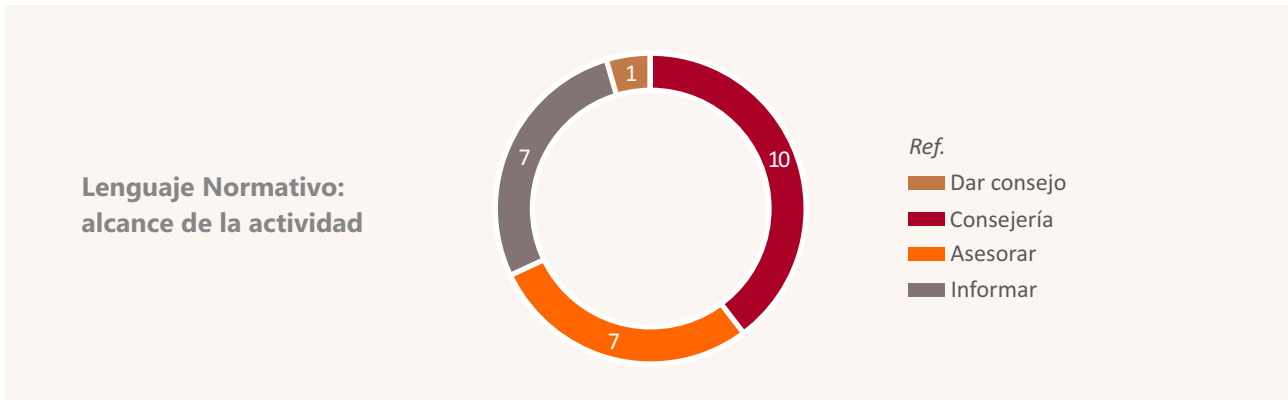
Esta perspectiva de la consejería ha sido incorporada en las normas de ejercicio de la profesión de la obstetricia en la última ola regulatoria. Así, la mayoría de las normas en el país (16/22) habilita específicamente esta incumbencia. Ahora bien, es necesario mencionar algunas distinciones relevantes:

En primer lugar, la consejería aparece mencionada como una de las actividades para las cuales las personas licenciadas en obstetricia son competentes en dieciséis (16/22) regulaciones. La mayoría contempla un espectro amplio para esta práctica (12/16); otras limitan, por ejemplo, a la consejería anticonceptiva (4/16). Solo una (1/16) regulación menciona explícitamente la consejería para IVE/ILE.

En segundo lugar, cinco (5/16) normas mencionan explícitamente la posibilidad de llevar esta tarea no sólo al ámbito sanitario, sino también educativo; adicionalmente, tres (3/16) reconocen expresamente la tarea en relación con la atención de personas menores de edad, y otras tres (3/16) indican que la consejería se debe brindar en “todas las etapas del ciclo vital”.

Análisis normativo de incumbencias profesionales

En tercer lugar, las normas indican quién o quiénes pueden recibir esta consejería: las personas con capacidad de gestar se mencionan en todas las regulaciones, y en algunas (8/16) también se incluye a las parejas y otras personas, por ejemplo “acompañantes” de las primeras. En siete (7/16) normativas se establece optativamente brindar la consejería a la “paciente y/o a su responsable”.



Fuente: elaboración propia.

En cuarto lugar, se destaca el uso de diferente terminología para referirse a esta tarea. Así, diez (10) regulaciones utilizan la palabra “consejería”, siete (7/16) la palabra “asesorar”, siete (7/16) la palabra “informar”, y una (1/16) norma utiliza la fórmula “dar consejo”. Seis (6/16) regulaciones combinan las palabras anteriores. Otras regulaciones sólo mencionan la palabra informar (3/16) vinculada al derecho a la información sobre métodos, riesgos y beneficios, en el marco de las prácticas de salud reproductiva.

Finalmente, algunas regulaciones (5/16) mencionan explícitamente el objetivo de las consejerías: prevenir el embarazo no planificado (4/16), prevenir abortos (4/16), mejorar la calidad de vida de la mujer en todas las etapas del ciclo vital de su salud sexual y reproductiva (4/16), promover el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos (1/16).

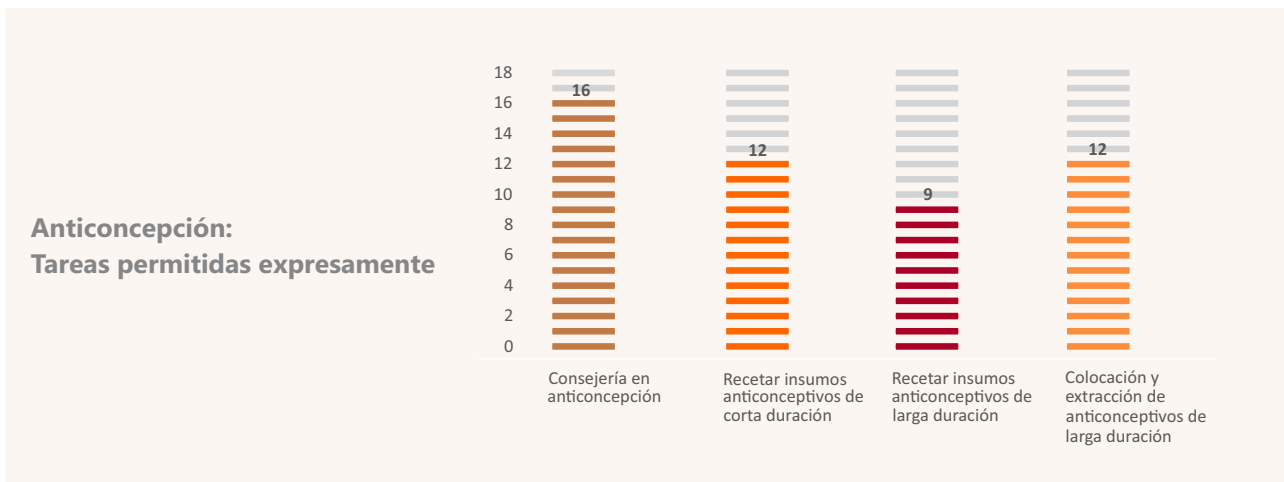
En suma, tomando como referencia las cinco (5) dimensiones analizadas en torno a la consejería, se puede observar que existe una variación importante en cuanto a la inclusión expresa de esta tarea. Estas variaciones se enfocan en el alcance y la perspectiva con la que se define la consejería, ya sea como un servicio en sí mismo, o simplemente como parte del proceso de provisión de información a las personas usuarias de los servicios de salud reproductiva; algunas incluso la restringen únicamente a la información sobre anticoncepción. En este sentido, la mayoría de las jurisdicciones del país todavía mantienen vacíos respecto de la provisión de consejerías (8/16) o establecen una visión restrictiva (5/16) de esta tarea.

2. Anticoncepción

Estas prestaciones han sido reguladas en la Ley N° 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y Ley N° 26.130 de Régimen para las Intervenciones de Contracepción Quirúrgica. En ellas se establece una canasta amplia de insumos y prestaciones para la anticoncepción transitoria y permanente para todo el país.

En relación con estas prácticas las incumbencias varían, habilitando desde la consejería anticonceptiva hasta la colocación y extracción de dispositivos de larga duración, pasando por la prescripción y dispensa de insumos anticonceptivos.

Dieciséis (16/22) normas permiten la consejería anticonceptiva expresamente, doce (12/22) permiten a las personas licenciadas en obstetricia recetar insumos anticonceptivos de corta duración y nueve (9/22) de larga duración. Las palabras utilizadas para esta última competencia son indicar (6/22) y prescribir (6/22). A su vez una (1/22) norma prohíbe la indicación o provisión de insumos anticonceptivos.



Fuente: elaboración propia.

En relación con la colocación y extracción de anticonceptivos de larga duración, doce (12/22) normas la permiten expresamente, nueve (9/22) de ellas mencionan el DIU, SIU (sistema de liberación intrauterino) y los implantes hormonales, dos (2/22) permiten colocación en términos generales y una (1/22) requiere la indicación médica previa para la colocación por parte de una persona licenciada en obstetricia. Siete (7/22) normas requieren expresamente la acreditación de la competencia (formación más experiencia) para la colocación y extracción.

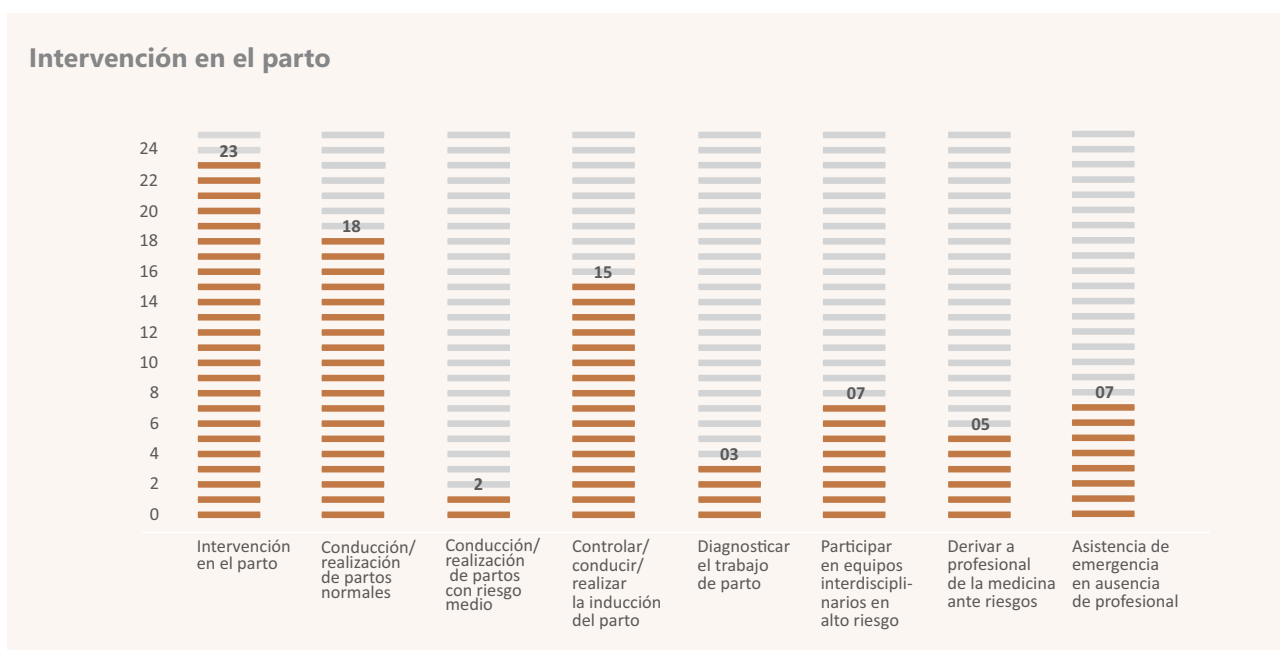
Las normas, en su mayoría refieren a la normativa vigente o en particular a la Ley 25.673 para determinar la canasta de anticonceptivos vigente.

Análisis normativo de incumbencias profesionales

En suma, en la mitad de las jurisdicciones del país (12/25) las personas licenciadas en obstetricia no tienen expresamente habilitada la competencia para la colocación y extracción de métodos de larga duración, por lo que las usuarias que decidan usarlos sólo pueden acceder a esta prestación recurriendo a un profesional de la medicina. Esto genera no solamente consultas innecesarias, sino también la pérdida de oportunidades valiosas como el post-evento obstétrico, cuando este sea conducido por una licenciada en obstetricia sin la presencia de profesionales de la medicina.

3. Participación en el parto

La Ley 25.929 de protección del embarazo y del recién nacido, conocida como de parto respetado, actualizó los estándares de atención y los derechos relacionados con este proceso, tanto para la persona gestante como para la recién nacida. De la misma forma, los estándares clínicos de atención han avanzado hacia un modelo de parto centrado en la familia, como una forma de nombrar la recuperación de un proceso natural y familiar en su entorno de origen, descentrándolo de la intervención médica, clínica y de la tecnología. Asimismo, la introducción del marco de derechos humanos y del enfoque de género para el abordaje del parto y el nacimiento han impulsado cambios en los estándares y las recomendaciones clínicas y de atención, en especial de los partos normales y de bajo riesgo. Es por ello que en las “Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva” (2019), se resalta el rol de las licenciadas en obstetricia (parteras profesionales/capacitadas) y los beneficios de su intervención en todas las etapas pre, durante y post parto y alumbramiento normal o de bajo riesgo, y su participación en equipos que asisten embarazos y partos de riesgo medio y alto (OMS, 2019).



Fuente: elaboración propia.

Todas las regulaciones provinciales reconocen el rol de las licenciadas en obstetricia en este proceso (23). Sin embargo, solo las regulaciones de la segunda ola (a partir de 2010) les reconocen autonomía para llevar adelante algunas tareas vinculadas con este proceso.

En relación con el parto vaginal y de bajo riesgo, dieciocho (18/22) regulaciones reconocen expresamente la posibilidad de participar a las personas licenciadas en obstetricia, y dos (2/22) permiten también intervención autónoma en partos de riesgo medio. De todas las anteriores, cinco (5/22) permiten intervención únicamente siguiendo la indicación médica, y una (1/22) requiere presencia de profesional en medicina. En cuanto a las tareas habilitadas en este proceso, ocho (8/22) regulaciones indican la competencia para “controlar y conducir el trabajo de parto”, siete (7/22) para “realizar la inducción” o “inducir” el parto, tres (3/22) refieren a “diagnosticar el trabajo de parto”, tres (3/22) para “monitorear” y tres (3/22) para “controlar el parto”, quince (15/22) refieren la posibilidad de “realizar el parto”.

En relación con los partos con algún grado de riesgo, siete (7/22) normas permiten la participación en equipos interdisciplinarios de atención, y en cinco (5/22) se indica la derivación inmediata a profesional de medicina. En siete (7/22) normas se permite expresamente realizar asistencia de emergencia en ausencia de profesional de la medicina disponible.

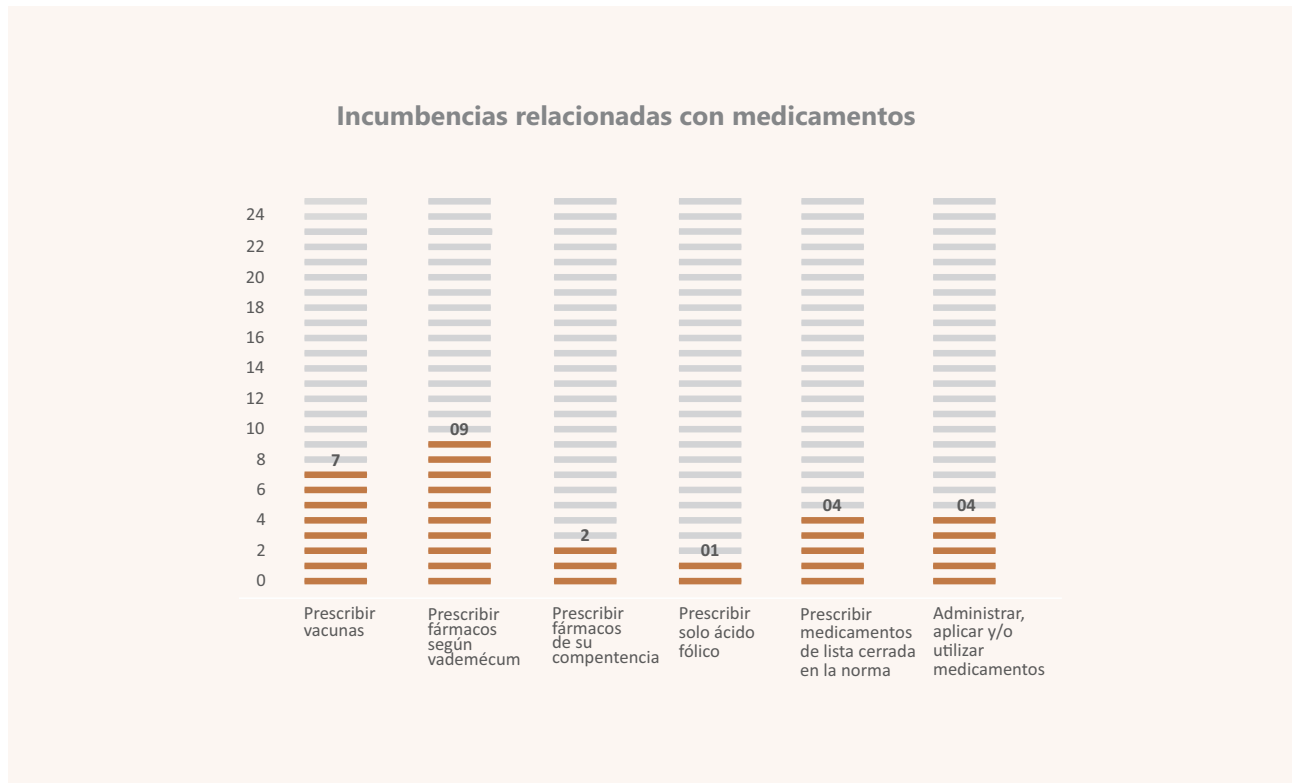
En suma, el análisis de las competencias para la intervención en el parto muestra que la mayoría de las regulaciones reconoce un grado importante de autonomía a estas profesionales, en particular, las regulaciones que se emitieron desde 2010 les permiten conducir, realizar y completar este proceso sin intervención de profesionales de la medicina, cuando se trate de partos de bajo riesgo y participar en la atención de todos los partos como parte de equipos especializados e interdisciplinarios. Las normas anteriores a la segunda ola requieren la participación de profesionales de la medicina e incluso su presencia durante la atención.

4. Medicamentos

La prescripción y dispensa de medicamentos es una actividad fundamental en el trabajo cotidiano de los equipos de salud. Se trata de una actividad controlada y sujeta a habilitación expresa de cada profesión de la salud, de acuerdo con las competencias propias. La OMS define la prescripción como un proceso lógico deductivo, basado en una información global y objetiva acerca del problema y la situación de salud que presenta una persona (OMS, 1999).

En relación con la prescripción y dispensa de medicamentos, diecisiete (17/22) normas contemplan alguna potestad. De estas, siete (7/22) indican la posibilidad de prescribir “vacunas de acuerdo con el calendario nacional vigente”, nueve (9/22) refieren “fármacos según vademécum”, dos (2/22) indican

de forma genérica “fármacos de su competencia”, una (1/22) solo permite prescripción de ácido fólico, y cuatro (4/22) incluyen una lista cerrada en la misma norma.



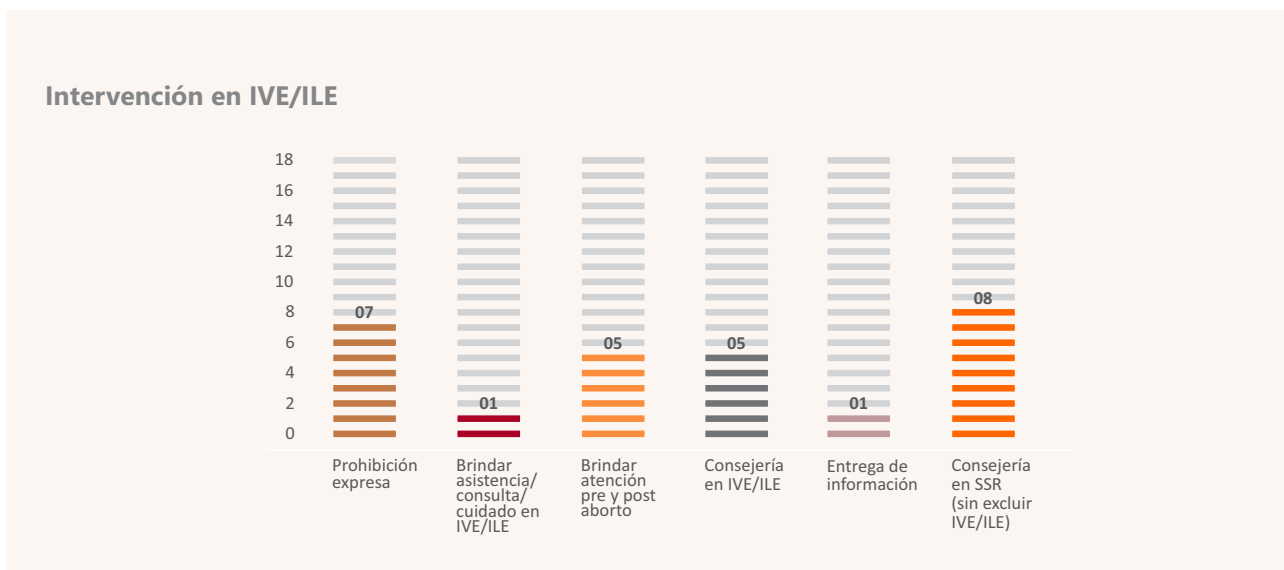
Fuente: elaboración propia.

El vademécum es una herramienta de información al servicio de los equipos de salud que, como tal, colabora en la complejidad de la tarea de prescripción y suministro de medicamentos a las personas usuarias. En cada jurisdicción puede ser regulado de diferente manera; algunas leyes de regulación del ejercicio de profesionales de la salud incluyen el catálogo de medicamentos que tienen autorizado para prescripción, dispensa y colocación; en otras jurisdicciones en cambio, emiten regulaciones administrativas, establecidas por el ministerio de salud provincial o la autoridad de regulación de medicamentos, que establece este catálogo actualizado de medicamentos aprobados para su distribución y uso en esa jurisdicción. En relación con el vademécum de referencia para las personas licenciadas en obstetricia específicamente, cuatro (4/22) normas contienen el vademécum obstétrico como anexo en la misma regulación de incumbencias profesionales, el resto (12/22) refiere al vademécum obstétrico que es aprobado en norma aparte.

En lo concerniente a la dispensa, solo cuatro (4/22) regulaciones indican expresamente esta actividad, utilizando las palabras “administrar”, “aplicar” y/o “utilizar” medicamentos o fármacos en las condiciones antes descritas: estar incluido en el vademécum autorizado para esta profesión, y usarse para un fin relacionado directamente con una incumbencia habilitada.

5. Interrupción voluntaria y legal del embarazo

A partir de la sanción de la Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE/ILE) y la atención post aborto, con la ampliación del régimen de legalidad de estas prácticas, se hace fundamental evaluar la competencia de distintas profesiones de la salud para intervenir de manera directa e indirecta en estas prestaciones, con el fin de garantizar una ampliación de los equipos de atención que logre dar respuesta a la demanda de servicios en los tres subsistemas de salud de todo el país.



Fuente: elaboración propia.

El análisis de la regulación nos ha permitido identificar que siete (7/22) normas contienen prohibiciones expresas en este sentido. Algunas otras incluso extienden la prohibición a prácticas post aborto como “extracción de feto o huevo muerto” (2/22), “realizar intervenciones en la vagina o en el cuello uterino en portadoras de lesiones ginecológicas no embarazadas” (2/22); así mismo prohíben “incidir en el parto de feto no viable” (2/22), “suministrar medicamentos que puedan generar la expulsión del feto” (1/22), “tener instrumental médico, medicamentos que no correspondan estrictamente a los fines de sus actividades auxiliares” (1/22).

Por su parte, solo una (1/22) refiere expresamente la posibilidad de brindar asistencia/consulta/cuidado durante la IVE/ILE y cinco (5/22) en las etapas pre y post aborto.

En relación con la consejería en materia de IVE/ILE, está permitida expresamente en cinco (5/22) normas, de forma general como consejería en salud sexual y reproductiva en ocho (8/22) normas y una (1/22) refiere a la “entrega de información” sobre estas prácticas.

En suma, una proporción importante de las regulaciones no explicita nada sobre esta práctica (11/23) muy probablemente debido a que fueron sancionadas en tiempos previos a la vigencia de la Ley 27.610 en los cuales el acceso al aborto permitido según el Código Penal no era pleno. A su vez, siete normas (7/22) prohíben expresamente la intervención de personas licenciadas en obstetricia. Por ello, resulta fundamental actualizar y armonizar estas incumbencias con los marcos normativos y estándares clínicos actuales, en particular para ajustarse a los mandatos de la Ley 27.610 de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo y la atención post aborto, así como a las recomendaciones de la OMS sobre provisión de aborto seguro (OMS, 2022).

6. Objeción de conciencia individual

La objeción de conciencia de profesionales de la salud surge formalmente como derecho en el mundo en la década del 70, de forma coetánea con dos fenómenos globales relevantes: el establecimiento de la carta de derechos de las/os pacientes que marca el cambio de paradigma del paternalismo médico al del respeto de la autonomía de las personas usuarias de servicios de salud por un lado, y la ampliación del derecho al aborto, principalmente en el norte global por el otro (Ariza Navarrete y Ramón Michel, 2018). Como reacción a estos dos movimientos del ámbito sanitario, se reconoce a profesionales de la salud la posibilidad de resguardar sus íntimas convicciones morales apartándose de la provisión de un servicio, cuando no pueden ser conciliadas con el cumplimiento de los deberes y las obligaciones legales que se exigen a su profesión. Este derecho les permite eximirse de la realización de una práctica que contraría dichas convicciones, pero nunca puede impedir el ejercicio de derechos por parte de otras personas (Ramón Michel y Ariza Navarrete, 2021).

En la Argentina, el reconocimiento de esta objeción a profesionales de la salud surgió en algunas normas de incumbencias profesionales como la enfermería y la nutrición a finales de la que hemos llamado primera ola regulatoria, en la década del 80, aunque de un modo impreciso, ya que las regulaciones fueron muy escuetas y poco desarrolladas. Esta indeterminación contribuyó a malos usos y abusos de distinta índole.

En relación con la regulación del ejercicio de la obstetricia actualmente solo dos regulaciones (2/22), Chaco y Mendoza, contienen expresamente un derecho a “[n]egarse a colaborar con prácticas que devinieran de su título habilitante, y que entren en conflictos con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello resulte un daño por lo cual se debe informar previamente y derivar en forma oportuna” (art.8.c Ley provincial 3.290, Chaco). El resto de las regulaciones (20/22) no establece explícitamente un derecho a este tipo de excepciones para las personas que ejercen la obstetricia.

Ahora bien, la objeción de conciencia apareció en la regulación de ciertas prácticas sanitarias que fueron consideradas disputables, como la anticoncepción y el aborto. Hacia fines de la década de

1990, primero en algunas provincias y luego en el ámbito nacional, surgen las primeras normas de derechos sexuales y reproductivos, muchas de las cuales incorporaron cláusulas de objeción. En esta línea, el decreto que crea el Programa de Salud Sexual y Reproductiva (1998) de las provincias de Mendoza, Chubut (2000) y Santa Fe (2001), y la Ley Nacional 25.673 y su decreto reglamentario que reconoce expresamente la objeción individual al señalar que “[s]e respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa (...) previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad pública institucional como en la privada” (Art 10). Once provincias adhirieron a esta ley nacional, y otras sancionaron sus propias normas que también incluyeron cláusulas de objeción, como Salta (2004) y San Luis (2003).

En todas las normas mencionadas se puede reconocer una regulación escueta que contempla el derecho a la objeción. El límite general para su ejercicio es que no se puede ejercer la objeción si ello causa un daño a otras personas, usuarias de servicios o colegas, al tiempo que se debe ejercer en todos los ámbitos en que se desarrolle la profesión.

Más recientemente, en 2020, por primera vez una norma modela el derecho a la objeción de forma precisa, brinda pautas y herramientas tanto a quienes ejercen esta excepción, como a las instituciones, pacientes y equipos para asegurar un ejercicio adecuado de este derecho. En los artículos 10 y 11 de la Ley 27.610 se regula el derecho a la objeción de conciencia y los principios que deben guiar su ejercicio; de igual forma la Resolución 1535/2021, “Protocolo para la atención integral de personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo”, detalla todo lo relacionado con su ejercicio, así:

- La objeción es siempre individual
- Los servicios de salud deben garantizar el acceso a la IVE/ILE
- Debe estar regida por los principios de buena fe y no obstaculización
- No debe dañar a terceros. Su objetivo es resguardar las íntimas convicciones morales de esa persona, no impedir el ejercicio de derechos por parte de las mujeres, niñas, adolescentes y otras personas gestantes
- Debe manifestarse de manera explícita, con anticipación y para todos los ámbitos en que se ejerza la profesión
- Puede ser invocada respecto a realizar la práctica concreta (intervención directa) del aborto, pero no para las acciones necesarias para garantizar la atención integral, sean previas, concomitantes o posteriores al aborto (por ejemplo: realización de ecografías, toma de tensión arterial, informes médicos o psicológicos, etc.)



Análisis normativo de incumbencias profesionales

- No puede invocarse cuando: se tratare de una situación de emergencia, en caso de que la vida o salud de la persona gestante esté en peligro y requiera atención inmediata e impostergable; no existiera profesional disponible para la realizar la práctica de forma oportuna; se tratare de un caso de atención post aborto

En suma, la mayoría de las regulaciones sobre incumbencias profesionales de la licenciatura en obstetricia no contienen regulaciones sobre la objeción de conciencia (20/22). La regulación de la objeción recientemente se ha establecido en las normas sobre prácticas específicas como la anticoncepción y el aborto. De esta forma se pueden captar las particularidades de la provisión de ciertos servicios y garantizar los derechos de las personas usuarias de dichas prácticas, así como también la continuidad de su provisión.



reflexiones finales

Este documento ha mostrado que la regulación fragmentaria vigente en el país genera una disparidad en el ejercicio de esta profesión, ya que no se reconocen plena ni igualitariamente las competencias de las obstétricas en las diferentes jurisdicciones. Ello resulta especialmente relevante si consideramos el escenario actual en materia de cobertura de servicios de salud sexual, (no) reproductiva y salud materna descrito en las primeras secciones del documento.

Actualmente, las jurisdicciones que cuentan con marcos normativos propios habilitan condiciones y oportunidades para un ejercicio profesional diferente y desigual, impactando en la provisión y la accesibilidad de los servicios. En esa línea, el documento ha mostrado que:

- Existe una variación interprovincial significativa en cuanto a la inclusión expresa de la consejería y sus alcances; a la fecha, la mayoría de las jurisdicciones del país todavía mantiene vacíos en su normativa respecto de esta prestación o una visión restrictiva de la misma.
- En la mitad de las jurisdicciones del país las personas licenciadas en obstetricia no tienen expresamente habilitada la competencia para la colocación y extracción de métodos de larga duración.
- En la atención del parto, observamos una brecha entre la autonomía profesional de quienes se desempeñan en jurisdicciones con normativas emitidas hasta 2009 y desde 2010 en adelante. Algunas jurisdicciones han avanzado en el reconocimiento de la

autonomía profesional y habilitan las condiciones para la realización de un aporte significativo de la obstetricia en la atención de la salud sexual, (no) reproductiva y materna. Otras, en cambio, mantienen un rol auxiliar de la medicina para quienes ejercen la obstetricia, limitando su potencial de aporte a pesar de la evidencia contundente sobre los beneficios de la ampliación de su rol en la atención de la salud.

- Actualmente siete (7) jurisdicciones prohíben expresamente la intervención de profesionales de obstetricia en los cuidados pre y post aborto y en la atención de la IVE/ILE.

Los resultados del análisis comparado de las regulaciones provinciales muestran la necesidad de armonización y unificación de estándares a nivel nacional para la protección equitativa y sin discriminación, tanto de las personas usuarias como de quienes ejercen esta profesión. Un avance hacia un escenario más propicio para el ejercicio profesional de la obstetricia y para mejorar la capacidad de respuesta de los servicios de salud y de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva, podría lograrse a través de una normativa nacional que reconozca estándares adecuados y consistentes con las recomendaciones y la evidencia internacionales, y que incluya cláusulas de actualización adecuadas que garanticen el reconocimiento apropiado del rol y las funciones de esta profesión de la salud, promoviendo mejores condiciones para un acceso igualitario a la atención de la salud sexual, salud (no) reproductiva y salud materna en todo el país.

Con tal horizonte, esperamos que este documento contribuya a informar un debate pendiente en la Argentina, orientado a promulgar un marco regulatorio consistente en todo el país.

referencias

Abalos, E. (2017). Introducción de obstétricas y obstétricos en la atención de la salud sexual reproductiva: delegación de funciones. Colocación, control y retiro de métodos de anticoncepción reversible de larga duración (DIU e implantes subdérmicos). Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva - PBA SSR Subsecretaría de Atención de la Salud de las Personas

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

Ariza Navarrete, S., & Ramón Michel, A. (2018). Una vuelta de tuerca a la objeción de conciencia: Una propuesta regulatoria a partir de las prácticas del aborto legal en Argentina.

Campbell, MM, Prata, N y Potts, M. (2013). The impact of freedom on fertility decline. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*. 39, 44–50

Cillio, A. (2004) Entre colegas. La Plata: Colegio de obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, Distrito I. Módulo I, Capítulo II, “Incumbencias y ejercicio profesional de la obstétrica, una mirada hacia nuestra historia”: 27-71.

Consenso de Montevideo. (2015). Disponible en: https://profesionalesdelasalud.ipasmexico.org/wp-content/uploads/2018/11/Consenso_Montevideo_WEB.pdf

Cowen, M. (2008). El caso Verónica Pascal: Medicina y mala praxis en la Buenos Aires Rivadaviana. V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008, La Plata, Argentina: Memoria Académica. En: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.5971/ev.5971.pdf

Darney BG, Powell B, Andersen K, et al. Quality of care and abortion: beyond safety. doi:10.1136/bmj.srh-2018-200060

Di Liscia, M. (2005). Dentro y fuera del hogar. Mujeres, familias y medicalización en Argentina, 1870-1940. Signos históricos nro. 13. En: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34401305>

Encuesta Nacional Sobre Salud Sexual y Reproductiva. (2013). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ministerio de Salud; Instituto Nacional de Estadística y Censos – INDEC. Documento de Trabajo N° 1: Acceso y uso de métodos anticonceptivos. Mujeres de 14 a 49 años. Buenos Aires. Ministerio de Salud de la Nación, 2013.

Encuesta Sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (2012). Principales resultados 2011-2012. Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; UNICEF Argentina

Faur, E. y Pereyra, F. (2018). Gramáticas del cuidado. Disponible:
https://www.researchgate.net/publication/324942263_Gramaticas_del_cuidado/citations

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

González, A. (1990) "La profesión de obstétrica: género y subordinación", *La producción oculta. Mujer y antropología*; III Congreso Argentino de Antropología Social, Buenos Aires. Editorial Contrapunto.

Guttmacher Institute. (2017). "Necesidad insatisfecha de anticoncepción moderna 2017". Disponible:
<https://www.guttmacher.org/es/infographic/2017/-necesidad-insatisfecha-de-anticoncepcion-moderna-2017>

Homer CS, Friberg IK, Dias MA, Ten Hoop-Bender P, Sandall J, Speciale AM, Bartlett LA. (2014). "The projected effect of scaling up midwifery". *Lancet*. 2014 Sep 20;384(9948):1146-57. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60790-X.

ICM. (2021). Marco profesional de la Partería 2021. Disponible:
https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2021/12/es_professional-framework-2021_v1.0_16.6.21.pdf

Indicadores Básicos de Salud 2018. Dirección de Estadísticas e Información en Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Disponible en:
<http://www.deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2019/02/Indicadores-Basicos-2018.pdf>

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

Jerez. M. (2018) *Inicios y desarrollo de la enfermería en Jujuy (1946-1955)*. Ponencia presentada en las Jornadas La enfermería en Argentina: continuidades y rupturas entre el pasado y el presente de la profesión. 31 de Mayo y 1 de Junio de 2018, Universidad Nacional de José C. Paz.

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

McFadden A, Gupta S, Marshall JL, Shinwell S, Sharma B, McConville F, et al. Systematic review of barriers to, and facilitators of, the provision of high-quality midwifery services in India. *Birth*. 2020;47(4):304–21. doi: 10.1111/birt.12498

Ministerio de Salud (2019). Obstétricas Formación y Ejercicio Estado de situación en Argentina. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/obstetricas._ejercicio_y_formacion_2019.pdf

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

ODS. (2015). Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

OMS. (1999). Modelo OMS de información sobre prescripción de medicamentos. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42004>

OMS. (2016) Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016-2020. World Health Organization. ISBN 978 92 4 151045 5 (NLM classification: WY 108)

OMS. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

OPS. Fortalecimiento del rol de la partería. 2014. Disponible acá

OPS. (2021). "COVID-19 ocasiona impactos "devastadores" en las mujeres, afirma la directora de la OPS". Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2021-covid-19-ocasiona-impactos-devastadores-mujeres-afirma-directora-ops>

OPS. (2022). Key facts in maternal health. Disponible: <https://www.paho.org/en/topics/maternal-health>

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

Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics, and Reproductive Health Supplies Coalition. 2013. "2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice." 18 de diciembre. Disponible en: www.popcouncil.org/pdfs/2013RH_

Ramón Michel, A, Ariza Navarrete, S. (2021). Entre órdenes y relaciones: Autonomía y objeción de conciencia en la atención de la salud. In *Acciones privadas y Constitución: La autonomía personal en la interpretación del artículo 19 de la Constitución Nacional* (pp. 531-572). Rubinzal-Culzoni.

Ramsayer, B., Fleming, V. (2020). Conscience and conscientious objection: The midwife's role in abortion services. *Nursing ethics*, 27(8), 1645-1654.

Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

UNFPA, WHO, ICM. (2014). *The State of the World's Midwifery 2014: a universal pathway. A woman's right to health*. New York: United Nations Population Fund; 2014

UNFPA (2018). Estrategia del Programa de Partería 2018-2030. Disponible en:
https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_estrategia_parteria_B5_web.pdf

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

Vasallo, J. (2016) Reflexiones metodológicas sobre la historia de género a partir de la causa de María Ascención Barrientos, por hechicería. Córdoba del Tucumán, siglo XVIII. Coordinadas. Revista de Historia local y regional; R o Cuarto vol. 2. <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/coordenadas/article/view/10098>

Winner B, Peipert JF, Zhao Q, Buckel C, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. (2012) Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med. 2012 May 24;366(21):1998-2007





Argentina, 2022

