



La violencia de la invisibilización: la política pública de parto respetado desde la perspectiva de mujeres indígenas en Buenos Aires, Argentina

The Violence of Invisibility: Indigenous Women's
Perspectives on Public Policy for Respectful
Maternity Care in Buenos Aires, Argentina

Ana Clara Barandela*



RESUMEN

Este artículo busca reflexionar sobre los significados que adquiere la violencia obstétrica teniendo en cuenta las experiencias de mujeres indígenas en Argentina en su paso por el sistema de salud. Para ello, se analizan intervenciones discursivas que mujeres de distintos pueblos realizaron durante el Primer Foro de Partos Indígenas Respetados, realizado en 2021, en el marco del proceso de implementación en la provincia de Buenos Aires de la Ley Nacional de Parto Respetado (Ley 25.929 de 2004). El objetivo del trabajo es indagar cómo las mujeres resignifican la categoría de violencia obstétrica a partir de sus propias experiencias de parto y desde sus posiciones como referentes políticas de sus respectivas comunidades. La información analizada fue construida desde una perspectiva y metodología etnográfica y puesta en diálogo con aportes de la antropología de la reproducción y de los estudios sobre violencia de género. Los hallazgos principales muestran que estas intervenciones visibilizan formas específicas de discriminación en la atención del embarazo y el parto, y amplían los sentidos atribuidos a la



Recibido: 19-11-2025

Aceptado: 15-3-2026

* Antropóloga social, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina. (FFyL/UBA).

 <https://orcid.org/0009-0009-6421-3164>

 anaclarabarandela@gmail.com

Este trabajo forma parte de mi formación doctoral en Antropología y está realizado en el marco del proyecto de investigación “Pasado y presente. Diálogo entre Arqueología y Antropología Social para abordar nociones de territorio-territorialidad e identidad en contextos de riesgo socioambiental” UBACyT 20020220300214BA, Facultad de Filosofía y Letras-Universidad de Buenos Aires.





ABSTRACT

violencia obstétrica, incorporando dimensiones vinculadas a la diversidad cultural y a concepciones propias sobre cuerpo, salud y reproducción. Este desplazamiento permite dar cuenta del carácter variable, situacional e histórico de la violencia, así como de la relevancia de su nominación en los procesos de formulación de políticas públicas en clave de derechos.

Palabras clave: parto respetado, mujeres indígenas, violencia obstétrica, derechos sexuales y reproductivos.

This article seeks to reflect on the meanings that obstetric violence acquires in light of Indigenous women's experiences in Argentina as they move through the healthcare system. To this end, it analyzes discursive interventions by women from different Indigenous peoples during the First Forum on Respectful Indigenous Birth. The forum was held in 2021, within the framework of the implementation process of the National Law on "Parto Respetado" (Law 25.929 of 2004) in the Province of Buenos Aires. The study aims to examine how women re-signify the category of obstetric violence from their childbirth experiences and their positions as political referents of their respective communities. The information analyzed was produced through an ethnographic perspective and methodology and placed in dialogue with contributions from the anthropology of reproduction and gender-based violence studies. The main findings show that these interventions render visible specific forms of discrimination in pregnancy and childbirth care. The interventions also broaden the meanings attributed to obstetric violence, incorporating dimensions related to cultural diversity and conceptions of body, health, and reproduction. This shift makes it possible to account for the variable, situational, and historical character of violence, as well as for the relevance of naming violence in processes of public policy formulation within a rights-based framework.

Keywords: respectful maternity care, Indigenous women, obstetric violence, sexual and reproductive rights

Introducción

En el siglo XXI, el género y la sexualidad han emergido como espacios privilegiados para la disputa política y la afirmación de derechos humanos en la arena global (Carrara, 2015). Los movimientos de mujeres supieron politizar estas dimensiones, a la vez estructurales e identitarias, señalando las múltiples formas que adquiere la violencia hacia niñas, mujeres y disidencias sexuales. Al hacerlo, impulsaron la inclusión de los "derechos sexuales y reproductivos" en las agendas de organismos multilaterales provocando cambios significativos en las legislaciones nacionales.



Los activismos políticos alrededor del derecho al parto respetado o humanizado –y la violencia obstétrica como contrafigura– integran este proceso cuestionando la manera dominante de gestar, parir y nacer en la actualidad. La patologización e intervención médica excesiva e inconsulta sobre los cuerpos de las personas gestantes, junto con los (mal)tratos de los equipos de salud, son las dos aristas principales de las diversas situaciones que suelen entenderse por violencia obstétrica durante el momento del parto, en tanto punto de encuentro entre la violencia de género y la violencia institucional (Davis, 2018).

Al respecto, en la literatura académica se ha señalado que la escasa participación de las mujeres y sus familias en la toma de decisiones sobre cómo sus hijos/as llegan al mundo es resultado del paso del parto doméstico al parto hospitalario y de la identificación de la biomedicina como única forma legítima de responder a los procesos de salud-enfermedad-atención (Castrillo, 2020). Sin desconocer que la ampliación de los servicios de salud permitió garantizar una mayor supervivencia materno-infantil en el proceso, se fue “(...) pasando del cuidado al control con una participación cada vez mayor de los médicos y una creciente exclusión del grupo familiar” (Schiavoni, 2017, p. 212).

En relación con las comunidades pertenecientes a pueblos originarios, la medicalización de los procesos reproductivos implicó, por un lado, la desautorización de parteras y prácticas de cuidado tradicionales calificándolas de peligrosas y precientíficas, así como la individualización del binomio madre-hijo en detrimento del carácter comunitario y social que acompaña los nacimientos. Por otro lado, la creciente presencia de mujeres originarias en el sistema de salud permite la visibilización de formas de discriminación específicas durante la atención obstétrica y perinatal, cuestión que guía la reflexión desarrollada en este estudio¹. En su trabajo de campo en Estados Unidos, Davis (2018) encuentra que la manera predominante de conceptualizar la violencia obstétrica puede no capturar las particularidades de las experiencias de mujeres racializadas. La autora argumenta que las prenociones de los profesionales sobre los orígenes de las pacientes afectan las decisiones de diagnóstico y tratamiento. Este sesgo no solo constituye un riesgo para la salud y una atención diferencial, sino que también contribuye a la vigencia de mecanismos expulsivos del sistema de salud en general.

1 La presencia de mujeres originarias en el sistema de salud no solo se debe a la ampliación de la cobertura médica, sino también a fenómenos migratorios y a un mayor número de mujeres indígenas profesionales que se desempeñan dentro de las instituciones.



Teniendo esto en cuenta, el análisis de este trabajo se centra en cómo mujeres pertenecientes a diferentes pueblos originarios narran sus historias de parto y problematizan sus recorridos a través de las instituciones de salud, poniendo de relieve sentidos novedosos en torno a la categoría de “violencia obstétrica”. Para este propósito, se adopta una aproximación teórico-metodológica propia de las ciencias antropológicas, en tanto se trata de una disciplina en especial atenta a las construcciones de sentido que los sujetos sociales elaboran en el devenir de su vida cotidiana y a la posibilidad de articular dichas significaciones con procesos socioculturales más amplios (Achilli, 2001). En este marco, el material empírico analizado proviene del Primer Foro de Partos Indígenas Respetados, convocado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en 2021, durante la fase de implementación de la Ley 25.929 sobre el Derecho al Parto Respetado, sancionada originalmente en 2004.

Una de las contribuciones específicas que la antropología puede ofrecer al análisis de la formulación e implementación de políticas públicas radica en atender a los mecanismos de negociación, disputa y significaciones cambiantes que atraviesan dichos procesos, y que se expresan en las prácticas y demandas de actores situados en posiciones diversas y desiguales (Shore, 2010). Considero en particular relevante que haya transcurrido un período prolongado entre la sanción de la ley y las iniciativas recientes de implementación, lo cual permite observar recontextualizaciones en los modos en que el parto respetado fue problematizado como derecho, apropiado de manera colectiva y traducido en demandas concretas. Asimismo, el carácter dinámico del juego democrático habilita momentos de mayor apertura en los que grupos históricamente minorizados y periféricos logran hacerse escuchar. En este trabajo, por lo tanto, busco visibilizar sentidos novedosos en torno a los derechos en el parto y las formas de violencia que no habían sido formulados –o no habían encontrado condiciones de posibilidad para ser formulados– en el momento original de la sanción de la ley.

En este contexto, mi participación en el encuentro constituye un momento privilegiado dentro del trabajo de campo más amplio que realizo para mi investigación doctoral en antropología, centrada en las formas de atención a la salud sexual y reproductiva de pacientes originarias dentro del sistema de salud de la provincia de Chaco, al norte de Argentina. Las intervenciones desarrolladas en el Foro mencionado expresan de manera especialmente clara el proceso de politización de las demandas en torno a la salud reproductiva pensada en clave de derechos. Las principales oradoras fueron mujeres integrantes de comunidades de la provincia de Buenos Aires pertenecientes a los pueblos-nación Mapuce, Guaraní,



Kolla-Quechua y Qom, con trayectorias de liderazgo político y participación en la defensa de derechos comunitarios.

Si bien el encuentro se centró en la implementación de una política pública en Buenos Aires, las conceptualizaciones elaboradas allí dialogan con discusiones presentes en otras provincias. Esta conexión resulta fundamental, en especial si consideramos que se trata de poblaciones con trayectorias de migración que mantienen vínculos con sus comunidades de origen y participan de circuitos políticos activos que atraviesan distintos territorios. Además, el hecho de que el Foro se haya celebrado en la provincia de Buenos Aires –un distrito con un peso político y administrativo significativo en la agenda sanitaria nacional– contribuye a que las problematizaciones y demandas allí formuladas adquieran una visibilidad particular y reverberen en debates más amplios sobre derechos reproductivos y atención intercultural.

La presentación de la información está organizada de la siguiente manera. En primer lugar, recorro los aspectos centrales de la [Ley de Parto Respetado \(25.929/2004\)](#) a escala nacional y, de seguido, su proceso de implementación en la provincia de Buenos Aires. Para este último punto, tomo como referencia la Guía de Implementación elaborada por el Ministerio de Salud provincial. Se trata de un documento que plantea la necesidad de segmentar a la población destinataria según ciertas características que denotarían rasgos de vulnerabilidad o mayor fragilidad frente a las instituciones de salud. A partir de esa orientación, la Guía impulsó la realización de una serie de foros destinados a que diversos colectivos de mujeres pudieran expresar qué prácticas consideran inaceptables en la atención perinatal –es decir, qué entienden como formas de violencia– y, en contrapartida, cuáles son las características que debería asumir el derecho a un parto respetado o libre de violencias.

En segundo lugar, analizo en particular el foro relacionado con mujeres indígenas, titulado Primer Foro de Partos Indígenas Respetados. Allí, las intervenciones de las mujeres supieron articular experiencias personales y demandas colectivas de un modo que resultó en especial audible en el escenario político del momento, atravesado por la centralidad de las discusiones de género en la agenda pública. En este sentido, las participantes reelaboraron esos lenguajes y marcos interpretativos para posicionarse como sujetas conocedoras e intérpretes polémicas de su propia realidad, en el sentido propuesto por Graciela Batallán y Fernando [García \(2022\)](#), ejercitando así una agencia activa en la definición de los problemas públicos que las afectan.



Por último, se presenta una breve reflexión a modo de conclusión. En esta, argumento que las participaciones de las mujeres no solo visibilizaron formas específicas de discriminación, sino que también ampliaron los sentidos atribuidos a la categoría de violencia obstétrica al inscribirla en tramas históricas y locales de racismo y desigualdad. A su vez, las significaciones movilizadas permiten advertir la imbricación entre la naturalización de violencias dirigidas en concreto hacia las mujeres y el silenciamiento persistente de las historias y experiencias de los pueblos indígenas. Esta perspectiva permite esbozar una reflexión más amplia sobre el carácter variable, situacional e histórico de la violencia, y sobre la relevancia que adquiere su nominación en los procesos de formulación e implementación de políticas públicas en clave de derechos.

Derecho al Parto Respetado: de la Ley Nacional a la implementación en la provincia de Buenos Aires

Con la contribución activa de organizaciones civiles, Argentina se convirtió, a principios del nuevo milenio, en el primer país de la región en propulsar marcos normativos para modificar las relaciones de poder dentro de las salas de parto. La [Ley 25.929](#) sobre los Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida sancionada en [2004](#) y reglamentada en 2015 (conocida como Ley de Parto Respetado) está orientada a garantizar el protagonismo de las personas gestantes y sus familias durante el embarazo, parto y puerperio. Entre sus disposiciones se establece el derecho a un trato digno, respetuoso de los tiempos biológicos, psicológicos y pautas culturales, a favorecer la libertad de movimiento durante el parto, al estar acompañada por una persona de confianza en todo momento, así como al acceso a la información para la toma de decisiones y evitar prácticas invasivas sin justificativo médico ([Ley 25.929/2004](#)). Anexada a la normativa se encuentra la Carta de Derechos de la Mujer Embarazada Indígena en la que se reitera el derecho al respeto de las costumbres y pautas culturales, pero sin explicitación del procedimiento a seguir para que los hospitales se adecúen a las necesidades y deseos de las personas gestantes y sus acompañantes.

Desde su promulgación, diecisiete provincias adhirieron a la Ley 25.929 en un lapso de más de diez años (entre 2004 y 2016) y otras seis elaboraron sus normativas



propias en la misma línea². El proceso de emisión de las normas fue trabajoso y continúa siendo un desafío el paso de la enunciación a su efectiva implementación en relación con la población en general, y a las mujeres originarias en particular. Las abogadas [Ramón Michel y Allori \(2017\)](#) afirman que parte de esta dificultad puede deberse a que la ley no establece quiénes son los obligados a garantizar la serie de derechos que se establecen (no menciona “médicos”, “obstetras”, “profesionales de la salud”) ni quedan clarificados los mecanismos de rendición de cuentas para responsabilizar a los actores por sus prácticas. Más allá de estas particularidades, es importante recordar que cambiar formas instituidas de comportamiento es una tarea que excede a una normativa legal, en especial cuando involucra relaciones de desigualdad estructurales como el género y la pertenencia étnica. En este marco, se vuelve imprescindible el trabajo sostenido con organizaciones sociales en espacios políticos de discusión, así como con diversos actores capaces de articular estas demandas en los ámbitos sanitarios, administrativos y hospitalarios.

Dieciséis años después de su sanción, la provincia de Buenos Aires adhirió a la [Ley Nacional 25.929](#) a través de la Ley Provincial 15.188 de septiembre de 2020. Aunque el contexto social estuvo atravesado por la pandemia de covid-19, la coyuntura política provincial mantuvo un compromiso, considerablemente mayor en comparación de otros períodos, con la inclusión del enfoque de género en el armado de políticas públicas. Así, en la tarea de acogida y reelaboración local de la normativa participaron diversas carteras de gobierno, organizaciones sociales, profesionales de la salud y mujeres que compartieron de forma pública algunas de las problemáticas vivenciadas a la hora del parto en los diversos escenarios sociales que componen la realidad bonaerense.

En mayo de 2021, el Ministerio de Salud publicó la Guía de Implementación del Parto Respetado en la Provincia de Buenos Aires. Esta constituyó un punto de partida para la discusión de los modelos de atención del nacimiento a través del ciclo de foros “Camino al Parto Respetado”, que se extendieron entre 2021 y 2022, culminando con la presentación del proyecto Plan Estratégico Provincial de Parto Respetado. Los foros fueron transmitidos en vivo a través de la plataforma de YouTube y tuvieron por propósito manifiesto “erradicar la violencia obstétrica”, con lo cual se generaron espacios de reflexión sobre cómo operacionalizar la

2 Las provincias de Tucumán (Ley 7.447/2004), Neuquén (Ley 2.499/2005), Santa Fe (Ley 12.443/2005), San Juan (Ley 7.839/2007), Mendoza (Ley 8.130/2009) y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Ley 1.040/2003) cuentan con sus legislaciones específicas sobre derechos de personas gestantes. Las provincias de Río Negro y San Luis contaban con legislaciones previas sobre la materia que fueron derogadas para adherir a la normativa nacional. Formosa continúa siendo la única jurisdicción sin normativa relativa al tema.



legislación en las distintas zonas sanitarias provinciales y en relación con segmentos particulares de la ciudadanía.

En la introducción de la Guía se presentan algunos datos estadísticos del sistema público de salud para el año 2019. Estos evidenciarían que la tendencia a la sobreintervención médica también está presente en las salas de parto de la provincia de Buenos Aires³. Entre ellos se menciona que a un 52,2% de las personas gestantes en trabajos de partos espontáneos se les practicó episiotomías, aunque no es una intervención quirúrgica recomendada en esos escenarios; que casi el 44% de las parturientas no estuvieron acompañadas durante sus partos y que al menos un 25,6% de las cesáreas realizadas no estuvieron motivadas por riesgos clínicos. Seguidamente, incluye una sección, fundamentada desde una perspectiva interseccional, que menciona poblaciones específicas sobre las cuales se requiere un abordaje especializado, entre las que se encuentran las personas gestantes pertenecientes a pueblos originarios⁴. El apartado que hace referencia a estas fue redactado por el Programa Provincial de Salud y Pueblos Indígenas, el cual es liderado por primera vez por una mujer originaria. Allí se empieza a explicitar qué significa el respeto al proceso de parto de las personas gestantes indígenas y qué tipo de demandas son objetivadas en relación con el derecho a gestar sin violencia. Uno de los ejes principales que se desprende de la argumentación es la baja receptividad del sistema de salud a las formas diversas de gestar, de cuidar y de ser-en-el-mundo (Merleu-Ponty, 1985). Así, si bien en la Guía se plantea con claridad un reconocimiento “(...) de los avances científicos occidentales en pos de la salud, [estos] en sus prácticas resultan invasivos y poco permeables al diálogo diverso entre medicinas de otros Pueblos-Naciones indígenas” (Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2021, p. 25).

Asimismo, es importante recordar que las demandas relacionadas al respeto de pautas identitarias están enmarcadas en un andamiaje jurídico de mayor jerarquía, dado que tanto la Constitución Nacional como los tratados internacionales con rango constitucional establecen obligaciones específicas en materia de derechos de los pueblos indígenas. Mediante el inciso 17 del artículo 75 de la Constitución

3 La sobreintervención médica refiere a procedimientos realizados de manera rutinaria, aun cuando no son necesarios para el buen desarrollo del embarazo y/o del parto, con la finalidad de acelerar el nacimiento. Según la tipificación legal de la violencia obstétrica en Argentina, constituyen un “(...) abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales” (Ley Nacional 26.485, artículo 6, inciso e).

4 Junto con las personas pertenecientes a pueblos originarios, la Guía de Implementación puntualiza sobre personas adolescentes, personas con discapacidades, personas gestantes en contextos de encierro, situaciones de muerte perinatal y personas gestantes o recién nacidas en situación de alto riesgo como casos particulares en donde las violencias durante el proceso de parto adquieren características especiales.



Nacional de 1994, el Estado argentino reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas, garantizando el respeto a sus identidades, sus prácticas culturales y sus instituciones. En esta misma línea, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo –aprobado por la Argentina y, por lo tanto, de cumplimiento obligatorio– dispone que los pueblos deben ser consultados de manera previa, libre e informada ante cualquier medida susceptible de afectarles. Asimismo, establece que los servicios de salud deben trabajar en conjunto con las comunidades para garantizar el acceso irrestricto a la atención, adecuándose a sus concepciones, métodos de prevención y prácticas curativas, y reconociendo la legitimidad y vigencia de sus propios sistemas de cuidado⁵.

Además, acorde al último Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas Particulares, en la provincia de Buenos Aires vive el 28,5% del total de la población que se reconoce indígena o descendiente de pueblos originarios (INDEC, 2024), siendo este el distrito con mayor cantidad de población originaria en términos absolutos. Además de aquellos que habitan el territorio desde antes de la consolidación del Estado-nación, Buenos Aires concentra una amplia diversidad de pueblos debido a continuos procesos de migración interna (Weiss, Engelman y Valverde, 2013). Así, en varias localidades exceden a la población criolla y existen numerosos centros de salud que por su ubicación atienden predominantemente a personas pertenecientes a pueblos indígenas. En este sentido, discutir sobre cómo las mujeres originarias transitan y son tratadas por las instituciones no resulta un tema menor o de bajo impacto a la hora de proponer dispositivos inclusivos en el área de la salud.

El punto que resulta de interés destacar de la Guía es el uso explícito de la interseccionalidad, porque permite observar cómo el enfoque de derechos opera aquí como una tecnología de clasificación estatal, capaz de producir y ordenar a sus poblaciones destinatarias. La interseccionalidad aparece menos como una categoría analítica y más como un dispositivo que orienta hacia qué sujetos son reconocidos como en especial vulnerables y, por lo tanto, como prioritarios. Si bien es una herramienta trabajada por teóricas feministas desde las ciencias sociales, la interseccionalidad muestra hoy cierta capilaridad para explicar cómo se relacionan y expresan diferentes formas de opresión en la vida de las personas. Estas aproximaciones entienden que las dinámicas asimétricas de las relaciones de género

5 El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes fue promulgada por primera vez en 1989 (OIT-ONU), aprobado por Argentina en el año 1992 mediante la Ley 24.071, por lo cual forma parte del ordenamiento jurídico nacional de acuerdo con el artículo 31 de la Constitución Nacional Argentina.



tienen puntos de encuentro y semejanza con otras asimetrías relacionadas con la producción de diferencias que se vuelven desigualdades. De esta manera, el género no podría ser visto como un ámbito encapsulado en sí mismo, sino que se articula con otras dimensiones recortadas por relaciones de poder (tales como la clase, la etnia, la edad, la nacionalidad u otra dimensión significativa para determinado grupo en ciertas situaciones sociales), lo cual genera la gran variabilidad de escenarios en que se configura el género y la feminidad (Debert y Gregory, 2008). De esta manera, en la construcción de políticas públicas la interseccionalidad aparece cada vez más como una técnica para identificar poblaciones específicas de mujeres, niños/as, disidencias –entre muchos otros colectivos posibles– más vulnerables a sufrir determinadas formas de violencia o en las que ciertas problemáticas se expresarían con mayor severidad.

En esta línea, para reflexionar sobre la potencialidad de la interseccionalidad en el armado de políticas públicas, retomo algunas precisiones teóricas formuladas por Varela, Lowenkron y Trebisacce Marchand (2024). A partir de la propuesta de Sérgio Carrara (2015) sobre la configuración del nuevo régimen de sexualidad, las autoras destacan que ciertas categorías sociales –como violencia, vulnerabilidad y consentimiento– han alcanzado una amplia difusión global durante los últimos años principalmente porque se mostraron fructíferas para hacer visible la desigualdad social basada en el género. La violencia, el consentimiento y la vulnerabilidad se han consolidado como núcleos de sentido, modelando indicadores de gubernamentalidad en el área de los derechos sexuales y reproductivos desde un enfoque de derechos humanos, al tiempo que los sujetos se sirven de ellas para interpretar y dar sentido a la propia experiencia vivida. Así, es en la circulación y constante resignificación de estas categorías que se define qué prácticas se consideran violentas e inaceptables y qué poblaciones son percibidas como más vulnerables a padecerlas. Es importante destacar entonces que, lejos de constituir un conjunto de prácticas predefinidas, desde esta mirada se entiende que la violencia se construye y negocia en contextos sociales e históricos específicos, por lo que su definición y alcance tienen un carácter dinámico.

Avanzando en el planteo de las autoras, en la actualidad la categoría de violencia delimita aquellas prácticas que se consideran inaceptables, reservando esta clasificación, sobre todo, para lo “no consentido”. En otras palabras, los comportamientos prescriptos pueden pensarse como aquellos consentidos, mientras que los proscriptos se asocian a lo no consentido. La dupla violencia-consentimiento emerge así como una modalidad importante de regulación jurídica y social de las relaciones entre sujetos en la contemporaneidad.



Sin embargo, para las poblaciones consideradas vulnerables, esta distinción no resulta tan clara. Debido a sus posiciones desiguales en la estructura social, estas poblaciones enfrentan mayores dificultades para afirmar su voluntad de consentir y, en consecuencia, un riesgo más alto de ver sus derechos afectados atropellados. Por ejemplo, el consentimiento que pueda prestar una persona en una situación subordinada, como un/a menor de edad o una persona que no domina el idioma en el cual se le brinda información o puede ser puesto en duda. Así, dentro de los discursos que promueven la humanización de los partos, los procedimientos médicos estandarizados –como el suministro de sedantes, aceleradores de contracciones y dilatantes, tactos vaginales reiterados, episiotomías, reducción de movimientos durante el trabajo de parto, entre otros– son resignificados como prácticas violentas siempre y cuando no hayan sido explicados en forma debida, informados y consentidos.

Con base en este mapa semántico, es interés de este trabajo indagar en cómo mujeres indígenas se apropian estas significaciones y brindan nuevos contornos a la categoría “violencia obstétrica” desde las posiciones del entramado social, a partir de las cuales buscan atención médica institucionalizada. Cabe resaltar que, por lo menos durante la última década, existe dentro de las comunidades una perspectiva de género más marcada debido al involucramiento de referentes indígenas mujeres tanto en cargos públicos como en la vida política de sus pueblos ([Morey, Scaglia y Petz, 2021](#)). Desde estos espacios, han visibilizado el rol de las mujeres en los mecanismos de reproducción social y económica de las comunidades, a la vez que denunciado la articulación de violencias y su encarnación en los cuerpos de las mujeres y niñas.

En el apartado siguiente se analizarán algunas de las intervenciones que se brindaron en el Primer Foro de Partos Indígenas Respetados, el cual se presentó el 27 de septiembre de 2021 en la Escuela de Gobierno en Salud Floreal Ferrara de la ciudad de La Plata, perteneciente al Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. El encuentro fue moderado por el Programa Provincial de Salud y Pueblos Indígenas, desde donde se invitó a mujeres en representación de sus comunidades para que dialogaran con trabajadoras de distintos organismos pertenecientes al Ministerio de Salud⁶.

6 Además de las mujeres disertantes, participaron del Foro trabajadoras de la Subsecretaría Provincial de Salud Comunitaria, de la Dirección Provincial Equidad de Género, de la Dirección de Organización Comunitaria, del Área de Interculturalidad y Salud de la Escuela de Gobierno Floreal Ferrara y del Instituto de Ciencias Antropológicas de la Universidad de Buenos Aires.



Primer Foro de Partos Indígenas Respetados

Me parece que este sistema que nos han implantado de modelo de la salud, hay veces que le cuesta entender que nosotras tenemos otra forma de parir a nuestros hijos, que tenemos otra forma de vivir. Eso también viene porque somos mujer, somos originarias y somos pobres (Juana 27-09-21).

A través de los intercambios de experiencias, las mujeres pusieron en palabras cuáles son las problemáticas principales que las personas originarias encuentran durante la atención perinatal. De esta manera, fueron construyendo de modo narrativo sus vivencias y comprensiones en torno a un conjunto de situaciones calificadas como intolerables, que pueden vincularse con la categoría de violencia obstétrica, ampliando así su alcance y significado. De forma predominante, la discriminación, dentro de las instituciones y la imposibilidad de llevar adelante prácticas de cuidados tradicionales, aparecieron nominadas como formas específicas de violencia, a la vez que como una manifestación más de la opresión histórica atravesada por las poblaciones originarias.

Como se ha señalado, la intersección de dimensiones sociales fue identificada rápidamente para dar explicación al trato recibido en los servicios de salud. A medida que las participantes iban tomando la palabra, la tradición cultural, la clase social, la ruralidad, el género, la edad o el color de piel emergieron como productoras de diferencia social y causantes de discriminación institucional. La subestimación de los conocimientos y redes de apoyo comunitarios, ser retadas porque el nacimiento ocurrió en la casa y no en un hospital (pasando por alto que las ambulancias se demoran o no ingresan hasta ciertas zonas) o bajo sospecha de preparar medicinas caseras desconocidas para los profesionales fueron algunas de las situaciones recordadas. Lejos de tratarse de eventos aislados, responden a una modalidad específica de relación social con la corporación médica y de discriminación objetivada de manera contundente por las participantes. En el relato de Mercedes se pueden ver conjugados varios de estos elementos:

Me tocó tener a mi segundo hijo en la quinta. Cuando llamé al remis a las 7 de la mañana ya no quiso entrar, lo tuve ahí en la quinta. Cuando voy al hospital me dice el médico cómo lo vas a tener en la casa, te podés enfermar, le puede pasar esto y lo otro. Me agarró un miedo... después digo, pero bueno con mucho respeto le digo pero las que me partearon a mí son hermanas originarias de Bolivia y yo soy originaria. De qué me viene a hablar usted de que yo me voy a morir. Quería que vaya a traer la placenta de mi hijo y se la lleve al hospital. Yo me reí, vaya usted



le digo. (...) Cuando le entro a comentar que la placenta tiene tal color y cuánto dedos lo cortarse del ombligo... le cuento todo y me dice “sabés qué, ustedes son mejores parteros que nosotros” (Mercedes 27-09-21).

Por otro lado, el cuestionamiento acerca de la cantidad de hijos que las mujeres deciden tener también fue interpelado como práctica discriminatoria y despectiva:

Ya vemos la discriminación con la que nos miran, con la discriminación nosotras vamos a decir “mirá estoy embarazada” y ahí ya empieza la discriminación. Te dice “ay, pero vas a tener otro hijo ¿por qué no te cuidás?” Ahí empezamos a ver la discriminación de todos lados a partir de ese momento (Verónica 27-09-21).

No tiene por qué decir nosotros cuántos hijos vamos a tener porque no son quienes para decidir qué es lo que queremos y hacia dónde vamos. Lo hemos padecido cuando se dieron las tierras en abasto esa discriminación. (...) A veces los médicos te dicen “bueno, tantos hijos vas a tener, tenés que cuidarte”. Entendemos que estamos en un país muy dependiente, crisis económicas que nos afecta a todos, pero eso no quiere decir que decidan sobre nosotras. Si bien hay muchos métodos para cuidarse y todo eso, pero no quiero que mi generación se termine acá (Juana 27-09-21).

La forma en que las mujeres nominan la violencia en los servicios de ginecología está relacionada con la propia historia de lucha de las comunidades indígenas en el país y en la región. Si bien puede ocurrir (y es frecuente que ocurra) que un médico ginecólogo cuestione la cantidad de embarazos que una mujer atraviesa, en este caso la interpretación queda vinculada al exterminio de un grupo social determinado –y no, por ejemplo, a problemas asociados a las mujeres multíparas, como la disminución de la densidad ósea o el adelgazamiento de la capa muscular del útero, ni a discriminaciones por motivos económicos u otras razones–. La memoria social desde la cual se llenan los vacíos del discurso del otro y se da sentido al vínculo con la salud pública tiene que ver con la experiencia de una estatalidad, construida no solo de manera autoritaria en relación con saberes originarios, sino que en efecto ha perpetrado prácticas etnocidas y expoliadoras de tierras y recursos indígenas.

En esta línea, también aparece una comparación entre los términos “cuerpo” y “territorio”, que se ha empleado en diferentes movilizaciones y protestas sociales latinoamericanas, pero en esta oportunidad para repudiar las intervenciones médicas “no consentidas”⁷. Como expresa Laura, el derecho a estar informadas para poder

7 Por ejemplo, las consignas: “Ni la tierra ni las mujeres somos territorio de conquista” o “Ni los cuerpos ni las mujeres son territorio de conquista” han circulado en manifestaciones de movimientos indígenas,



decidir sobre las prácticas médicas que tengan por objeto los cuerpos de las madres o de sus hijos (contemplado en la [Ley 25.929](#)) se equipara al principio legal de la Consulta Libre, Previa e Informada (CLPI), que promueve la participación de las comunidades en las decisiones sobre proyectos que afectan sus territorios:

Buscamos vivir gestaciones y partos sin violencias, con pleno reconocimiento de nuestros derechos a parir desde las creencias como parte esencial de los pueblos naciones indígenas. *Aquí resulta importantísima la práctica de la consulta libre, previa e informada* como práctica de garantía al acceso a la información en cada aspecto que transforme, mejore, altere la calidad de vida de cada mujer en gestación para poder decidir qué camino seguir de acuerdo a nuestras prácticas de partos indígenas ancestrales (Laura 27-09-21).

La invisibilización como forma de violencia

Uno de los consensos a los que han llegado los movimientos feministas es que las violencias practicadas contra las mujeres ocurren de forma cotidiana porque las condiciones de posibilidad para que esta emerja se construyen de manera continua e inadvertida. Uno de los mecanismos, por no decir el más relevante, por el cual la posición subordinada de las mujeres se asienta en el sentido común, es a través de su naturalización en el lenguaje. Profundizando en esta idea, la filósofa María Luisa [Femenías \(2008\)](#) llama la atención sobre la potencia del lenguaje para “construir mundo”, para imponer cierto orden en la realidad y habilitar así el accionar sobre ella. Los ordenamientos de sentido que se van construyendo para inteligibilizar distintos dominios sociales pueden contener un fuerte componente androcéntrico, detectable cuando en el lenguaje se “(...) invisibiliza, obvia, evita un conjunto de temas, situaciones, puntos de vista, problemas, cuestiones, etc., propios de la condición de las mujeres” (2008, p. 36).

En el área de la salud, el discurso biomédico se ha posicionado como el discurso dominante para dar sentido y conducir la reproducción humana, representándola como un proceso fisiológico, aunque abordado como si se tratara de uno patológico, que transcurre de igual manera en cualquier cuerpo, tiempo y lugar. Diferentes autoras ([Blázquez, 2005](#); [Schiavoni, 2017](#)) han señalado que este modelo tiene como consecuencia, entre muchas otras, el descentramiento del nacimiento de los diversos contextos sociales y culturales que le dan significado diverso, a la

feministas o ambientalistas de la región latinoamericana que luchan contra la colonización, el extractivismo indiscriminado y la violencia de género.



vez que deslegitima el conocimiento de las mujeres sobre sus propios cuerpos y ciclos vitales.

Siguiendo a [Femenías \(2008\)](#), la violencia simbólica opera cuando un orden de sentido particular se presenta como único e incuestionable y que además se funda en las creencias de una sociedad dada. Las hierbas medicinales, los usos ceremoniales de la placenta, las técnicas de manto, los diferentes rituales alrededor del parto o la presencia de comadronas se invisibilizan en los servicios de obstetricia al caracterizarlos como prácticas del pasado, peligrosas, inaceptables en el plano ético y erróneas desde el punto de vista científico, aun cuando no pretendan sustituir la atención hospitalaria, sino solo acompañarla. La violencia simbólica detrás de la construcción del modelo hegemónico del nacimiento ([Castrillo, 2020](#)) resuelve su eficacia normalizando las formas de gestar y parir por medio de la actuación – consciente o no– de los profesionales de la salud que despliegan aquellas prácticas discriminatorias denunciadas por las mujeres, invisibilizando así la existencia y permanencia actual de formas diversas de parir, nacer y cuidar.

Sumado a estas consideraciones, la invisibilización como forma de violencia fue conceptualizada de manera dominante en el Foro con respecto a que ‘hay cuerpos más visibles que otros en el sistema de salud’. Con esta afirmación se buscó poner de relieve que los padecimientos, dolores, consultas o inquietudes son subestimables, menos importantes o aplazables cuando provienen de mujeres originarias. Esta forma de discriminación redundante en una atención sanitaria de peor calidad, en complicaciones médicas prevenibles y en una mayor liviandad para la circulación de comentarios despectivos. Con base en este panorama, la visibilización y puesta en palabras de estas formas de violencia fueron entendidas por las participantes como esencial para que los derechos de las mujeres empiecen a adquirir otros relieves y a construirse de manera pluricultural.

La nominación de la violencia contra mujeres originarias dentro de dispositivos legislativos es una parte significativa de la lucha por el reconocimiento de derechos. Si bien la edición de normativas nuevas no mantiene necesariamente una aplicación lineal con la realidad, siguiendo las contribuciones de Rita [Segato \(2016\)](#), en torno al papel de la ley, podemos pensar que su inscripción dentro del campo jurídico otorga legitimidad a las formas de sufrimiento humano allí enunciadas. En sus reflexiones con respecto a la violencia contra las mujeres, la autora argumenta que la posibilidad de recurrir a la lengua legal respalda la existencia de los intereses, las demandas y los puntos de vista de sujetos colectivos, tanto frente al Estado como en las relaciones cotidianas interpersonales, permitiendo que se haga



un uso estratégico de la ley en sus vidas cotidianas (Segato, 2016). Visibilizar en términos de “violencia” cómo las instituciones se vinculan con las mujeres originarias e inscribirla en la narrativa oficial, ya sea provincial o nacional, no sería en este sentido una cuestión menor. Teniendo en cuenta el escaso reconocimiento público y societal sobre la historia de las poblaciones originarias en Argentina, y el racismo latente que continua vigente en el imaginario sobre estas, participar de un encuentro que valide y condene alguna de esas experiencias vividas en términos de “violencia” representa –en palabras de una participante– “un día histórico para las mujeres y disidencias indígenas”.

Somos más que una entrega de placenta: consideraciones finales

El significado de la violencia y sus formas de expresión cambiantes son constituidas históricamente y dependen del poder de voz de aquellos que participan del juego democrático (Debert y Gregory, 2008). En este trabajo se abordó una coyuntura específica, atravesada por la presencia de los movimientos de mujeres en la escena pública e inclinada a la escucha del padecimiento en clave de abusos y violencias, en el que mujeres en representación de sus pueblos plasmaron en la letra de una política pública formas de discriminación de larga data y no fácilmente perceptibles para las instituciones estatales. Sin embargo, en la actualidad el escenario político se ha modificado: se observa una nueva ofensiva contra los derechos sexuales y reproductivos vinculada con una tercera ola neoconservadora, lo que –como advierte Morán (2023) para la región Latinoamericana– podría limitar la audibilidad de experiencias como las aquí presentadas.

Vimos cómo la invisibilización de las mujeres originarias fue nominada como una modalidad específica de violencia experimentada en los servicios de salud, vinculada con la forma de relación histórica entre el Estado y las poblaciones indígenas. Sostuvimos que estas puntualizaciones amplían los significados que distintos sujetos colectivos asignan a la violencia obstétrica, contribuyendo a politizar los resultados dispares de la atención médica esperada y recibida durante el embarazo y el parto. Asimismo, los argumentos movilizados por las participantes del Foro, junto con el empleo de una perspectiva interseccional, les permitieron complejizar la problemática y posicionar sus demandas en un lenguaje capaz de interpelar la construcción de la agenda pública en general, y de los derechos sexuales y reproductivos en particular.

Para concluir este trabajo, me parecía importante destacar una de las conclusiones a la que arribaron las participantes del Foro: la posibilidad de existencia de los



Partos Indígenas Respetados no se resuelve solo con la incorporación de prácticas culturales puntuales, como la entrega de la placenta a las familias que la solicitan (y que además cuentan con suficiente capital social y conocimiento legal para ser escuchadas). Visibilizar la existencia de concepciones clasistas y racistas en una parte significativa de la población, y en el personal de salud en particular, como un componente fundamental de las relaciones interétnicas históricas y actuales, es el punto de partida –y condición necesaria– para articular saberes diferentes en busca de una atención eficaz y respetuosa en todas las especialidades médicas.

La inflexibilidad de los protocolos obstétricos fue señalada como un ejemplo más de las trayectorias que las personas originarias deben recorrer en las instituciones públicas, en las que siempre se espera que sean ellas quienes se adapten, a pesar de los múltiples programas que promueven el respeto, el diálogo y la interculturalidad. En este sentido, recordar la alterización simbólica y material en la que muchas veces se ha querido posicionar a los pueblos originarios –como pertenecientes al pasado, o como grupos sociales al margen del mercado y de la sociedad nacional– permite volver a identificar la violencia como un fenómeno que atañe al orden político-social, y no solo como un hecho puntual que afecta a identidades particulares.

Referencias

- Achilli, E. (2001). *Investigar en antropología social. Los desafíos de transmitir un oficio*. Laborde.
- Batallán, G., & García, J. F. (2022). Antropología y participación. Contribución al debate metodológico. *Publicar en Antropología y Ciencias Sociales*, 1(1), 79-93. <https://publicar.cgantropologia.org.ar/index.php/revista/article/view/393>
- Blázquez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62304208>
- Carrara, S. (2015). Moralidades, racionalidades e políticas sexuais no Brasil contemporâneo. *Mana*, 21(2), 323-345. <https://doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p323>
- Castrillo, B. (2020). Parir como la institución médica manda. Análisis sociológico del modelo hegemónico de atención obstétrica. *Argumentos*, 22, 309-329. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109854>
- Davis, D. A. (2018). Obstetric racism: The racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Medical Anthropology*, 38(7), 560–573. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1549389>



- Debert, G. G., & Gregory, M. F. (2008). Violência e gênero. Novas propostas, velhos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 23(66), 165-211. <https://doi.org/10.1590/S0102-69092008000100011>
- Femenías, M. L. (2008). Violencia contra las mujeres: Urdimbres que marcan la trama. En M. L. Femenías & E. R. Aponte Sánchez (Eds.), *Articulaciones sobre la violencia* (pp. 13-53). Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (2024). *Población indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. Resultados definitivos*. INDEC. https://censo.gob.ar/wp-content/uploads/2024/03/censo2022_poblacion_indigena.pdf
- Ley 15.188 (2020). Ley de Parto Humanizado. Adhiere a Ley 25.929. Poder Legislativo de la Provincia de Buenos Aires. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/37140.pdf>
- Ley 26.485. (2009). Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
- Ley 8.130. (2009). Derechos de la mujer en relación al embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto. Poder Legislativo de la Provincia de Mendoza. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/15449.pdf>
- Ley 7.839 (2007). Derechos de la mujer durante la gestación, el parto y el posparto – Derechos de los recién nacidos internados en la provincia – Derechos de los padres de los recién nacidos. Poder Legislativo de la Provincia de San Juan. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/11017.pdf>
- Ley 12.443 (2005). Reconocimiento del derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto, en el momento del nacimiento y de elegir libremente a la persona. Poder Legislativo de la Provincia de Santa Fe. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/9563.pdf>
- Ley 2.499. (2005). Reconocimiento del derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto, en el momento del nacimiento. Poder Legislativo de la Provincia de Neuquén. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/9173.pdf>
- Ley 7.447. (2004). Institución del parto humanizado como un derecho de la mujer. Poder Legislativo de la Provincia de Tucumán. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/10700.pdf>
- Ley 25.929. (2004). Derechos de los Padres y de la Persona Recién Nacida. *Boletín Oficial de la República Argentina*. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
- Ley 1.040 (2003). Reconocimiento del derecho de la mujer a estar acompañada durante el trabajo de parto, en el momento del nacimiento y en la internación. Poder Legislativo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://e-legis-ar.msal.gov.ar/hdocs/legisalud/migration/pdf/10133.pdf>
- Ley 24.071 (1992). Apruébase el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. *Boletín Oficial de la*



- República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24071-470/texto>
- Merleau-Ponty, M. (1985). *Fenomenología de la percepción*. Planeta-Agostini. (Trabajo original publicado en 1945).
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). *Guía de implementación del parto respetado en la Provincia de Buenos Aires en el marco de la Ley Nacional 25.929*. <https://ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/gestor/uploads/guiapartorespetado.pdf>
- Morán, J. M. (2023). La tercera ola neoconservadora en Latinoamérica: Ofensivas contra los derechos sexuales y reproductivos. *Revista Iztapalapa*, 44(95), 349-376. <https://doi.org/10.28928/ri/952023/aot9/moranfaundesj>
- Morey, M. E., Scaglia, M. C., & Petz, I. (2021). Etnicidades y mujeres en diálogo. En I. Petz, M. C. Scaglia, & G. Hindi (Eds.), *Antropología económica*. Editorial FFyL-UBA.
- Ramón Michel, A., & Allori, A. (2017). El parto respetado como asunto de derechos: El mapa jurídico en la Argentina. *Mora*, 23, 197-204. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/mora/article/view/5226>
- Schiavoni, L. (2017). Para la llegada de un bebé... ¿Qué tenemos y qué nos falta? *Mora*, 23, 211-216. <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/mora/article/view/5212>
- Segato, R. (2016). Territorio, soberanía y crímenes de segundo Estado. En *La guerra contra las mujeres*. Prometeo.
- Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: Reflexiones sobre la “formulación” de las políticas. *Antípoda*, 10, 21-49. <https://doi.org/10.7440/antipoda10.2010.03>
- Varela, C. I., Lowenkron, L., & Trebisacce Marchand, C. (2024). Régimen contemporáneo de la sexualidad: Violencia, consentimiento y vulnerabilidad. *RUNA*, 45(2), 5-18. <https://doi.org/10.34096/runa.v45i2.14932>
- Weiss, L., Engelman, J., & Valverde, S. (2013). Pueblos indígenas urbanos en Argentina: Un estado de la cuestión. *Revista Pilquen*, 16, 1-14. <http://hdl.handle.net/11336/104012>

