

Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo

Ethnographies of Birth Control in Contemporary Chile.

Michelle Sadler Spencerⁱ

RESUMEN

En Chile, el modelo hegemónico de atención de nacimientos puede describirse como tecnocrático y altamente intervencionista, con una de las tasas de cesárea más elevadas del mundo. Se practican en forma rutinaria muchos procedimientos que la evidencia científica ha desacreditado desde hace décadas, y prevalece una visión de la mujer como máquina defectuosa que debe ser constantemente controlada y monitoreada mediante el uso intensivo de tecnología para garantizar la calidad del producto-bebé. En el texto se presentan datos sobre las intervenciones médicas en el nacimiento en el país, se discuten dimensiones de la educación médica que perpetúan el modelo de atención centrado en la patología y algunos elementos que dan forma a un escenario de violencia obstétrica.

Palabras clave: *Parto, Nacimiento, Pelvis, Violencia Obstétrica*

ABSTRACT

In Chile, the hegemonic model of birth can be described as technocratic and highly interventionist, with one of the highest rates of caesarean section in the world. Many procedures that scientific evidence has discredited for decades are practiced routinely, and a vision of women as a defective machine which must be constantly controlled and monitored by the intensive use of technology to ensure the quality of the product-baby prevails. The text presents data on medical interventions during childbirth in the country, and discusses dimensions of medical education that perpetuate a health care model centered in pathology and some elements that shape a scenario of obstetric violence.

Key words: *Childbirth, Pelvis, Obstetric Violence*

i Departamento de Antropología, Universidad de Chile. Avenida Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa, Santiago-Chile.
Correo-e: msadler@uchile.cl

“ASÍ ME NACIERON A MI HIJA”

El jueves 18 de noviembre de 1999 fue el primer día de terreno de lo que ha sido un largo viaje etnográfico en los territorios de la gestación, parto y nacimiento. Fue el día en que observé el primer parto en un hospital público de la ciudad de Santiago. Fue el día en que confirmé que tenía una misión/pasión: visibilizar la violencia que vivimos al momento de nacer y trabajar para recuperar aquel rito de pasaje como uno de respeto, de intimidad y de protagonismo de la mujer que da a luz, del bebé que nace y de la familia que los rodea.

Clara, una de las mujeres que pude acompañar en su parto, y quien fuera protagonista de la memoria con la que me titulé como antropóloga, concluyó el relato de su experiencia de parto con un “así me nacieron a mi hija”. En mi análisis, el *así me la nacieron* expresa que ella no hizo (o más bien no pudo) hacer nada, que no hubo espacio para que expresara lo que sentía ni sus necesidades. A Clara le dijeron todo lo que tenía que hacer: cómo comportarse, cómo moverse, cuándo y cómo pujar. Clara incluso relató que “puse harto de mi parte, traté de no llorar nada, ni siquiera en el último momento, para que nada se echara a perder”. ¿Para que no se echara a perder qué? Aquel territorio donde ella era extraña, invitada, que no era propio, donde ella podía contaminar. Y, todo lo que se hizo, se hizo *por su bien*. Y, lo más interesante, es que en su relato encontramos un: “Lo que sí le digo es que fue buena la atención, fue buena (...) no tengo nada que decir”. Una escena que para mí estuvo cargada de violencia, desautorización, infantilización de la mujer, incluso con amenazas de castigo; para la protagonista fue vivida como una *buena atención*.

El objetivo que me propuse en aquella tesis es el que me sigue guiando: indagar en la construcción de las condiciones organizativas, materiales e ideológicas que legitiman la hegemonía de un tipo de conocimiento autorizado —el biomédico— en la atención de partos. Y como uno de los objetivos específicos buscaba develar las condiciones que hacen posible que tanto los equipos de atención de salud como los (as) usuarios (as) encuentren como naturales y legítimas las relaciones de dominación que se establecen. Si hoy re-escribiera estos objetivos, hablaría del tipo de conocimiento tecnocrático más que biomédico. Y hablaría del

ritual de parto tecnocrático, siguiendo a la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd (2004), como aquel donde la tecnocracia reina, donde la mujer parturienta y el bebé que nace son conceptualizados como la *máquina* que gesta y el *producto* de esa gestación.

Antes incluso de mi educación en antropología, fui estudiante de arte. Pasé un año cavando hoyos en los patios de la universidad, y transformándolos en muy realistas heridas en la tierra. Las heridas luego pasaron a estar situadas bajo árboles, de cuyas ramas colgaban frascos con imitaciones de fetos embotellados. Era la herida de la Tierra, y más tarde comprendería que era la herida de nuestros propios nacimientos y la de aquellos (as) por venir.

Era el “Mundo Feliz” imaginado por Huxley en 1932. En aquella sociedad futurista, los seres humanos serían concebidos y gestados en probetas, y luego condicionados para creer en el valor de la sociedad por sobre la individual. El papel de los (as) ciudadanos (as) sería el de consumidores y trabajadores, lo cual mantendría a la economía estable. En el mundo de Huxley habría reservas de *salvajes* que todavía darían a luz a sus hijos de forma natural y vaginal. Y aquello que parecía fantasía, no lo era tanto. El mismo autor, un par de décadas más tarde, vio como los *horrores concebidos por su imaginación* iban tomando forma y podrían hacerse realidad dentro del siglo. Y estaba en lo cierto. Estamos ya en el mundo que distingue entre las mujeres salvajes y civilizadas, estamos ad portas del mundo de las probetas, en el camino intermedio de las cicatrices físicas y emocionales de episiotomías¹, cesáreas y violencia obstétrica.

El escrito que presento incluye registros y testimonios de diversos territorios, por lo que, siguiendo a George Marcus, podría denominarse como un ejercicio de etnografía multisituada, en la cual se alteran las convenciones antropológicas fundacionales del “estar ahí”, para encontrar la cosa trazada “dentro del ámbito del discurso y de las modalidades de pensamiento, la circulación de signos, símbolos y metáforas” (Marcus 2001: 119). Para Marcus la etnografía multisituada es más que meramente móvil, siguiendo procesos a través de sitios, sino que “evoca a la etnografía en sí misma, compuesta de procesos de conocimiento conectados,

rizomáticos y víricos. Consiste en seguir conexiones y relaciones de ideas y mapas o topologías que no están dadas, sino que son encontradas” (Marcus 2007: 33). Los fragmentos que se evocan derivan de la observación en contextos de atención de nacimientos y entrevistas con profesionales de atención de salud y con usuarias (os) de los sistemas público y privado de salud, realizadas en el marco de diversos proyectos de investigación en nuestro país², del análisis de documentos de diversa índole (por ejemplo, textos de educación médica), de opiniones y comentarios vertidos en el ciberespacio, además de mi experiencia personal como investigadora, educadora prenatal, madre y activista en la temática del nacimiento.

NACER EN EL MODELO TECNOCRÁTICO

En nuestro país, casi la totalidad de los nacimientos ocurren en territorio biomédico –hospitales públicos o clínicas privadas– donde el paradigma tecnocrático de atención es el que domina. Este paradigma refleja los valores centrales de las sociedades occidentales modernas, a saber: una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal (Davis-Floyd 2001). En la atención de nacimientos esto se traduce en un excesivo uso de tecnología y confianza en ella como fuente de conocimiento autorizado, en la primacía de intereses económicos, y en una organización jerárquica del cuidado donde el personal médico detenta la autoridad.

Quizás uno de los ejemplos más gráficos de la tecnocracia lo encontremos en la posición litotómica o supina del parto, donde la mujer queda acostada sobre su espalda, con las piernas suspendidas y pantorrillas apoyadas en piñeras. Esta posición se enseña y utiliza ampliamente en la obstetricia contemporánea, siendo su principal ventaja que el personal de salud se puede ubicar de forma cómoda para atender el parto (Gupta *et al.* 2007). En casos de partos sin complicaciones, dicha postura no reporta beneficios para la mujer ni feto: la mujer pierde contacto con puntos de apoyo para pujar a su bebé; queda con la pelvis fija, sin posibilidad del movimiento que facilita el trabajo de parto; el feto debe subir por el canal de parto para salir, generando

una presión inadecuada en la zona perineal (que se traduce en mayores traumas vagino-perineales) y complicando el periodo expulsivo; entre otras (Paciornik 1998; Odent 2005). La posición decúbito dorsal infantiliza a la mujer, la deja expuesta y abierta frente al personal médico, a una altura física inferior a quienes la atienden, sin posibilidad de observar directamente el momento del nacimiento. La mujer se disocia completamente de la llegada de su hijo (a), pues permanece desinformada de lo que sucede en su esfera genital (Paciornik 1998). El cuerpo femenino queda separado entre dos dominios: el segmento superior del tronco y cabeza, donde habitualmente ubican a los acompañantes no médicos del parto, y la matriz y canal de parto, que son territorio médico. Recuerdo nuevamente a Clara, protagonista de mi memoria de título. Cuando estaba de espaldas en la mesa ginecológica, “una auxiliar sube la mesa ginecológica y pregunta ¿está bien la altura, doctor? Él responde afirmativamente, y más tarde ésta y otra auxiliar insisten en preguntarle si no está muy arriba o muy abajo. Le preguntan cada tantos minutos si necesita algo, más luz u otra cosa; responde negativamente. A Clara no le preguntan nada: es ella quien pregunta qué le están haciendo, cómo está su bebé. Con cada contracción, puja y pregunta ¿está bien así?” (Sadler 2003: 109).

Recuerdo también a una mujer que en el contexto de un curso relató su experiencia de un parto vaginal en posición vertical. Para el obstetra a cargo, fue la primera experiencia de un parto en una posición diferente a la supina. Y tras el parto, comentó que había tenido que atender *como mecánico*. Interesante metáfora: un mecánico debe situarse debajo de los autos para componerlos. Él queda en posición inferior, lo cual está dado por estar física y simbólicamente bajo la mujer, y expresado en la comparación con la labor de un mecánico, de menor prestigio que la de un médico. Además queda expuesta la analogía entre cuerpo y máquina defectuosa, al comparar el cuerpo femenino dando a luz con un automóvil que hay que reparar.

Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para promover partos fisiológicos, en casos sin complicaciones médicas, se resumen en los siguientes principios: que las mujeres estén acompañadas por personas significativas (diferentes al personal médico); que los equipos sanitarios les presten apoyo emocional; que las intervenciones

como inducción artificial, rotura artificial de membranas, aceleración ocitócica, monitoreo fetal continuo, episiotomía, entre otras, se realicen sólo en casos médicamente justificados; que las mujeres caminen y estén en movimiento libre durante el trabajo de parto; que cada mujer decida libremente qué posición adoptar durante el expulsivo y no se coloque a la mujer posición de litotomía; que no se separe a los recién nacidos de sus madres y se promueva la lactancia inmediata. ¿Y cómo ocurren hoy la gran mayoría de los nacimientos en nuestro país? Se utilizan múltiples intervenciones de rutina, se inmoviliza a las mujeres en camas con monitores fetales y vías venosas, se les impide la movilidad durante el trabajo de parto, se ponen trabas al acompañamiento continuo de personas externas al personal de salud, la mayoría de los nacimientos ocurre en posición litotómica, y los bebés se separan de sus madres para exámenes y chequeos de rutina. Un estudio en dos grandes maternidades de la Región Metropolitana realizado en 2010-2011 nos muestra que un 92,7% de los partos tuvieron intervenciones como inducción artificial del trabajo de parto, rotura artificial de membranas y episiotomía, entre otras (Binfa *et al.* 2013)³.

La obstetricia es seguramente la especialidad médica que más trabaja en contra de las recomendaciones de organismos internacionales de salud y de la evidencia científica. Desde el año 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda reducir el intervencionismo innecesario en la atención del parto (OMS 1985). En una reciente declaración plantea que a nivel de población, las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción de la mortalidad materna y neonatal, y que son eficaces para salvar la vida de las madres y los neonatos solamente cuando son necesarias por motivos médicos (OMS 2015). Durante la década pasada, Chile fue el cuarto país a nivel mundial con más cesáreas (OMS 2011), y en el reporte de indicadores de salud de los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) del año 2015 se ubica en tercer lugar (OCDE 2015). En el año 2012, en nuestro país hubo un 49,2% de cesáreas, de las cuales el 39,4% ocurrió en el sistema de salud pública, y el 71,8% en salud privada⁴. Las razones de esta diferencia son múltiples, entre las que se cuentan la diferente organización de los equipos de atención de salud en ambos

sistemas, y los incentivos económicos y beneficios de la programación (también diferenciados). En cuanto a los equipos, en salud pública las matronas tienen mayor autonomía que en salud privada, y pueden atender partos sin complicaciones médicas. Esto no ocurre en salud privada, donde la *paciente se controla* con un mismo médico durante toda la gestación y luego es él mismo quien atiende su parto. Por otra parte, en salud pública los (as) profesionales de salud ganan su sueldo según su jerarquía y los turnos que trabajen (no por cantidad de partos que atiendan), a diferencia de salud privada, donde los partos se consideran prestaciones separadas de los turnos, y se pagan por cada atención. Por tanto, al programar los partos (induciéndolos artificialmente y/o programando cesáreas) se pueden atender más partos, sin perder ni tener que reagendar consultas médicas, y por tanto, optimizar el beneficio económico al realizar más prestaciones (Sadler y Leiva 2015a). A todo esto, sumemos la creciente privatización de la atención del parto: los partos en el sector privado han transitado durante la última década de un 20,0% en 2000 a un 30,7% en 2012⁵, y podemos adelantar que la cesárea continuará elevándose.

A partir de los datos expuestos, podríamos preguntarnos a través de qué dominios se reproduce y perpetúa el modelo de nacimiento basado en la patología. Veamos a continuación la construcción médica de la pelvis obstétrica como ejemplo.

DE PATOLOGÍAS Y PELVIS MALONAS

Hagamos un poco de historia. La noción de que las mujeres son versiones enfermas, degradadas o defectuosas de los hombres se remonta al paraíso bíblico. Eva fue creada de la costilla de Adán, y luego castigada a vivir embarazos fatigosos y partos dolorosos por comer de la fruta prohibida. Jehová Dios “a la mujer le dijo: tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos, con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará” (Génesis, capítulo 3, versículo 16). En el pensamiento occidental, el hombre representa la perfección, el vigor y la salud. La mujer es un hombre espurio, débil e incompleto. Desde que Hipócrates definió a las mujeres como perpetuas enfermas, la medicina no ha hecho más que reproducir aquella visión (Ehrenreich y English 1988).

La sexualidad es el resultado de un complejo proceso de construcción social. Foucault sitúa en el siglo XVIII el inicio de la aplicación de la razón al sexo, y nombra como *dispositivos de sexualidad* al conjunto de procedimientos de poder tendientes a crear y controlar el sexo de los individuos. Entre estos dispositivos se encuentran los discursos científicos de la medicina y psiquiatría del siglo XIX, que promueven la idea de la histerización del cuerpo femenino, por el cual éste pasa a considerarse totalmente saturado de sexualidad (Foucault 1998). Es esta sexualidad desbordada y peligrosa para el orden social la que justifica que el cuerpo de la mujer deba someterse al control médico que puede contenerla. Es así como la naciente disciplina obstétrica fue creando dispositivos de control de los cuerpos femeninos durante su ciclo reproductivo, cada vez más invasivos y represivos. La partería empírica fue desapareciendo hasta casi extinguirse en la actualidad, siendo reemplazada por la matronería profesional, basada en los mismos principios de la medicina moderna, en la cual la mujer es considerada la versión patológica de lo masculino (Ehrenreich y English 1988). Un claro ejemplo de ello se encuentra en las primeras láminas anatómicas de la naciente biomedicina, que datan del siglo XVI, donde los órganos sexuales femeninos eran representados con la figura invertida de un pene hacia el interior del cuerpo femenino, como la ausencia de pene (Martin 1987). Si analizamos los libros de ginecología con que se educan matronas y médicos, nos encontramos con nuevas versiones de lo mismo: fragmentos de cuerpo femenino y patología femenina por doquier.

La antropóloga estadounidense Emily Martin (1987) analiza el poder del lenguaje médico en la patologización femenina, y muestra cómo el uso de palabras cargadas negativamente para describir los procesos corporales permea la sociedad y contamina las percepciones individuales sobre el cuerpo. La menstruación es descrita como degeneración, declinación, pérdida, desgaste, debilidad, deterioro, destrucción y mutilación del cuerpo; la menopausia como declinación ovárica, pérdida, desbalance hormonal. En España, la investigadora Dolores Sánchez revisó uno de los textos de ginecología más utilizados en educación médica hasta los años 90 en el país, para encontrarse con afirmaciones como: “no se puede comprender la patología de la mujer sin conocer su

constitución; la patología femenina es esencialmente constitucional”, “la mayoría de las mujeres son, pues, un poco desequilibradas en sentido endocrino”, “son [las mujeres hiperluteínicas] menos atractivas, pero buenas madres de familia y excelentes amas de casa” (Sánchez 1999). De ahí que la alienación sea el resultado de las metáforas y del lenguaje proyectado en nuestros cuerpos, y que un desafío feminista sea el de despertar dichas metáforas que duermen en la ciencia. Al despertarlas, al hacernos conscientes de cuándo estamos proyectando imaginaria cultural sobre lo que estudiamos, les robaremos su poder de naturalizar nuestras convenciones sociales acerca del género (Martin 1987, 1991).

Ahora analicemos la fisiología femenina chilena, que en los discursos médicos aparece como especialmente patológica. La Presidenta del Colegio de Matronas, Anita Román, en entrevista en octubre del año 2014 dijo: “Es necesario aclarar que la humanización total del parto está solo pensada para aquellas mujeres que no tienen patologías agregadas, pero la mujer que tiene otra patología debe tener una vigilancia mayor del equipo médico. En Chile, hoy, solo tenemos un treinta o cuarenta por ciento de mujeres sanas, sin patologías agregadas” (Campos 2014). ¿Esto querría decir que el 60% o 70% de las mujeres chilenas no podrían acceder a partos “humanizados” por su condición patológica? ¿A qué patologías se refiere? Si analizamos entrevistas a obstetras y matronas realizadas en el marco del proyecto FONIS SAI3I20259, las patologías se refieren principalmente a hipertensión, diabetes gestacional, sobrepeso y obesidad, que harían (más) necesarias las intervenciones. Ahora bien, en salud pública estas patologías son mucho más prevalentes que en salud privada, como lo expresa un obstetra: “es que la población más sana se va a clínica, en el hospital está distorsionada la cuestión porque llega casi pura gente de riesgo. Pero ¿por qué nos llegan?, porque las flacas se fueron todas a la clínica, en todo caso en las edades extremas de la vida o la gente que no tiene previsión, chicas jóvenes o drogadictas, todo ese tipo de gente, inmigrantes...”⁶ Si las *flacas* –utilizándolo como analogía de las mujeres sanas y de segmento socioeconómico medio alto– se fueron a las clínicas, entonces quedan aquellas *otras* en los hospitales, las (más) patológicas. Pero, paradójicamente, se practican casi el doble de operaciones cesáreas en el

sector privado, de las *flacas*. No se trata de patología, se trata de cultura.

Detengámonos en una de las protagonistas del parto desde el punto de vista fisiológico, la pelvis, para analizar la construcción patológica que se hace de ella. La pelvis ósea está compuesta por tres huesos articulados (dos huesos ilíacos y el sacro coxis), y es descrita en los textos médicos habitualmente como un anillo óseo, lo cual nos transporta a la idea de un círculo fijo y estático. Esta idea de pelvis estática es reforzada —en un círculo vicioso— por la posición litotómica, que no permite que estos huesos ni sus articulaciones se muevan durante el trabajo de parto. Una pelvis anatómica y evolutivamente preparada para partos en movimiento, es despojada de su dinamismo (Calais-Germain y Vives 2013). Sumemos a esto que en Chile nos encontraríamos ante un especial tipo de pelvis. En el famoso texto de obstetricia de Pérez Sánchez y Donoso, uno de los textos más utilizados en la educación de matronas y ginecobstetras en nuestro país, se habla de diámetros específicos de la pelvis de la *mujer chilena*. En el capítulo sobre la pelvis, se encuentra el subtítulo “Diámetros de la pelvis”, seguido del siguiente texto: “la información expuesta se refiere a la mujer chilena.” Para seguir con medidas como: “Diámetros externos: Biespinoso. Entre el punto más prominente de las espinas ilíacas anterosuperiores. Mide en promedio 23 cm” (Pérez Sánchez y Donoso 2011: 15, se trata de la cuarta y última edición de este manual). Luego se describen los diámetros externos: bicrestal, bitrocantéreo, conjugada externa o diámetro de Baudelocque; y los internos: diámetro transversal máximo, transversal útil o mediano, oblicuos. En el acápite descrito, tras la medida del diámetro externo de la “conjugada externa o diámetro de Baudelocque”, se cita a Avendaño y Mayorga (1985). Dicha referencia corresponde al capítulo “La Pelvis Obstétrica” del mismo manual, en su primera edición. Y si buscamos dicho capítulo en la edición de 1985, nos encontramos con una referencia más antigua, a Avendaño (1949)⁷. En dicho texto, el autor utiliza las medidas de los diámetros externos de dos sets de muestras de pelvis de “mujeres chilenas”, una propia y otra de Urzúa, quien ya había concluido que la pelvis de la mujer chilena tenía un menor tamaño exterior que las descritas en otras poblaciones (Urzúa 1930). Las medidas que se presentan como características de la *pelvis de la*

mujer chilena resultan del promedio de las medidas de estos dos sets de muestras.

Resulta muy interesante constatar que el autor reconoce que “los valores aceptados por diversos autores, de épocas y regiones diversas, acusan una notable disparidad. Este hecho revela desde luego, la existencia de variaciones raciales, y aumenta la importancia de estudios nacionales y regionales” (Avendaño 1949: 80). A lo largo de su trabajo, si bien está presente el sesgo de la clasificación *racial* (propio de la época), se reconocen los límites de los métodos y formas de clasificación de la pelvis, así como de las formas en las cuales se conducen los problemas de las distorciones óseas. Dice: “hay aquí toda una gama de actitudes impropias. Si este trabajo lograra despertar el interés por el asunto y renovar el interés por la pelvis obstétrica, habríamos cumplido con creces nuestro objetivo, y nuestros esfuerzos estarían plenamente justificados. Meditemos, pues, una vez más, sobre este problema, y después actuemos en consecuencia. Sigamos ejerciendo la Obstetricia como Arte, sin olvidarla como Ciencia” (Avendaño 1949: 135). Han pasado 66 años y quizás estemos renovando este interés, y despertando las metáforas que duermen en la ciencia.

Cuestionemos entonces la imposibilidad de existencia de una *pelvis de la mujer chilena* desde la antropología física⁸. Los trabajos recién descritos —y todas las tipologías pélvicas realizadas entre fines del siglo XIX y primera mitad del siglo XX— corresponden a una época donde primaron los estudios clasificatorios descriptivos, marcados por una visión etnocéntrica que presenta serias limitaciones para la comprensión de la diversidad humana. La conocida tipología realizada por Caldwell y Moloy (1938) se basa en estudios previos que se fundamentan en una visión racista de la variación morfológica, y que además adolece de un sesgo muestral. Los tipos pélvicos como platipeloide, antropoide, ginecoide, y androide no tienen un sustrato avalado por estudios actuales (Kurki 2007, 2011, 2013a, 2013b; Walrath 2003). Siguiendo esta idea, es importante reconocer que si bien existen diferencias fenotípicas entre poblaciones, tanto en antropología física como en genética humana moderna no se utiliza el concepto de raza, sino de *afinidad biológica*, ya que en estricto rigor las diferencias genéticas intrapoblacionales en, por ejemplo, el fenotipo negroide, son tan amplias

como las presentes comparativamente entre población negroide y caucásica (blanca) (Heatheret al. 2009). Se descarta, de esta forma, el concepto de raza para la especie humana. Además, se comprende que no existe una raza que tenga un tipo de pelvis más apta para parir, como queda en evidencia en la literatura científica más reciente.

No obstante lo anterior, en los discursos de profesionales de salud nos encontramos con la permanencia de la idea de una *pelvis de la mujer chilena* (y no es de extrañar, si todavía está presente en los textos de estudio). Ahora bien, ¿cómo sería esta pelvis? En palabras de un obstetra: “Es que la mujer chilena, es, como lo pongo, tiene una pelvis como *malona*, estrecha”. Como profecía autocumplida, las mujeres internalizan estos discursos. Una mujer nos cuenta las razones por las cuales le practicaron una cesárea: “Por mi estructura física era cero posibilidad por parto vaginal, técnicamente me dijo que yo era muy angosta, no había ninguna posibilidad, no cabía. Fue por un tema de mis huesos, porque yo eso se lo pregunté hartito, y me dijo que por mis huesos era muy complicado.”

Volvamos a la antropología física. Las particularidades de cada población humana con sus características históricas devienen en afinidades biológicas multivariadas. No se ha comprobado que exista una diferenciación morfológica cuantificable (métricamente) que permita presumir que haya un tipo específico de pelvis femenina que sea más adecuada para el parto (Kurki 2007, 2011, 2013a, 2013b). Como bien señala Walrath, tanto la noción de tipo pélvico femenino como la idea de un mecanismo de nacimiento monotípico divulgados en el discurso biomédico actual, se incorporaron en las conjeturas paleoantropológicas, generando una especie de retroalimentación discursiva que hace hincapié en lo riesgoso del parto y aboga por intervenciones clínicas (Walrath 2003).

Y para cerrar este apartado, otra cita de un médico obstetra, que apoya nuestra argumentación: “[La estrechez de la pelvis] desde el punto de vista médico no existe, la evidencia actual dice que... la mayoría de las guías internacionales demuestran que uno no debería evaluar la pelvis para decidir la vía del parto, la mejor forma de ver si la pelvis es estrecha o no es el trabajo de parto. Si efectivamente la pelvis es estrecha no va a avanzar el trabajo de

parto, y probablemente la vamos a operar porque no progresó”.

LA SALA DE PARTOS COMO SALA DE JUICIO

Ahora, pongamos a la mujer patológica y a la *pelvis chilena malona* en contexto. En el contexto de un escenario cultural que construye al parto como tremendamente riesgoso, doloroso y sufriente. Hemos creado nuestra propia mitología occidental del parto, plantea la antropóloga británica Sheila Kitzinger; el drama de este mito está en la emergencia médica, la ambulancia a toda velocidad, la batalla de un equipo médico por combatir la muerte. Hay monitores cardíacos, operaciones cesáreas, hemorragias masivas, resucitación de la mujer y del bebé. Es un drama que alimenta los temores inherentes al modelo médico de atención, que condiciona a las mujeres embarazadas a someterse a su ritual (Kitzinger 2000). Esta mitología es alimentada por la prensa, televisión, por los relatos de pares y de equipos médicos. “La gente cuenta cada historia que es terrible, que vas a sufrir tanto con el parto, es el dolor más grande de la vida. Yo no sé por qué hacen eso”, plantea una obstetra entrevistada.

Este drama se fortalece y alimenta de la violencia ejercida durante la atención de nacimientos. En mi memoria de título (Sadler 2003), describí mecanismos de desautorización y violencia simbólica ejercida sobre las mujeres, abusos del personal de salud hacia ellas y sus familias. Me referí a la homogeneización de las mujeres, como números de fichas clínicas, parturientas sin distinción; a la patologización y fragmentación de sus cuerpos; a la sexualización de las interacciones en torno a ellas; a la mujer como cuerpo-objeto contaminante de la asepsia médica (con su máxima expresión en el giro “no toque, que contamina” cuando la mujer intenta tocar a su bebé recién nacido); y a la internalización de la culpa en las mujeres como “yo no me porté bien”, “yo no hice lo que me dijeron”, “es que yo no pude controlar el dolor”. Hablé (siguiendo a Castro y Erviti 2002) de la promoción de la conformidad y la obediencia de las mujeres como conductas que se premian, de los protagonismos invertidos y del rol de las mujeres como quienes cooperan y ayudan al personal médico a hacer su trabajo, y de la descalificación y desacreditación de

los conocimientos, opiniones y emociones de las usuarias.

Hoy a todo esto se le conceptualiza como violencia obstétrica, que correspondería a “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato 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” (UNFPA 2006)⁹. La OMS habla de este fenómeno como de “falta de respeto y maltrato durante la atención del parto”. En una declaración sobre este tema del año 2014, la OMS plantea que “en todo el mundo, muchas mujeres sufren un trato irrespetuoso y ofensivo durante el parto en centros de salud, que no solo viola los derechos de las mujeres a una atención respetuosa, sino que también amenaza sus derechos a la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación. Esta declaración reclama un accionar más enérgico, diálogo, investigación y apoyo en relación con este importante problema de salud pública y de derechos humanos” (OMS 2014)¹⁰.

Quince años tras las observaciones que dieron forma a mi memoria, se siguen reproduciendo las mismas formas de maltrato. Y antes de presentar algunas de ellas, es importante mencionar que también hay buenos tratos, que hay grandes diferencias entre personas, instituciones y entre sistemas de salud. Si bien se identifican tratos abusivos en ambos sistemas de salud, en salud pública adquieren un matiz más crudo, estrechamente ligado a la posición socioeconómica de los (as) usuarios (as). En salud privada se observa un trato más amable, pero bajo el cual subyacen las mismas estrategias de disciplinamiento que en el sistema sanitario general y, como ya hemos planteado, con incluso más intervenciones médicas innecesarias (con el ejemplo más claro en que se duplican las cesáreas) que en el sistema público.

Volvamos a las formas de maltrato¹¹. La socialización en la obediencia: “Recuerdo bien que muchas personas me recomendaron que no reclamara, que no gritara, que me portara lo mejor posible para que no me trataran mal”. Si la mujer se porta mal, será castigada: “Fui violentada psicológicamente

porque me quejaba mucho”. Pero, irónicamente, la mujer también puede ser castigada aunque se porte bien: “Me trataron pésimo, aun cuando ni siquiera me quejé, para evitar que me retaran, como lo hacían con otra compañera”. La desacreditación del sufrimiento: “Estuve tres días hospitalizada [tras la muerte del bebé en el parto], una enfermera muy vulgar me dijo que dejara de llorar, que cortara el escándalo (...) solo pensaba ojalá esto fuera pesadilla”; “me dijeron que exageraba [al decir que sentía mucho dolor], una de las señoras me dejó llorando varias veces, era bastante agresiva”; “los dolores de las contracciones eran horriblos, pero yo calladita para que no me retaran”. La soledad: “Estaba sola, tomé la mano de una enfermera o matrona (el dolor me impidió ver quiénes me asistían) y me dijo que no la podía tocar”. La amenaza: “Se me acerca una enfermera diciendo que me calme y deje de llorar como loca o si no, no me iban a dejar ver ni conocer a mi bebé”. La culpa: “Me trataron de alharaca, escandalosa, floja, hasta que por mi culpa se moría mi hijo”, “Él [médico] me dijo ¿‘pero chiquilla qué hiciste’? Esa frase la tengo grabada, me echó la culpa a mí [de que bebé naciera con problemas]”. “A mi hijo lo sacaron mal (...) y me dijeron usted fue la que no supo parir”. La recriminación por el ejercicio de la sexualidad: “Las matronas decían: no te gustó andar bajándote los calzones, ya ahora aguántate no más”. La humillación: “Nunca me habían humillado tanto en mi vida como los días que estuve internada para el parto”. La pena: “Al recordar mi parto me llega una pena que me inunda”. El trauma, el ultraje: “Lloré mucho y tenía mucha rabia. Quedé traumatizada. [...] Me sentía ultrajada”. “Para mí el parto fue un trauma que me costó mucho superar”. La normalización de la violencia: “Yo me sentía morir y pensé que era normal”.

Y, la analogía más clara: la sala de juicios. “El hecho de parir en Chile y sobre todo en los hospitales públicos, es visto por la gran mayoría del personal como una práctica tan banal, como un ritual casi sanguinario, frío, brutal, sin un mínimo de respeto. Ese afán por hacernos sentir culpables e inútiles al momento del parto, ¿pero culpables de qué?, me pregunto yo. De tener temor, de estar cansadas, inseguras, inexpertas, entonces la sala de partos se convierte casi en una sala de juicio: que pase la siguiente para su condena”.

Estos testimonios son coherentes con la definición de violencia obstétrica citada anteriormente, como aquella en que el personal de salud se apropia del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, sin embargo, dicha definición sitúa la responsabilidad en el equipo médico, invisibilizando otras formas de violencia que se entrelazan para dar forma a nuestro actual modelo de atención de nacimiento. ¿Qué hay, por ejemplo, de la educación médica? El sociólogo mexicano Roberto Castro, en investigaciones similares a las nuestras, plantea que existiría un currículum oculto de la formación médica universitaria que facilitaría un ejercicio autoritario en el futuro de estos profesionales. Para explicarlo, indica que la medicina es una profesión –diferenciándola de una ocupación– en tanto tiene “la capacidad de sustraerse del juicio de los legos y de reservar para los especialistas de la propia profesión la evaluación del trabajo que se realiza” (Castro 2013: 146). En la formación médica juegan un rol fundamental los castigos y disciplinamiento corporal. Ejemplos de ello son la extensión de turnos cuando los alumnos no responden adecuadamente, la desacreditación frente a pares y pacientes, la obligación de repetir procedimientos (Castro 2014). A los (as) alumnos (as) se les enseña cuáles son los comportamientos *correctos* de las usuarias, como lo relata una mujer: “[Yo me quejaba] Ya no soportaba más el dolor, me decían que respirara, una matrona le mostraba a sus alumnas cómo no debían comportarse las pacientes”¹².

Otra dimensión del currículum oculto es el entrenamiento en la negación de las emociones, como lo plantea la psiquiatra española Ibone Olza: “El sistema sanitario tal y como está planteado es violento contra los profesionales al negar su dimensión emocional. Desde muy temprano, al inicio de los estudios de medicina o enfermería, y más aún durante el período de residencia, se silencian sistemáticamente todos los aspectos relacionados con el psiquismo y la vida emocional del profesional. Se aprende a negar los aspectos personales bajo el mito de que *lo personal no debe influir en lo profesional*” (Olza 2008: 4). Esto queda en evidencia en una cita de una joven matrona: “Es súper mal mirado, como casi que tú no puedes ser buena técnicamente e involucrarte emocionalmente con la gestante, como que no sé, si tú le tomas la mano es como: ¿pero por qué le estás tomando la mano si esa no es tu

pega? [...] Creo que existe mucho de eso [...] yo no puedo poner en mí o tener sentimientos y tengo que ser un robot, porque eso es lo que se espera de ti: que seas buena técnicamente y ya tratarla bien, pero porque es parte del paquete, pero de ahí de ir más allá, de mirarla a los ojos, de ser un poquito más persona con ellos, es como mal mirado”¹³.

En esta incuestionable formación, la aceptación de las normas es esencial y se hace parte de los aprendices a un nivel profundo. Así, tras un par de años de formación, “encontramos a muchos de estos individuos poseídos que ejecutan cada deseo de la institución porque ellos son la institución hecha hombre o mujer y que, ya sea dominados o dominantes, pueden someterse ante ella o ejercer plenamente su necesidad, sólo porque la han incorporado, son parte de un solo cuerpo con ella, al tiempo que le dan cuerpo a ella” (Bourdieu 1996: 3 en Castro 2013: 162). Asimismo, se internalizan las jerarquías que están rígidamente organizadas cual campo militar en líneas de mando. El mando superior en la atención de nacimiento lo ejercen los médicos obstetras.

Los (as) obstetras reconocen el poder de su palabra sobre las usuarias: “Tú como médico tienes un montón de poder sobre las pacientes [...] Están poniendo toda su confianza en ti, se controlan los nueve meses y si tú les dices que eso es lo mejor para ti, que tu guagüita se puede morir, se puede asfixiar, tú eres muy estrecha, te van a creer. Eso es lo trágico, que te creen. Yo he visto cosas insólitas, una paciente me dijo que se atendió por cesárea porque el doctor le dijo que él no estaba para atender partos a las tres de la mañana”.

Y no puedo dejar de mencionar otro factor relevante a la hora de hablar de violencia, que hasta ahora no hemos mencionado: la *tontería* de la mujer. Sí, así como lo lee, la *ton-te-ria*. Escuchemos la respuesta de un médico, al consultarle por las razones del elevado número de cesáreas que se practican en nuestro país: “Es un fenómeno muy complejo. Tengo una visión extremadamente crítica del asunto. El primer punto es la mala calidad de los médicos que atienden a esas mujeres, y la segunda es la tontería de la mujer, la incapacidad intelectual y cultural de distinguir lo que es buena de mala medicina, porque no tienen los elementos de juicio ni la inteligencia necesaria para discernir”. Era lo que nos faltaba para

la ecuación: ¡mujeres intelectualmente incapaces! Y como no pueden decidir entre mala y buena medicina, ellas piden cesáreas. No se trata de que la cultura en que viven las aterrorice con respecto al parto, ni que sus redes hayan vivido violencia obstétrica y busquen las estrategias para evitarla, ni menos aún que la información que se privilegia es la del riesgo asociada al nacimiento, sino, simplemente, que no pueden discernir¹⁴.

Tenemos entonces a profesionales de la salud entrenados en paradigmas sexistas y androcéntricos, en el ejercicio de la violencia obstétrica y de la desconexión emocional, en el respeto a las castas médicas, y que se han investido del poder que les corresponde según su posición. Pensemos además en las condiciones de trabajo del personal de salud, sometido a largos turnos, a grandes exigencias administrativas, a la presión de evitar malos resultados obstétricos, a la constante violencia vivida y ejercida, sin ningún tipo de apoyo ni contención emocional. Se ha planteado incluso que el personal de salud expuesto a la violencia en la atención de partos puede sufrir estrés traumático secundario, definido como la exposición secundaria a estresores traumáticos extremos similares a los vividos por las pacientes que tienen la exposición primaria (Beck y Gable 2012).

Nombro nuevamente a Anita Román, presidenta del Colegio de Matronas, quien en una entrevista del 2014 declaró: “Me parece injusto que se diga que nosotras [las matronas] somos las culpables de la violencia obstétrica cuando el gran culpable es el Estado de Chile” (Campos 2014). ¿El Estado? Volvamos a Foucault. “El poder no es solo, ni principalmente, la fuerza represiva que emana del Estado y que le permite a éste preservar el *statu quo*, sino que es ante todo una fuerza creativa presente en todas las esferas de la vida social, más allá de los aparatos del Estado, que produce cosas, induce placer, forma conocimiento, produce discursos; y es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir” (Foucault 1979: 182). Es decir, a nivel de las interacciones microsociales es posible rastrear relaciones de poder que resultan fundamentales por el papel que juegan en la producción y reproducción de las relaciones de dominación” (Castro 2014: 172). Podemos responsabilizar a instituciones en diversos

niveles de la violencia obstétrica, pero las personas somos quienes la ejercemos y permitimos.

DE SALVAJES Y CIVILIZADAS

De Certeau (1993) nos habla de los tránsitos entre los mundos del por allá/del otro/del error/de la exterioridad/de la ida, también llamado el mundo salvaje, y del por acá/del mismo/de la verdad/de la interioridad/del regreso, en un esquema donde cada mundo representa la mitad de un círculo. El etnógrafo viaja desde el acá hacia el allá, para luego regresar. En la sociedad imaginada por Huxley, en el allá viven los salvajes que nacen de forma natural, y en el acá quienes nacen de probetas. En nuestro Chile contemporáneo, esto se complejiza. Para de Certeau, al girar en 90° el *por allá* hacia el *por acá*, *el otro* ya no coincide con la alteridad y se superpone a *el mismo*. Es así como “una parte del mundo que aparecía totalmente como *otro* es traída al *mismo* por efecto del desfasamiento que hace salir de su carril a lo extraño para formar una *exterioridad* detrás de la cual es posible reconocer una *interioridad*” (De Certeau 1993: 216).

En esta dinámica de superposición, para algunos el extrañamiento se mantiene situado en el salvajismo clásico –de aquellas sociedades con bajo desarrollo tecnológico, más cercanas al reino de la naturaleza– y se representa en las mujeres y familias que buscan partos naturales: “Si alguna mujer piensa que refuerza su “poder femenino” pariendo de manera brutal, que le pregunte a una mujer feminista con dos dedos de frente si ésta es una vía válida de empoderamiento. Si quieres saber mi opinión, esta tendencia de parto humanizado no es más que una especie de neo-sexismo”¹⁵.

Para otros (me incluyo), el extrañamiento se sitúa en la civilización descrita por los evolucionistas como la conquista de lo salvaje y lo natural, por la tecnología y la razón, y se representa en aquellas mujeres y familias que buscan partos en los que *no se sienta nada*: “no sientes dolor en la cesárea, no sientes nada, uno no siente nada, nada, nada, nada, te hacen el tajo, te sacan la guagua, y eso fue todo, eso”.

En los debates sobre el tema, el problema se reduce habitualmente a dos polos: parto natural/ sin asistencia médica/pachamámico/ fuera de

instituciones médicas/doloroso/riesgoso versus parto intervenido/con asistencia médica/tecnológico/en instituciones médicas/indoloro/seguro: “si usted quiere *hacerlo en forma natural*, aténgase a los riesgos que conlleva, mire el National Geographic y vea como una gran parte de los animalitos que tienen a sus crías en la naturaleza mueren o tienen complicaciones severas. No se puede pedir todo en la vida, tener un parto *románticamente natural y sin riesgos* [...] Me parece irresponsable el proponer que las mujeres vayan a parir libres por los campos y en forma natural. Si usted quiere parir como los humanos antiguos en la naturaleza entonces hágase responsable de que se arriesga a las mismas tasas de mortalidad de dichos humanos primitivos”¹⁶.

Y no queda, o queda muy poco espacio para discutir la posibilidad contemporánea de tener partos seguros y respetados, con las características que las mujeres y sus familias decidan como su ideal. Mis dos hijas nacieron en partos *románticamente naturales*. Buscamos equipos de atención que nos escucharan (y pudimos hacerlo al pagar atención en salud privada), ambas nacieron en clínicas privadas, sin intervenciones médicas, en un ambiente de profundo respeto. Fuimos protagonistas. No cargo con cicatrices de episiotomías ni de cesáreas innecesarias, ni yo ni mi pareja ni mis hijas cargamos con traumas de maltrato. No me considero salvaje en los términos peyorativos en que el concepto se usa en el reino de la medicina tecnocrática. Sí me considero salvaje por desafiar al orden hegemónico, por querer sentir mi cuerpo y mis emociones, por exigir que no me separaran de mis hijas recién nacidas, por llevarlas piel a piel y amamentarlas por meses y años. Eso no me hace mejor ni peor madre, mejor ni peor mujer (para quienes digan que todo esto es una forma de neo-sexismo). Simplemente me hace sentido, me hace feliz. Ese es mi Mundo Feliz.

Todos (as) nacimos, y las generaciones que vienen lo van a seguir haciendo. ¿Por el bien de qué? ¿Por el bien de quiénes?

Agradecimientos: Agradezco al equipo de investigación del proyecto FONIS SAI3I20259 “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea”, por el trabajo de construcción conjunta de muchas de las ideas desarrolladas: a los (as) co-investigadores (as) Gonzalo Leiva, Patricia Núñez, Pilar Plana, a la tesista Magdalena Rivera, las practicantes Mariana

Sáez, Josefina Schorr y Antonia Perelló. Especial agradecimiento a Florencia Vergara, quien también realizó la práctica profesional en dicho proyecto, por su ayuda en la construcción de este texto. A Pascale Pagola, a Nuria Vives, a toda la red de investigadores (as) y activistas del parto respetado, cuyo trabajo me inspira. A Ibone Olza por conversaciones que me han iluminado y por invitarme a una nueva y desafiante aventura en los territorios del nacimiento. Agradezco a todas las personas que han compartido sus experiencias conmigo, especialmente a quienes dan su testimonio en este texto.

NOTAS

- ¹ Incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino, que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, cuya finalidad es la de ampliar el canal blando para abreviar el parto y apresurar la salida del feto. Se realiza con tijeras o bisturí, y requiere sutura. La episiotomía como técnica preventiva para evitar desgarros está contraindicada por la Organización Mundial de la Salud, y sin embargo en nuestro país se realiza de forma rutinaria.
- ² Principalmente del proyecto FONIS (Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud) SAI3I20259
- ³ Si bien describo en este texto la atención de nacimiento que es hegemónica en el país, es importante mencionar que han habido y hay experiencias de atención de nacimiento respetado. En Sadler (2009) se describen experiencias de cuatro regiones del país hasta esa fecha. Además de experiencias de parto respetado en instituciones de salud, está creciendo la atención de parto en casa en el país. En estos contextos, se dan características de atención muy diferentes a las descritas en este escrito.
- ⁴ Bases de datos de acceso público del Ministerio de Salud de Chile, disponibles en http://intradeis.minsal.cl/reportesremesas/2012/partos_abortos/partos_abortos.aspx (recuperado el 30 de abril de 2015).
- ⁵ Información elaborada en el marco del proyecto FONIS SAI3I20259, a partir de informes REM solicitados vía Ley de Transparencia al Ministerio de Salud, y de bases de datos de acceso público disponibles en <http://www.deis.cl>. El tránsito de salud pública a privada se debe en parte a la creciente utilización del bono PAD parto, por el cual por un valor de aproximadamente \$240.000 pesos chilenos, las mujeres gestantes de FONASA (Fondo Nacional de Salud) de bajo riesgo obstétrico pueden acceder a la atención del parto en la modalidad privada (tanto en hospitales como en clínicas adheridas). Entre las razones para utilizar este bono se destaca la percepción de una mejor atención y mejores tratos hacia las mujeres en el sector privado.
- ⁶ Las citas de entrevistas a médicos, matronas y usuarias de este capítulo se obtienen del proyecto FONIS SAI3I20259 (2014-2015), a excepción de citas donde se explicita que provienen de otras fuentes.
- ⁷ Se trata de la tesis del Dr. Onofre Avendaño para optar al título de Profesor Extraordinario de Clínica Obstétrica de la

Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Chile.

- ⁸ Los aportes a este texto desde la antropología física son el resultado de la práctica profesional de antropología física de la carrera de Antropología (Universidad de Chile) de Mariana Sáez Latorre, titulada “El dilema obstétrico en la evolución humana desde la perspectiva paleoantropológica”, realizada durante el año 2014 en el marco del proyecto FONIS SA13I20259.
- ⁹ Venezuela es el primer país que integra el concepto de violencia obstétrica en sus leyes, siendo una de las formas de violencia hacia la mujer identificada en la Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, promulgada en el año 2006. En Argentina el concepto se incorpora en la Ley Nacional de Protección Integral de las Mujeres del año 2009.
- ¹⁰ En Chile, a fines del año 2014, un grupo de parlamentarias (os) presentó un Proyecto de Ley sobre Violencia Obstétrica, y un grupo de profesionales vinculados a la humanización del nacimiento creó el Observatorio de Violencia Obstétrica. Las redes de nuestro país se han ido poblando de discusiones y testimonios sobre este tipo de violencia, cada vez más visible.
- ¹¹ Comentarios on-line al artículo de prensa “Violencia Obstétrica: la herida invisible del parto” (Viñals 2014), que fue publicado en el diario de la Universidad de Chile en el mes de octubre de 2014. Utilizamos testimonios de este artículo pues generó cientos de comentarios y de reacciones en redes sociales, tanto de usuarias (os) como de profesionales de la salud. Las categorías de “malos tratos” que se analizan son consistentes con los testimonios recogidos en nuestro estudio FONIS SA13I20259 (2014-2015) y por el Observatorio de Violencia Obstétrica recientemente creado en nuestro país.
- ¹² Comentario on-line al artículo de Viñals (2014).
- ¹³ Cita extraída de una entrevista grupal realizada a matronas en el contexto de la práctica profesional de la carrera de psicología (Universidad Diego Portales) de Fernanda Cordero, realizada durante el año 2015 en el marco del proyecto FONIS SA13I20259.
- ¹⁴ Para una discusión de la cesárea a petición de la mujer en nuestro país, ver Sadler y Leiva (2015b).
- ¹⁵ Comentario on-line de una mujer al artículo de Viñals (2014).
- ¹⁶ Comentario on-line de un profesional de salud al artículo de Viñals (2014).

BIBLIOGRAFÍA

- Avendaño, O.** 1949. *La pelvis de la mujer. Estudio morfológico y clínico*. Tesis para optar al título de Profesor Extraordinario de Clínica Obstétrica de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas, Universidad de Chile, Santiago.
- Avendaño, O. y L. Mayorga.** 1985. “La pelvis obstétrica”. En *Obstetricia*, editado por A. Pérez Sánchez y E. Donoso. Pp. 286-295. Mediterráneo, Santiago.
- Beck, C. y R. Gable.** 2012. “A mixed methods study of secondary traumatic stress in labor and delivery nurses”. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 00: 1-14.

Binfa, L. Pantoja, J. Ortiz, M. Gurovich y G. Cavada. 2013. “Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Santiago, Chile”. *Midwifery* (29): 1151-1157.

Bourdieu, P. 1996. *The State Nobility*. Stanford University Press, Standford

Calais-Germain, B. y N. Vives.[2009] 2013. *Parir en Movimiento. Las Movilidades de la Pelvis en el Parto (2da edición)*. Editorial La liebre de Marzo, Barcelona.

Caldwell W. y H. Moley. 1938. “Anatomic variations in the female pelvis: Their classification and obstetrical significance”. *Journal of the Royal Society of Medicine, Section of Obstetrics and Gynaecology* 32(1): 1-30.

Campos, P. 2014. “La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado”, entrevista a Anita Román, Presidenta del Colegio de matronas y matrones de Chile. Diario Universidad de Chile. Recuperado el 30 de Abril de 2015 en <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existe-pero-la-ejerce-el-estado>

Castro, R. 2013. “Indicios y probanzas de un habitus médico autoritario. El caso de las recomendaciones de las comisiones de derechos humanos en el campo de la salud reproductiva”. En *Visible en todas partes. Estudios sobre violencia contra mujeres en múltiples ámbitos*, editado por M.C. Agoff, I. Casique y R. Castro, Pp. 145-165. Miguel Ángel Porrúa y CRIM-UNAM, México.

----- 2014. “Génesis y práctica del habitus médico autoritario en México”. *Revista Mexicana de Sociología* 76 (2): 167-197.

Castro, R. y J. Erviti. 2002. “La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio”. En *Hacia una política de salud con enfoque de género*, editado por B. Rico, M.P. López y G. Espinoza, Pp. 245-263. SSA-UNIFEM, México.

Davis-Floyd, R. 2001. “The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth”. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 75: 5-23.

----- 2004. *Birth as an American Rite of Passage, 2nd edition*. University of California Press, Berkeley. Recuperado en 30 de abril de 2015 en <http://www.jstor.org/stable/10.1525/j.ctt1pndwn>

De Certeau, M. 1993. *La Escritura de la Historia*. Universidad Iberoamericana, México.

Ehrenreich, B. y D. English. 1988. *Brujas, Comadronas y Hechiceras. Historia de las Sanadoras*. La Sal, Ediciones de Les Dones, Barcelona.

Foucault, M. 1979. *Microfísica del Poder*. La Piqueta, Madrid.

Foucault, M. 1998. *Historia de la Sexualidad. Vol. I. Siglo XXI Editores, Madrid*.

Gupta J.K., G.J. Hofmeyr y R. Smyth. 2007. *Position in the Second Stage of Labour for Women without Epidural Anaesthesia (Review)*. The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons.

Heather J.H., Edgar H. y K. Hunley. 2009. “Race reconciled: how biological anthropologists view human variation”. *American Journal of Physical Anthropology* 139(1): 1-4

Huxley, A. 1932. *Un Mundo Feliz*. De Bolsillo, Barcelona.

- Kitzinger, S.** 2000. *Rediscovering Birth*. Simon and Schuster, Nueva York.
- Kurki H.** 2007. "Protection of obstetric dimensions in a small-bodied human sample". *American Journal of Physical Anthropology* 133:1152-1165.
- 2011. "Pelvic dimorphism in relation to body size and body size dimorphism in humans". *Journal of Human Evolution* 61: 631-643.
- 2013a. "Bony pelvic canal size and shape in relation to body proportionality in humans". *American Journal of Physical Anthropology* 151: 88-101.
- 2013b. "Skeletal variability in the pelvis and limb skeleton of humans: does stabilizing selection limit female pelvic variation?" *American Journal of Physical Anthropology* 25: 795-802.
- Marcus, G.** 2001. "Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal". *Alteridades* 11 (22): 111-127.
- 2007. "El o los fines de la etnografía: del desorden de lo experimental al desorden de lo barroco". *Revista de Antropología Social* 17: 27-48.
- Martin, E.** 1987. *The Woman in the Body*. Beacon Press, Boston.
- 1991. "The egg and the sperm: how science has constructed a romance based on stereotypical male-female roles". *Signs* 16 (3): 485-501.
- OCDE, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.** 2015. *Health at a Glance 2015: OECD Indicators*. Recuperado en 20 de diciembre de 2015 en <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1453399426&id=id&accname=guest&checksum=A9C9A718D899F18C236B5490CDF1DB24>
- Odent, M.** 2005. *Nacimiento Renacido*. Editorial Crea Vida, Buenos Aires.
- Olza Fernández, I.** 2008. "¿Humanizar el parto? Una reflexión sobre la violencia sanitaria". En *Maternidad y ciclo vital de la mujer*, editora M. J. Blázquez García, Pp. 113-120. Prensas Universitarias de Zaragoza, Zaragoza.
- OMS, Organización Mundial de la Salud.** 1985. *Appropriate Technology for Birth*. *Lancet*. 1985;2: 436-437.
- 2011. *Estadísticas Sanitarias Mundiales*. Ediciones de la OMS. Recuperado el 30 de abril en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2011/es/
- 2014. *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Recuperado el 30 de abril en http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- 2015. *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Recuperado en 30 de abril de 2015 en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?ua=1
- Paciornik, M.** 1998. *Parto en Cucullas*. Dunken, Buenos Aires.
- Pérez Sánchez, A. y E. Donoso.** 2011. *Obstetricia*. Editorial Mediterráneo, Santiago.
- Sadler, M.** 2003. *Así me nacieron a mi hija. Aportes Antropológicos para el Análisis de la Atención Biomédica del Parto Hospitalario*. Memoria para optar al Título de Antropóloga Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago.
- 2009. *Re-Visión del Parto Personalizado: herramientas y experiencias en Chile*. Resultado de Proyecto FONIS SA06120034, Santiago de Chile. Recuperado el 15 de abril de 2015 en <http://www.crececontigo.cl/wp-content/uploads/2010/04/FONIS.pdf>
- Sadler M. y G. Leiva.** 2015a. *Cesáreas en Chile (V): El negocio del nacimiento*. Columna de opinión, CIPER Chile, 28 de julio. Recuperado el 30 de julio de 2015 en <http://ciperchile.cl/2015/07/27/cesareas-en-chile-v-el-negocio-del-nacimiento/>
- 2015b. *Cesáreas en Chile (I): ¿Es efectivo que las mujeres chilenas prefieren la cesárea al parto vaginal?* Columna de opinión, CIPER Chile, 13 de marzo. Recuperado el 15 de abril de 2015 en <http://ciperchile.cl/2015/03/13/cesareas-en-chile-i-es-efectivo-que-las-mujeres-chilenas-prefieren-la-cesarea-al-parto-vaginal/>
- Sánchez, D.** 1999. "Mujer hasta la tumba. Discurso médico y género. Una aproximación desde el análisis crítico del discurso en un texto didáctico de ginecología". *Revista Iberoamericana de Discurso y Sociedad* 2 (2): 61-84.
- UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas).** 2006. *Ley Orgánica sobre el Derecho de las Mujeres a una vida sin violencia*. Recuperado en 30 de Abril de 2015 en http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf
- Urzúa, O.** 1930. Estudio pelvimétrico de 898 mujeres chilenas. Tesis de Médico-Cirujano. Santiago.
- Viñals, V.** 2014. *Violencia Obstétrica: la herida invisible*. Diario Universidad de Chile. Recuperado en 30 de Abril de 2015 en <http://radio.uchile.cl/2014/10/06/violencia-obstetrica-la-herida-invisible-del-parto>
- Walrath D.** 2003. "Rethinking pelvic typologies and the human birth mechanism". *Current Anthropology* 44:5-31.