

Violencia obstétrica vs. Parto respetado. Apuntes para un debate urgente a través del texto de la Ley Nacional 25.929.

Mariana Aragón.

Cita:

Mariana Aragón (2013). *Violencia obstétrica vs. Parto respetado. Apuntes para un debate urgente a través del texto de la Ley Nacional 25.929. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-038/741>

**VIOLENCIA OBSTÉTRICA VS. PARTO RESPETADO.
APUNTES PARA UN DEBATE URGENTE A TRAVÉS DEL TEXTO DE LA LEY NACIONAL
25.929**

La ley nacional 25.929 sobre los “*Derechos de padres e hijos durante el proceso del nacimiento*” se encuentra vigente desde el 2004. Como texto constituye, ante todo, la aceptación y la materialización de una problemática que aún no ha tomado suficiente visibilidad en nuestra sociedad: la existencia de *violencia obstétrica* durante el proceso del embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, sufrida mayormente por las mujeres, pero también por el entorno familiar y l@s recién nacid@s. En esta ponencia analizaremos la ley como una *política pública*¹, entendiendo que representa concepciones socialmente consensuadas acerca de cuestiones que, una vez instaladas como problemáticas, son debatidas, sancionadas e implementadas por funcionarios públicos de distintos niveles del Estado.

Desde esa perspectiva, las leyes -como otras formas de la política pública- refieren a una forma de concebir la realidad, de problematizarla y, generalmente, proponen acciones para el abordaje del “problema social” al que refieren. Tomadas como construcciones sociales, es fundamental para el análisis tener en cuenta que las leyes deben ser comprendidas dentro del contexto histórico de su producción, fuera del cual (al igual que otras políticas públicas) respecto de su interpretación, uso y pertenencia pueden volverse obsoletas o inadecuadas. Como sostiene Olivia Harris:

“La ley moderna es un intento continuo por fijar y encapsular lo que está minado por la imposibilidad de su propio proyecto. Como sistema de codificación (...) es una abstracción, y en consecuencia, las situaciones de la vida real encajan en ella sólo imperfectamente.” (Harris, 1996:5).”

En ese sentido, la ley 25.939 estaría orientada a garantizar la existencia y el cumplimiento de los derechos (humanos) correspondientes a padres e hij@s durante el proceso del nacimiento. Entendida de este modo, nos encontraríamos frente a una herramienta progresiva respecto de las garantías estatales preventiva de situaciones de violencia. Sin embargo, hay mucho para decir sobre cómo está construido este instrumento ya que la ley se encuentra en un umbral oscuro en varios de sus aspectos constitutivos, fundamentalmente aquellos que refieren a su contexto de aplicación y a los presupuestos subyacentes respecto de qué es un parto en términos de salud y experiencia vital.

Desde el texto, la ley apunta a garantizar algunos derechos que se encuentran en consonancia con lo que se denomina generalmente como “parto respetado”². Coincidimos con la siguiente conceptualización del mismo:

*“El parto y el nacimiento humanizado se fundamenta en la valoración del mundo afectivo-emocional de las personas, la consideración de los deseos y necesidades de sus protagonistas: madre, padre, hija o hijo y la libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en uno de los momentos más conmovedores de su historia. Lo opuesto es el proceso de medicalización habitual en el que el destino de la mujer y su hijo está sujeto a procedimientos de intervención rutinarios que no consideran las diferencias y especificidades individuales, transformando en violentas las actitudes asistenciales.”*³

Esta definición nos permite introducirnos en el análisis de los aspectos menos progresivos de la ley 25.929, constituidos por aquellos supuestos subyacentes en la configuración ideológica de la ley que, lejos de garantizar la libertad y diversidad sociocultural de sujetos y experiencias, refuerzan la convicción del sentido común imperante respecto de la necesidad y las formas de “asistir” el parto y el nacimiento por parte de los agentes de salud y en el contexto de una institución médica. Actualmente, esa concepción naturaliza las prácticas intervencionistas sobre el proceso del nacimiento que, las más de las veces, toman la forma de la violencia obstétrica⁴. Tal como se define

en la “*Ley Orgánica sobre el Derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*” publicada el 19 de marzo de 2007 en Venezuela⁵ por “violencia obstétrica” entendemos

“(1) a apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por prestadores de salud, que se expresa en un trato jerárquico deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”

Tomamos esta definición porque coincidimos con ella, pero también porque la aceptación y el desarrollo del concepto de “violencia obstétrica” en Argentina aún es embrionario, si bien se encuentra enumerada dentro de las formas de violencia contra la mujer en la Ley 26.485 “De Protección Integral a las Mujeres”⁶.

Para ordenar el desarrollo analítico del presente ejercicio de crítica reflexiva dividiremos los apuntes tomando los artículos de la ley según se presentan, intentando a cada paso destacar los elementos que constituyen avances cualitativos en las garantías de derechos, y lo que aún se relaciona con estructuras esclerosadas de pensamiento y prácticas vinculadas fundamentalmente al Modelo Médico Hegemónico (MMH)⁷ concebido como único modelo de atención de la salud.

Sobre su título

Tomando su título, se trata de la ley que enuncia los “*Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento*”. Diremos que el hecho mismo de que la sociedad tenga necesidad de establecer en el cuerpo de una ley los “derechos” de personas o colectivos nos lleva a pensar que -de un modo u otro- si éstos no se establecen, se vulneran o se invisibilizan. La elaboración de un cuerpo de ley constituye el más evidente intento social, estadual, por “fijar” y actualizar aquello que hasta el momento pertenece al campo del conflicto, el pasado y lo desregulado. (Harris, 1996)(Wright & Shore, 1997)

En principio es interesante destacar que el hecho de que la ley 25.929 esté pensada en términos de garantizar “derechos”, o sea, “varios derechos” es funcional a la conceptualización del nacimiento como un “proceso” que tendría distintos momentos. ¿Cuál es la importancia de esto en términos del “parto respetado”? Fundamentalmente la posibilidad de dar lugar a la variable “tiempo”, tan necesaria para que el trabajo de parto, el parto y el nacimiento se desarrollen fisiológicamente. Si bien veremos más adelante que este término sólo no es garantía de comprensión de la característica procesual de un parto, sin dudas es un importante pivot sobre el cual basar los reclamos por el cumplimiento de la norma. Por otro lado, eso “derechos” a garantizar podrían relacionarse con la importancia de contemplar la diversidad de sujetos y circunstancias posibles dentro del proceso del nacimiento.

El título, sin embargo, es incompleto a la luz de la dirección conceptual en que se desarrollan los artículos. Para que reflejara realmente los supuestos de la ley en términos de qué es la salud y cómo se llevan adelante los cuidados debería decir: “*Derechos de padres e hijos durante el proceso de nacimiento en un establecimiento sanitario*”. La presente ponencia está orientada, justamente, a argumentar esa diferencia. Baste por el momento decir que, lejos de ser una ley inclusiva, contemplativa de la diversidad cultural, se trata de una norma etnocéntrica basada en el supuesto de que todos los partos –en términos de entono y de saberes- son materia médica hospitalaria.

ARTICULO 1º.- La presente ley será de aplicación tanto al ámbito público como privado de la atención de la salud en el territorio de la Nación. Las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente las prestaciones establecidas en esta ley, las que quedan incorporadas de pleno derecho al programa médico obligatorio⁸.

Este primer artículo, que, además de establecer el ámbito de competencia de la ley, obliga a las obras sociales y a las entidades de medicina prepaga a cumplir con los artículos que siguen tiene el aspecto de ser un instrumento democratizante en cuanto al acceso de las personas al sistema de salud, al respeto y a la cobertura financiera al incluirla dentro de las obligaciones de las prestaciones del PMO. Sin embargo, la formulación del artículo está basada en supuestos que dejan fuera a muchas mujeres.

Por un lado, no provee la menor indicación respecto de cómo garantizarían el cumplimiento de sus derechos las personas que no poseen cobertura social o prepaga. Por otro lado, descarta la posibilidad que los partos acontezcan en ámbitos fuera del sistema de salud público o privado, como sería el caso de los partos domiciliarios electivos o circunstanciales. En cualquiera de esos casos las obras sociales se desligan de la obligación de cubrir los gastos del nacimiento.

ARTICULO 2º.- Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- 1. A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos, de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.***

“Ser informado” acerca de cualquier acción sobre un@ es un derecho evidente. Se relaciona directamente con la dignidad y con la autonomía de los sujetos. Sin embargo, el derecho a “ser informada” no debería significar que el personal de salud, en el mejor de los casos, le “avise lo que le van a hacer” a una persona, tal como sucede mayormente durante el proceso del nacimiento en un contexto institucional. La “información” tendría que ser considerada como una obligación del personal de salud hacia la mujer y su familia en término de explicar con el detalle necesario las prácticas, circunstancias y alternativas que dichos agentes consideren adecuadas de utilizar durante el proceso, tomando en cuenta la posibilidad de que la mujer y su familia no las consientan y se encuentren realmente en la situación de “optar libremente”.

Actualmente en las instituciones de salud la mayoría de las intervenciones médicas durante el proceso del nacimiento (rotura artificial de bolsa, episiotomía, goteo de oxitocina artificial, etc) no sólo no se informan a la mujer y su familia, sino que se llevan a cabo de manera rutinaria y sin lugar para la información y el consentimiento.

- 2. A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.***

“Respeto”, “individualidad” e “intimidad” son aspectos fundamentales para que un parto llegue a buen término. El nacimiento como parte de la sexualidad humana aconteciendo en un contexto sociocultural contemplativo de la diversidad es una idea progresiva respecto de la situación actual de los nacimientos. Como mamíferos que somos deberíamos recuperar la certeza de que ninguna hembra puede parir en condiciones de stress. Los gritos, las órdenes, las luces intensas, las personas extrañas alrededor de la mujer (quienes en el mejor de los casos circulan y en el peor de los casos “meten mano” en su cuerpo) son algunos de los elementos de la escenografía social y culturalmente construida como “normal” para que ocurra un nacimiento. (Odent, 2009)

Nuevamente, esta ley supone que un parto transcurre a la par del “proceso asistencial”, reafirmando esa “normalización” del nacimiento en un contexto hospitalario. Eso es, al menos, etnocéntrico y contradictorio con la promulgación del respeto por las “pautas culturales”. ¿Dónde quedan los derechos a la intimidad, el respeto y el trato individual de las mujeres y familias que no paren en instituciones de salud? Se dirá que la norma, la ley, se establece para las mayorías. Sin embargo esa es una afirmación discutible si el establecimiento de los derechos deja directamente “fuera” a parte de la población (Harris, 1996).

3. *A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.*

La mujer que va a parir a una institución de salud es sana.

¿Cómo está construida la idea de que se le debe “facilitar” su “participación” como “protagonista” del su parto? ¿Quiénes se lo “facilitan”? ¿Qué se le facilita?

El apartado del artículo es muy interesante en término de los supuestos que subyacen y hablan de la naturalización de una situación. Aclarar que una mujer que está pariendo debe ser considerada “sana” supone que podría no ser considerada como tal. Lógicamente, a la mujer que llega a parir a una institución de salud se la trata como a una “paciente”, a alguien que cursa un proceso peligroso y plausible de patología. Esas consideraciones alimentan la idea de la necesidad de “asistir” el proceso. Un proceso, el nacimiento, que pareciera que pudiera “fallar” en cualquier momento.

Esa concepción es la que determina que, en la realidad, el “protagonismo” de los partos lo encarnan los agentes de salud y sus prácticas (“los expertos”), dejando a la mujer en un rol pasivo, sometido y silenciado.

La mujer que pare, generalmente, es una “persona sana” ¿Qué hace entonces en un hospital?

4. *Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.*

Un “parto natural” es un proceso fisiológico *que comienza y termina sin necesidad de intervenciones médicas* de acuerdo con los tiempos biológicos y subjetivos de la mujer y el bebé.

Un “parto natural” no es meramente un parto por vía vaginal. Un parto por vía vaginal puede ser un parto furiosamente intervenido y violentado. Lamentablemente, en este momento, en las instituciones de salud argentinas ocurren partos vaginales, pero los “partos naturales” son una especie en extinción. Esto es así probablemente porque en el contexto de las instituciones de salud la justificación final acerca de la necesidad de las prácticas invasivas está siempre del lado del personal de salud, quienes forman parte del Modelo Médico Hegemónico orientado a controlar los cuerpos y acallar lo diverso.

5. *A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.*

La mujer que pare es sana. Las personas sanas mayoritariamente llevan adelante procesos fisiológicos sanos, de evolución natural y espontánea, bajo su control y comprensión. Solamente una ley que está pensada dentro de los esquemas del Modelo Médico Hegemónico de salud puede sostener que una mujer tiene derecho a “ser informada sobre la evolución de su parto”. Por otro lado el apartado contradice el anterior, otorgándole derecho a la mujer a ser “partícipe” de las actuaciones de “los que saben”, cuando antes se la nombraba “protagonista”.

Podríamos sostener que ninguna mujer sana – sana en todo sentido, física, mental y emocionalmente- necesita que otr@ le diga cómo va *su* parto, muy por el contrario, es ella la que podría dar cuenta de la existencia de alguna “anormalidad” si el contexto lo favoreciera. De lo que da cuenta este apartado, nuevamente, es de la existencia de un supuesto fundamental dentro de la ley y del sistema de salud en el cual ocurren la mayoría de los partos: las mujeres “no saben”, los agentes de salud, si. Así, l@s expert@s, l@s “profesionales” en partos son los médicos, las enfermeras, los anestesiólogos, las parteras y nunca las mujeres.

6. *A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*

7. *A estar acompañada por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.*

Algunas mujeres podrían querer estar acompañadas en algunos de los momentos del proceso del nacimiento. Establecerlo como el derecho a estar acompañada por quienes y cuantas personas lo desee debería ser más importante que cualquiera de las regulaciones internas de las instituciones de salud, respecto de cantidad de gente, horarios de visita y permanencia y todos esos etcéteras que hacen que una afirmación como la de este apartado quede en la nada misma en el momento del parto.

Por otro lado, es importante enfatizar que las mujeres paren solas. Es decir, el proceso fisiológico del nacimiento no “necesita” a nadie para suceder. También es derecho de la mujer permanecer sola durante todo o parte del proceso del nacimiento.

8. *A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.*

Existen innumerables estudios que demuestran las múltiples implicancias negativas de separar madre e hijo, especialmente durante la primera hora luego del nacimiento. Es imposible desarrollar el tema en el contexto de esta presentación, pero podemos decir que los primeros momentos son críticos para el desarrollo del lazo madre-hijo y que las consecuencias de esa ruptura sobre la salud integral de ambos son determinantes. Sin embargo sucede que, cuando el proceso del parto ha sido intervenido muy normalmente el recién nacido termina necesitando “asistencia médica” o “cuidados especiales”. Por eso es importante destacar el encadenamiento necesario de las garantías de los derechos que aquí se promueven en cada instancia del proceso para que esa separación no aparezca como “necesaria”.

9. *A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.*

10. *A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.*

11. *A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.*

Nuevamente se juega este supuesto de que el “saber experto” está en otro lado que no es la mujer/madre. Los que saben son los profesionales de la salud, ellos son entonces quienes determinan cuándo la leche de la madre es “insuficiente” “no la llena” “está aguada”, etc, etc, etc. También este apartado da cuenta de la situación de las mujeres hoy respecto de la carencia de redes de contención y transmisión de saberes conformada por otras mujeres/madres que podrían acompañar y ayudar a garantizar el proceso de la lactancia materna exclusiva y a demanda durante los primeros meses.

ARTICULO 3º.- Toda persona recién nacida tiene derecho:

1. *A ser tratada en forma respetuosa y digna.*

Supone el derecho a un trato “digno” y “respetuoso”. Sobre esto hay al menos dos aspectos de las prácticas médico hospitalarias tradicionales que entrarían en contradicción. Por una parte, la separación del recién nacido de su madre después del parto; por otro lado, la serie de prácticas de rutina invasivas (sondas, pesaje, toma de huellas, vacunación) que lejos están de la dignidad elemental de preservar el cuerpo, de que sea tocado sólo por su madre en sus primeras horas de vida.

2. *A su inequívoca identificación.*

¿Qué significa “identificar”? ¿Cuándo se hace “necesario” “identificar” a un recién nacido?

Nadie que permanezca al lado de su madre y su familia desde el minuto cero de su nacimiento corre “riesgo” de ser “equivocadamente identificado”. En realidad lo que revela este apartado, es la

práctica habitual de separación y, por ende, la posibilidad de “confundir” un niñ@ con otro en el contexto de las instituciones de salud.

- 3. A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*

Retomando lo apuntado al respecto en el apartado 1, deberían incluirse dentro de éstos los exámenes e intervenciones rutinarias que se le practican al recién nacid@ y necesitan consentimiento de sus representantes.

- 4. A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquella.*

La enunciación de este “derecho” es quizás la que mejor desnuda los supuestos desde lo que está pensado el “proceso del nacimiento”. El recién nacid@ tiene “derecho” a la “internación conjunta” con su madre. Es una extraña manera de decir que los bebés tienen derecho a estar con sus madres de manera continua a partir de su nacimiento cualquiera sea el contexto en el que este se produzca. O es que se supone que todos los nacimientos deben tener lugar en instituciones de salud? Qué elementos avalan esa suposición?

- 5. A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.*

Como hemos destacado en apartados anteriores, la naturalización de la existencia de un “saber experto” en el dominio de lo médico-hospitalario, subordina y subestima la existencia de otros saberes. Quiénes “saben” más sobre el crecimiento y el desarrollo de l@s hij@s, los médicos o los padres? ¿cómo es la relación entre esos saberes?

ARTÍCULO 4º.- El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

- 1. A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.*
- 2. A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.*
- 3. A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.*
- 4. A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.*
- 5. A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.*

El concepto de “riesgo” constituye todo un campo de debate fundamentalmente por la multiplicidad de interpretaciones que pueden intervenir en la construcción y la determinación de una situación de “riesgo”. Como en el resto de la ley, en este artículo también se supone un contexto institucional de salud, es decir, preexisten al nacimiento los indicadores de “riesgo”. Resulta interesante la inclusión de la indicación de que la información a los padres sea dada en un “ambiente adecuado”, ya que constituye uno de los pocos elementos dentro de la ley que toman en cuenta la subjetividad de las personas dentro del proceso del nacimiento, la necesidad real del cuidado de su dignidad e intimidad e indica un procedimiento.

ARTICULO 5º.- Será autoridad de aplicación de la presente ley el Ministerio de Salud de la Nación en el ámbito de su competencia; y en las provincias y la Ciudad de Buenos Aires sus respectivas autoridades sanitarias.

ARTICULO 6°.- "El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores, y de las instituciones en que estos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder."

El artículo está orientado a sancionar el incumplimiento de las obligaciones de la ley. Sin embargo, el hecho de que todo el texto esté construido en base a l supuesto de que tod@s los nacimientos ocurren o deben ocurrir en contextos de instituciones de salud deja en una insondable vacío legal a aquellas personas que por elección o por circunstancias tienen sus partos por fuera de dichos contextos. Tal es el caso de los partos domiciliarios que, aún siendo la mujer o la pareja contribuyentes de obras sociales o medicinas prepagas se encuentran con innumerables obstáculos para reclamar el reintegro de los honorarios médicos ya su elección “no existe” dentro de los procedimientos administrativos. Desde el punto de vista del respeto por la diversidad, a la autonomía y la libertad de elección esto tiene varias consecuencias. Por un lado, pone a las mujeres y a las familias en la situación de que para elegir parir en sus casas deben contar con determinadas sumas de dinero. Simultáneamente, la situación de los partos domiciliarios se encuentra en una zona liminal dentro de la cual la elección es “ilegal”, no contemplada en las leyes.

ARTICULO 7°.- La presente ley entrará en vigencia a los sesenta (60) días de su promulgación.

ARTICULO 8°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.”

Promulgada por el PODER EJECUTIVO DE LA NACION

Por Decreto No. 1.231/04

APUNTES FINALES

La reflexión final gira en torno al supuesto básico de la ley, el más evidente, que es que la garantía de los derechos está circunscripta a la naturalización del contexto médico hospitalario como entorno del proceso del trabajo de parto, el parto y el nacimiento. Eso no sólo deja afuera todas las elecciones de salud diversas, sino que refuerza un modelo único de pensamiento y prácticas sobre la salud en general y los nacimientos en particular, el Modelo Médico Hegemónico.

Para contextualizar el alcance y las restricciones de la ley hay que avanzar en el trabajo de cruce con otras leyes que regulan transversal, paralela y subterráneamente cuestiones asociadas con el proceso del nacimiento. En cualquier caso, nuestro mayor interés en esta ponencia está orientado a visibilizar e interrogar los supuestos sobre los cuales se construye una política pública sobre la salud reproductiva de la población, puntualmente la ley 25.929 que establecería los derechos de padres e hij@s durante el proceso del nacimiento. En términos generales, nos encontramos con la suposición fundamental de que las distintas etapas transcurren siempre completa o parcialmente dentro de instituciones de salud o son reguladas de alguna manera por éstas, dejando ningún lugar para la autonomía de los individuos que por cuestiones culturales (ideológicas, religiosas) eligen otros modelos de atención y crianza.

La pregunta es ¿cuál es el alcance de los derechos enunciados en la ley sin la contemplación de la diversidad?

Al presente –mayo de 2013- la ley se encuentra aún sin reglamentar.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- GRIMSON, Alejandro y SEMÁN, Pablo (2005) “Presentación: la cuestión ‘cultura’” (11-22), En: *Etnografías contemporáneas*, Año 1, Nro. 1, abril, 2005
- GRIMSON, Alejandro (2008) “Diversidad y cultura. Reificación y situacionalidad”. En: *Tabula Rasa. Bogotá - Colombia, No.8: 45-67, enero-junio 2008.*

HARRIS, Olivia (edit.) (1996) *Inside and Outside The Law. Anthropological studies of authority and ambiguity*, Routledge, London & New York.

MENÉNDEZ, Eduardo (1990) *Morir de alcohol*. Saber y hegemonía médica. Edit. Alianza, México

ODENT, Michel (2009). *El bebé es un mamífero*. Editorial ObStare, España.

SHORE, Cris y WRIGHT, Susan (1997) *Anthropology of Policy. Critical perspectives on governance and power*. Routledge, London & New York

.

¹ El análisis de las leyes en clave de políticas públicas ya ha sido trabajado por la autora de esta ponencia en el texto “¿De quién es la tierra del Estado? Circulación y posesión de un objeto de don.” Tesis Final de Maestría en Antropología Social (IDES-IDAES, Diciembre, 2008, Buenos Aires (inédito)

² A los fines de la presente ponencia tomaremos como términos análogos “parto respetado” “parto humanizado” “parto natural” “parto fisiológico”. Si bien conceptualmente estos términos tienen diferencias entre sí, las mismas se tratan más de una cuestión de la forma interpretativa de abordar el proceso que de contenido, por eso no lo desarrollaremos en esta presentación.

³ Extraído de la página web <http://www.partohumanizado.com.ar/> que, para nuestra investigación constituye una fuente de referencia en el tratamiento del tema. En general, la diferenciación entre “parto” y “nacimiento” tiene como objetivo argumental la inclusión de los derechos de la madre (parto) y del hij@ (nacimiento) durante todo el proceso.

⁴ Se denomina “cascada de intervenciones” a la secuencia de prácticas médicas que, con mayor o menor visibilidad, van interviniendo en el proceso fisiológico del trabajo de parto, luego en el parto y el nacimiento, de manera que el mismo sufre la modificación de su ritmo natural. En todos los casos estas intervenciones “tradicionales” son iatrogénicas para el proceso y para la salud de la mujer y el bebé. Las consecuencias son entre invisibles y aberrantes; puede ir desde el detenimiento de la dilatación uterina, la alteración del normal funcionamiento del periné producto de un corte artificial (episiotomía), pasando por una intervención quirúrgica mayor (cesárea), aislamiento del recién nacido, depresión posparto de la mujer hasta, claro, la muerte de uno o ambos.

⁵ <http://iboneolza.wordpress.com/2013/04/15/las-secuelas-de-la-violencia-obstetrica/>

⁶ ARTICULO 6º — “Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes (...) e) Violencia obstétrica: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.”

⁷ Entendemos por Modelo Médico Hegemónico “(...) el conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del s. XVIII ha ido logrando dejar como subalternos al conjunto de prácticas, saberes e ideologías que dominaban en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad, legitimada tanto por criterios científicos como por el Estado.” (Menendez, 1990:83)

⁸ El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médicoasistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud- Ministerio de Salud- Presidencia de la Nación