

XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2023.

Efectos subjetivos de la violencia obstétrica. Aportes desde el conocimiento situado: los partos de mujeres de comunidades originarias de la Provincia de Tucumán.

Argañaraz, Maria Milagros y Garcia Ferrero, Beatriz.

Cita:

Argañaraz, Maria Milagros y Garcia Ferrero, Beatriz (2023). *Efectos subjetivos de la violencia obstétrica. Aportes desde el conocimiento situado: los partos de mujeres de comunidades originarias de la Provincia de Tucumán. XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-009/142>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ebes/0sG>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

EFFECTOS SUBJETIVOS DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA. APORTES DESDE EL CONOCIMIENTO SITUADO: LOS PARTOS DE MUJERES DE COMUNIDADES ORIGINARIAS DE LA PROVINCIA DE TUCUMÁN

Argañaraz, Maria Milagros; Garcia Ferrero, Beatriz

CONICET - Universidad Nacional de Tucumán. Facultad de Psicología. Tucumán, Argentina.

RESUMEN

En el presente escrito buscamos reflexionar críticamente en torno a los efectos en las subjetividades que tienen las experiencias de embarazo, parto y puerperio en mujeres y personas gestantes. Entendemos que estos aspectos involucran derechos sexuales y reproductivos cuya accesibilidad suele verse dificultada como producto de una desigualdad estructural que afecta fundamentalmente a sectores populares, comunidades indígenas, niñas, adolescentes y jóvenes y diversidades sexuales. Es decir, que el acceso - o no - a los derechos sexuales y reproductivos se encuentran atravesados por condicionantes de género, pertenencia étnica, clase social y edad. Nuestra propuesta constituye un abordaje teórico y metodológico desde la perspectiva de la interseccionalidad que apuesta a la identificación de las múltiples tramas intervinientes que impactan en el acceso pleno a derechos.

Palabras clave

Derechos sexuales - Violencia obstetrica - Partos - Mujeres

ABSTRACT

SUBJECTIVE EFFECTS OF OBSTETRIC VIOLENCE. CONTRIBUTIONS FROM SITUATED KNOWLEDGE: DELIVERY OF WOMEN FROM ORIGINAL COMMUNITIES OF THE PROVINCE OF TUCUMÁN

In this paper we seek to critically reflect on the effects on the subjectivities that the experiences of pregnancy, childbirth and the puerperium have on women and pregnant people. We understand that these aspects involve sexual and reproductive rights whose accessibility is often hindered as a result of a structural inequality that fundamentally affects popular sectors, indigenous communities, girls, adolescents and young people, and sexual diversities. That is to say, that the access - or not - to sexual and reproductive rights are crossed by conditions of gender, ethnicity, social class and age. Our proposal constitutes a theoretical and methodological approach from the perspective of intersectionality that bets on the identification of the multiple intervening plots that impact full access to rights.

Keywords

Sexual rights - Obstetrical violence - Childbirth - Women

Introducción

El desarrollo incesante de la medicina moderna y su constante tecnologización impregnan con potencia las prácticas y los entramados discursivos concernientes a la atención y los cuidados de la vida sexual y reproductiva de las mujeres y personas con capacidad gestante. La desmedida medicalización y la patologización del parto y el nacimiento determinan mecanismos de colonización de los cuerpos que eluden el reconocimiento de la dimensión subjetiva y la potencia de la historia y la genealogía y legado de los saberes comunitarios. Por lo tanto, en este escrito nos proponemos poner en debate algunos supuestos que atraviesan la temática, lo cual implica tensionar la reflexión de las prácticas y los saberes en clave interseccional, política y de derechos humanos.

El trabajo está organizado en dos secciones: en primer lugar, desarrollaremos algunas teorizaciones fundamentales para entender la construcción de la categoría violencia obstétrica y sus efectos en la salud mental; y, en segundo término, realizaremos un aporte empírico sobre el (no) acceso a derechos en salud sexual y reproductiva de mujeres de comunidades indígenas de la región de los Valles Calchaquíes de la provincia de Tucumán, ubicada al norte de Argentina. Esto último, constituye el recorte de una investigación más amplia que, en esta ocasión, utilizaremos a modo de graficar situaciones de violencia obstétrica. La región mencionada no cuenta con un servicio público especializado en partos y nacimientos, por lo que, las mujeres deben trasladarse a otras localidades al momento de parto, es decir, paren fuera de sus comunidades. Nuestra investigación se basa en conocer y analizar los efectos subjetivos y comunitarios que esto tiene para las mujeres, por lo que, en esta ocasión recuperamos algunos testimonios al respecto, que fueron tomados en entrevistas en profundidad como parte del trabajo de investigación mayor.

Marco conceptual

Nuestro marco conceptual de referencia son los desarrollos de la psicología social-comunitaria (PSC) que nos ayudan a comprender los procesos subjetivos en dialéctica permanente con los procesos sociales, culturales, políticos, históricos y económicos (Montero, 2001; Zaldúa, Sopransi y Veloso, 2005; Racedo, 2009). Apelamos también a los estudios de género que plantean que las relaciones genéricas son estructuras jerárquicas de poder, donde lo que queda valorizado es lo masculino por sobre lo femenino y otras identidades de género o cuerpos feminizados (Scott, 1986).

Por último, utilizamos las herramientas de la perspectiva interseccional (Zambrini, 2015), que nos permite atender a las múltiples formas de desigualdad y opresión que atraviesan a los cuerpos-territorios femeninos (Gago, 2021; García Gualda, 2020). Se trata de una perspectiva teórica, pero también metodológica, que busca dar cuenta de las imbricaciones del poder de género, clase social y pertenencia étnica (Viveros Vigoya, 2016).

Desarrollo

Aportes conceptuales en torno a la violencia obstétrica

Desde mediados del siglo XIX y alcanzando una absoluta hegemonía durante el siglo XX, tanto en América como en Europa, el aparato sanitario se apropió de la experiencia del parto contando con la legitimación de los Estados y los profesionales encargados con todo el aval del prestigio social. La corporación médica afianzó su poder y las instituciones sanitarias se convirtieron en los espacios privilegiados en los que se regula la experiencia del parto, proceso dirigido por profesionales de la salud -en su gran mayoría hombres- que en un ideal de asepsia y certezas científicas impulsa el corrimiento del protagonismo del territorio hogar-comunidad al centro de salud.

Estos procesos profundizaron la exclusión de saberes y prácticas tradicionales que por ser considerados primitivos resultaron subordinados a un ideal de narrativa única que se cristalizó, en un movimiento simultáneo de dominación y subordinación, en una categoría de normalidad que dictamina qué resulta esperable y el hacer y el saber de la experiencia humana. La entronización de la institución médica convirtió a la experiencia del parto y el nacimiento en un territorio de dominio y disputa cultural y política, donde los procesos fisiológicos y patológicos adquieren rotundo protagonismo en detrimento de los enfoques subjetivos. Los cuerpos de las mujeres quedan destinados a un sitio de subalternidad, fragmentado y aislado del saber y el ser en comunidad. Una lectura crítica de los procesos de colonización de los cuerpos de mujeres e identidades feminizadas como devenires socio históricos implica, además, incluir una reflexión sobre la trayectoria de estos territorios como sitios de dominación, exclusión y violencia. La modernidad colonial desde una perspectiva antropocéntrica y androcéntrica produjo políticas de avasallamiento sobre legados ancestrales que en forma de

cuidados paternalistas aún tienen plena potencia. Así, el campo disciplinar de la medicina se apodera de la centralidad, deslegitimando saberes comunitarios en un ejercicio de poder que reproduce lógicas de dominación violentas y que encubre modalidades de disciplinamiento.

El ingreso al sistema sanitario implica situaciones de violencia física, verbal y simbólica que constituyen parte de un engranaje más amplio de dominación y regulación de cuerpos y deseos. El parto concebido desde la dimensión del riesgo posible no ha hecho otra cosa que aumentar las intervenciones provocando una patologización e infantilización del momento, hecho que resulta causante de efectos de separación (mujer-saber, mujer-comunidad, mujer-deseo, mujer-historia) con las concomitantes inscripciones violentas en la trayectoria genealógica de las mujeres e identidades feminizadas. La mirada sobre los cuerpos normativiza las prácticas provocando sentimientos de soledad, angustia y fragilidad con implicancias subjetivas.

La violencia obstétrica es violencia de género

Podemos identificar a la violencia obstétrica como una de las modalidades de la violencia de género, allí donde se reproducen dispositivos de control sobre los cuerpos, los deseos, las historias y las condiciones de vida de las mujeres y personas gestantes ubicadas en un rol pasivo, paciente y de sujeción a un poder dominante. Constituye una de las formas más comunes, naturalizada e invisibilizada y que encuentra sustento y condición de posibilidad en el entrecruzamiento de dos líneas de ejercicio de poder asimétrico: género y médico-paciente, ambas relaciones legitimadas socialmente.

Desde hace más de una década nuestro país cuenta con un marco regulatorio consistente. La Ley N° 26.485 de *Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres*, define a la violencia obstétrica como “aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales...”. Asimismo, la Ley N° 25.929 de *Parto Humanizado y Respetado* promueve y defiende los derechos tanto de la persona gestante como del recién nacido/a en la asistencia y cuidados en el período perinatal promoviendo una perspectiva de respeto y cuidado.

No obstante, la violencia obstétrica se manifiesta de manera frecuente y hasta enmascarada a través de tratos humillantes, prácticas invasivas, falta de información, exceso de medicalización, patologización innecesaria, abuso de cesáreas, impedimento para tomar decisiones, impedimento de acompañantes de significación afectiva, etc.

Casi todo lo que sucede con los partos ocurre en territorio médico, secuenciando estándares de enfermedad que no distinguen los procesos normales de los que sí acontecen con complicaciones. Tal rutinización articula con la representación social de que todo parto conlleva un riesgo y debe tratarse en

consecuencia, dejando al cuerpo en una configuración de pasividad y subalternidad.

Hablamos de violencia obstétrica como expresión de la violencia de género porque nos enfrentamos a una estructura jerárquica y patriarcal que se apropia de los saberes e incluso de la posibilidad de interpelar esas decisiones. Violencia que se ve amortiguada por caminos de comunicación y conocimiento que construyen categorías que resultan la condición de posibilidad para su ejercicio y que pueden, incluso, interpretarse como cuidadosas aunque en rigor reproducen perspectivas de dominación. Se internalizan las normas del sistema hegemónico quedando atrapadas en una trama de violencia y subsumidas bajo la supremacía del paradigma que ostenta el poder. Con la naturalización del abuso de prácticas intervencionistas sin mediar justificación alguna (tactos invasivos, episiotomía indiscriminada sobre todo en primíparas, colocación de vías por protocolo, posición litotómica, etc) las experiencias traumáticas con vivencias de vulnerabilidad e irrespeto corren por las salas del hospital y abundan en la memoria. El parto concebido como un acontecimiento riesgoso se erige como heredero histórico de las marcas de dominación y violencia comprometidas en sustraer la voz del deseo del cuerpo de las mujeres.

Violencia obstétrica y salud mental

El parto significa un acontecimiento de profunda carga subjetiva e histórica, por lo que resulta fundamental insistir en enfoques de cuidado a los cuerpos como territorios singulares y a las implicancias de los trazos psíquicos y sus consecuencias en la salud mental de la comunidad. Reconocer a la violencia obstétrica como una de las modalidades de la violencia de género nos permite identificar la perspectiva de la desigualdad en clave de interseccionalidad, lo que facilita la comprensión del modo en el que diferentes categorías (etnia, clase social, franja etaria, discapacidad, etc) atraviesan la vida en comunidad, ubicando a sus integrantes en lugares de menor o mayor posibilidades de acceso a derechos.

El parto, la sexualidad de las mujeres e identidades feminizadas, la maternidad, la crianza y las concepciones de familia son constructos sociales y culturales de fuerte raigambre patriarcal que atraviesan profundas estructuras ideológicas, sociales, económicas y políticas. La escena del parto cristaliza varias esferas de la vida de la persona gestante. La dimensión física juega un rol fundamental pero no es la única. Allí confluyen roles, historias, tradiciones familiares y comunitarias, reedición de miedos y mitos, representaciones sociales, imaginarios culturales, emociones y deseos. Lo que allí sucede queda tallado en el cuerpo y en la vida psíquica y será significado a lo largo de la construcción del relato. Asimismo, las vivencias del parto constituyen una matriz de relación social, incidiendo en los primeros acercamientos, en la lactancia o condicionando el vínculo.

La intensidad de la experiencia, la presencia de sistemas de apoyo más o menos efectivos, la disponibilidad de recursos

emocionales, así como la posibilidad de identificación de las dimensiones afectadas signará sin dudas el devenir de la historia y el grado de impacto en el entramado subjetivo.

Aportes empíricos: las mujeres de las comunidades indígenas de los Valles Calchaquíes de la provincia de Tucumán y la violencia obstétrica durante el parto.

Los Valles Calchaquíes tucumanos se encuentran ubicados en el departamento de Tafí del Valle (cuya superficie es de 2.740 km²) a 126 km de San Miguel de Tucumán, capital de la provincia, hacia el oeste y a 214 msnm. Se trata de comunidades indígenas pertenecientes a la Unión de Pueblos Diaguitas-Calchaquíes, auto proclamadas como pueblos originarios, según los datos aportados y publicados por el Censo Nacional del año 2010, el 1,3% de la población de la provincia de Tucumán se reconoce indígena. Se trata de 19.317 personas sobre un total de 1.448.188 habitantes. El 72,2% (13.956 personas) se auto reconoció pertenecer al pueblo Diaguita-Calchaquí (INDEC, 2015). El Valle Calchaquí es diverso y heterogéneo y lejos está de ser una región unificada (Racedo y otros, 2008). Cada comunidad tiene su propio cacique y forma de organización interna, como así también sus instituciones estatales (escuelas, servicios de salud, comisarías, centros recreativos, espacios culturales, etc) lo cual da cuenta de un entramado dinámico y complejo, donde se ponen en juego diferentes dimensiones políticas, de poder y de resistencias.

El departamento de Tafí del Valle cuenta con un hospital de alta complejidad, el Dr. Elías Medici, que atiende al Valle Calchaquí Tucumano. Si bien las mujeres realizan sus controles de embarazo allí o bien en los Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS), al entrar en trabajo de parto o ante cualquier emergencia obstétrica, son derivadas a otras localidades, debido a que dicha institución carece de infraestructura, insumos, e incluso recurso humano adecuado para atender partos, cesáreas y atención neonatológica. En este contexto, cuando una mujer está próxima a parir es derivada en ambulancia hacia hospitales de otras localidades (Arenas y Atalavia, 2017), aproximadamente a tres horas de viaje por un camino de cornisa. Allí son atendidas por un equipo de profesionales que desconocen, que no era el que venía haciendo el seguimiento. Sumado a esto, son trasladadas sin acompañantes, quienes eventualmente llegarán con posterioridad al centro de salud de derivación. Además, y dependiendo de las características del caso, quedan internadas allí o deberán regresar inmediatamente a sus casas si la urgencia fue resuelta.

Al respecto, una de las referentes entrevistadas manifestó: "El acceso a la salud está determinado por las distancias, por la disponibilidad de médicos, por la disponibilidad de recursos. Son barreras con las que nos topamos como mujeres indígenas. Simbólicamente somos consideradas mujeres no de primera. Y esa es nuestra lucha porque muchas veces por las otras compañeras feministas urbanas tampoco somos consideradas mujeres

de primera, es decir no se detienen a observar nuestras problemáticas específicas”.

La peripecia que deben asumir las mujeres a punto de parir conlleva, por un lado, gastos económicos, es decir las familias deben disponer del dinero para traslado y/o estadía, y, por otro, implica una reorganización familiar en los casos de mujeres que tienen otros hijos/as y deben dejar al cuidado de otras personas (familiares, vecinos/as). Por lo que, observamos que parir fuera del territorio implica una serie de obstáculos que podrían ser traducidos como barreras de acceso a la salud en clave de derechos.

Ninguna de las mujeres entrevistadas manifestó haber solicitado o haber deseado parir en hospitales ajenos al de su región. Esto es, no medió una elección autónoma, por lo que muchos de los sentimientos expresados se vinculan con “temor”, “miedo”, “desolación”, “incertidumbre”, “soledad”. Acompañado de sentimientos como “que sea lo que sea”, “me entregué porque no podía hacer nada”, “estaba muy dolorida y solo quería que pase”, “no me acuerdo mucho, solo quería que mi bebé esté bien”, “estaba cansada de las mismas preguntas una y otra vez”, “lo único que quería era volver a mi casa”.

Una de las entrevistadas manifestó:

“Me daba la sensación que los médicos de allá se enojaban porque una viene de otro lugar, como si fuera mi culpa, yo tampoco quiero ir hasta allá, pero no nos queda otra.”

Entre las mujeres entrevistadas prevalece la sensación de lo ajeno: no conocen el centro de salud, los profesionales y en algunos casos ni la localidad a la que fueron trasladadas. Esta sensación de *ajenidad* (Canevari 2011) es el opuesto a la posibilidad de parir en su comunidad, con sus redes socioafectivas y de cuidado, con su entorno conocido y a estar acompañadas por personas que hayan elegido. Esto las coloca en una posición de sumisión frente a lo que acontece, en tanto son despojadas del saber que tienen sobre su territorio, sobre su comunidad y sobre su cuerpo. Son los otros, instituciones y profesionales de la salud, los que van tomando las decisiones sobre su proceso de parto, los que detentan el poder-saber sobre su cuerpo. Poder sostenido en estructuras patriarcales, coloniales y capitalistas (García Gualda, 2020). De esta manera se van generando prácticas en donde se imponen las lógicas de las instituciones por sobre las necesidades y demandas de quien consulta (Zaldúa, 2000). Se produce un corrimiento del saber que tiene el sujeto sobre su cuerpo al saber del profesional de salud. Se trata de una perspectiva que jerarquiza los conocimientos biológicos en detrimento de lo que implica todo el espectro de lo social, subjetivo y lo cultural, característica que impregna lo que conocemos como el Modelo Médico Hegemónico (Mines Cuenya, 2017). Este modelo tiene características de ser asistencial, individual y basado en la patología (Menéndez, 1998). En esta relación asimétrica y desigual, el sistema de salud no logra reconocer el origen étnico, ni las relaciones de clase ni la problemática de género (Canevari, 2019) es decir, no logra incorporar los condi-

cionamientos sociales para pensar los procesos de salud, y, de embarazo y parto de las mujeres que asiste. En este sentido, las mujeres se transforman en casos anónimos para la institución de salud que las recibe, y que des-subjetiviza y patologiza el evento obstétrico (parto).

Una de las entrevistadas cuenta que “bajar” a la ciudad tiene muchas complicaciones: “tuve que ir sola, después fue mi mamá”, “la ambulancia con las curvas y las contracciones es tremendo”, “es horrible porque duele”.

Al respecto otra de las entrevistadas manifestó:

“Con mi cuarto hijo yo me aguanté hasta el final para evitar la derivación al hospital de la ciudad, recién cuando sentía que estaba saliendo la cabecita fui al hospital, pero fue muy doloroso... aunque prefería eso y que me atiendan de urgencia las obstetras aquí a tener que bajar a la ciudad como con mi primer hijo”.

Así, los cuerpos femeninos, cuerpos-territorios son el lugar donde se inscribe y se instituyen prácticas de dominación (Federici, 2010). En la misma línea, García Gualda sostiene que los cuerpos femeninos han sido históricamente constituidos como lugares aptos para la escritura que permite delinear los territorios, sobre todo a través de su sexualidad y de su capacidad de reproducción. Es decir, no es casual que recaigan sobre estas mujeres embarazadas y en proceso de parto una serie de dispositivos de opresión y destitución, ya que el sistema patriarcal y colonial inscribe en ellas un mensaje de enajenación sobre su propio cuerpo, su propio saber ancestral y su propia sexualidad (Berlenga Bayón, 2015).

El derecho a la salud de las mujeres seguirá siendo vulnerado mientras se sostenga que sus cuerpos deban ser normalizados desde afuera y mientras no se reconozcan las necesidades específicas que tienen las mujeres indígenas desde una mirada interseccional.

Al respecto, una de las entrevistadas expresó:

“Una mujer indígena da por hecho que para parir tienen que ir a la ciudad, para abortar imagínate cuántas dificultades más tenemos. No hacen ligaduras tubáricas tampoco en este hospital. Nosotras tenemos nuestras ginecólogas confiables para acceder a interrupciones legales del embarazo, pero no es todo tan oficial ni a viva voz”.

Otra entrevistada agregó:

“La atención de salud también es colonizante, la mayoría de los profesionales son de la ciudad y no hay una recuperación de la medicina ancestral, a pesar de que en los últimos años esto viene transformándose aún tenemos muchas falencias y barreras en las modalidades de atención.”

La ausencia de un servicio público especializado en obstetricia y neonatología conlleva a la vulneración del derecho a la salud en general, específicamente a la salud sexual y reproductiva en particular, para las mujeres indígenas del Valle Calchaquí (Argañaraz, 2023). Esto las coloca como ciudadanas de segunda categoría (Ciriza, 2007) reforzando así las discriminaciones y opresiones que sufren en su condición de mujer y de mujer indígena

Conclusiones

La violencia de género constituye una práctica estructural violatoria de los derechos humanos y las libertades individuales básicas que encuentra referencias explícitas en instrumentos internacionales a los que el Estado argentino ha adherido (CEDAW, 1979 y “Convención Belem Do Pará”, 1996).

Incluir la dimensión política implica pensar en clave de derechos, en una atención centrada en el respeto de la díada principal y cuyo protagonismo sea sostenido y acompañado por los equipos de salud en la construcción de una relación más simétrica y cuidadosa. Una perspectiva de derecho implica pensar en partos humanizados y en un sistema de salud que promueva abordajes integrales que, valiéndose de los avances tecnológicos, focalicen la mirada en la persona y sus circunstancias singulares e irrepetibles. Un parto humanizado y respetado incluye profundas reflexiones y acciones que interpelen los mecanismos de poder puestos en juego. La lucha irrumpe en la escena social y política con la fuerza del derecho a vivir una vida libre de violencias. La voz de las personas gestantes se alza en contra de un sistema de salud que reproduce la lógica de la violencia de género en uno de los momentos con mayor carga emocional donde confluyen significados sociales, culturales, políticos, económicos, históricos y emocionales. La posibilidad de tramitar esta experiencia con abordajes integrales que le otorguen a las mujeres la centralidad que les es propia constituye una cuestión de derechos humanos básicos que se deben garantizar.

BIBLIOGRAFÍA

- Arnao Bergero, M., Galván, V. L., & Roso, F. (2018). Parir y nacer: trazas corporales, impacto subjetivo y derechos vulnerados. *Revista de Psicología-Tercera época*, 17.
- Arenas, P. y Morandi, J. (2021). Comunidad indígena de Amaicha del Valle: gobernanza territorial y prácticas del buen vivir. Tucumán: Ed. Comunidad indígena Amaicha del Valle.
- Arenas, P., Canevari, C., Pascual, L. e Isac, R. (2004). Análisis del proyecto de investigación “Género, violencia y Salud”. CDRom. Ediciones Runa.
- Argañaraz, M. M. (2023). Experiencias de mujeres indígenas sobre su proceso de parto: parir fuera de su territorio. *Pacha. Revista De Estudios Contemporáneos Del Sur Global*, 4(10), e2301059. <https://doi.org/10.46652/pacha.v4i10.159>.
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos.
- Canevari, C. (2011). Cuerpos enajenados: experiencias de mujeres en maternidades públicas. Santiago del Estero.: Barco Edita.
- Canevari, C. (2019). Mujeres bajo custodia médica: derechos, autonomías y violencias. En D. Maffia, P. Gómez y A. Moreno (comp). *Miradas feministas sobre los derechos*. (pp. 317-332). Editorial Jusbaire. <http://editorial.jusbaire.gov.ar/libros/250/online>.
- Ciriza, A. (2007). “¿En qué sentido se dice ciudadanía de mujeres? Sobre las paradojas de la abstracción del cuerpo real y el derecho a decidir. En *Filosofía y teorías políticas entre la crítica y la utopía*, Hoyos Vásquez, G. CLACSO: Buenos Aires.
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños.
- Foucault, M. (2014). *Historia de la sexualidad/Vol. 1. La voluntad de saber* (Vol. 1). Siglo XXI Editores México.
- Gago, V. (2019). La potencia feminista: o el deseo de cambiarlo todo. Argentina: Tinta Limón Ediciones.
- García Gualda, S. (2020). Muertes silenciadas. Notas para pensar los feminicidios indígenas en Argentina. *Pacha. Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global* 1(1), pp. 45-55. Disponible en: <https://doi.org/10.46652/pacha.v1i1>.
- Gleason, E. G., Berrío, D. P. M., Ríos, J. M. L., & Merino, C. M. M. (2021). “Parir no es un asunto de etnia, es un asunto de humanidad”: experiencias frente a la violencia obstétrica durante la atención al parto en mujeres indígenas. *Salud colectiva*, 17, e3727.
- Lagarde, M. (2016). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Siglo XXI Editores México.
- Ley Nacional N° 25.929 de 2004. Protección del embarazo y del recién nacido. 21 de septiembre de 2004. Decreto 1231/2004.
- Ley Nacional N° 26.485 de 2009. Ley de protección integral a las mujeres. 14 de abril de 2009. Promulgación de hecho 1 de abril de 2009.
- Menéndez, E. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Argentina, Bs. As: Paidós.
- Mines Cuenya, A. (2017). “Capas de Naturaleza y naturalezas en la formación médica. Univocidades y multiplicidades en la relación de la medicina con la biología, la clínica y el sexo.” En *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad - CTS*, vol. 12, núm. 35. Pp. 59-90.
- Montero, M. (2001). Reflexiones sobre fundamentos éticos de la Psicología Comunitaria para la promoción de la salud y prevención de enfermedades en las Américas. O.P.S.
- Nari, M. M. (2004). *Políticas de maternidad y maternalismo político: Buenos Aires, 1890-1940*. Editorial Biblos.
- Racedo, J. (2013). Construcción de la identidad en las nuevas organizaciones de pueblos indígenas originarios. *Continuidades y cambios*. *Runa*, 34(1), 49-57. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S185196282013000100004.
- Racedo, J., Boldrini, P., Coria, M., Nassif, S., Nuñez, M., Torres, V. (2009). Conociendo la comunidad indígena de La Angostura. Hábitat, memoria e identidad. Tucumán, Ed. UNT.
- Racedo, J., Ruiz, G., Gutiérrez, M. y Burgos, N. (2008). Lineamientos para el mejoramiento del hábitat de una comunidad indígena de Tucumán. Intervención en un proceso de reconstrucción histórica, cultural y social. (Conferencia). IV Seminario Internacional de Ordenamiento Territorial. Encuentro Internacional Interdisciplinario. Instituto CIFOT, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina. <https://bdigital.uncu.edu.ar/app/navegador/?idobjeto=3261>
- Segato, R. (2018). *Contra pedagogías de la crueldad*. Ed. Prometeo, Buenos Aires.
- Valladares de la Cruz, L. (2019). Mujeres indígenas entre guerras: viejas y nuevas expresiones de la violencia. *Encartes*, 2 (4), 145-174. <https://bit.ly/2SiT1UO>



Zaldúa, G. (2000). Género y salud. Ed. Eudeba: Bs. As.

Zambrini, L. (2015). Diálogos entre el feminismo postestructuralista y la teoría de la interseccionalidad de los géneros. *Revista Punto Género*, (4), 43-54. <https://doi.org/10.5354/0719-0417.2014.36408>