



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

ESCUELA DE DOCTORADO MULTIDISCIPLINAR DE LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ESTUDIOS INTERDISCIPLINARES DE GÉNERO

TESIS DOCTORAL

Salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Nicaragua: sistema de género y cuidados en clave interseccional en la vivencia del embarazo, parto o cesárea, y postparto durante el periodo 2015-2018

Sexual and reproductive health and rights of women in Nicaragua: gender and care system from an intersectionality approach in the experience of pregnancy, childbirth or cesarean section, and postpartum during the period 2015-2018.

Autora: María Augusta Rodrigues Ribeiro

Directora: Dra. Amparo Moreno Hernández

Madrid, marzo del 2022

RESUMEN

La mortalidad materna se distribuye de forma desigual en Nicaragua, afectando posiblemente en mayor medida a pueblos afrodescendientes y originarios. En base a los datos más recientes, en las instituciones de salud se producen tres de cada cuatro muertes maternas (2019-2020), una de cada dos mujeres experimenta morbilidad durante su primer parto y una de cada cuatro complicaciones potencialmente fatales para la vida (2010-2011). Dentro de las limitaciones del sistema de salud propias al nivel de desarrollo del país, los déficits en la calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales, comunitarios y familiares durante el embarazo, parto o cesárea, y postparto (epcp) podrían explicar una parte significativa de la morbimortalidad materna.

En este marco, la presente tesis por compendio de publicaciones se fija como objetivo identificar para Nicaragua cómo los determinantes estructurales de género, raza y clase social están limitando el acceso de las mujeres y criaturas a cuidados de calidad durante el epcp. Como objetivos específicos, plantea (OE1) valorar la calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales durante el parto, (OE2) determinar cómo el sistema de género impacta en la configuración y operativa del sistema de cuidados y el modelo de atención durante el epcp, y (OE3) identificar cómo la intersección de las opresiones impacta sobre la calidad de la atención y cuidados.

Se desarrolló una investigación de tipo exploratorio tomando las experiencias de parto y cesárea de las mujeres en el país como objeto de estudio. Se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos mediante un cuestionario en el que participaron 24 mujeres. Además, se llevó a cabo un análisis interdisciplinario de la episiotomía como práctica integrada en el modelo de atención durante el parto prevalente a nivel mundial, la que fue seleccionada por practicarse sin sostén de la *Medicina Basada en Evidencia* y por sus impactos. Para ello, se aplicó un análisis bibliográfico sobre 116 documentos en base a los términos: «episiotomía», «Mutilación genital femenina», «género», «raza», «poder», «paradigma tecnocrático», «modelo biomédico», «parto», «patriarcado», «colonialidad», «dispositivo», «biopoder» y «biopolítica». Finalmente, la respuesta del sistema de género y del sistema de cuidados a las necesidades de las mujeres y criaturas durante el epcp en el país fue analizada durante el curso de la epidemia del zika, aplicando un análisis crítico feminista sobre los discursos contruidos por actores públicos y privados de peso en la arena política nacional. Este análisis se aplicó sobre 30 productos comunicacionales.

Los resultados señalan que la calidad de los cuidados profesionales a las mujeres y criaturas durante el parto en Nicaragua presenta deficiencias, mostrando *intervencionismo obstétrico*, *violencia obstétrica* y prácticas sin consentimiento, generando impactos sobre la salud física y psicológica de las mujeres y sobre la construcción social del *género*. Ante la crisis del zika, el sistema de género se fortaleció, reforzando la violencia de género en el campo simbólico, así como la violencia estructural y la desigualdad social en el sistema de cuidados y, por tanto, para el conjunto de las macroestructuras sociales. Dentro del paradigma tecnocrático de atención, la tesis sostiene que la episiotomía se practica como una mutilación genital femenina que refuerza la *colonialidad* y la construcción social del *género*, la *raza* y la *clase social*. En conjunto, los hallazgos indican que la desigualdad en salud y derechos sexuales y reproductivos en Nicaragua se nutre de la adscripción de este campo a la esfera de lo *privado*, lo que faculta y exacerba la discriminación sexista, racista y clasista sobre las mujeres que caen fuera de la categoría de la *blanquitud*. En tal caso, desintegrar la política sexual y reproductiva que a efectos pragmáticos se observa desplegada a nivel mundial —centrada en el *hacer vivir* a ciertas mujeres y criaturas y *dejar morir* a otras— y dotar esta problemática del estatus de problema público requieren situar como prioridad desarticular el sistema de género.

PALABRAS CLAVE

Violencia; estereotipo sexual; rol sexual; discriminación sexual; derechos humanos; derechos reproductivos; condición de la mujer; reproducción humana; desigualdad social; salud; sector público; política gubernamental; imperialismo; epidemia; discriminación étnica; economía.

A quienes nos han dejado durante estos años.

A mi abuela, en especial.

Agradecimientos

A mi niña Sofía y mi niño Gael, por sus siempre sorprendentes enseñanzas, su gran paciencia y su espíritu infantil, indoblegable.

A mi compañero, por su constante apoyo y por aprender conmigo.

A mi madre, por su ejemplo de vida y su sostén a este proyecto.

A Mirtha y a mis cuñados, por su apoyo y disponibilidad.

A mis amigas y a las muchas mujeres que compartieron sus experiencias de parto conmigo, por su generosidad, sus reflexiones y esperanzas. Por sus aportes a esta tesis y por compartir mi empeño.

A todas las personas que leyeron mi trabajo durante estos años y lo mejoraron con sus aportes y críticas.

Al pueblo nicaragüense, por su acogimiento, sus enseñanzas y su ejemplo de lucha y resistencia.

A las mujeres valientes que nos legaron la resistencia y la utopía.

A las que nos preceden, por abrir el camino que hoy estamos recorriendo.

Nota para las lectoras y lectores de esta tesis:
con el ánimo de poner en relevancia el papel de
las mujeres en el avance de la ciencia, decidí
hacer uso expreso del nombre de autoría en
las primeras citas narrativas realizadas para
cada autora y autor.

ÍNDICE

RESUMEN.....	7
PALABRAS CLAVE	8
ABSTRACT.....	9
KEY WORDS.....	10
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	11
INTRODUCCIÓN.....	13
Sobre la tesista, la tesis y su contexto.....	13
Estructura del informe	17
CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP.....	21
1.1 Punto de arranque: el fracaso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud sexual y reproductiva	21
1.2 Problemáticas en salud y derechos sexuales y reproductivos en el nuevo milenio....	24
1.2.1 Mortalidad materna como resultado de crecientes desigualdades en salud y derechos sexuales y reproductivos	24
1.2.2 Morbilidad materna generalizada y dispar entre regiones	27
1.2.3 Desigualdad en la práctica de cesáreas: subutilización y sobreutilización según nivel de ingresos, región e itinerario de asistencia	30
1.2.4 Por qué nos ha de preocupar la sobreutilización de cesáreas: sus impactos sobre la salud de las mujeres operadas	34
1.2.5 Sobre los riesgos de nacer por la vagina: estado fetal, fases del parto y cardiografías	37
1.2.6 Sobre los riesgos de nacer por cesárea, ¿o cómo nos afecta la privación del parto?.....	42
1.3 La <i>violencia obstétrica</i>	44
1.3.1 Análisis del concepto.....	44
1.3.2 Antecedentes históricos y contienda epistémica por un concepto.....	50
1.3.3 Prevalencia y desigualdad en las prácticas de violencia obstétrica en los sistemas de salud estratificados de América Latina	54
CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA	59
2.1 Morbilidad y mortalidad materna	59
2.2 Las limitaciones de la Razón de Mortalidad Materna como indicador de impacto de las políticas: el caso de Nicaragua durante el periodo 1990-2015	64

2.3	Sobre la cobertura del parto institucionalizado, los partos domiciliarios y la VO.....	67
2.4	Factores causales no clínicos de la sobreutilización de cesáreas en Nicaragua: lectura a la luz de la lente feminista	71
2.5	Desigualdades en base al <i>género</i> , la <i>raza</i> y la <i>clase</i> en intersección.....	77
CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP.....		83
3.1	El modelo de transición obstétrica	83
3.2	Modelos propuestos para el análisis de la mortalidad materna y la sobreutilización de cesáreas	86
3.3	El modelo Donabedian de calidad de la atención a la salud	90
3.4	Modelos de análisis de los determinantes sociales de la salud	92
CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP.....		95
4.1	Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: lecciones aprendidas.....	95
4.2	Barreras para cuidar bien a las mujeres durante el epcp dentro del modelo biomédico de salud y desde el paradigma tecnocrático de atención	97
4.2.1	Sobre la <i>Medicina Basada en Evidencia</i>	97
4.2.2	<i>Intervencionismo obstétrico</i>	102
4.3	Sobre la política sexual y reproductiva desde sus efectos prácticos.....	105
4.3.1	Antecedentes históricos de la política sexual y reproductiva	105
4.3.2	Claves para el análisis de la política sexual y reproductiva en Mesoamérica ...	111
4.4	La mortalidad materna como un fenómeno social evitable y a evitar: la perspectiva de los derechos humanos.....	116
4.5	El abordaje de lo social en el modelo médico: la perspectiva biopsicosocial en la reducción de la desigualdad en salud.....	122
4.6	Oportunidades, riesgos y barreras epistemológicas para el análisis de las problemáticas de salud en el epcp: desarrollos recientes de la biomedicina a la luz de la lente feminista.....	126
4.7	La <i>humanización</i> de la atención y los cuidados durante el epcp y la cuestión de lo <i>natural</i>	130
4.8	Aportes feministas y de la economía de los cuidados para <i>humanizar</i> la atención y los cuidados durante el epcp	136
4.8.1	El impacto de la división sexual del trabajo sobre la calidad de los cuidados...	136
4.8.2	Cuidados, <i>necesidades</i> y vida	139
4.8.3	La necesaria gestión económica feminista de la atención y los cuidados durante el epcp	142

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS COMPENDIADOS	149
5.1 Delimitación del problema de investigación y prioridades de investigación identificadas.....	149
5.2 Objetivos de la tesis.....	150
5.3 Presentación de los trabajos compendiados	151
5.4 Integración de los resultados de investigación en el cuerpo de conocimiento actual	155
CAPÍTULO 6. COPIA COMPLETA DE LOS ARTÍCULOS	161
6.1 Referencias completas.....	161
6.2 Artículo I: <i>Análisis Exploratorio de los Cuidados al Parto en Nicaragua desde el Marco de los Derechos Sexual y Reproductivos</i>	162
6.3 Artículo II: <i>Respuesta a la Crisis del Zika en Nicaragua: Análisis Crítico Feminista</i> ...	191
6.4 Artículo III: <i>La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de «mutilación genital femenina»</i>	219
CAPÍTULO 7. RESUMEN GLOBAL	231
7.1 Conclusiones	231
7.2 Aportaciones de la tesis.....	237
7.3 Limitaciones de investigación	240
7.4 Propuesta de líneas de investigación a priorizar en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos	243
7.5 Recomendaciones de política pública para Nicaragua	247
BIBLIOGRAFÍA	251
ANEXOS	291
Anexo A. Hallazgos de la observación participante sobre violencia obstétrica en la atención durante el epcp.....	291
Anexo B. Instrumento de recogida de información empleado en Rodrigues Ribeiro (2018)	294
Anexo C. Indicadores socioeconómicos claves en salud para los países centroamericanos.	295
Anexo D. Estudios centrados en la atención y cuidados a mujeres durante el epcp en Nicaragua en base a datos recogidos a partir del 2010.....	298
Anexo E. Relación de los hallazgos de VO en Rodrigues Ribeiro (2018) con estudios previos basados en las experiencias de las mujeres en Nicaragua y publicados a partir del 2010 ...	301
Anexo F. Síntesis de los impactos de las cesáreas innecesarias sobre la salud de las mujeres y las criaturas.....	303
Anexo G. Tendencias mundiales en mortalidad y morbilidad materna y perinatal, 1990-actualidad	304
Anexo H. Tendencias mundiales en la práctica de cesáreas	305

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna mundial por región, 2015 y 2017	23
Gráfico 2. Práctica intrainstitucional de cesáreas como proporción de los nacimientos de criaturas nacidas vivas en relación a los nacimientos ocurridos dentro de las instituciones, por país, 2015	33
Gráfico 3. Tasa de cesáreas por régimen de atención, Nicaragua, 2006-2020	60
Gráfico 4. Razón de Mortalidad Materna, Nicaragua, 2007-2018.....	61
Gráfico 5. Mortalidad materna según causa, Nicaragua, 2017-2018	62
Gráfico 6. Muertes maternas por lugar de ocurrencia y por subregión, Nicaragua, 2017-2018 ...	64
Gráfico 7. Razón de Mortalidad Materna en base a distintas fuentes, Nicaragua, 1990-2015.....	65
Gráfico 8. Cobertura del parto institucionalizado, Nicaragua, 2001, 2006/07 y 2011/12	67
Gráfico 9. Transición obstétrica en países seleccionados	84
Gráfico 10. Tasas de mortalidad materna para poblaciones subalternizadas y poblaciones dominantes en PIMB seleccionados, distintos años	116
Gráfico 11. Ingreso Nacional Bruto per cápita (\$US internacionales constantes 2017), países del Istmo Centroamericano, 2010-2019	295
Gráfico 12. Índice de Gini, países del Istmo Centroamericano, 2000-2018	295
Gráfico 13. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, países del Istmo Centroamericano, 2000-2014	296
Gráfico 14. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, países del Istmo Centroamericano, 2000-2018	296
Gráfico 15. Gasto de bolsillo en salud como % del gasto corriente total en salud, países del Istmo Centroamericano, 2010-2018	297
Mapa 1. Mortalidad materna promedio por departamento, Nicaragua, 2017-2018.....	63
Mapa 2. Porcentaje de partos domiciliarios sobre partos totales por departamento, Nicaragua, 2006-2012.....	68
Mapa 3. Densidad vial por departamento en km/Km2, Nicaragua, 2018	115
Cuadro 1. Etapas del Modelo de Transición Obstétrica.....	85
Cuadro 2. Modelo Fathalla para analizar la mortalidad materna a través de estudios de caso. 87	
Cuadro 3. Polisemia en el concepto de <i>humanización</i> según Diniz (2005).....	133
Cuadro 4. Atributos, fundamentos y elementos presentes en la atención <i>humanizada</i> durante el parto.....	134
Cuadro 5. Categorías de violencias que merman la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp en Nicaragua y sus impactos.....	157
Tabla 1. Complicaciones potencialmente amenazantes, resultados maternos adversos severos, <i>near miss</i> , muertes maternas e índice de mortalidad a nivel intrahospitalaria, países seleccionados de América Latina situados en la III etapa de transición obstétrica, 2010-2011.....	29
Tabla 2. Tasa poblacional de cesáreas y contribución de la institucionalización del parto y de la práctica intrainstitucional de la cesárea a la tasa, por región, 2000-2015	32
Tabla 3. Mediana en la práctica de la cesárea y su intervalo de confianza por quintil de ingreso, PIMB, 2015.....	34

Tabla 4. RMM reportada y estimada y variables relacionadas, países del Istmo Centroamericano, 2015	66
Tabla 5. Tiempo promedio (número de horas por día) dedicado al trabajo remunerado y no remunerado, según sexo	79
Tabla 6. Indicadores de salud y derechos sexuales y reproductivos por quintiles de ingreso, Nicaragua, 2011/2012	80
Tabla 7. Eventos clave para la conformación del paradigma tecnocrático de atención durante el epcp y su introducción en Centroamérica	108
Tabla 8. Relación sintética de las publicaciones: estrategia metodológica, marcos teóricos, muestra y sus características	152
Figura 1. Modelo conceptual de factores relacionados con la práctica de cesáreas por distocia en mujeres nulíparas sanas	88
Figura 2. Factores explicativos, clínicos y no clínicos, de la sobreutilización de las cesáreas	89
Figura 3. Marco de calidad de la atención a la salud materna y neonatal de la OMS	91
Figura 4. Modelo de determinantes sociales de salud	92
Figura 5. Determinantes sociales de la mortalidad materna	94
Ilustración 1. Modelo de análisis del problema de investigación.....	151
Ilustración 2. Relación entre objetivos de la tesis y publicaciones.....	155

RESUMEN

La mortalidad materna se distribuye de forma desigual en Nicaragua, afectando posiblemente en mayor medida a pueblos afrodescendientes y originarios. En base a los datos más recientes, en las instituciones de salud se producen tres de cada cuatro muertes maternas (2019-2020), una de cada dos mujeres experimenta morbilidad durante su primer parto y una de cada cuatro complicaciones potencialmente fatales para la vida (2010-2011). Dentro de las limitaciones del sistema de salud propias al nivel de desarrollo del país, los déficits en la calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales, comunitarios y familiares durante el embarazo, parto o cesárea, y postparto (epcp) podrían explicar una parte significativa de la morbimortalidad materna.

En este marco, la presente tesis por compendio de publicaciones se fija como objetivo identificar para Nicaragua cómo los determinantes estructurales de género, raza y clase social están limitando el acceso de las mujeres y criaturas a cuidados de calidad durante el epcp. Como objetivos específicos, plantea (OE1) valorar la calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales durante el parto, (OE2) determinar cómo el sistema de género impacta en la configuración y operativa del sistema de cuidados y el modelo de atención durante el epcp, y (OE3) identificar cómo la intersección de las opresiones impacta sobre la calidad de la atención y cuidados.

Se desarrolló una investigación de tipo exploratorio tomando las experiencias de parto y cesárea de las mujeres en el país como objeto de estudio. Se obtuvieron datos cuantitativos y cualitativos mediante un cuestionario en el que participaron 24 mujeres. Además, se llevó a cabo un análisis interdisciplinario de la episiotomía como práctica integrada en el modelo de atención durante el parto prevalente a nivel mundial, la que fue seleccionada por practicarse sin sostén de la *Medicina Basada en Evidencia* y por sus impactos. Para ello, se aplicó un análisis bibliográfico sobre 116 documentos en base a los términos: «episiotomía», «Mutilación genital femenina», «género», «raza», «poder», «paradigma tecnocrático», «modelo biomédico», «parto», «patriarcado», «colonialidad», «dispositivo», «biopoder» y «biopolítica». Finalmente, la respuesta del sistema de género y del sistema de cuidados a las necesidades de las mujeres y criaturas durante el epcp en el país fue analizada durante el curso de la epidemia del zika, aplicando un análisis crítico feminista sobre los discursos construidos por actores públicos y privados de peso en la arena política nacional. Este análisis se aplicó sobre 30 productos comunicacionales.

Los resultados señalan que la calidad de los cuidados profesionales a las mujeres y criaturas durante el parto en Nicaragua presenta deficiencias, mostrando *intervencionismo obstétrico*, *violencia obstétrica* y prácticas sin consentimiento, generando impactos sobre la salud física y psicológica de las mujeres y sobre la construcción social del *género*. Ante la crisis del zika, el sistema de género se fortaleció, reforzando la violencia de género en el campo simbólico, así como la violencia estructural y la desigualdad social en el sistema de cuidados y, por tanto, para el conjunto de las macroestructuras sociales. Dentro del paradigma tecnocrático de atención, la tesis sostiene que la episiotomía se practica como una mutilación genital femenina que refuerza la *colonialidad* y la construcción social del *género*, la *raza* y la *clase social*. En conjunto, los hallazgos indican que la desigualdad en salud y derechos sexuales y reproductivos en Nicaragua se nutre de la adscripción de este campo a la esfera de lo *privado*, lo que faculta y exacerba la discriminación sexista, racista y clasista sobre las mujeres que caen fuera de la categoría de la *blanquitud*. En tal caso, desintegrar la política sexual y reproductiva que a efectos pragmáticos se observa desplegada a nivel mundial —centrada en el *hacer vivir* a ciertas mujeres y criaturas y *dejar morir* a otras— y dotar esta problemática del estatus de problema público requieren situar como prioridad desarticular el sistema de género.

PALABRAS CLAVE

Violencia; estereotipo sexual; rol sexual; discriminación sexual; derechos humanos; derechos reproductivos; condición de la mujer; reproducción humana; desigualdad social; salud; sector público; política gubernamental; imperialismo; epidemia; discriminación étnica; economía.

ABSTRACT

In Nicaragua, maternal mortality is unequally distributed, possibly having special impact in native and afro descendant population. Based on the most recent data, three out of four maternal deaths occur in health institutions (2019-2020), where one out of two women experience morbidity during their first birth and one out of four life-threatening complications (2010-2011). Within limitations in the healthcare system specific to the level of development of the country, shortfall in technical and relational quality of professional, community and family care during pregnancy, childbirth or caesarean section, and postpartum (pccp) explains a significant amount of maternal mortality and morbidity.

Within this framework, the aim of this thesis by compendium of publications is to identify in Nicaragua how “gender”, “race” and “social class” as structural determinants limit women and newborn access to quality care during pccp. As specific goals, it poses to assess the relational and technical quality of professional birthing care (SG1), to establish the impact of gender system in performance and configuration of care system and the model of care during pccp (SG2), and to identify the impact of intersectional oppression over the quality of care and attention (SG3).

An exploratory research was developed based on birthing and c-section testimonies of women in the country as object of the study. Quantitative and qualitative data were obtained via questionnaire with the participation of 24 women. Furthermore, an interdisciplinary analysis of episiotomy as an integrated practice in the prevailing model worldwide of birth care was applied, which I selected for its practise without “evidence-based medicine” support and for its impacts. To that end, I conducted a bibliographical analysis on 116 documents, previously published on databases focusing on terms as “gender”, “race”, “power”, “technocratic paradigm”, “biomedical model”, “birthing”, “patriarchy”, “colonialism”, “dispositive”, “biopower” and “biopolitics”. Finally, the gender system and care system’s response to needs of women and newborn during pccp in the country was analysed throughout the zika epidemic, applying a feminist critical discourse analysis on 30 communication products published by public and private actors with relevance in the national political arena.

These investigations point that, in Nicaragua, the relational and technical quality of professional birthing care presents deficiencies, showing “obstetric interventionism”, “obstetric violence” and practices without informed consent, leading to impacts over physical and psychological female health, and over the social construction of gender. In the face of the Zika crisis, the gender system was strengthened by the discourses that produced symbolic and structural violence of gender, generating social inequality in the care system, and therefore for the entire set of social macrostructures. This thesis states that episiotomy is applied, within a technocratic paradigm of birth care, as a female genital mutilation that enhances social construction of “gender”, “race” and social status, and construction of “coloniality”. In summary, findings point that inequality in sexual and reproductive health and rights in Nicaragua are fueled by the adscription of this field to the “private sphere”, which reinforced sex, race and class discrimination over women outside the category of “whiteness”. In that case, disintegrating the sexual and reproductive policy that for pragmatic approach is seen to be deployed worldwide —focused on making certain women and creatures live (“to make live”) and letting “others” die (“to let lie”)— and endowing this problem with the status of a public problem requires placing as a priority the dismantling of the gender system.

KEY WORDS

Violence; sex stereotype; sex role; sex discrimination; human rights; reproductive rights; female condition; human reproduction; social inequality; health; public system; government politics; imperialism; epidemy; ethnic discrimination; economy.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists
AL: América Latina
ALC: América Latina y el Caribe
ANN: Asamblea Nacional de la República de Nicaragua
CDSS: Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud
CEDAW: Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CEFEMINA: Asociación Centro Feminista de Información y Acción
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPD: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
CLADEM: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer
CRLP: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas
CTG: cardiotocografía
DSR: Derechos Sexuales y Reproductivos
DSS: Determinantes Sociales de Salud
ENDESA: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud
epcp: embarazo, parto o cesárea, y postparto
FCF: frecuencia cardíaca fetal
FICR: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
FIGO: Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia
GBD: Global Burden of Disease
GLOSS: World Health Organization Global Maternal Sepsis Study
GRUN: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
IC: Intervalo de Confianza
INB: ingreso nacional bruto
INIDE: Instituto Nacional de Información y Desarrollo
INSGENAR: Instituto de Género, Derecho y Desarrollo
INSS: Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
MBE: Medicina Basada en Evidencia
MCHIP: Maternal and Child Health Integrated Program
MGF: mutilación genital femenina
MINSA: Ministerio de Salud de Nicaragua
MMEIG: Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group
MMMP: morbilidad y mortalidad materna y perinatal
MOSAFC: Modelo de Salud Familiar y Comunitario
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OEA: Organización de los Estados Americanos
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OR: Odds ratio
PBI: países de bajos ingresos
PDC: Parto Después de Cesárea
PIA: países de ingresos altos
PIB: Producto Interior Bruto

PIMA: países de ingresos medios-altos
PIMB: países de ingresos medios-bajos
PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
p.p.: puntos porcentuales
PRISMA: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses
RACCN: Región Autónoma de la Costa Caribe Norte
RACCS: Región Autónoma de la Costa Caribe Sur
RAE: Real Academia Española
RMM: Razón de Mortalidad Materna
RR: Riesgo Relativo
TDAH: trastornos por déficit de atención e hiperactividad
TEA: trastornos del espectro autista
TMTS: *Too Much, Too Soon*
TLTL: *Too Little, Too Late*
tp.: traducción propia
UCM: *unilateral coercive measures*
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VO: violencia obstétrica

INTRODUCCIÓN

Sobre la tesista, la tesis y su contexto

El proyecto de formación, investigación y acción política que da lugar a esta tesis doctoral, inicia su curso durante mi primer embarazo en Nicaragua, en 2013. El propósito de procurar los mejores cuidados para mí y mi unidad familiar, la necesidad de enfrentar mis miedos y el anhelo por convertir el parto en un evento «inolvidable» y placentero —o *belo parto*, que diría Cláudia Fonseca (Tornquist, 2002a, p. 490)—, guiaron mis primeros acercamientos al tema. Con el pasar de las lecturas, científicas y acientíficas, empecé a descubrir el calado, magnetismo y urgencia de los cuidados a las mujeres y criaturas durante el embarazo, parto o cesárea, y postparto (epcp) como campo de estudio interdisciplinario y a adquirir una conciencia profunda sobre cómo nos afectan las desigualdades en salud como mujeres atravesadas por nuestra condición de *género, raza, clase* y edad, entre otras variables, también durante el epcp.

La pregunta que me angustiaba en ese momento era la siguiente: ¿cómo es posible que persistan prácticas en la atención y los cuidados profesionales contrarias a la *evidencia* cuando contamos con los conocimientos necesarios para reducir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal¹ (MMMP)? Es decir, si desde 1985 contamos con las recomendaciones de la Declaración de Fortaleza de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1985), ¿cómo puede ser que estas se sigan incumpliendo sistemáticamente en muchos entornos? Por ejemplo, ¿cómo es posible que las mujeres sigan pariendo acostadas si esto les resulta incómodo y dificultoso? ¿Por qué, si las mujeres pueden parir, la mayoría terminan desliziándose sin remedio hacia el *intervencionismo obstétrico*? ¿Por qué tantas mujeres sanas terminan con una incisión en el periné durante su primer parto? ¿Por qué ello no genera rechazo social? ¿Por qué no cuestionamos estos cortes en los genitales de las mujeres?

La fascinación por este campo del saber, del que la mayoría sabemos tan poco, fue tanta y las injusticias que iba conociendo tan grandes que sentí como un imperativo moral emprender un proyecto de investigación doctoral en salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp situando la investigación en el área de los estudios de género, ya que, como habían mostrado Michelle Sadler (2004), Simone G. Diniz (2001), M^a Jesús Montes Muñoz (2007) o M^a Isabel Blázquez Rodríguez (2005), entre otras, el género es una variable fundamental que atraviesa la atención y los cuidados durante el epcp. Así, en 2015 me matriculé en el Programa Interdisciplinario de Estudios de Género en la Universidad Autónoma de Madrid buscando comprender por qué si las cosas estaban tan claras en el seno de la OMS, las estadísticas disponibles mostraban una evolución tan lenta —en algunos aspectos, involución— en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial. Al vivir en Nicaragua desde el 2010, centré la investigación en este país, para el que la agenda de acción pública en salud y derechos sexuales y reproductivos mostraba con claridad la relevancia práctica y política del proyecto de investigación doctoral².

¹ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el período perinatal como el que inicia a las veintidós semanas completas de gestación (cuando el peso del feto es normalmente de 500 g) y finaliza siete días completos después del parto, mientras que el período neonatal inicia con el nacimiento y finaliza 28 días completos después del nacimiento (2003, p. 1170).

² Esta tesis se centra en la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el epcp. Sin embargo, estos están estrechamente vinculados con la salud —supervivencia, crecimiento y desarrollo— de las criaturas recién nacidas y de las niñas y niños [Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

Así lo indicaba la aprobación de la Normativa 042 «Norma de Humanización del Parto Institucional» por parte del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), en 2010, la que marcó un paso importante hacia la mejora de la atención y la calidad de los cuidados a las mujeres y criaturas durante el parto. El objetivo de esta norma, de obligatorio cumplimiento para todo el sistema de salud, es «modificar la práctica obstétrica-neonatal mediante la organización de la atención del parto *de bajo riesgo*, para que responda a las necesidades, tradiciones y expectativas culturales de las mujeres y de su familia» (cursivas mías) y orienta al personal de salud a desarrollar una:

«Atención digna a la embarazada coherente con los valores que la persona siente como peculiar e inalienable. Es la importancia del cuidar frente al curar, la importancia del estar y el ser frente al hacer. Establecer relaciones significativas que ayuden a la persona a recuperar su condición de persona» (p. 16).

Entre sus muchos aspectos positivos, la Norma 042 destaca por incorporar las características culturales y preferencias de las mujeres para su cuidado y el de las criaturas recién nacidas y por orientar al personal de salud al apoyo físico, emocional y psicológico a las mujeres, acompañantes y familiares. Esta norma integra además medidas para el rescate de la partería tradicional y su integración en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), habilitando su participación en la atención dentro del sistema de salud y de las casas maternas (las que forman parte de la red comunitaria de salud) (MINSa, 2008a, pp. 8-11).

Tres años más tarde, la Asamblea Nacional de la República de Nicaragua (ANN) (2014a) aprobaba la Ley 779 «Ley integral contra la violencia hacia las mujeres y de reformas a la Ley No. 641, “Código Penal”». Esta Ley formula políticas para proteger a las mujeres víctimas de violencia de género y garantizar su derecho a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar conforme a los principios de igualdad y no discriminación reconocidos en la Constitución Política del país³, aprobada en 1987 (ANN, 2014b, p. arts. 27, 46 y 48). Si bien en su art. 8, la Ley 779 define la violencia en el ejercicio de la función pública contra la mujer y señala que la discriminación y desigualdad de género constituyen un problema de salud pública y de seguridad ciudadana, la *violencia obstétrica* (VO) no se aborda en su articulado. Además de establecer medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia de género, la Ley 779 orienta a impulsar cambios en los patrones socioculturales y patriarcales que sostienen las relaciones de poder.

En conjunto con la firme penalización del aborto terapéutico aprobada en campaña electoral en octubre del 2006 (ANN, 2006, p. 603), la inmediata reforma de la Ley 779 —apenas un año después de su aprobación— para integrar la mediación en los casos de violencia *menos graves* en el marco de las relaciones de pareja (ANN, 2014a, art. 46), así como la aprobación de su Reglamento [Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), 2014] —cuyo objetivo es «garantizar el fortalecimiento de las familias nicaragüenses» y ya no «actuar contra la violencia que se ejerce hacia las mujeres» como dicta la Ley—, muestran con claridad la centralidad del poder obstétrico y pastoral en la sociedad nicaragüense, el que ha sido problematizado

(OMS), 2015b, p. 10]. La mejora de la calidad de los cuidados durante el epcp reduciría «la asombrosa cantidad de mortinatos que se produce cada año», estimada en alrededor de 26 millones de bebés en 2015 [Requejo *et al.*, 2015, p. 467, traducción propia (tp.)].

³ Su artículo 48 establece la «igualdad absoluta entre el hombre y la mujer» en el ejercicio de sus derechos políticos y en el cumplimiento de sus deberes y responsabilidades, al tiempo que reafirma la responsabilidad del Estado en la eliminación de las barreras que coartan este derecho.

INTRODUCCIÓN

para la región centroamericana por Gabriela Arguedas Ramírez (2020) como un «poder disciplinario que identifica y atiende la jerarquía de género, enraizada en la autoridad del paterfamilias» (Foucault, 1996, pp. 8-10; Martínez Franzoni & Voorend, 2012, p. 160; Molyneux, 1985, pp. 243-244).

En estos tres instrumentos destacó la completa ausencia de referencias a la VO, que yo experimenté y escuché hartamente en los relatos de las mujeres cada vez que estas percibieron la oportunidad de compartir sus experiencias de parto o cesárea con una persona dispuesta a escucharlas y que daba valor a esas experiencias. Los debates desarrollados en el periodo 2012-2014, en el marco de la aprobación del Código de Familia, mostraban que la ANN contemplaba reformar la Ley 423, «Ley General de Salud», y se planteaba la posibilidad de integrar medidas para abordar la VO (ANN, 2014c). Sin embargo, a día de hoy, esta reforma no se ha dado, por lo que este fenómeno sigue bajo un estatus de problema público encubierto, no reconocido, ni asumido. No obstante, existe, como bien muestra esta tesis y como así lo mostró también la reactiva respuesta de la comunidad obstétrica a la propuesta de ley para el parto humanizado realizada en 2018 (sección 4.3.2), además de la misma publicación de la Norma 42: si la VO no existiese, no haría falta una norma que orientase al personal de salud a establecer «relaciones significativas que ayuden a la persona a recuperar su condición de persona» (MINSa, 2010, p. 16).

Además de la coyuntura nacional, la decisión de centrar el proyecto de investigación en Nicaragua tomó en consideración también otros aspectos. Por un lado, la especial vulnerabilidad antropológica que atraviesan las mujeres y criaturas durante el epcp induce a la necesidad de contar con cuidados profesionales de calidad y accesibles, lo que para este caso sitúa al Estado a través del sistema de salud como un actor fundamental del diamante de los cuidados, necesariamente garante de cuidados dignos y de calidad, y de derechos humanos para las mujeres y criaturas, especialmente cuando estas forman parte de poblaciones subalternizadas, aspecto que las sitúa bajo una mayor vulnerabilidad social y un mayor riesgo de estar sujetas a prácticas de violencias (Feito, 2017)⁴. Por otro, el control social sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres se extrema durante estos procesos; en especial, durante el parto (Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2014, pp. 337-338; Juan, 1991, p. 45; Quintero, 2005, pp. 7-9; Valls-Llobet, 2009, pp. 339-341).

Para el caso latinoamericano, ambos aspectos se ven atravesados por la realidad de una matriz colonial-moderna en la «que los estados republicanos fundados por las élites criollas (...) hered[aron] los territorios, bienes y poblaciones antes en poder de la administración ultramarina» (Segato, 2016, p. 24). En esta relación Estado-sociedad marcada por la colonialidad en los países latinoamericanos en general, permanece:

⁴ La vulnerabilidad social se extiende más allá de la vulnerabilidad antropológica que nos caracteriza, y designa el espacio de vulnerabilidad desigual en el que se sitúan determinadas personas ante ciertos ambientes o situaciones socioeconómicas específicas. Feito (2017) la define como la:

«dimensión de susceptibilidad al daño, condicionada por factores intrínsecos y extrínsecos, anclada en la radical fragilidad del ser humano, pero sin duda atribuible en buena medida a elementos sociales y ambientales. El énfasis puesto en lo relacional, lo contextual y lo procesual, permite considerar que la vulnerabilidad (...) no es una característica estable e inmutable, antes bien es dependiente, al menos en parte, de factores que pueden cambiarse, en los que se puede intervenir. De ahí que ésta sea la clave que sustenta la obligación moral de una acción (...) que pueda minimizar, paliar o evitar estas condiciones favorables al daño (...) la actitud ética derivada será el cuidado» (p. 10).

INTRODUCCIÓN

«el carácter o sentimiento siempre exterior de los administradores con relación a lo administrado. Esta exterioridad inherente a la relación colonial agudiza la exterioridad y distancia de la esfera pública y del Estado con relación a las gentes, y lo gobernado se vuelve inexorablemente marginal y remoto» (p. 24).

Para esta región, estos aspectos sitúan a las mujeres y criaturas bajo una vulnerabilidad socio-política mayor: además de la opresión interseccional⁵ por razón de *género*, *raza*, *clase social* o edad (entre otras), en el caso latinoamericano, la matriz colonial-moderna constituye otro aspecto sensible a considerar en la investigación sobre la atención y los cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp. Por tanto, para aquellas sociedades sujetas a la colonialidad del ser, del poder y del saber, es preciso estudiar de forma específica la operativa del modelo de atención y cuidados. Finalmente, y precisamente por esa mayor vulnerabilidad antropológica que atraviesan las mujeres y criaturas durante el epcp, los *malos cuidados* (Pérez Orozco, 2019, p. 37) y las violencias a las que puedan estar sometidas durante estos procesos tienen la capacidad de generar repercusiones físicas y psicológicas duraderas, eventualmente discapacitantes.

Al poco tiempo de iniciar la investigación doctoral, arribó a la región un virus inesperado: el Zika. Además de transmitirse por vectores, este virus se transmite también por vía sexual, sanguínea y materno-fetal, y tiene capacidad para producir graves malformaciones congénitas y trastornos neurológicos a las criaturas infectadas durante la etapa fetal. Tras observar la respuesta de las políticas públicas a esta epidemia —de forma no estructurada y desde una aproximación pragmática—, los discursos de los actores públicos y privados en torno a la crisis del Zika se mostraron como un objeto de investigación de gran relevancia y urgencia para identificar como estos actores operan sobre la construcción social del *género* en el campo de la sexualidad y la reproducción, incidiendo sobre el sistema de género⁶ y el sistema de cuidados⁷, y por tanto sobre el modelo de atención y cuidados durante el epcp.

⁵ Como señala Mara Viveros Vigoya (2010, p. 5) en base a su lectura de Henrietta L. Moore (2009, p. 24), la interseccionalidad de las opresiones se produce porque «la diferencia racial se construye a través del género, el racismo divide la identidad y la experiencia de género[,] y el género y la raza configuran la clase».

⁶ Mari Luz Esteban (2007) ha mostrado su preferencia por el término *sistema de género*, en lugar de *patriarcado*, por mostrar más claramente las nociones de historicidad y variabilidad. Esta autora lo define como:

«sistema social ordenado de una manera determinada, con unas relaciones de poder y una distribución del trabajo también concretas entre hombres y mujeres, y donde el género se articula (actúa conjuntamente) con otros factores de estratificación social, como la clase social, la etnia/cultura, la edad, la práctica sexual, etc. El género sería así una estructura de relaciones sociales y el sistema social una totalidad donde se articula lo institucional, lo simbólico y lo material en un contexto histórico concreto» (p. 71).

⁷ Desde una perspectiva macrosocial, los sistemas de cuidados se conforman en base a modelos específicos de cuidados donde la corresponsabilidad varía en el eje de género y en el eje social —mediante la mayor o menor participación de cada uno de los cuatro actores identificados por Mary Daly y Jane Lewis (2000), hogares, Estado, mercado y comunidad— generando impactos sistémicos sobre la desigualdad de género, raza, clase y edad, entre otras, al producir un acceso diferencial a los derechos vinculados al cuidado, en particular, al derecho a cuidar y a recibir cuidados en condiciones dignas (Pérez Orozco & García, 2014, p. 18). Los sistemas de cuidados constituyen:

«la manera en que cada sociedad establece una correlación entre sus necesidades [específicas] de cuidados (...) y la manera en que les da respuesta, es decir, el modo en que

INTRODUCCIÓN

De esta manera, los discursos producidos ante la epidemia del zika por actores clave en las políticas públicas —medios de comunicación de gran alcance e instituciones de gobierno— se situaron en la agenda de investigación doctoral.

Finalmente, además del sistema de género, el sistema de cuidados y la operativa del modelo de atención y cuidados durante el epcp en el país, investigar esta atención y cuidados a las mujeres y criaturas requiere analizar la misma configuración del modelo, inscrito en el *paradigma tecnocrático*, hegemónico en *Occidente* (Davis-Floyd, 2001), el que continúa aún en proceso de implementación en Nicaragua, canalizando la atención del 88.2 % de las mujeres que paren en el país [Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE) & MINSA, 2014, p. 212].

Al estar este modelo configurado por múltiples prácticas —cada una de ellas con su propia historia, complejidad, impactos y casuística—, tomé la decisión de centrar el análisis solamente en una práctica, seleccionando la episiotomía por realizarse sin sostén de la *medicina basada en evidencia* (MBE) (OMS, 2018b, p. 150), por sus impactos físicos y psicológicos (Clesse, 2018; Hartmann *et al.*, 2005; He *et al.*, 2020; Jiang *et al.*, 2017; Rubio Álvarez, 2018), por sus impactos de género (Clesse *et al.*, 2019; Davis-Floyd, 1994; Pizzini, 1989; Šimonović, 2019) y por ser practicada de forma extensiva en muchos países (Clesse *et al.*, 2018a), afectando en Nicaragua a tres de cada cinco mujeres en su primer parto (García-Elorrio *et al.*, 2014).

En conjunto, la investigación sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos en Nicaragua se centra en esta tesis en el análisis del sistema de género, el sistema de cuidados y el modelo de atención y cuidados durante el parto —su configuración y operativa— desde una perspectiva feminista, interseccional y biopsicosocial.

Estructura del informe

El presente informe se estructura en siete capítulos. Inicia con una introducción donde presento sintéticamente el contexto político nicaragüense en relación a las políticas de género y remarco brevemente la relevancia práctica y política de este proyecto de tesis doctoral para garantizar el ejercicio de la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en este país.

A continuación, el primer capítulo realiza un análisis pormenorizado sobre el estado actual de las problemáticas en salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el epcp a nivel global. El capítulo inicia con la descripción de los retos incumplidos en esta área en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La sección 1.2 detalla parte de estas problemáticas a nivel mundial y sus factores causales conocidos: se analizan aquí la mortalidad materna y su lento descenso, la morbilidad materna generalizada —en la que se incluye la cesárea (Chou *et al.*, 2016)— y la creciente desigualdad en salud y derechos sexuales y reproductivos. Con respecto a la práctica de la cesárea, se ahonda en la desigualdad entre grupos poblaciones categorizados por quintil de ingreso, región e itinerario de asistencia (público o privado), y en los impactos conocidos de la sobreutilización de esta cirugía para las mujeres y criaturas. La sección 1.3 profundiza en otra problemática clave: la VO. Para este caso, se analiza la literatura que ha abordado este problema público en relación con la MMMP, se abordan sus antecedentes históricos, su desarrollo conceptual

los cuatro actores sociales (...) se combinan para esta provisión y el protagonismo que asume cada uno de ellos» (p. 34).

INTRODUCCIÓN

y su heterogeneidad de prácticas dentro de los sistemas de salud estratificados por *clases sociales*, como el de Nicaragua⁸.

En el segundo capítulo, estas problemáticas se analizan de forma específica para el país. Además de la mortalidad materna, la morbilidad materna y la VO, se abordan aquí también la cobertura del parto institucionalizado, relacionando todas estas problemáticas e integrando en cada caso la perspectiva interseccional mediante el análisis de las desigualdades raciales, económicas y geográficas. Además, entre los factores causales conocidos para estas problemáticas, en este capítulo se describen los referidos a las desigualdades sexuales, raciales y de clase presentes en el país, incluyendo un análisis específico de estos factores para el caso de la sobreutilización de la cesárea.

El tercer capítulo describe cuatro modelos fundamentales para el análisis de la atención y cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp. El primero de ellos es el modelo de transición obstétrica, que facilita un marco global para la interpretación de las tendencias seculares de mortalidad y morbilidad materna y perinatal, así como para elaborar la respuesta de acción pública que requiere cada una de las etapas de transición (Chaves *et al.*, 2015; Souza *et al.*, 2014; Souza, 2013) (sección 3.1). Para el análisis específico de la mortalidad materna, Mahmoud Fathalla aportó un modelo donde los factores causales de esta problemática a nivel básico, subyacente e inmediato son relacionados entre sí. Para analizar la sobreutilización de las cesáreas, Nancy K. Lowe (2007) aporta un modelo para las cesáreas primarias por distocia⁹ y Ana P. Betrán *et al.* (2018) para la sobreutilización de las cesáreas en su conjunto. Ambos modelos coinciden en señalar la centralidad de los fenómenos de orden político, económico, social y cultural, como factores causales principales de este problema público de salud (sección 3.2). En relación al análisis de la calidad de los cuidados profesionales en salud, Avedis Donabedian (1988) propuso un modelo que relaciona la experiencia de las personas cuidadas y cuidadoras, con la *provisión del cuidado* (sección 3.3). Finalmente, para abordar las desigualdades en salud, la OMS propone el modelo de determinantes sociales de salud (DSS) (Solar & Irwin, 2010), el cual contempla la acción de los determinantes estructurales que incluyen los estratificadores sociales —*raza, género, clase social*, edad, entre otros— y los determinantes referidos al contexto socioeconómico y político, y los determinantes intermedios —producidos por los estructurales— que incluyen a los factores psicosociales, conductuales y materiales (sección 3.4).

En el cuarto capítulo sintetizo y relaciono aportes, teorías y conceptos centrales de las ciencias sociales para el análisis de las problemáticas en salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp. Abordo aquí la importancia de los derechos sexuales y reproductivos (DSR) para alcanzar las metas establecidas por los ODM en salud sexual y reproductiva durante el epcp y cómo impactó este instrumento de política global sobre

⁸ El sistema de salud de Nicaragua está configurado en base a tres regímenes de financiación: el contributivo, que atiende a la población asalariada en la economía formal y asegurada en el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), junto con sus descendientes directos hasta los doce años y cónyuges mujeres durante el epcp; el no contributivo, que atiende a la población sin capacidad de pago, asalariada en la economía informal o no asalariada, y sus familiares *dependientes*; y el voluntario, que canaliza la atención de la población con capacidad de pago y sus familiares *dependientes* [Asamblea Nacional de Nicaragua (ANN), 2002; Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), 2008a]. Esta estructura del sistema de salud fue establecida a finales de la década de los cincuenta, durante la dictadura somocista (Bayón *et al.*, 1998).

⁹ La distocia del parto describe el trabajo de parto anormal, difícil o de progreso insatisfactorio (Lowe, 2007, p. 217; MINSa, 2018, p. 213).

INTRODUCCIÓN

la gobernabilidad de los *países en desarrollo*, afectando al mismo logro de estas metas (sección 4.1). Respecto a la atención y los cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp, analizo como barreras al buen cuidado el *intervencionismo obstétrico* y las dificultades para practicar MBE desde el paradigma tecnocrático de atención —teorizado por Robbie Davis-Floyd (2001)— y dentro del modelo biomédico de salud —por Eduardo L. Menéndez (2005)— (sección 4.2). El capítulo desarrolla además un análisis de la evolución histórica del modelo de atención y cuidados durante el parto, y de los factores clave que afectan a su desempeño en las sociedades mesoamericanas (sección 4.3), y sintetiza el desarrollo del marco de los derechos humanos para la salud y derechos sexuales y reproductivos (sección 4.4). Ahondando en las desigualdades en salud, en la sección 4.5 articulo la evolución de las propuestas teóricas que han integrado la perspectiva biopsicosocial en salud desde la década de los setenta, vinculada a las cuales se desarrolla la epigenética como campo de investigación en el s. XXI. Como apunto en la sección 4.6, los avances obtenidos en este novedoso campo científico presentan un potencial político y estratégico destacado para la integración y el fortalecimiento de la perspectiva de los derechos humanos a lo largo de todas las políticas públicas; sin embargo, generan también riesgos en el campo de la atención y cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp, y para la desarticulación del sistema de género en general. En la sección 4.7, sintetizo los debates existentes alrededor del concepto de humanización, así como los significados recientes que le asignan las mujeres que han vivido procesos de epcp, familiares y personal de salud, y las principales críticas feministas a este concepto. Por último, el capítulo desarrolla aportes claves de la economía de los cuidados para comprender las problemáticas de los cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp, y para transformar el modelo de atención proponiendo su gestión feminista: una gestión en la que el bienestar de las mujeres y criaturas esté por encima de toda otra consideración, dada la delicada situación de vulnerabilidad antropológica y sociopolítica que atraviesan sus cuerpos, y que ha de ser sostenible procurando la equidad y la justicia social en todo el sistema de cuidados (sección 4.8).

Haciendo uso de estas teorías y perspectivas de análisis, y en base a las lagunas en la investigación identificadas a lo largo del primer, segundo y tercer capítulos, y a las problemáticas de la atención y los cuidados durante el epcp observadas en Nicaragua y descritas en el segundo capítulo, el capítulo quinto sitúa los objetivos de la tesis y presenta las publicaciones compendiadas, integrando estos trabajos en el cuerpo de la literatura actual.

En el sexto capítulo se inserta la copia completa de estas publicaciones, y en el séptimo desarrollo las conclusiones de la tesis, destacando sus principales aportes y limitaciones. Además, propongo líneas de investigación en el campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel global y de manera específica para Nicaragua, y apporto recomendaciones que considero, a la luz de los resultados de la tesis, prioritarias para la agenda de políticas públicas en salud y derechos sexuales y reproductivos para este país.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

1.1 Punto de arranque: el fracaso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en salud sexual y reproductiva

No cabe duda que existen grandes diferencias entre las problemáticas que afectan a la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp en los *países en desarrollo* y las que se observan en *países desarrollados*. Para los países de ingresos bajos (PBI) y de ingresos medio-bajos (PIMB)¹⁰, convencionalmente estas problemáticas habían sido delimitadas en la mortalidad materna¹¹ vinculada a las carencias en la calidad, acceso y cobertura de la atención profesional al nacimiento; mientras que para los países de ingresos altos (PIA) y de ingresos medio-altos (PIMA), el énfasis se ha puesto en los déficits de calidad que resultan del *intervencionismo obstétrico* y la *deshumanización* de los cuidados profesionales durante el epcp. Suellen Miller *et al.* (2016a) describieron sintéticamente ambos extremos mediante las expresiones *Too Little, Too Late* (TLTL) (demasiado poco, demasiado tarde) y *Too Much, Too Soon* (TMTS) (demasiado, demasiado pronto).

En relación a la VO, esta implosiona a finales del siglo pasado como una reclama de las mujeres que han vivido el epcp en ambos mundos, siendo asumida por el saber experto bajo el estatus terminológico de *maltrato y falta de respeto* (OMS, 2014; Sadler, 2020, p. XIII). Por su parte, la morbilidad materna —tanto la generada por la imposibilidad de acceder oportunamente a cuidados de calidad durante la vivencia de una emergencia obstétrica como la generada por el *intervencionismo*, la *deshumanización* y la VO producidas dentro del paradigma tecnocrático de atención durante el nacimiento (Davis-Floyd, 1994, 2001, pp. s5-s10)— ha permanecido en gran parte fuera del marco activo de las políticas, siendo su prevalencia poco conocida a nivel poblacional [Filippi *et al.*, 2018, pp. 5-6; Fortney & J. B. Smith, 1999, p. 2; Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2018b, pp. 4, 9-10]¹².

Bajo esta abstracción y simplificación de los problemas públicos en la atención y cuidados durante el epcp, arrancaron en el año 2000 los ODM con la aspiración de «Mejorar la salud materna» expresada en el ODM 5 y la meta de reducir la mortalidad materna en un 75 % en el periodo 1990-2015. Para medir el progreso hacia la meta se incluyeron dos indicadores:

¹⁰ El Banco Mundial clasifica las economías del mundo según su nivel de ingresos medido por el Ingreso Nacional Bruto (INB) per cápita calculado en USD corrientes, distinguiendo cuatro categorías: países de bajos ingresos (PBI) (INB per cápita menor a 1,036 USD), países de ingresos medios-bajos (PIMB) (entre 1,036 y 4,045 USD), países de ingresos medios-altos (PIMA) (entre 4,046 y 12,535 USD) y países de ingresos altos (PIA) (mayor a 12,535). Estas categorías se actualizan todos los años en base a la inflación (Serajuddin & Hamadeh, 2020). Nicaragua es considerada un PIMB desde el 2005.

¹¹ La OPS (2003, p. 1171) define la muerte materna como «la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales». La muerte materna tardía se define como la muerte materna ocurrida después de 42 días, pero antes de un año tras la terminación del embarazo.

¹² La prevalencia se define como «la frecuencia de casos de enfermedad en una población y en un momento dados», y la incidencia como «la velocidad a la que se producen casos nuevos durante un periodo determinado en una población especificada» (Bonita *et al.*, 2003, p. 30).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

la Razón de Mortalidad Materna (RMM)¹³ y el porcentaje de partos atendidos por personal de salud cualificado. La selección de estos indicadores supuso múltiples problemas (secciones 2.2 y 4.1).

A pesar de los «esfuerzos sin precedentes» realizados por los países, las metas en salud sexual y reproductiva no se cumplieron. Para el 2010, el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) Ban Ki-moon señalaba que se habían logrado menos progresos en el ODM 5 «Mejorar la salud materna» que en cualquier otro (2010, p. 4; ver también ONU, 2015, p. 4). Al finalizar el periodo acordado por los líderes mundiales, el Informe de 2015 de los ODM indicaba que se había logrado un avance significativo en salud materna, pero «muy lejos de cumplir con el objetivo y las metas globales»: a nivel mundial, los datos indicaban que la RMM se había reducido un 44 % —treinta y un puntos porcentuales (p.p.) menos que la meta marcada— de 385 a 216 muertes maternas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas (OMS, 2015d, p. 2; ONU, 2015, pp. 38, 43). Este informe señaló:

«Los análisis en profundidad revelan un progreso insuficiente y ampliamente desigual. Los promedios enmascaran lo que podrían ser disparidades sanitarias profundas entre los subgrupos a nivel global, regional e incluso [entre las distintas poblaciones a lo interno de] los países que son vulnerables por su nivel de educación, lugar de residencia, situación económica o edad. Continúan existiendo amplias desigualdades en la salud materna, junto con brechas en lo que respecta al acceso y uso de servicios de salud sexual y reproductiva que deben abordarse» (ONU, 2015, p. 43).

Estas amplias disparidades continúan vigentes. Los datos más recientes (correspondientes al 2017) muestran que a nivel mundial fallecen 295,000 mujeres al año y 808 por día debido a causas evitables¹⁴ relacionadas con el epcp. Dos de cada tres muertes maternas tienen lugar en África; esta región presenta una RMM de 525 muertes maternas por 100,000 criaturas nacidas vivas, 3.2 veces más que el promedio global y 40.4 veces más que la RMM más baja, correspondiente a Europa (13) (Gráfico 1). En Las Américas, la RMM es de 57 muertes maternas, 4.4 veces más que la correspondiente a Europa. La OMS (2015b, p. 2) calcula que el 99 % de estas muertes ocurren en PBI y PIMB.

Lejos de reducirse, Wendy Graham *et al.* (2016) señalaron que estas desigualdades en salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp han continuado aumentando desde los noventa: los datos señalan una «diversidad creciente en la magnitud y causas de la mortalidad y morbilidad materna (...) [mientras que] las desigualdades o divergencias [son] cada vez mayores en estos indicadores clave, entre países y dentro de las poblaciones» [p. 2164, traducción propia (tp.)]. Entre 1990 y 2013, la brecha entre el grupo de países con menor y mayor mortalidad aumentó de 100 a 200 veces. En relación a los Objetivos

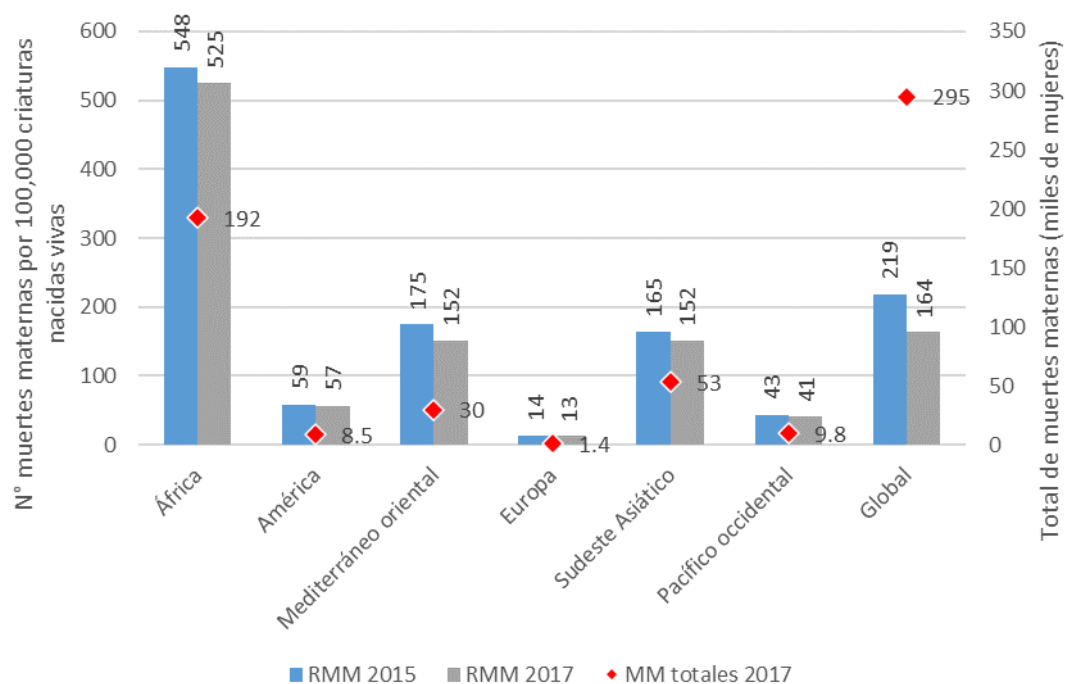
¹³ La Razón de Mortalidad Materna (RMM) se calcula como el número de muertes maternas por cien mil criaturas nacidas vivas. No contabiliza las muertes maternas tardías. Este indicador se complementa con la Tasa de mortalidad materna, que se calcula como el número de muertes maternas por cien mil mujeres en edad reproductiva, la que se considera abarca desde los 15 hasta los 44 años. La tasa de mortalidad materna refleja el riesgo de mortalidad materna y el nivel de fecundidad de la población, mientras que la RMM indica el riesgo para las mujeres que han vivido un epcp, sin tomar en consideración los niveles de fecundidad de la población.

¹⁴ Evitable, porque la mortalidad y la morbilidad es una posibilidad en toda vida, aun contando con los cuidados de mejor calidad: «el nacimiento forma parte de la vida y como la vida, no posee garantías» (Wagner, 2006, p. 6).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

de Desarrollo Sostenible (ODS), W. Graham *et al.* (2016) indican que esta tendencia compromete el logro del ODS 3 «Garantizar una vida sana y promover el bienestar», ODS 10 «Reducir la desigualdad», ODS 1 «Poner fin a la pobreza» y ODS 5 «Lograr la igualdad de género». Esta mayor carga de mortalidad y morbilidad severa se concentra en países con sistemas de salud más débiles y recae de manera desproporcionada sobre las mujeres adscritas a las poblaciones subalternizadas (pp. 2164-2165, 2171-2172; Miller *et al.*, 2016a, pp. 2175-2176).

Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna mundial por región, 2015 y 2017



Fuente: OMS (2020).

El Informe de 2015 de los ODM reflejaba los avances alcanzados en la implementación de la estrategia clave para reducir la morbilidad y la mortalidad materna: «asegurarse de que todos los partos se realicen con la asistencia de personal de salud capacitado, ya sea un médico, una enfermera o una partera», lo cual se logró para el 71 % de los partos atendidos en 2014, aunque con grandes disparidades entre regiones y poblaciones dentro de una misma región (ONU, 2015, pp. 39-40)¹⁵. Por el contrario, no hacía mención a la calidad de esta atención, ni hacía la posibilidad de que las mujeres estuviesen enfrentando prácticas de violencia de género durante la atención en el epcp dentro de las propias instituciones de salud —la que se conoce como VO (sección 1.3)—, ni tampoco a la vinculación entre las múltiples inequidades y violencias de género y la mortalidad materna (sección 4.3.2).

¹⁵ Para el 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) (2015, p. 40) informaba de una brecha a nivel mundial de 31 puntos porcentuales en la cobertura de partos atendidos por personal de salud capacitado entre las zonas urbanas y rurales.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

1.2 Problemáticas en salud y derechos sexuales y reproductivos en el nuevo milenio

1.2.1 Mortalidad materna como resultado de crecientes desigualdades en salud y derechos sexuales y reproductivos

La experiencia frustrada del ODM 5 mostró la complejidad de la mortalidad materna como problema público. La atención suscitada por este proyecto de acción pública generó la producción de una cantidad importante de datos que, interpretados a la luz de los conocimientos actuales, han constatado la presencia de varios fenómenos económicos, políticos y sociales clave para mejorar nuestra comprensión de las limitaciones que experimentan las mujeres en el acceso a la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp. Para los PIMB —categoría en la que el Banco Mundial (BM) incluye a Nicaragua desde 2005—, estas investigaciones mostraron que el *mix* de políticas para reducir la mortalidad materna en el periodo 1990-2015¹⁶ tuvo un éxito parcial: a pesar del aumento en la cobertura de atención prenatal, la asistencia cualificada durante el parto y la institucionalización del parto, la mortalidad materna no se redujo en la medida esperada (Miller *et al.*, 2016a, p. 2176).

Al respecto, W. Graham *et al.* (2016, pp. 2165-2166) y Jennifer H. Requejo *et al.* (2015, pp. 469-470) observaron que el crecimiento de la cobertura en la atención de emergencias obstétricas no fue suficiente para reducir la mortalidad materna al persistir desigualdades masivas en la cobertura de intervenciones que atañen a la salud y derechos sexuales y reproductivos en su conjunto más amplio —anticoncepción, planificación familiar y atención cualificada durante el epcp— entre el quintil de población más pobre y el más rico¹⁷, la que contribuyó a la amplia variación en la prevalencia de complicaciones obstétricas potencialmente mortales (como la eclampsia y la diabetes) y a las desigualdades en mortalidad materna por nivel de ingresos.

Una parte significativa de las desigualdades en el acceso al cuidado cualificado durante el epcp respondió a la existencia de carencias importantes en los sistemas de salud, con déficits en los mecanismos funcionales de referencia y en la dotación de personal de salud capacitado y suministros (Requejo *et al.*, 2015, pp. 468-472). Por su parte, W. Graham *et al.* (2016, p. 2170) y Miller *et al.* (2016a, pp. 2176-2177) observaron que estas desigualdades en el acceso y calidad de los cuidados profesionales por nivel de ingreso tienen lugar en el nivel de prevención primaria y secundaria¹⁸. En muchos *países en desarrollo*, las investigaciones muestran que estas

¹⁶ Estas políticas se centraron en el abordaje de las causas directas de mortalidad materna, el aumento de la atención cualificada durante el parto, la institucionalización del parto y el acceso universal a la atención básica a la salud materna (Miller *et al.*, 2016a, p. 2176).

¹⁷ El nivel de ingresos es empleado como una variable para medir la *clase social* (Cabieses *et al.*, 2011).

¹⁸ Las medidas de prevención primaria se aplican antes de que surja una enfermedad o complicación obstétrica con la finalidad de prevenir su aparición; se aplica a nivel individual, en el ámbito familiar, comunitario y en el nivel de atención primaria del sistema de salud. La prevención secundaria se realiza para lograr la detección precoz de una enfermedad o complicación que ya ha aparecido y aplicar un tratamiento oportuno; se desarrolla en gran parte dentro del nivel de atención primaria de salud, aunque también puede tener lugar fuera del sistema de salud en la medida en que las personas, familias y comunidades cuenten con una educación para la salud tal que les permita identificar los síntomas precozmente. La prevención terciaria tiene por objeto aminorar el progreso y agravamiento de una enfermedad o complicación en curso con el fin de prevenir secuelas y discapacidades, paliar el sufrimiento y facilitar la adaptación de la persona afectada a su entorno. Si bien el tercer nivel de prevención requiere cuidados especializados, la implicación de las familias es esencial, además obviamente de la implicación de la persona afectada. El tercer nivel

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

deficiencias en la calidad de la atención que reciben las madres y los bebés —en particular, en poblaciones marginadas— producen altos niveles de mortalidad materna y neonatal (van den Broek & W. J. Graham, 2009, p. 19, tp.)¹⁹.

En base a la Encuesta Multipaís sobre Salud Materna y del Recién Nacido 2010-2012 de la OMS²⁰, João P. Souza *et al.* (2013) señalaron que las intervenciones esenciales para la atención durante el epcp «están disponibles y se utilizan en la mayoría de los establecimientos (...) [por lo que] la mortalidad y morbilidad excesivas podrían estar relacionadas con retrasos en su implementación o con una implementación insuficiente». Estas autoras y autores apuntaron que para «reducir la mortalidad materna sustancialmente, la universalización de la cobertura de intervenciones esenciales debe acompañarse de una atención integral de emergencias y de la mejora general en la calidad de la atención a la salud materna» (pp. 1754-1755, tp.).

Al respecto, Sussana Rance *et al.* (2013) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) junto con el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) (2003, 2008) mostraron que el sistema de género afecta a la calidad de los cuidados profesionales al negar la atención oportuna a emergencias obstétricas. Para el Reino Unido, Rance *et al.* (2013) mostraron que esto se produce al desoír las voces de las mujeres que piden auxilio. En Argentina, CLADEM e INSGENAR (2003, 2008, pp. 13, 54-58) observaron que la negación de la atención oportuna tiene lugar al concurrir la desatención y el desprecio a las necesidades de las mujeres en situación de riesgo obstétrico, prácticas estas que serían empleados como castigo o amonestación ante comportamientos o síntomas que refieren una sexualidad y reproducción socialmente penalizadas: mujeres que presentaban hemorragias que anticipaban un posible aborto —espontáneo o inducido—, mujeres consideradas *gran múltipara* (con cinco o más partos previos) o mujeres que habían parido en su domicilio. Es posible que en Rance *et al.* (2013), la negación a la atención oportuna —que pone en riesgo la vida de las mujeres y criaturas— responda a la negación del estatus de ciudadanas a las mujeres, mientras que en CLADEM e INSGENAR (2003, 2008) esta persiga, además, disciplinarlas para que asuman los mandatos de género relativos a la maternidad propios de su *raza* y *clase social*.

Para los PIA y PIMA, los estudios disponibles confirman también desigualdades nacionales y subnacionales en mortalidad materna en razón de la adscripción de las mujeres a distintas categorías sociales como la *raza* en intersección con el *género* y la *clase social*. Para la ciudad de Nueva York, Lorraine C. Boyd *et al.* (2015, p. 9) encontraron una RMM doce veces mayor para las mujeres afrodescendientes en comparación con sus vecinas blancas no latinas: 56.3 frente a 4.7 muertes maternas por cada 100,000 criaturas recién nacidas vivas en el periodo 2006-2010. A nivel nacional, en EE.UU. la RMM para las mujeres afrodescendientes (37.1) es 2.5 veces más alta en relación a las mujeres latinas y 3.1 veces más alta en relación a las mujeres blancas no latinas (Hoyert & Miniño, 2020, pp. 5-6). Así también, México y Brasil verifican RMM marcadamente más altas para las mujeres de pueblos afrodescendientes y originarios (Bautista Jiménez & López Arrellano, 2017, p. 42; Freyermuth Enciso, 2016, pp. 27-28; Leal *et al.*, 2017, p. 2).

de prevención puede beneficiarse también de la integración de comunidades enfocadas en la inclusión de personas afectadas (Alves *et al.*, 2009; OPS, 2002, p. 10).

¹⁹ Maman Dogba y Pierre Fournier (2009) han remarcado que esta agenda de investigación sobre calidad de la atención y los cuidados durante el epcp está muy poco desarrollada, en especial en lo que se refiere a la calidad técnica (sección 3.3).

²⁰ Esta encuesta se aplicó en establecimientos de salud de 29 países de África, Asia, América Latina (AL) y Medio Oriente que atendían al menos 1,000 nacimientos al año y con capacidad para realizar cesáreas.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Por otro lado, en lo que atañe a las brechas en el ámbito de la anticoncepción y planificación familiar ²¹ —crucial para la salud y derechos sexuales y reproductivos en su conjunto, su autonomía y la gestión de su propio cuerpo y proyectos de vida— es importante recordar que la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en El Cairo en 1994, reconoce que los derechos reproductivos están basados en el:

«derecho básico (...) a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia» [ONU & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA por sus siglas en inglés), 1995, p. 37].

Esta concepción de los derechos reproductivos remite al principio bioético de autonomía²², que comprende la «libertad de tomar decisiones, de elegir y configurar un modelo de vida», de «ser gestor de la propia vida [y de] establecer y desarrollar un proyecto vital conforme a un sistema de valores», lo que requiere «tener capacidad, información y posibilidad de decidir voluntariamente» (Feito, 2016, p. 73; ver también Andorno, 2012; Magnone Alemán & Viera Cherro, 2015).

Como señala Lydia Feito (2016, p. 73), el «mero hecho de asumir ciertos roles en la sociedad puede erosionar la capacidad de decidir, tratando de responder a un patrón o una expectativa que no es propia, sino asumida». En el marco de un sistema de género binario sobre el que reposa el orden del patriarcado, donde la violencia de género es constatada como una problemática social mundial; donde el 27 % de las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años ha experimentado violencia física, sexual y psicológica dentro de una relación de pareja (OMS, 2021, pp. 26, 35, 37)²³; en un sistema así, no se cumplen las condiciones necesarias para garantizar el ejercicio de los DSR en el ámbito de la anticoncepción y la planificación familiar. En consonancia, Requejo *et al.* (2015) señalaron la necesidad de evaluar los esfuerzos de cada país para reducir la mortalidad materna a la luz de la condición social de las mujeres, además de otros factores contextuales claves (pp. 470-471)²⁴.

En síntesis, el desequilibrio entre el énfasis prestado al aumento de la cobertura del parto institucionalizado y la desatención a otras dimensiones clave para la salud y derechos sexuales y reproductivos —como el fortalecimiento de los sistemas de salud, la atención integral a la salud y derechos sexuales y reproductivos, la calidad de los cuidados durante el epcp y la violencia de género, mediadas por las desigualdades de género, raza y clase social en intersección—, posibilitó que «una alta proporción de morbimortalidad

²¹ Alicia Ely Yamin y Vanesa M. Boulanger (2013, p. 66) enfatizan la necesidad de abordar la anticoncepción y la planificación familiar como dos conceptos diferenciados, por considerar que la anticoncepción no se emplea con el objetivo de planificar la familia.

²² La bioética feminista ha realizado importantes críticas sobre el carácter individualista y ficcional de este principio bioético, proponiendo en su lugar conceptos como *autonomía relacional* o *heteronomía* en la vivencia de la sexualidad y reproducción (Goberna Tricas, 2012, p. 76; Guijarro, 2011, p. 6) (sección 4.8.2).

²³ Para los PIMB de la región de las Américas, el valor promedio de este indicador es 25 %.

²⁴ Otros factores a valorar son las dinámicas poblacionales, la presencia o ausencia de conflictos, la vulnerabilidad a los riesgos ambientales, otros factores ambientales como la carga de patógenos, el desarrollo económico y los niveles de acceso a educación y salud (Kuruvillea *et al.*, 2014, 534-535).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

materna y perinatal evitable se trasladase a las instituciones de salud» (van den Broek & W. J. Graham, 2009, p. 20; Leal *et al.*, 2017, p. 2; Tunçalp *et al.*, 2015, p. 1, tp.).

1.2.2 Morbilidad materna generalizada y dispar entre regiones

La OMS define la morbilidad materna como «cualquier problema de salud atribuido al embarazo y al parto o que lo complique y que tenga un impacto negativo en el bienestar o la funcionalidad de la mujer» (Chou *et al.*, 2016, p. 2-3, tp.). El término comprende las morbilidades directamente relacionadas con el epcp (obstétricas), las indirectas (como la varicela o la neumonía) y las lesiones o accidentes externos ocurridos durante el epcp, ascendiendo a un total de 121 condiciones de morbilidad reconocidas actualmente por este organismo. Entre las morbilidades maternas de origen obstétrico se incluyen: cesárea, desgarro perineal grave, episiotomía²⁵, cicatrización anómala de la episiotomía, dehiscencia en la episiorrafia²⁶, las infecciones en estas cicatrices, diabetes mellitus, mastitis, infección de orina o Trastorno de Estrés Postraumático (pp. 3-4).

Dada la amplitud de condiciones de morbilidad obstétrica, normalmente los estudios se centran en las causas de morbilidad potencialmente mortales. Tras una revisión de la literatura, Karen Hardee *et al.* (2012) encontraron que, según cifras estimadas, la anemia afecta al 42 % de las mujeres en edad reproductiva (90 % de las cuales reside en Asia y África) y entre el 2 % y el 20 % experimentan prolapso uterino o genital. Para los *países desarrollados*, la incidencia estimada de la rotura uterina varía entre 1 de cada 1,000 a 1 de cada 10,000 mujeres, con una incidencia diez veces mayor en los *países en desarrollo*. Para estas autoras, «aunque es reconocido que la morbilidad materna no se notifica, estas estimaciones muestran un sufrimiento generalizado y disparidades regionales entre las afecciones» (pp. 605-606).

Por su parte, el Grupo de Investigación del Estudio Mundial de Sepsis Materna de la OMS (GLOSS por sus siglas en inglés) (2020) calculó que, por cada 1,000 criaturas nacidas vivas, 70.4 mujeres experimentan una infección materna y 10.2 Morbilidad Materna Grave (MMG) (que involucra al menos una disfunción orgánica) vinculada a una infección materna como causa subyacente o contribuyente. Las tasas más altas de infección correspondían a los PIMB, con tasas de infección de 106.4 mujeres afectadas por cada 1,000 criaturas nacidas vivas, y 14.9 con infecciones que desencadenaron MMG. Este grupo de investigación concluyó que:

«La frecuencia de infecciones maternas que requieren tratamiento en establecimientos de salud es alta. Nuestros resultados sugieren que la contribución de las infecciones directas (obstétricas) e indirectas (no obstétricas) a las muertes maternas en general es mayor de lo que se pensaba anteriormente. Se necesita con urgencia mejorar la identificación temprana, así como el manejo oportuno de las mujeres con infecciones en los establecimientos de salud mediante la implementación de prácticas efectivas *basadas en evidencia*» (pp. 661, 665, tp.) (cursivas mías).

²⁵ La episiotomía es una cirugía menor realizada sobre el periné para ensanchar la abertura de la vagina durante el parto. Etimológicamente, proviene del latín científico *episiotomia*, y este del griego ἐπίσιον (*episión*) que significa «pubis», más -τομία (*-tomía*) que significa «corte» (Anders & Treviño, s. f.; National Institutes of Health, s. f.).

²⁶ Procedimiento de sutura que se emplea para reparar un desgarro perineal o una episiotomía.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Para los PIMB, W. Graham *et al.* (2016, pp. 2169-2170) encontraron también que entre el 10 % y el 26,3 % de las mujeres experimentan trastornos depresivos durante el postparto, y el 17.4 % diabetes gestacional.

A finales de los noventa, Judith A. Fortney y Jason B. Smith (1999, p. 2) señalaron que, aunque eran numerosos los estudios hospitalarios y estudios de caso centrados en morbilidades agudas y crónicas, la prevalencia de morbilidad a nivel poblacional era un problema relativamente poco conocido. En la actualidad, Veronique Filippi *et al.* (2018, pp. 5-6) consideran que esta afirmación sigue siendo válida, lo que explican por las dificultades experimentadas con los enfoques de medición vigentes, la falta de comprensión sistemática de esta problemática de salud y por la prominencia de un enfoque sobre salud reproductiva centrado en los factores de riesgo de la mortalidad materna, no en la experiencia de las mujeres y en los impactos de la morbilidad a nivel familiar y comunitario.

Dentro de esta problemática de salud, la morbilidad potencialmente mortal requiere particular atención. Esta «comprende una amplia gama de situaciones clínicas que pueden poner en peligro la vida de la mujer durante el embarazo, el parto o después del parto»²⁷ y que incluyen la hemorragia grave posparto, preeclampsia grave, eclampsia, sepsis o infección sistémica grave, rotura uterina o complicaciones severas del aborto, las que requieren transfusiones, laparotomías o la admisión a unidades de cuidado intensivo (OMS, 2011, pp. 6-9, tp.). Cuando ante una morbilidad potencialmente mortal, concurre una disfunción orgánica —cardiovascular, respiratoria, renal, hematológica, uterina, hepática o neurológica— se produce un resultado materno grave. En las estadísticas sobre morbilidad materna, los casos en los que una mujer sobrevive tras experimentar un resultado materno grave, se clasifican como MMG o *near miss*, que se define como el acontecimiento de «complicaciones graves durante el período de gestación, el parto o los 42 días posteriores a la terminación del embarazo, sin causarles la muerte» (Karolinski *et al.*, 2015, p. 352).

Ariel Karolinski *et al.* (2015) destacan que la investigación sobre la MMG proporciona información clave para mejorar los conocimientos sobre mortalidad materna: profundizar en las causas de este fenómeno requiere escuchar las voces de las mujeres que han experimentado MMG, que son las voces de las supervivientes. Es necesario investigar para cada grupo poblacional los factores que están incidiendo en estos fenómenos desde «aproximaciones metodológicas que trasciendan los aspectos biomédicos y cuantitativos» y aplicando una «perspectiva cualitativa [que transite] desde el modelo de autopsias verbales al de biopsias verbales, con un criterio anticipatorio que rescate la perspectiva de las mujeres que superaron una experiencia con riesgo de muerte[,] y la percepción de los equipos de salud» (pp. 352, 356)²⁸.

Sin embargo, tras una revisión narrativa y crítica de los estudios realizados en América Latina (AL) en el periodo 2010-2016, Yesica Rangel-Flores y Alexia Martínez-Ledezma (2017b)

²⁷ Se estima que el 15 % de las mujeres sufren complicaciones durante el epcp, las que en algunos casos representan una amenaza potencial para su vida.

²⁸ La autopsia verbal es una metodología de investigación sobre mortalidad materna que basa sus hallazgos en entrevistas a informantes secundarios (familiares y comunitarios) con la finalidad de identificar los factores estructurales, sociales y culturales de este fenómeno social. Mientras, las biopsias verbales «se interesa por los factores estructurales y socioculturales que llevaron a las mujeres al borde de la muerte, pero busca identificar como (...) lograron salvar la vida en función de los determinantes estructurales y socioculturales que prevalecieron al momento de la experiencia crítica» (Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017b, pp. 505-506).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

observaron que la producción académica en esta área es limitada. Además, presenta debilidades, pues predomina una mirada biologicista «omitiendo[,] o problematizando poco, las condiciones políticas, sociales y culturales que prevalecen en los contextos poblacionales y aportando con ello, un sesgo en el panorama complejo en el que se inscribe [sic] los procesos salud-enfermedad y particularmente las muertes maternas»(p. 508). También predomina el enfoque positivista, lo que imposibilita conocer los determinantes o las experiencias adversas o facilitadoras que las mujeres viven durante el epcp²⁹.

Tabla 1. Complicaciones potencialmente amenazantes, resultados maternos adversos severos, near miss, muertes maternas e índice de mortalidad a nivel intrahospitalaria, países seleccionados de América Latina situados en la III etapa de transición obstétrica, 2010-2011^c

	Hospita- tales	Mujeres atendi- das	Criatu- ras na- cidas vi- vas	Complicacio- nes potencial- mente fata- les ^a	Resultados ma- ternos graves ^a		MMG o near miss ^a		Muertes maternas		Índice mortalidad	
	n.º	n.º	n.º	n.º	‰	n.º	‰	n.º	‰	n.º	RMM IH ^b	%
Argentina	14	9,807	9,729	768	79	60	6	51	5	9	93	15.0
Brasil	7	7,058	7,019	505	72	18	3	17	2	1	14	5.6
Ecuador	18	10,245	10,108	1,429	141	39	4	30	3	9	89	23.1
México	14	13,309	13,167	1,052	80	157	12	153	12	4	30	2.5
Nicaragua	8	6,571	6,426	1,707	266	125	20	119	19	6	93	4.8
Perú	16	15,285	15,021	1,116	74	175	12	169	11	6	40	3.4
Paraguay	6	3,610	3,595	106	30	11	3	8	2	3	83	27.3
Total	83	65,885	65,065	6,683	103	585	9	547	8	38	58	6.5

Notas: (a) La prevalencia de complicaciones potencialmente amenazantes para la vida, resultados maternos adversos graves y near miss maternal se calculan por cada 1,000 criaturas nacidas vivas; (b) RMM IH: Razón de Muerte Materna intrahospitalaria por 100,000 criaturas nacidas vivas. No incluye las muertes maternas ocurridas una semana o más después del finalizar el embarazo; (c) todos los países analizados se encuentran en la III etapa de transición obstétrica (sección 3.1). Fuente: adaptado de Chaves et al. (2015, p. 207).

En base a los limitados datos disponibles, Rangel-Flores y Martínez-Ledezma (2017b, pp. 507-508) y Karolinski *et al.* (2015, pp. 353-354) observaron que los estudios enfatizan la importancia de la primera y tercera demoras en el acceso a los cuidados profesionales, las que están vinculadas a factores relacionados con las instituciones de la familia y el sector salud, y a los profesionales de este sector³⁰. Mientras, por lo general, el personal de salud considera que la MMG y la mortalidad materna se producen por factores previos a la atención dentro de los establecimientos de salud.

²⁹ La Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (2009) ha señalado que este es un problema que afecta en general a toda la investigación en salud: «La mayor parte de las investigaciones (...) sigue estando dedicada de forma abrumadora a la biomedicina (...). Es necesario realizar más investigaciones interdisciplinarias y multidisciplinarias sobre los determinantes sociales de la salud» (pp. 178-179).

³⁰ Deborah Maine *et al.* (1997) plantearon el modelo de la primera, segunda y tercera demora para analizar las demoras en recibir atención especializada durante el parto cuando surge una complicación obstétrica. La primera demora se vincula con los problemas de demanda de cuidados profesionales y comprende el tiempo en el que la mujer tarda en tomar la decisión de buscar asistencia profesional. La segunda demora se relaciona con problemas de acceso al sistema de salud y comprende el tiempo que la mujer tarda en llegar al establecimiento de salud. Estas dos demoras se ven afectadas por factores vinculados a la familia y comunidad, a la infraestructura vial y de transporte, y a los problemas de calidad de los cuidados profesionales que crean barreras de acceso. La tercera demora es una expresión de los problemas de calidad de los cuidados profesionales y comprende el tiempo que la mujer tarda

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Desde una perspectiva cuantitativa, la región de Las Américas no cuenta con datos de calidad sobre esta problemática a nivel poblacional (OPS, 2018a, pp. 2, 3 y 9, 2018b, pp. 9-10]. Sin embargo, los datos de la Encuesta Multipaís sobre Salud Materna y del Recién Nacido 2010-2012 de la OMS indican que, a nivel intrahospitalario, por cada mujer que muere por causas relacionadas con el epcp en AL, 14.4 experimentan MMG (Chaves *et al.*, 2015) (Tabla 1).

1.2.3 Desigualdad en la práctica de cesáreas: subutilización y sobreutilización según nivel de ingresos, región e itinerario de asistencia

En 2007, la OMS impulsó el primer estudio epidemiológico global y regional sobre la tasa de cesáreas y su correlación con la mortalidad materna, neonatal e infantil (Betrán *et al.*, 2007). En la presentación de sus resultados, Marsden Wagner, el exdirector de Salud Materna e Infantil de la OMS, declaró:

«El documento adjunto (...) demuestra claramente con datos robustos y sólidos que las recomendaciones de la OMS de 1985, que dicen que la tasa de cesáreas no debe estar por debajo del 10 % ni por encima del 15 %, siguen siendo absolutamente válidas y no están “desactualizadas”» (p. 1, tp.).

En este estudio, se encontró lo siguiente:

«Aunque por debajo del 15 % las tasas de cesáreas más altas se correlacionan sin ambigüedades con una menor mortalidad materna, por encima de este rango, las tasas de cesárea más altas se correlacionan predominantemente con una mayor mortalidad materna. Se encuentra un patrón similar para la mortalidad infantil y neonatal (...); el análisis estratificado respalda (...) que, por encima de cierto límite, las tasas de cesáreas más altas pueden estar asociadas con resultados más deficientes» (pp. 1, 9-12, tp.).

Tras realizar una regresión sobre las tasas de cesáreas en relación al ingreso nacional per cápita y la razón de mortalidad materna, Betrán *et al.* (2007) encontraron que:

«las tasas de cesáreas responden principalmente a determinantes económicos, aumentando al inicio lentamente en los PBI, luego aumentando más rápidamente en los países de ingresos intermedios y finalmente aumentando más lentamente de nuevo a medida que los niveles de saturación de la tasa de cesáreas se acercan gradualmente a los niveles de ingresos más altos» (pp. 12-13, tp.).

Siete años después, la OMS (2015c) analizó nuevamente la asociación entre la tasa de cesáreas y los resultados maternos, perinatales y neonatales: tras realizar una revisión sistemática de estudios epidemiológicos y un nuevo estudio epidemiológico mundial en base a datos actualizados, la OMS concluyó que las tasas de mortalidad materna y neonatal se reducen a medida que la tasa de cesáreas aumenta hasta situarse en el rango 10 % - 15 %. Sin embargo, para los países cuya tasa de cesáreas se situaba por encima del 10 %, la «asociación entre la mayor tasa de cesárea y una menor mortalidad se redujo o incluso desapareció en los estudios que controlaron factores socioeconómicos». Es decir, que por encima del 10 %, son los progresos en el desarrollo socioeconómico de los países —y no la práctica de estas cirugías— lo que disminuye las tasas de mortalidad (p. 3).

en recibir los cuidados que precisa una vez dentro del establecimiento de salud (pp. 15-19; ver también Acosta Vargas, 2003, pp. 40-41).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

En relación a ello, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) ha reconocido la importancia de los incentivos económicos perversos —monetarios y no monetarios, tanto para las instituciones de salud como para el personal gineco-obstétrico— como un factor causal de la sobreutilización de la cesárea (Visser *et al.*, 2018, p. 1286) (sección 3.2 y 3.4).

También Rie Sakai-Bizmark *et al.* (2021) para EE.UU. y Alejandro Arrieta Herrera y Andrés Oneto La Faye (2007, pp. 6, 30, 34-35) para Perú, han probado que la sobreutilización de la cesárea es en gran medida un problema económico. A la luz de estos estudios, considero que la sobreutilización de las cesáreas constituye una expresión del conflicto capital-vida, trabajado desde de la economía feminista (sección 4.8). Este concepto permite ampliar el marco explicativo tradicional en relación a las barreras que limitan la calidad de los cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp, dirigiendo el foco hacia el sistema económico vigente, de orden capitalista neoliberal, como uno de los factores determinantes de la sobreutilización de la cesárea y la MMMP que esta genera.

A pesar de los resultados de estos estudios, la OMS (2015c) se abstuvo de fijar una tasa objetivo para la práctica de las cesáreas dentro de los sistemas de salud. No obstante, la posición de la FIGO en este aspecto es clara: «Es poco probable que tasas de cesáreas superiores al 10-15 % mejoren los resultados maternos o perinatales» (Visser *et al.*, 2018, p. 1286, tp.)^{31,32}.

Más recientemente, Ties Boerma *et al.* (2018) describieron la frecuencia, las tendencias, los determinantes y desigualdades en la práctica de cesáreas a nivel global, regional y en países seleccionados, examinando los datos de 169 países referidos al 98.4 % de los nacimientos ocurridos a nivel mundial. Este estudio estimó que la tasa global de cesáreas alcanzó el 21.1 % de los nacimientos en 2015, lo que supuso un aumento del 74.4 % en los nacimientos por cesárea con respecto al año 2000, cuando la tasa se situaba en el 12.1 % (Tabla 2).

Al igual que en el caso de la morbilidad y mortalidad materna, la tasa de cesáreas también presenta grandes desigualdades geográficas —a nivel interregional, nacional y subnacional— y en base a las características socioeconómicas de las mujeres (Boerma *et al.*, 2018; Miller *et al.*, 2016a). Para la FIGO, esta «gran variación (...) indica que estas tasas no tienen prácticamente nada que ver con la *medicina basada en la evidencia*» (Visser *et al.*, 2018, p. 1286, tp.) (cursivas mías).

Así, en África Occidental y Central (donde la tasa fue 4.1 % en 2015) y África Oriental y del Sur (6.2 %), la cesárea es subutilizada al emplearse por debajo de la tasa asociada a la mortalidad mínima (10 %). En todas las demás regiones, la cesárea es sobreutilizada al presentar tasas por encima del 15 %, destacando América Latina y el Caribe (ALC) donde el 44.3 % de las criaturas nacen por cesárea³³.

Boerma *et al.* (2018, p. 1343) estimaron que a nivel mundial el 66.5 % del incremento en la práctica de esta cirugía se explicaba por la institucionalización creciente del parto, y el 33.5 % por la intensificación en su uso intrainstitucional. Como se observa en

³¹ Sin embargo, en la comunidad obstétrica hay posiciones divergentes. En tal sentido, Mary E. D'Alton y Marck P. Hehir (2015) abogan contra la idoneidad de fijar una tasa objetivo de cesáreas.

³² En correspondencia, Luz Gibbons *et al.* (2010) y Ties Boerma *et al.* (2018, pp. 1344, 1346) adoptan el criterio definido por Ana P. Betrán *et al.* (2007), considerando sobreutilización de la cesárea cuando esta se practica en más del 15 % de los nacimientos.

³³ Eduardo L. Menéndez (Identidades Audiovisuales, 2019) ha vinculado la sobreutilización de la cesárea en AL con la práctica histórica de esterilizaciones no consentidas, realizadas en el continente americano sobre las mujeres adscritas a poblaciones subalternizadas y originarias (25'35"-30'12").

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

la Tabla 2, para África Occidental y Central y África Oriental y del Sur —donde la cesárea es subutilizada—, la práctica de cesáreas intrainstitucionales apenas creció, o incluso se redujo en el periodo analizado. Para Boerma *et al.* (2018), estos datos sugieren que, en estas regiones, «los establecimientos de salud no pueden hacer frente al aumento de la asistencia y a la práctica de cesáreas que salvan vidas» (p. 1343, tp.).

Tabla 2. Tasa poblacional de cesáreas y contribución de la institucionalización del parto y de la práctica intrainstitucional de la cesárea a la tasa, por región, 2000-2015

	Tasa poblacional de cesáreas % de los nacimientos			Partos institucionalizados % de los nacimientos			Tasa de cesáreas intrainstitucional % nacimientos instit.			Contribución (%) al cambio en la práctica	
	2000 (95 % IC ^d)	2015 (95 % IC)	VAP ^a (%)	2000	2015	VAP	2000	2015	VAP	IP ^b	PI ^c
Global	12.1 (10.9-13.3)	21.1 (19.9-22.4)	3.7	53.7	77.8	2.5	22.5	27.1	1.2	66.5	33.5
África Occiden- tal y Central	3.0 (2.4-3.5)	4.1 (3.6-4.6)	2.1	45.3	57.3	1.6	6.6	7.2	0.5	75.2	24.8
África Oriental y del Sur	4.6 (3.4-5.9)	6.2 (5.0-7.5)	2.0	38.2	55.8	2.5	12.0	11.1	-0.5	127.3	-27.3
Medio Oriente y África del Norte	19.0 (14.9-23.0)	29.6 (25.5-33.7)	3.0	65.8	87.2	1.9	28.9	33.9	1.1	63.4	36.6
Asia del Sur	7.2 (5.8-8.5)	18.1 (16.7-19.4)	6.1	29.6	71.0	5.8	24.3	25.5	0.3	94.6	5.4
Asia Oriental y Pacífico	13.4 (11.0-15.9)	28.8 (26.3-31.2)	5.1	65.7	92.2	2.3	20.4	31.2	2.8	44.4	55.6
América Latina y el Caribe	32.3 (29.2-35.3)	44.3 (41.3-47.4)	2.1	86.8	94.2	0.5	37.2	47.0	1.6	26.0	74.0
Europa del Este y Asia Central	11.9 (8.7-15.2)	27.3 (24.1-30.6)	5.5	89.4	99.4	0.7	13.3	27.5	4.8	13.2	86.8
América del Norte	24.3 (22.8-25.8)	32.0 (30.5-33.5)	1.8	99.3	98.1	-0.1	24.5	32.6	1.9	-4.4	104.4
Europa Occidental	19.6 (18.1-21.2)	26.9 (25.4-28.5)	2.1	97.3	97.5	0	20.1	27.6	2.1	0.7	99.3

Notas: (a) VAP/Variación Anual Promedio, (b) IP/ Institucionalización del parto, (c) PI/Práctica intrainstitucional de la cesárea, (d) IC/intervalo de confianza (nota 36). Fuente: Boerma et al. (2018).

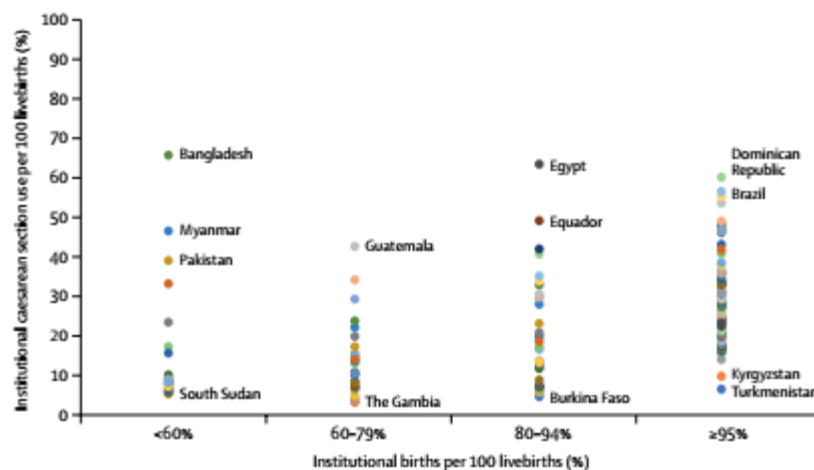
Por otro lado, aquellas regiones donde se sobreutilizaba la cesárea en 2000 —Medio Oriente y África del Norte, ALC, América del Norte y Europa Occidental—, siguieron incrementando su tasa de cesáreas intrainstitucional. Ello sugiere que las recomendaciones de política pública implementadas para abordar esta problemática han fracasado en estas regiones, que los Estados no han implementado medidas suficientes o con suficiente profundidad, o que no han implementado medidas.

En su análisis, Boerma *et al.* (2018) también observaron que la práctica de la cesárea es muy desigual entre los países con niveles similares de parto institucionalizado (Gráfico 2). Tras realizar una regresión lineal, la proporción de nacimientos por cesárea mostró una relación significativa y positiva con los niveles de desarrollo socioeconómico, el acceso de la mujer

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

a educación secundaria, el nivel de urbanización y la ratio de médicos, y una relación significativa y negativa con respecto a la reducción en la fecundidad. Cuando se restringió este análisis a los países que presentan sobreutilización de cesárea, ninguno de estos determinantes mostró una asociación significativa con la práctica de cesáreas. Sin embargo, al realizar una regresión multivariable con estos cinco determinantes, Boerma *et al.* (2018) encontraron una relación negativa y significativa con la fecundidad: es decir, la práctica de cesáreas crece cuando la fecundidad poblacional baja. Interpretado desde la literatura que integra la perspectiva de género en este campo (N. Ehrenreich, 1993; Magnone Alemán & Viera Cherro, 2015; Narotzky, 1995, pp. 29-30), este hallazgo apunta a la cesárea innecesaria como una intervención instituida herramienta de biopoder con el fin de maximizar el control sobre la reproducción —social, biológica y de la fuerza de trabajo— en entornos en los que la fecundidad es baja (secciones 4.2.1, 4.3 y 4.8).

Gráfico 2. Práctica intrainstitucional de la cesárea como proporción de los nacimientos de criaturas nacidas vivas en relación a los nacimientos ocurridos dentro de las instituciones, por país, 2015



Fuente: Boerma *et al.* (2018, p. 1344).

Para examinar las disparidades en la tasa de cesáreas a lo interno de cada país, Boerma *et al.* (2018) estudiaron las diferencias por quintil de ingreso en los PIMB, encontrando su subutilización en los quintiles más pobres y sobreutilización en los más ricos (Tabla 3). Para ambos grupos poblacionales, ello genera morbilidad materna (sección 1.2.4 y nota 124). Al respecto, Boerma *et al.* (2018) señalaron:

«Cuando las mujeres han llegado a un centro de salud, no hay razones obstétricas para esperar un uso menor de la cesárea para las mujeres más pobres en comparación con las más ricas. (...) Las razones que podrían explicar la disparidad en la práctica de cesáreas por quintil podrían ser una baja capacidad general para practicar cesáreas —particularmente en los entornos rurales donde la cesárea se practica de manera insuficiente para las mujeres más pobres—, la existencia de barreras financieras a la cesárea y el rol del sector privado en la provisión de las cesáreas a las mujeres más ricas en áreas mayoritariamente urbanas» (p. 1344, tp.).

Las diferencias subnacionales fueron extensas en independencia del nivel de ingresos del país, así como las diferencias entre establecimientos de salud según su carácter público o privado. Para los PIMB, la mediana en la práctica de cesáreas fue 1.6 veces más alta en los establecimientos privados (18.3 %) que en los públicos (11.0 %); sin embargo, en estos países

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

es en el sector público donde se produce la mayor proporción de nacimientos por cesárea. También para los PIA y los PIMA se ha informado una sobreutilización mayor en los establecimientos privados. Para estos, los datos disponibles señalan que la probabilidad de ser operada de cesárea es 1.84 veces más alta en los hospitales privados con fines de lucro, que en los hospitales sin fines de lucro [intervalo de confianza (IC) 95 % 1.49-2.27] (Boerma *et al.*, 2018, p. 1344) (nota 36).

Tabla 3. Mediana en la práctica de la cesárea y su intervalo de confianza por quintil de ingreso, PIMB, 2015

	Media Nacional	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
PIMB (n=82)	10.1 % (4.5-21.1)	4.1 % (1.9-12.0)	6.9 % (2.4-17.9)	9.4 % (3.6-21.6)	11.9 % (5.9-25.2)	19.1 % (10.6-33.8)
PIMB con subutilización cesárea (<10 % nacimientos) (n=40)	4.4 % (3.2-6.3)	1.7 % (0.9-2.5)	2.3 % (1.2-3.5)	3.5 % (2.1-4.7)	5.7 % (3.4-7.0)	10.6 % (8.0-14.0)
PIMB con sobreutilización cesárea (≥15 % nacimientos) (n=31)	26.2 % (19.8-30.7)	14.8 % (10.6-25.9)	19.9 % (16.3-25.6)	26.8 % (21.0-33.2)	28.6 % (23.8-39.9)	39.4 % (33.0-53.8)

Nota: PIMB/ países de ingresos medios-bajos (por sus siglas en inglés). Fuente: Boerma et al. (2018, p. 1345).

1.2.4 Por qué nos ha de preocupar la sobreutilización de cesáreas: sus impactos sobre la salud de las mujeres operadas

Tal como han señalado Betrán *et al.* (2007) y la Declaración de la OMS (2015c), la práctica oportuna de cesáreas necesarias salva vidas y reduce la morbilidad materna y neonatal a nivel poblacional. Así también, es conocido que las cesáreas innecesarias³⁴ generan mayor mortalidad y morbilidad materna y neonatal en comparación con el parto espontáneo planificado³⁵. La morbilidad y mortalidad materna directa asociada a la cesárea innecesaria se origina por las complicaciones anestésicas, urológicas, hemorrágicas, infecciosas y tromboembólicas que produce esta cirugía (Sandall *et al.*, 2018, p. 1350; Visser *et al.*, 2018, p. 1286).

El riesgo absoluto de muerte materna asociado con la cesárea es difícil de estimar con exactitud (Sandall *et al.*, 2018). El diseño de los estudios presenta limitaciones debido a su baja potencia, la falta de control de los factores de confusión y la selección inadecuada de los grupos de comparación; además, no diferencian entre cesáreas programadas y de emergencia, ni tienen en cuenta las indicaciones médicas de la cesárea, las que podrían ser la causa subyacente de la mayor morbilidad y mortalidad. Teniendo esto en cuenta, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG por sus siglas en inglés) y la Sociedad para la Medicina Materno-Fetal determinaron en 2011 que el riesgo de mortalidad materna es 3.7 veces mayor en la cesárea en relación al parto, siendo calculado en 3.6 muertes maternas en el parto frente a 13.3 en la cesárea, por cada 100,000 mujeres (ACOG *et al.*, 2014, pp. 179-181).

³⁴ Betrán *et al.* (2018, p. 1358) definen la cesárea innecesaria como aquella que se realiza sin indicación médica (incluidas las psicológicas).

³⁵ El uso del término planificado hace referencia a la organización anticipada de la atención y los cuidados llevada a cabo por las mujeres en conjunto con la familia, el personal de salud y —en algunos entornos— la comunidad, con el objetivo de mejorar la calidad de los cuidados y garantizar durante el parto el ejercicio de los derechos de las mujeres y las criaturas por nacer. Esta organización o planificación puede plasmarse en un documento, el que es conocido como Plan de Parto (MINSa, 2012, p. 14).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Sí es conocido que la mortalidad asociada a este procedimiento es mayor en los entornos de bajos recursos y que aumenta con la cesárea repetida electiva en comparación con el parto espontáneo. También, que el parto espontáneo —no inducido ni instrumentalizado— presenta un riesgo cuatro veces más bajo que la cesárea de emergencia, y que la cesárea programada confiere un riesgo menor que la cesárea de emergencia. El riesgo de mortalidad también es mayor en los embarazos posteriores a la cesárea, vinculado al mayor riesgo de rotura uterina y placentación anormal (Sandall *et al.*, 2018, p. 1350).

Tomando la morbilidad materna grave (MMG) como medida indirecta del riesgo de mortalidad materna, Jane Sandall *et al.* (2018, p. 1350) encuentran que esta es consistentemente más alta después de una cesárea en relación al parto, siendo tres veces más alta (2.7 % en cesáreas frente a 0.9 % en parto planificado). Otros estudios han encontrado un riesgo cinco veces mayor de MMG para la cesárea programada o de emergencia en relación al parto. La cesárea también incrementa en tres veces el riesgo de MMG en embarazos posteriores en relación al parto. Este enfoque también señala un riesgo relativo (RR)³⁶ de MMG mayor para la cesárea de emergencia en relación al parto (RR 4.9, IC 95 % 4.2-5.8) y para la cesárea electiva en relación al parto (RR 2.5, IC 95 % 1.9-3.2).

En relación a la morbilidad, los «riesgos intraoperatorios y posoperatorios inmediatos y retardados asociados con la cesárea planificada [en relación al parto] han sido bien documentados» (Sandall *et al.*, 2018, p. 1350, tp.): la cesárea planificada está asociada con un riesgo mayor de histerectomía por hemorragia posparto, paro cardíaco y a una necesidad mayor de hospitalización en comparación con el parto³⁷; en cambio, está asociada a un riesgo menor de lesión vaginal, dolor abdominal y perineal durante el nacimiento y 3 días después del nacimiento, hemorragia postparto temprana y shock obstétrico, en comparación con el parto (p. 1351)³⁸. Por otro lado, cuando el parto espontáneo no tiene éxito y se opta por un parto instrumentalizado (12.9 %) o por una cesárea de emergencia (16.3 %), el riesgo de morbilidad aumenta en relación a la cesárea planificada (7 %), lo que remarca la importancia de intensificar

³⁶ El RR es un indicador utilizado para cuantificar el riesgo de que la presencia de un factor aumente la frecuencia de consecuencias adversas. Se utiliza para evaluar la verosimilitud de que la asociación entre factor de riesgo y consecuencia represente una relación causal, y se interpreta como el número de veces en las que se produce la consecuencia (por ej., ser operada por cesárea) si se presenta el factor de riesgo (ser cuidada de forma discontinua). Si se requiere estimar el riesgo relativo para un factor cuya incidencia se desconoce en una población, se utiliza el *Odds ratio* (OR), razón de posibilidades u oportunidad relativa, la que mide las posibilidades («odds») de tener una exposición al factor de riesgo en el grupo afectado por la consecuencia, en comparación con el grupo no afectado. Cuando se calcula el RR o el OR, es preciso además calcular la significación estadística de ese riesgo: es decir, que tan causal es la asociación entre el factor de riesgo y la característica, o si la asociación podría ser fruto del azar. Para ello se calculan los intervalos de confianza (IC), que indican los extremos mínimo y máximo del intervalo en el cual probablemente se moverá el RR o el OR; normalmente con una confianza del 95 % (nivel de significación α del 0.05), aunque también se puede usar el 99 %. Cuando el valor «1» cae dentro de dicho rango, existe la probabilidad de que no haya diferencias entre los grupos: en estos casos, el RR u OR no tiene significación estadística y no se puede suponer una relación de causalidad (Benoit, 2007; Bonita *et al.*, 2003, p. 43; Pita Fernández *et al.*, 1997).

³⁷ Jane Sandall *et al.* (2018) señalan que los avances en las técnicas anestésicas y quirúrgicas pueden haber minimizado muchos de estos riesgos en el corto plazo.

³⁸ El Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE por sus siglas en inglés) del Reino Unido (2019), ha señalado que la calidad de estos datos es baja y muy baja, y que no son válidos para entornos de bajos recursos.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

los esfuerzos para mejorar la calidad en los cuidados durante el parto (Goer & Jukelevics, 2010; Sandall *et al.*, 2018, pp. 1350-1351).

A largo plazo, las secuelas de la cesárea para las mujeres y las criaturas están menos estudiadas, así como sus impactos psicológicos y sociales (OMS, 2015c, p. 4). Por ejemplo, el riesgo de experimentar adherencias pélvicas y obstrucción del intestino delgado no ha sido adecuadamente estudiado. Sandall *et al.* (2018) indican que las adherencias pélvicas no son infrecuentes y su prevalencia aumenta en las cesáreas posteriores: del 12 % al 46 % después de una segunda cesárea y del 26 % al 75 % después de la tercera; «el riesgo de obstrucción intestinal debido a las adherencias es bajo [pero] aumenta con cada cesárea, aunque el riesgo general es pequeño (16.3 casos por 10,000 personas al año)» (p. 1351, tp.). Sofie A. I. Lindquist *et al.* (2017, p. 1153) también encontraron que, para las mujeres que requieren una histerectomía, un historial médico de cesárea las hacía más propensas a desarrollar complicaciones perioperatorias y postoperatorias y a requerir transfusiones de sangre y relaparotomías, presentando un riesgo 31.1 % mayor de ser re-operadas en comparación con las mujeres que habían parido (OR ajustado, IC 95 % 1.03-1.68). Estos riesgos aumentaban con el número de cesáreas practicadas.

Por el contrario, la cesárea se asocia con un riesgo menor de incontinencia urinaria en relación al parto (OR 0.56, IC 95 % 0.47-0.66), aunque Sandall *et al.* (2018, p. 1351) indican que la diferencia parece anularse con el transcurso de la edad. Con respecto a la incontinencia fecal, si bien Samantha J. Pretlove *et al.* (2008) encontraron en un metaanálisis un riesgo mayor para el parto durante el primer año (OR 1.35, IC 95 % 1.07-1.7) —siendo el doble para los partos instrumentalizados donde se aplicaban fórceps—, Richard L. Nelson *et al.* (2010) concluyeron en una revisión Cochrane³⁹ que el riesgo llegaba a igualarse en los estudios de mayor calidad y que la incontinencia fecal «no debe utilizarse como criterio principal para elegir la cesárea planificada»⁴⁰.

Con respecto a la morbilidad en salud mental, en una revisión sistemática de estudios publicados entre 1998 y 2018, Madeleine Benton *et al.* (2019) identificaron de manera consistente peores resultados psicosociales para la cesárea en relación al parto, incluyendo síntomas de estrés postraumático y diagnóstico de Trastorno de Estrés Postraumático, calidad de vida desmejorada en el ámbito de la salud, interferencias en las decisiones sobre alimentación infantil, un grado más bajo de satisfacción y afectación a la autoestima:

³⁹ Las revisiones Cochrane «resumen los resultados de los estudios disponibles y cuidadosamente diseñados (ensayos clínicos controlados) y proporcionan un alto nivel de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones en temas de salud. [Se basan] en la mejor información disponible (...) [y] exploran la evidencia o las pruebas a favor o en contra de la efectividad y conveniencia de los tratamientos» (Centro Cochrane Iberoamericano, 2022).

⁴⁰ Examinando sus resultados, Richard L. Nelson *et al.* (2010) plantearon: «¿por qué la cesárea no previene la incontinencia anal, especialmente cuando asociar el trauma perineal con la pérdida del control de esfínteres no solo es intuitivo, sino a veces visiblemente obvio?» (p. 7, tp.). Durante el parto concurren eventos que están claramente relacionados de manera causal con la incontinencia anal (como la laceración significativa, fórceps y algunas episiotomías). Sin embargo, en base a sus resultados y a los estudios referidos a la reparación de esfínteres, R. L. Nelson *et al.* (2010) consideran que son otros factores distintos al parto los que explican la incontinencia fecal: «El rápido deterioro de la función sugiere que existe otro factor (...) (que) (t)odavía es desconocido, aunque parece probable que pueda tratarse de un traumatismo en la entrada de la pelvis [*pelvic inlet*] ocurrido durante el embarazo, o durante el trabajo de parto» (p. 8, tp.).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

«las mujeres que tenían una cesárea tenían más probabilidades de informar sentimientos de vulnerabilidad emocional después del parto, incluidos sentimientos de fracaso, arrepentimiento y baja autoestima (...) a menudo tenían mayor riesgo de evaluar su experiencia (...) de una manera negativa y describieron una amplia variedad de emociones negativas como: pérdida de control percibido y sentimientos de impotencia, miedo (propio o / y para el bebé) y decepción» (p. 20, tp.).

Para otros resultados como la depresión, el vínculo entre madre y bebé, la salud sexual y los sentimientos de miedo o angustia, la investigación disponible es insuficiente. Benton *et al.* (2019, p. 21) señalaron que estos hallazgos destacan la necesidad de un mayor desarrollo en las tecnologías y cuidados para prevenir la práctica de cesáreas y reducir su sobreutilización, así como de diseñar estrategias de apoyo psicosocial *basadas en evidencia* para las mujeres operadas en el contexto de la atención pre- y postnatal⁴¹.

Finalmente, durante los embarazos posteriores, las mujeres operadas de cesárea tienen mayor riesgo de morbilidad por histerectomía, placentación anormal, rotura uterina, muerte fetal y parto prematuro. El riesgo de histerectomía por placentación anormal ha sido calculado en 1 por cada 25,000 para mujeres sin cesárea previa, 1 por cada 500 con una cesárea previa y 1 por cada 20 con dos o más cesáreas previas. El riesgo general de rotura uterina se calcula entre 0.5 % y 1 % y aumenta si se practica una inducción en el embarazo posterior, o si el intervalo de tiempo entre la cesárea y el inicio del siguiente embarazo es menor a seis meses (Sandall *et al.*, 2018, pp. 1351-1352).

1.2.5 Sobre los riesgos de nacer por la vagina: estado fetal, fases del parto y cardiografías

Si bien se han determinado los riesgos de las cesáreas innecesarias para las criaturas recién nacidas a corto plazo (sección 1.2.6), estos riesgos están peor documentados en el medio y largo plazo. Persisten vivos debates en la comunidad investigadora, algunos de muy larga data y otros mucho más recientes, sobre los impactos y la oportunidad de esta intervención obstétrica sobre la salud de las criaturas, y también sobre los tiempos *normales* del parto y sus impactos para nuestra especie.

Por ejemplo, aún se desconoce el origen de ciertas morbilidades neurológicas graves en la criatura recién nacida, como la parálisis cerebral o la encefalopatía neonatal. Tradicionalmente, estas afecciones habían sido vinculadas al diagnóstico de *sufriamiento fetal* o *distrés fetal* durante el parto, el que pautaba la práctica de cesárea o parto instrumentalizado⁴². Este diagnóstico se realizaba ante el deterioro súbito o sostenido de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) monitoreada de forma intermitente —auscultando el latido del corazón mediante un estetoscopio fetal o un dispositivo de ecografía Doppler manual— o a través de un aparato de monitorización fetal electrónica (MFE), el que produce una

⁴¹ Madeleine Benton *et al.* (2019, p. 21) señalaron que su revisión está limitada por las diferencias socioeconómicas e interculturales que caracterizan a las poblaciones participantes en los estudios analizados —radicadas en 22 países distintos—, las que influyen en gran medida en los resultados psicosociales. En particular, señalan que los resultados son afectados por el acceso postnatal a los cuidados (especializados y no especializados) y su calidad, el apoyo social, las creencias, el grado de pobreza, las actitudes hacia el epcp y la maternidad, el género y los estereotipos sobre la salud mental.

⁴² Se reconoce al cirujano ortopédico londinense William Little la legitimización de esta creencia en 1862, cuando afirmó «el proceso del nacimiento [es] el responsable de la patología de la parálisis cerebral» (E. M. Graham *et al.*, 2006, p. 657, tp.).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

impresión de la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones, conocido como cardiotocografía (CTG) (Devane *et al.*, 2017, p. 6).

Los supuestos bajo los que se ha basado la comunidad obstétrica desde finales de los sesenta para la práctica de cesáreas y partos instrumentalizados por *sufrimiento fetal* fueron resumidos por el profesor Raimond Giard (2019) de la siguiente forma:

«(1) Hasta el parto, la criatura por nacer está sana y las lesiones no deseadas surgen solo durante la etapa del parto; (2) El mecanismo subyacente de la enfermedad es la lesión por asfixia del cerebro de la criatura; (3) El proceso de enfermedad evoluciona gradualmente [durante el parto] y la criatura por nacer muestra progresivamente signos de angustia, diagnosticables mediante MFE; (4) Esto permite identificar el momento adecuado para realizar una intervención de emergencia antes de que se produzcan lesiones cerebrales irreversibles; (5) La intervención oportuna basada en la interpretación adecuada de estas señales de estrés [observables en la MFE], evita o al menos reduce los daños cerebrales» (p.611, tp.).

Bajo estos supuestos y en base a estudios de baja calidad, la MFE se introdujo en la práctica clínica a finales de los sesenta. Los primeros indicios de su falta de efectividad surgieron en 1976. En la actualidad, tras sesenta años empleando MFE y de práctica incremental en cesáreas, la falsedad de dichos supuestos se considera probada (Costantine & Saade, 2012; E. M. Graham *et al.*, 2006, p. 659; K. B. Nelson *et al.*, 1996, 2016; Sartwelle *et al.*, 2017), dado que: (1) la incidencia de parálisis cerebral y encefalopatía neonatal no se ha reducido, (2) «la asfixia intraparto como mecanismo patogénico subyacente (...) ha sido refutado» y (3) *parálisis cerebral* se ha mostrado como «un término genérico para una enfermedad con una patogénesis compleja y diversa cuyas posibilidades de prevención son [actualmente] limitadas» (Giard, 2019, tp.).

Así, tras revisar los aspectos éticos y clínicos de la MFE y la morbimortalidad neonatal vinculada a las cesáreas practicadas bajo diagnóstico de *distrés* o *sufrimiento fetal*, Thomas P. Sartwelle *et al.* (2017, p.2, tp.) concluyen calificando los supuestos sintetizados en Giard (2019) como «puros mitos carentes de base científica transmitidos de generación en generación y no probados por la medicina moderna»⁴³. En efecto, la ACOG y la Academia Americana de Pediatría consideran que las estadísticas en relación a la práctica de cesáreas por *distrés* o *sufrimiento fetal* y en relación a la evolución de la morbimortalidad neonatal de origen neurológico conducen a determinar que la «cesárea como intervención obstétrica para reducir la encefalopatía neonatal y la parálisis cerebral se ha mostrado infructuosa» (Sartwelle *et al.*, 2017, pp. 2, 4, tp.).

⁴³ Jos. B. DeLee (1920) se detuvo en la recreación de estos mitos, promoviendo la práctica de fórceps y episiotomías «profilácticas» bajo la creencia de que el expulsivo provocaba graves daños a las mujeres y criaturas: «Los neurólogos durante muchos años han señalado la conexión entre la epilepsia, la idiotez, la imbecilidad, las parálisis cerebrales y los partos duros y prolongados. Los obstetras observadores lo saben desde hace tanto tiempo que es un hecho aceptado» (p. 42, tp.). DeLee justificó su propuesta de fórceps y episiotomía «profilácticas» de la siguiente forma: «salva el cerebro de los bebés de lesiones y de los efectos inmediatos y remotos de la compresión prolongada [de la cabeza de la criatura en el canal vaginal]. La incisión en las partes blandas [episiotomía] no solo nos permite acortar la segunda etapa, también alivia la presión sobre el cerebro y reducirá la cantidad de idiotez, epilepsia, etc. El parto fácil y rápido también previene la asfixia, tanto sus efectos inmediatos como sus influencias remotas en la vida temprana del infante» (pp. 41-43, tp.; ver también Clesse *et al.*, 2019, pp. 4-5).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Al respecto, Sartwelle *et al.* (2017, pp. 2, 4) destacan la alta tasa de falsos positivos de la MFE —calculada en un asombroso 99.8 %—, la que en su consideración la configura como «ciencia basura»⁴⁴. En relación a ello, la FIGO ha señalado «que la interpretación de la CTG está sujeta a un considerable desacuerdo intra- e inter-observador, incluso cuando los médicos experimentados utilizan pautas ampliamente aceptadas» (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015, pp. 22-23, tp.).

Ante estos antecedentes, la ACOG pautó en 2005 el abandono de la terminología *sufrimiento fetal* o *distrés fetal* y su substitución por *estado fetal no tranquilizador* o *riesgo de pérdida de bienestar fetal*, al no describir la terminología tradicional la realidad del buen estado de salud de la mayor parte de las criaturas nacidas tras dicho diagnóstico (Committee on Obstetric Practice, ACOG, 2005) (nota 97).

Por otro lado, las revisiones Cochrane llevadas a cabo por Zarko Alfirevic *et al.* (2017), Declan Devane *et al.* (2017) y Ruth Martis *et al.* (2017) proporcionaron las pruebas definitivas en relación a la ineficacia y baja seguridad de la MFE. En base a estos estudios, la OMS (2018b) recomienda actualmente no emplear esta tecnología de forma rutinaria durante el ingreso hospitalario por trabajo de parto al «incrementar probablemente el riesgo de cesárea sin mejorar los resultados del parto» y «aumentar la probabilidad de [desencadenar] (...) una cascada de otras intervenciones, incluida la MFE continua (...), lo que aumenta los costos del parto y podría afectar negativamente la experiencia del parto de la mujer» (pp. 197-198, tp.). En su lugar, la OMS (2018b, pp. 64-67) recomienda la auscultación de la FCF empleando un estetoscopio Pinard⁴⁵ o un dispositivo de ultrasonido Doppler, en el momento de la admisión y con regularidad durante el trabajo de parto (ver también Blix *et al.*, 2019)⁴⁶.

En síntesis, la introducción del MFE a finales de los sesenta produjo un incremento sostenido en la práctica de cesáreas que ha conducido a su sobreutilización —aumentando la morbilidad materna— sin observarse una reducción en la morbilidad y mortalidad perinatal por el daño neurológico que buscaba prevenir la intervención.

No obstante, a pesar de los resultados de estos estudios y las actuales pautas de la OMS, Giard (2019) considera que la comunidad obstétrica seguirá aferrándose al mito de la asfixia intraparto como mecanismo subyacente de la mortalidad y morbilidad neonatal por daño neurológico. En particular, la literatura especializada muestra que la controversia en torno al uso rutinario del MFE en la admisión de las mujeres que van a parir es un tema de plena actualidad (Giard, 2019; OMS, 2018b, p. 64; Robinson, 2018; Steer, 2018; Tommaso *et al.*, 2019).

Interpretada a la luz de los aportes de Davis-Floyd (2001, pp. s8-s9), Soo Downe (2018, p. 10), Cynthia Farquhar (2018, p. 19), Blázquez Rodríguez (2005), Antonella Picchio (2005), Cristina

⁴⁴ Es decir, que de cada mil diagnósticos de *sufrimiento fetal* que pautan cesárea o parto instrumentalizado, novecientos noventa y ocho de las criaturas nacidas están perfectamente bien y dos tienen parálisis cerebral. Este hallazgo procede del estudio realizado por Karin B. Nelson *et al.* (1996) en base a los datos de 155,636 criaturas nacidas entre 1983 y 1985 en el Estado de California (EE.UU.).

⁴⁵ Instrumento con forma de trompeta y fabricado en madera, metal o plástico, propuesto por el obstetra francés Adolphe Pinard en 1895.

⁴⁶ Si se observan patrones no tranquilizadores o patológicos de la FCF, sí se pauta la confirmación del síntoma a través de la MFE. Sin embargo, por su falta de especificidad, se recomienda realizar pruebas complementarias para establecer el diagnóstico de *estado fetal no tranquilizador*, como el análisis del pH sanguíneo de la criatura mediante muestra de sangre obtenida en el cuero cabelludo fetal (E. M. Graham *et al.*, 2006, p. 657; NICE, 2017, pp. 24-25, 39-41).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Carrasco (2001) o Amaya Pérez Orozco (2006, pp. 186-200) desde distintos campos de estudio —la antropología, MBE, la economía feminista, los estudios de género o la obstetricia—, el análisis de los aspectos involucrados en esta controversia orienta a la reflexión.

Primeramente, la MFE se configura como otro ejemplo de práctica clínica introducida sin MBE en el campo de la obstetricia, tal como lo fue la episiotomía a finales del s. XIX, o el acotamiento de las fases del parto a mediados del s. XX en base a los estudios realizados por Enmanuel A. Friedman para establecer la duración *normal* del parto⁴⁷ (Clesse *et al.*, 2019; Friedman, 1954; OMS, 2018b, pp. 8-9, 39, 42-43) (sección 4.2.1).

En segundo lugar, el análisis de la literatura [en particular Jos. B. DeLee (1920), Giard (2019) y Ernest M. Graham *et al.* (2006)] muestra que las hipótesis sobre las cuales se basó la introducción de la MFE a finales de los 60 —y antes de ello, la normativización de los tiempos del parto— estuvieron atravesadas por estereotipos de género basados en la fragilidad de las mujeres, la comprensión de su sexualidad desde la patología y la concepción de su cuerpo —en específico, de sus órganos y tejidos sexuales y reproductivos— como una amenaza para el cuerpo social al poner en riesgo la supervivencia, la salud y la *funcionalidad* de la criatura por nacer al aparato económico-productivo. A día de hoy, la duración del parto *normal* en sus distintas fases sigue siendo una incógnita y un desafío en el campo científico⁴⁸, y si bien hay consenso sobre la necesidad de intervenir en el parto cuando este se desvía de esa *normalidad* aún desconocida, el proceso de toma de decisiones para determinar cuándo *enough is enough* en el trabajo de parto sigue estando «a menudo [basado] en creencias y valores sobre el fenómeno del trabajo de parto y el parto», más que en la MBE en sí (Lowe, 2007, p. 225, tp.; ver también Dekker, 2017; OMS, 2018b, pp. 8, 35-55, 120-124, 171)⁴⁹.

Tercero, el uso rutinario de la MFE en la admisión hospitalaria de mujeres por trabajo de parto se produce no sin conflicto entre la industria de dispositivos médicos y la práctica clínica *basada en evidencia*, por un lado, y entre la comunidad obstétrica y el gremio de abogados litigantes por otro, habiéndose convertido este último en un factor impulsor de la práctica de la medicina defensiva (E. M. Graham *et al.*, 2006; K. B. Nelson *et al.*, 2016; OMS, 2018b, p. 64; Robinson, 2018; Schiffrin, 2020). El análisis de esta literatura, junto con los trabajos de Nancy Ehrenreich

⁴⁷ Si bien es cierto que Enmanuel A. Friedman basó su acotamiento de las fases del parto en el estudio detallado sobre la evolución de una muestra amplia de partos —razón por la cual, sus hallazgos sustentaron la normativización del parto desde los sesenta— Edgardo Abalos *et al.* (2018) rechazaron su inclusión en la revisión sistemática de estudios que llevaron a cabo para definir las últimas recomendaciones de la OMS (2018b, p. 130) por considerar que no reunían los criterios mínimos de calidad para su inclusión en una revisión sistemática (ver también Dekker, 2017). En cuanto a la episiotomía, el primer estudio sobre su seguridad y eficacia se realizó en 1983, enfocándose solamente en su uso rutinario o «profiláctico» (Thacker & Banta, 1983).

⁴⁸ Por ejemplo, la OMS (2018b) ha señalado la dificultad misma de determinar cuándo inicia el trabajo de parto y, por tanto, la duración del parto. Actualmente, se estima que, por lo general, su fase activa o de dilatación —que se considera iniciada tras los cinco centímetros de dilatación cervical— no se extiende más allá de las doce horas durante los primeros partos y diez durante los siguientes (para el 95 % de las mujeres), con una mediana de cuatro y tres horas de duración, respectivamente. Sin embargo, la OMS enfatiza que la duración es muy variable (p. 39).

⁴⁹ De acuerdo con Janaína Marques de Aguiar *et al.* (2020), la resistencia a modificar algunas prácticas demuestra que además del aspecto técnico, este es un asunto político que atañe a la desigualdad social y su reproducción a través de las relaciones sociales: «No se construye o sostiene la técnica sólo con base en *evidencia científica*. El modelo intervencionista se sostiene por su conveniencia a muchos intereses y “por su carácter ritual, por su capacidad de reproducir valores y relaciones sociales”» (pp. 137-138) (cursivas mías) (nota 167).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

(1993) y Susan Irwin y Brigitte Jordan (1987)⁵⁰, señalan que la práctica de la medicina defensiva y la judicialización de los nacimientos se constituyen mecanismos subsidiarios que operan en interrelación para reforzar la adherencia del personal de salud y de las mujeres que van a parir a la tecnología empleada en el ámbito clínico. Estos trabajos muestran la cooperación entre el sistema judicial y el de salud con el fin de garantizar la operativización del control social de la reproducción. En base a estos elementos, considero que estos fenómenos, instituciones, tecnologías y discursos constituyen parte integral del dispositivo de sexualidad teorizado por Michel Foucault (1991, pp. 128-129, 1998, pp. 95-160), siendo ello muestra fehaciente de la heterogeneidad, unidad y multiplicidad de puntos en los que se apoya dicho dispositivo^{51,52}.

En cuarto lugar, la literatura analizada revela también el conflicto existente entre los principios bioéticos y los criterios bajo los cuales se gestionan la atención y los cuidados dentro de la institución hospitalaria: prima un enfoque productivista y capitalista en la gestión económica de los recursos, tiempos y cuidados que ignora las necesidades diversas de las mujeres y sus propios tiempos y antepone el interés de la industria de los dispositivos médicos a su bienestar y el de las criaturas. Este conflicto bioético, económico y político impide la adopción de un modelo de atención y cuidados centrado en las mujeres (Aguiar *et al.*, 2020, pp. 139-140; Blázquez Rodríguez, 2005, pp. 11-12; Lowe, 2007, pp. 217-219; Robinson, 2018; Sartwelle *et al.*, 2017). Estos elementos inducen a situar la problemática del empleo rutinario de la MFE como otra expresión del conflicto capital-vida, junto con la sobreutilización de la cesárea y la epidemia que esta ha producido.

Finalmente, la controversia sobre el empleo de la MFE pone de relieve el «insidioso y fascinante embrujo» que produce la hermosa tecnología sobre nuestras sociedades (Downe, 2018, p. 5, tp.), siendo el imperativo tecnocrático —descrito por Davis-Floyd (2001) (nota 115)— el que rige la práctica clínica, aún en contra de la MBE (sección 4.2.1).

En el otro extremo del espectro ideológico en la comunidad investigadora, el siglo XXI ha presenciado la apertura de una nueva línea de investigación que defiende que el parto, no solo no agrede a las criaturas, sino que favorece su salud y que privarles del parto —en ausencia de una indicación médica de cesárea— es dañino para su salud a corto, medio

⁵⁰ Mientras la práctica de la medicina defensiva es un fenómeno cotidiano, los casos de judicialización del nacimiento parecen ser menos frecuentes. Susan Irwin y Brigitte Jordan (1987) identificaron 9 casos en EE.UU. entre 1979 y 1986, y consideraron que las mujeres afectadas carecían del «adoctrinamiento ideológico “apropiado” [al no estar] sujetas en grado suficiente a la coacción simbólica que obvia la fuerza física. Las que se niegan (...) son aquellas que no han tenido una exposición adecuada a la forma de pensar “correcta” (dominante)» (p. 327, tp.). Estas mujeres estaban atravesadas por diversas categorías de desigualdad, como su condición de pobreza, analfabetismo, culto a una religión suscrita a sistemas autoritativos alternativos, o pertenencia a una etnia minoritaria, o simplemente rechazaban la lógica intervencionista.

⁵¹ En esta línea, Carlos Herrera Vacaflor (2020, pp. 42-50) ha señalado los inconvenientes de centrar las políticas públicas para erradicar la violencia obstétrica (VO) en el desarrollo de los instrumentos legales y el sistema judicial. También Rita Segato (2016, p.95) ha cuestionado para AL la inclinación en las estrategias de lucha feminista por el uso de los aparatos del Estado para desarmar el sistema de género y luchar contra la violencia de género.

⁵² Foucault (1991) definió el concepto de dispositivo como un:

«conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas; en resumen: los elementos del dispositivo pertenecen tanto a lo dicho como a lo no dicho. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos» (p. 128).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

y largo plazo. A lo largo de la siguiente sección se detallan las pruebas disponibles actualmente y los retos de investigación pendientes ante este nuevo desafío científico.

1.2.6 Sobre los riesgos de nacer por cesárea, ¿o cómo nos afecta la privación del parto? En el corto plazo, el impacto de la cesárea sin indicación médica sobre la morbilidad de las criaturas recién nacidas se calcula en un riesgo por morbilidad respiratoria 4.0 veces más alto en relación al parto, un riesgo por laceración que oscila entre el 1 % y el 2 % (0 % en el parto) y un riesgo de requerir cuidados intensivos 2.2 veces más alto. Mientras, el riesgo por distocia de hombros en el parto oscila entre el 1 % y el 2 % (0 % en la cesárea) [ACOG *et al.*, 2014, pp. 179-181; National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019, pp. 35-44; Visser *et al.*, 2018, p. 1286].

Por otro lado, Sandall *et al.* (2018, p. 1352, tp.) señalan que las criaturas nacidas por cesárea «están sujetas a diferentes intervenciones hormonales, físicas, bacterianas y médicas (como los antibióticos intraparto y los uterónicos) (...) [con] potencial para alterar sutilmente la fisiología [produciendo] consecuencias a corto y largo plazo»⁵³. Además, destacan los impactos negativos que experimentan las criaturas nacidas por cesárea cuando esta se programa a —lo que según cálculos se estimen— las 39 semanas (Tita *et al.*, 2009; Wilmink *et al.*, 2010).

Sin duda, como indican Roberto Romero y Steven J. Korzeniewski (2013), el reto para la investigación epidemiológica en este campo es mayúsculo, dada la gran cantidad de «factores relevantes presentes entre la exposición [la cesárea] y el diagnóstico de enfermedades [en la vida adulta] que podrían explicar la asociación observada»: es «extremadamente difícil (...) asegurar que ningún antecedente significativo ha escapado al análisis» (p. 244, tp.).

En este campo, Sandall *et al.* (2018, p. 1352) indican que se han probado riesgos de la cesárea en el corto plazo para desarrollo inmunológico alterado, alergia, atopia, asma y diversidad microbiana intestinal reducida. En la infancia, los estudios muestran que nacer por cesárea se asocia con el síndrome metabólico, que incluye adiposidad, aumento de la presión arterial, diabetes tipo 1, asma, aumento de la masa corporal, cambios en la función hepática, afecciones inmunológicas, problemas neurológicos y relacionados con el estrés y enfermedades gastrointestinales autoinmunes. En un metaanálisis realizado en 2018, Oonagh E. Keag *et al.* (2018) encontraron que el mayor riesgo de obesidad asociado a la cesárea se verifica hasta los cinco años de edad y el de asma hasta los doce años, igualándose después con las criaturas nacidas por parto.

Más controversial es la asociación entre la cesárea con los trastornos del espectro autista (TEA) y trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Hasta el momento, Eileen A. Curran, Sinéad M. O'Neill *et al.* (2015) encontraron para una cohorte de 2,697,315 infantes suecos, que el riesgo de TEA fue un 21 % más alto para las criaturas nacidas por cesárea. Sin embargo, al someter esta asociación a un análisis de control de hermanos, la misma desapareció —asociación no implica causalidad— y el equipo de investigación concluyó que probablemente la causa del TEA reside en factores genéticos o ambientales desconocidos y no en el modo de nacimiento (Curran, Dalman *et al.*, 2015)⁵⁴.

En otra cohorte de 13,141 menores británicos de siete años, el mismo equipo de investigación no encontró asociación entre el modo de nacimiento con el TEA o el TDAH

⁵³ Entre los uterónicos, el recomendado por defecto es la oxitocina sintética, administrada en la cesárea para prevenir la hemorragia postparto [OMS, 2018b, p. 159; OPS, 2019, p. 395 (p-57)].

⁵⁴ Este análisis se realizó en base a los datos proporcionados por pares de hermanos discordantes en la afectación por TEA y modo de parto, y en pares concordantes por el modo del parto.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

(Curran *et al.*, 2016). Este estudio presenta fortalezas importantes con respecto al anterior: diferencia el modo de nacimiento (parto espontáneo o inducido y cesárea planificada o de emergencia) e integra una gran cantidad de variables de tipo socioeconómico, sociodemográfico, de apego y de salud mental de las madres y padres de los menores, entre otras. Sin embargo, sus limitaciones tienen el potencial de generar sesgos en los resultados, lo que lleva a Curran *et al.* (2016, pp. 611-612) a señalar que se requiere más investigación para comprender el impacto del modo de nacimiento sobre el desarrollo psicológico de las criaturas, orientando enfocar esta problemática hacia la evaluación cognitiva y del desarrollo y a los problemas de comportamiento.

Más recientemente, Tianyang Zhang *et al.* (2019) publicaron los resultados de una nueva revisión de estudios de cohortes de alta calidad y de estudios de casos y controles de menor calidad, la que nuevamente identifica una asociación estadísticamente significativa y positiva entre TEA y TDAH con el nacimiento por cesárea, y positiva pero no significativa para la discapacidad intelectual, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos alimentarios y trastornos de tics. También Barbora Blazkova *et al.* (2020, p.9, tp.) han obtenido resultados en esta dirección practicando un análisis multivariante sobre una pequeña muestra de infantes checos de 5 años, observando «un impacto positivo muy significativo del *parto vaginal* sobre el desarrollo cognitivo y psicológico» (cursivas mías)⁵⁵ y la asociación del nacimiento por cesárea con un peor desarrollo cognitivo ($p < 0.001$), especialmente para los niños⁵⁶.

Los mecanismos biológicos con los que hoy son explicados estos hallazgos se plantean bajo tres hipótesis (Olza, 2020, p. 27; Sandall *et al.*, 2018, p. 1352). La primera se centra en la transferencia inadecuada de la microbioma materna a las criaturas nacidas por cesárea, la que conduce a un desarrollo inmunológico alterado. Bajo esta hipótesis, «las señales químicas que la microbiota intestinal emite hacia el sistema nervioso central, (...) afectan a la memoria, la motivación, el estado de ánimo y la reactividad al estrés» (Blazkova *et al.*, 2020, p. 9, tp.; ver también Galland, 2014).

Como segunda hipótesis, se plantea que la reducción a la exposición intraparto de las fuerzas mecánicas y hormonas del estrés, privan a las criaturas nacidas por cesárea de estímulos fisiológicos importantes que sí tienen lugar durante el parto y que las preparan para la vida extrauterina: por ejemplo, «para el desarrollo del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, la maduración del sistema inmunológico, la maduración de los pulmones y los órganos y la neurogénesis» (Sandall *et al.*, 2018, p. 1352, tp.).

La tercera hipótesis se centra en las modificaciones epigenéticas diferenciadas que producen las distintas formas de nacer y postula que «el uso intraparto de oxitocina sintética, antibióticos

⁵⁵ Los términos «parto vaginal» o «parto por cesárea» constituyen una falacia. Tanto en la cesárea como en el parto, se produce el nacimiento de una criatura. Sin embargo, las mujeres solo pueden parir a través de la vagina, no a través de una incisión quirúrgica en el abdomen y el útero. La Real Academia Española (RAE) (s.f.) define el parto como la «acción de parir». Considero que el uso de estas expresiones conduce a asimilar ambas formas de nacimiento y produce la banalización de los impactos de las cesáreas para las mujeres y las criaturas.

⁵⁶ En este estudio participaron 117 menores nacidos por parto y 51 por cesárea, y se abordaron parámetros como el sexo, variables socioeconómicas, morbilidad, contaminación del aire, lactancia materna o artificial, condición fumadora o no fumadora de la madre, asistencia a preescolar, etc., pero no otras variables relacionadas con el desarrollo cognitivo infantil, como la interacción con el padre y hermanos, la dieta infantil, estilos de crianza o el enriquecimiento social, entre otras (Blazkova *et al.*, 2020, pp. 3, 9).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

o la práctica de la cesárea tiene varios efectos sobre los procesos de remodelación del epigenoma neonatal que tienen consecuencias para la salud» (p. 1353, tp.) (sección 4.6).

1.3 La *violencia obstétrica*

1.3.1 Análisis del concepto

La literatura analizada en las secciones anteriores ha mostrado que a pesar de la reducción en mortalidad materna a nivel mundial y regional (Gráfico 1), persisten diversos fenómenos que producen una MMMP crecientemente desigual entre grupos poblacionales, regiones y países. Estos fenómenos se vinculan con la persistencia de la desigualdad de género en intersección con la racial, etaria, clasista y geográfica (entre otras), así como en la persistencia de creencias y estereotipos de género, y en el acceso diferencial al poder y a los recursos que experimentan las mujeres cuando procuran cuidados profesionales durante el epcp, especialmente cuando están sujetas a discriminación de distintos tipos o directamente excluidas del acceso a estos cuidados (sección 1.2)⁵⁷.

Para el caso particular de la sobreutilización creciente de la cesárea a partir de mediados del s. XX —considerada epidemia para ALC a principios de los noventa (OMS, 2005, p. 100)—, la literatura muestra que este fenómeno ha respondido en parte importante a la vigencia de estereotipos de género y a la hegemonía en la atención durante el parto de un paradigma tecnocrático de corte patriarcal y capitalista (secciones 1.2.5 y 3.2)⁵⁸, de tal forma que la toma de decisiones sobre la vía de finalización del embarazo sigue estando fuertemente marcada por las creencias y valores que comparten los actores participantes en la gestión de la atención y los cuidados, y no tanto por la MBE (Lowe, 2007; Visser *et al.*, 2018).

Para las mujeres protagonistas, los estudios muestran que el ejercicio de sus derechos y el acceso a la salud durante el epcp es afectado por factores sistémicos presentes en las estructuras sociales, políticas, económicas y epistémicas —los que producen violencia estructural— y por la permanencia de una cultura patriarcal que mantiene estereotipos de género que interfieren en la atención y cuidados a las mujeres y criaturas, malcuidando a ambas y generando MMMP, lo que se conoce como violencia cultural o simbólica^{59,60}

⁵⁷ En distintos países, la literatura feminista ha situado estas desigualdades estructurales —productoras de violencias y generadoras de muerte y sufrimiento físico, psicológico y moral— como constitutivas del sistema patriarcal, capitalista y racista en el que vivimos inmersos a nivel planetario, desencadenante de las dinámicas femicidas, homicidas y ecocidas (Carrasco *et al.*, 2011; Dobré & Quiroga Diaz, 2019; Federici, 2010; Izquierdo, 2004; Molyneux, 2001; Pérez Orozco, 2006; Sau, 2006; Scott, 1996; Segato, 2016).

⁵⁸ En este sentido, considero paradigmático que a finales del s. XIX se afirmara en obstetricia la peligrosidad de los órganos y tejidos sexuales y reproductivos de las mujeres para las criaturas y el cuerpo social en base a la creencia sobre su capacidad para generar daños neurológicos a las criaturas, mientras que en la actualidad la MBE enfrenta —con gran controversia— el desafío científico de probar justo lo contrario: que el parto genera beneficios para el desarrollo cognitivo de las criaturas (secciones 1.2.5 y 1.2.6).

⁵⁹ El concepto de violencia simbólica es un aporte clave en la obra de Pierre Bourdieu (1997, p. 173), quien la describió como «esa violencia que arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas “expectativas colectivas”, en unas creencias socialmente inculcadas». Bourdieu (2000) vio: «en la dominación masculina (...) el mejor ejemplo de aquella sumisión paradójica, consecuencia de (...) la violencia simbólica (...), que se ejerce esencialmente a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento (...) o, en último término, del sentimiento» (p. 5).

⁶⁰ Michelle Sadler (2004) detalla los mecanismos empleados en la atención durante el parto que constituyen violencia simbólica: culpabilización, homogeneización, patologización, fragmentación, naturalización (donde incluye la infantilización y sexualización) y contaminación (pp. 25-29).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

(Aguiar *et al.*, 2020; Bautista Jiménez & López Arellano, 2017; Belli, 2013; Bowser & Hill, 2010; Fernández, 2004; Magnone Alemán, 2011b; Sadler *et al.*, 2016; Sesia, 2009; Tobasía-Hege *et al.*, 2019; Yamin, 2019).

Entre los factores estructurales presentes en el sistema de salud, la ex Relatora Especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović (2019), destaca la sistemática violación del consentimiento informado, al que las mujeres prácticamente se ven obligadas a renunciar mediante la firma de formularios de consentimiento, los que «se utilizan a menudo en sustitución del proceso real de consentimiento informado» (pp. 13-14). Otros factores estructurales de violencia, descritos en las secciones previas y sintetizados en los Anexos G y H, serían:

- La exclusión de las mujeres de los estudios sobre MMG y la episteme bajo la que se realizan estos estudios (Filippi *et al.*, 2018; Fortney & J. B. Smith, 1999; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017b).
- El déficit crónico de financiación de los sistemas de salud y su estructura segmentada, la que determina la diferenciación de la atención y cuidados por *clase social* y *raza*, y la concentración de la MMMP sobre los grupos poblacionales subalternizados (Bayón *et al.*, 1998; Requejo *et al.*, 2015; Šimonović, 2019, p. 16).
- La resistencia al abandono de prácticas que fueron implementadas en base a creencias y estereotipos de género —no en base a la MBE— y que generan MMMP, como la normativización de los tiempos del parto, el empleo rutinario de MFE en la admisión por trabajo de parto o la episiotomía rutinaria durante el primer parto (Clesse *et al.*, 2018a, 2019; E. M. Graham *et al.*, 2006; OMS, 2018b).
- La implementación de políticas y protocolos hospitalarios (expresas y *de facto*) que limitan a las mujeres el ejercicio de sus DSR, como la política de la cesárea iterativa *de facto* en Nicaragua (ver sección 2.4) (M. E. Castrillo, 2013; Colomar *et al.*, 2014).
- La priorización de los intereses de la industria, las instituciones de salud y el personal de salud sobre los intereses de las mujeres, sus criaturas y familias, en razón de las desigualdades de poder que caracterizan las relaciones entre estos actores durante el epcp (Boerma *et al.*, 2018; M. E. Castrillo, 2013; Colomar *et al.*, 2014; Sakai-Bizmark *et al.*, 2021; Visser *et al.*, 2018).

Otro factor estructural es la afectación que produce la construcción social del *género* sobre los cuidados profesionales, al generar su escisión en sus componentes relacional y técnico, la hipervaloración y hiperdesarrollo del componente técnico —su componente *masculinizado*—, la devaluación social y económica del componente relacional y su subdesarrollo —su componente *feminizado*— y la privación de sus cualidades morales que genera este último factor (sección 4.8). Este fenómeno produce otros como la deshumanización de los cuidados —que resulta de la sobredimensión del componente técnico del cuidado y la depresión del componente relacional— o la falta de autonomía del personal de partería, cuyos saberes son subyugados frente a la especialidad obstétrica (UNFPA *et al.*, 2014, p. 38).

Entre los factores culturales que producen violencia simbólica, destacan los relacionados con la construcción del género: la estereotipación del género —como la patologización de la experiencia y sexualidad femenina, o la significación de sus órganos y tejidos sexuales y reproductivos en clave de peligro—; la escisión razón/emoción, cuerpo/mente, técnico/relacional, salud/enfermedad o cultura/naturaleza, que persigue recrear y afianzar los dualismos que fragmentan la experiencia humana, *feminizando* y *masculinizando*

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

identidades, subjetividades... y, como dice Pierre Bourdieu (2000), «a partir de ahí, (...) todo el cosmos» (p. 20); la esencialización y naturalización de las funciones sexuales y reproductivas, la objetualización de las mujeres, etc. (Davis-Floyd & Sargent, 1996, pp. 111-112; Esteban, 2006, 2007, pp. 70-72). Destaca aquí también la violencia epistémica ejercida desde el paradigma tecnocrático de atención y cuidados durante el parto, hegemónico en los sistemas de salud en Occidente, la que debe relacionarse con el concepto de *conocimiento autorizado* teorizado por Brigitte Jordan (Davis-Floyd & Sargent, 1996), quien lo definió como:

«el conocimiento que los participantes concuerdan en una situación particular, que ven como consecuente, sobre la base del cual toman decisiones y proporcionan justificaciones para cursos de acción. Es el conocimiento considerado legítimo dentro de una comunidad, consecuente, oficial, digno de discusión y apropiado para justificar acciones particulares de personas comprometidas con el cumplimiento de las tareas que le han sido encomendadas» (p. 113, tp.).

Jordan (Davis-Floyd & Sargent, 1996) puntualiza que la etiqueta «autorizado» no se asocia con la mayor corrección de un sistema de conocimiento sobre otros, sino que «pone el acento sobre su estatus dentro de un grupo social concreto y sobre su función en la definición de la moralidad y racionalidad del grupo. El poder del conocimiento autorizado (...) descansa en (...) que es el conocimiento que cuenta» (p. 113, tp.), y señala:

«Aquellos que abrazan sistemas de conocimiento alternativos tienden a ser vistos como atrasados, ignorantes e ingenuos, o (...) personas problemáticas. Lo que puedan (...) decir (...) se considera irrelevante, infundado y fuera de lugar. La constitución del conocimiento autorizado es un proceso social continuo que construye y refleja relaciones de poder dentro de una comunidad de práctica [y lo] hace de tal manera que todos los participantes llegan a ver el orden social actual como un orden natural (...) [E]s persuasivo porque parece natural, razonable y consensuado. Por la misma razón, también conlleva la posibilidad de sanciones poderosas, que van desde las exclusiones del grupo social hasta la coacción física. Sin embargo, por lo general, las personas (...) aceptan el conocimiento autorizado (que de ese modo se valida y refuerza) (...) [y] participan de forma activa y desinteresada en su producción y reproducción rutinarias» (p. 113, tp.).

Son estos elementos estructurales y culturales (Galtung, 1998; La Parra & Tortosa, 2003; Lopez-Ruiz *et al.*, 2017)⁶¹ constitutivos de una violencia que se expresa con especificidad y sistematicidad en el campo obstétrico⁶², pues conducen a obviar y deliberadamente

⁶¹ En base a la revisión sistemática de estudios en violencia obstétrica (VO), Meghan A. Bohren *et al.* (2015) plantean para las prácticas de VO una categorización distinta a la basada en el triángulo de la violencia propuesto por Johan Galtung (1998, pp. 4-5, 11), empleada en esta tesis. Para Bohren *et al.* (2015), las categorías principales de VO serían siete: abuso físico, abuso sexual, abuso verbal, estigma y discriminación, incumplimiento de los estándares profesionales de atención (que incluye prácticas no apegadas a la MBE o realizadas sin consentimiento informado), pobreza de las relaciones entre mujeres y personas cuidadoras (que resta autonomía a las mujeres, interfiere en la comunicación y en la falta de apoyo a las mujeres) y limitaciones del sistema de salud y sus condiciones.

⁶² Sobre el carácter instrumental o expresivo de la violencia de género, considera Rita Segato (2016) que en la violencia sexual predomina la dimensión expresiva:

«Hay una participación de toda la sociedad en lo dicho ahí (...) en [cuanto a] una especie de conciencia inmediata, práctica. La finalidad de esa crueldad no es instrumental. Esos cuerpos no están siendo forzados para la entrega de un servicio, sino que hay (...) una pedagogía de la crueldad en torno a la cual gravita todo el edificio del capitalismo. Enseñar la mirada exterior

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

a no satisfacer las necesidades de las mujeres y sus criaturas durante un estado de especial vulnerabilidad como es el epcp (Arguedas Ramírez *et al.*, 2020; R. Castro & Erviti, 2015; Sesia, 2020, pp. 9-10; Šimonović, 2019)⁶³. Es esta una violencia de género —ya que se practica sobre las mujeres por su condición de género⁶⁴— motivada por el control social sobre la sexualidad y reproducción por parte de las instituciones patriarcales; y también es una violencia institucional, al ser una práctica emanada desde las instituciones del Estado patriarcal, fundamentalmente desde el sistema de salud —incluidos en este los mercados autorizados para la mercantilización de la atención y los cuidados profesionales durante el epcp— pero también desde el sistema judicial, cuando es preciso (Arguedas Ramírez, 2014, p. 152; Bautista Jiménez & López Arellano, 2017; Bellón Sánchez, 2015; Boladeras Cucurella, 2019; B. Ehrenreich & English, 1981; N. Ehrenreich, 1993; Jewkes & Penn-Kekana, 2015; Irwin & Jordan, 1987; López Gómez & R. Castro, 2010; Magnone Alemán, 2011b; Sesia, 2009, 2020, pp. 3-4; Vacca & Coppolecchia, 2012).

Dada su especificidad —pues alcanza «todos los (...) dominios del campo de la salud sexual y reproductiva como la anticoncepción, la planificación familiar, el aborto [o] la menopausia», además del epcp (Belli, 2013, p. 28)— y sistematicidad, esta violencia de género e institucional volcada en el control de los procesos sexuales y reproductivos de las mujeres, es conceptualizada bajo el término de *violencia obstétrica*, que Arguedas Ramírez (2014) definió como el «conjunto de prácticas que degrada, intimida y oprime a las mujeres y a las niñas en el ámbito de la atención en salud reproductiva y, de manera mucho más intensa, en el período del embarazo, parto y posparto» (pp. 146-147).

Se trata, apuntan Sadler (2020, p. VII), Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015, p. 25) y Arguedas Ramírez (2014, pp. 155-157), de una forma de violencia que opera como mecanismo de control y opresión sobre las mujeres-*cuerpos gestantes*, como producto del ejercicio del poder disciplinario⁶⁵, al que Arguedas Ramírez (2014) distingue en este campo como *poder/saber obstétrico*. La autora costarricense define este concepto de la siguiente forma:

con relación a la naturaleza y a los cuerpos; producirse como seres externos a la vida, para desde esa exterioridad colonizar y dominar» (p. 179).

Considero que en la violencia obstétrica (VO) predomina también esta dimensión expresiva donde «el agresor y la colectividad comparten el imaginario de género» y la «víctima es expropiada del control de su espacio-cuerpo» a través de su dominación física y moral (p. 38):

«Expresar que se tiene en las manos la voluntad del otro es el *telos* o finalidad de la violencia expresiva. Dominio, soberanía y control son su universo de significación. [E]stas (...) son capacidades que solo pueden ser ejercidas frente a una comunidad de vivos y, por lo tanto, tienen más afinidad con la idea de colonización que con la idea de exterminio. En un régimen de soberanía, algunos están destinados a la muerte para que en su cuerpo el poder soberano grabe su marca; (...) la muerte de estos elegidos para representar el drama de la dominación es una muerte expresiva [del poder de *dejar morir*]» (p. 39).

⁶³ Necesidades como la continuidad de los cuidados durante el epcp, el acompañamiento continuo durante el parto, la intimidad, la seguridad, la información comprensible y comprensiva para la toma de decisiones, o la ternura (Bowser & Hill, 2010).

⁶⁴ En base a María M. Gómez *et al.*, Herrera Vacaflor (2020) sintetiza los factores que adscriben la VO como violencia de género, destacando su objetivo dual:

«advertir a la mujer embarazada sobre la “conveniencia” o “necesidad” de que desista de la insubordinación y que se encarrile dentro del proyecto social; y (...) [mostrarle] la jerarquía existente en donde su subordinación “es instrumental” para el orden del saber-conocer-actuar médico (...). [E]n las prácticas presentes en la violencia obstétrica, las intervenciones (...) operan de manera performativa una identidad de género en la mujer embarazada sobre la base de estereotipos que sirven al proyecto social patriarcal de mujer-madre» (pp. 40-41).

⁶⁵ Foucault (2002) describió el poder disciplinario como:

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

«forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres y [que], por lo tanto, se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias» (p. 156).

El carácter discreto de la VO dificulta su identificación por parte de los actores sociales y políticos⁶⁶. También por parte de las personas directamente implicadas en sus prácticas, quienes además la experimentan/observan/practican en sus formas más crudas y expresivas, tornándose directa (verbal, física, sexual y emocional): tactos vaginales continuados y no consentidos, humillaciones verbales, agresiones físicas como episiotomías rutinarias o maniobras de Kristeller, amenazas veladas y directas, o episiorrafias sin anestesia, entre otras (Bohren *et al.*, 2015; Sadler Spencer, 2016, pp. 51-52; Šimonović, 2019, pp. 8-14). Cuando la VO se expresa directamente, podría pensarse que es más perceptible, especialmente para las mujeres sobre las que se aplica, las principales afectadas. Sin embargo, también aquí, los estereotipos de género y racistas, el androcentrismo y etnocentrismo que operan a través de las prácticas de violencia simbólica y estructural, y la exclusión y desigualdad de género en intersección con la *raza*, la *clase* y la edad (entre otras), actúan normalizando la práctica, a pesar de su gravedad y sistematicidad, lo que dificulta su identificación, denuncia e institución como problema público (Belli, 2013; A. Castro, 2019; Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2016; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017a; Sadler Spencer, 2016, pp. 51-55)⁶⁷.

Aún con ello, mujeres que han prestado su testimonio, personas investigadoras y organizaciones, llegan a ver con claridad que esta forma de violencia puede presentarse en ocasiones como tortura a las mujeres que están pariendo: tortura tal y como fue definida por

«un sistema “integrado” vinculado del interior a la economía y a los fines del dispositivo en que se ejerce. Se organiza también como un poder múltiple, automático y anónimo (...). Este sistema hace que “resista” el conjunto, y lo atraviesa íntegramente por efectos de poder que se apoyan unos sobre otros: vigilantes perpetuamente vigilados. El poder en la vigilancia jerarquizada de las disciplinas (...) funciona como una maquinaria (...) [E]l aparato entero el que produce “poder” y distribuye los individuos en ese campo permanente y continuo. Lo cual permite al poder disciplinario ser a la vez absolutamente indiscreto, ya que está por doquier y siempre alerta, no deja en principio ninguna zona de sombra y controla sin cesar a aquellos mismos que están encargados de controlarlo; y absolutamente “discreto”, ya que funciona permanentemente y en una buena parte en silencio. La disciplina hace “marchar” un poder relacional que se sostiene a sí mismo por sus propios mecanismos y que sustituye la resonancia de las manifestaciones por el juego ininterrumpido de miradas calculadas (...) sin recurrir, en principio al menos, al exceso, a la fuerza, a la violencia» (p. 182).

⁶⁶ Sin enmarcarse en el pensamiento foucaultiano, Susan Hodges (2009) detalla entre los elementos discretos de este poder disciplinario: el poder de la autoridad médica, la ausencia de responsabilidad por parte de la jerarquía hospitalaria —«es el aparato entero el que produce “poder”» (Foucault, 2002, p.182)—, sus políticas y protocolos, y las expectativas de cumplimiento (obediencia) por parte de las mujeres. Hodges (2009) señala que estos elementos crean un entorno propicio para la VO y obstaculizan su reconocimiento y detención.

⁶⁷En este aspecto es de interés la experiencia práctica de Menéndez (2005) durante el ejercicio de sus investigaciones antropológicas sobre el modelo biomédico de salud en México, la que muestra la necesidad de hacer uso de metodologías capaces de reconocer las desigualdades de poder —en el eje de *género*, *clase*, *raza*...— para poder identificar las violencias que se ejercen en el acto médico (Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017, p. 279).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

el ex Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak (2010), porque son actos que infligen dolor o sufrimiento severo (ya sea físico o psicológico), porque se realizan intencionalmente (con un propósito específico) y porque participan en su perpetuación agentes del Estado⁶⁸. Por ejemplo, constituyen tortura la práctica del legrado sin anestesia, episiorrafia sin anestesia, episiotomía o cesárea no consentida e innecesaria, separación madre-bebé no consentida e innecesaria, la penalización absoluta del aborto y la esterilización forzada [CLADEM & INSGENAR, 2008, pp. 67-76; Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), 2015, pp. 56-68; Sadler, 2020, p. XVI-XVIII; Šimonović, 2019; Thomson & Downe, 2008].

Tal como estableció el también ex Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (2016), es obligación de los Estados «impedir siempre la tortura y los malos tratos en todas las situaciones de privación o de limitación de libertad», como lo constituye de hecho para las mujeres el nacimiento institucionalizado⁶⁹. Cuando la pasividad del Estado «propicie y aumente el riesgo de daños causados por particulares», porque «sus leyes, políticas o prácticas perpetúan nocivos estereotipos de género» permitiendo que se cometan impunemente malos tratos y tortura, el Estado se sitúa cómplice de esta violencia (p. 4).

Estos elementos permiten concluir que cuando se produce una muerte materna por prácticas de VO, esta constituye un femicidio, y cuando además se produce impunemente y concurre la omisión de los deberes del Estado, esta constituirá un feminicidio [Arguedas Ramírez, 2020; Asociación Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA), 2010, pp. 479-484; Carcedo & Sagot, 2000, pp. 12-13; Lagarde y de los Ríos, 2012, pp. 233-238; Sesia, 2009]^{70,71}.

⁶⁸ El ex Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez (2016, p. 4) indica que los «elementos del propósito y la intención de la definición de tortura se reúnen siempre que un acto está motivado por el género», como es el caso de la VO.

⁶⁹ A efectos prácticos, el nacimiento institucionalizado supone una situación de libertad limitada al estar el uso de los espacios regido por normas sobre las que (habitualmente) las mujeres tienen muy poca o nula incidencia. Durante el nacimiento institucionalizado, se espera de ellas su acatamiento a la disciplina hospitalaria, su subordinación a la autoridad jerárquica que rige en dicho espacio y su sometimiento a las prácticas y cuidados regulados por los protocolos de atención, elaborados con frecuencia en exclusiva por la comunidad obstétrica. Por estar sujetas a la «división binaria y la marcación (...) normal-anormal», y a la asignación coercitiva y la distribución diferencial —«quién es; dónde debe estar; por qué caracterizarl[a], cómo reconocerl[a]; cómo ejercer sobre [ella], de manera individual, una vigilancia constante» (Foucault, 2002, p. 184)—, considero que durante el nacimiento institucionalizado las mujeres experimentan una situación típica de panoptismo.

⁷⁰ De acuerdo con la Asociación Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA) (2010), el femicidio constituye toda muerte de mujeres relacionada con la violencia específica ejercida contra las mujeres, producto de las relaciones desiguales de poder, por lo que incluye también «las muertes por abortos clandestinos, la mortalidad materna evitable y todas aquellas muertes en las que el factor de riesgo es ser mujer» (p. 479). Por su parte, Marcela Lagarde y de los Ríos (CEFEMINA, 2010) definió el feminicidio cuando, además de estos factores, concurren la impunidad y la inacción por parte de un Estado: «Se trata de una fractura del Estado de derecho que favorece la impunidad. El feminicidio es un crimen de Estado» (p. 483). Como indica CEFEMINA (2010), la distinción femicidio/feminicidio:

«abre (...) la posibilidad de actuar en dos ámbitos, el nacional penalizando el femicidio como el acto de personas concretas (...), y a nivel internacional, penalizando el feminicidio como el delito que cometen los Estados (...). Se requieren los dos conceptos para articular la acción política» (pp. 479, 481-482).

⁷¹ CEFEMINA (2010, p. 483) destaca las dificultades inherentes al ejercicio del derecho a la justicia en los casos de feminicidio, pues el sujeto activo del delito es el Estado mismo, «no unos funcionarios

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

1.3.2 Antecedentes históricos y contienda epistémica por un concepto

La VO no es un tema nuevo. Para España, Lola Ruiz-Berdún (2018, pp. 35-36) señala la relevancia de esta problemática ya en la primera mitad del siglo XVIII —en el que se produce el desplazamiento de la partera por el cirujano partero—, lo que se refleja en el siguiente pasaje de la obra *Sueños morales. Visiones y visitas de Torres con don Francisco de Quevedo por Madrid*, del escritor Diego de Torres (2000):

«¡Dios te dé buena hora, pobrecita, seas quien fueres! Su piedad te libre de las manotadas de esos osos, de los arrepelones de esos tigres y de las hocicadas de esos marranos [...] rateros de la herramienta del parir, que han hurtado a las comadres sus trebejos y se han alzado con su oficio; [...] se entran por todas partes. Gente tan sucia y tan idiota, que no saben cuántas son cinco, ni tres, ni aun uno, porque no entienden de nones; que toda su aritmética es con las pares [la placenta y las membranas amnióticas]. Últimamente, éstos son sacaniños como sacamuelas» (de Torres, 2000).

Para Inglaterra, Adrienne Rich (2019) destaca la denuncia pública realizada por la partera Elizabeth Nihell en la segunda mitad del siglo: autora de la obra *Treatise on the Art of Midwifery*, que se publica en 1760, Nihell acusa «a los cirujanos de usar el fórceps para precipitar los partos y abreviar así el tiempo que normalmente requiere la operación, y ello sólo por su conveniencia y con propósitos experimentales» (p. 208). Faltos de ternura, temerarios, maliciosos, indiferentes, insensibles, toscos y jactanciosos, son algunos de los calificativos proferidos por esta partera a los cirujanos parteros que utilizaban en sus experimentos «las vidas y los miembros de mujeres y niños» (pp. 209).

En cuanto al uso expreso del término *violencia obstétrica*, Ruiz-Berdún (2018, pp. 32-33) lo sitúa ya en la primera mitad del s. XIX —mismo en el que nace la obstetricia como especialidad médica— por parte del obstetra inglés James Blundell. Este manifestó su «fuerte aversión a la violencia obstétrica» (Wakley, 1828, p. 709) y contravino a los obstetras contra ella en sus lecciones en el hospital universitario Guy's Hospital, en Londres. Blundell advirtió su presencia en la atención de múltiples emergencias obstétricas, como el parto de nalgas, la rotura uterina, la hemorragia postparto, el parto obstruido, la versión cefálica externa y la retención de placenta. La identificó expresamente como causa de la rotura uterina —«ya sea a través del uso de instrumentos o por manipulación directa»—, desgarro del perineo, desgarro vaginal, fracturas, contusiones e incluso decapitaciones, y la señaló como uno de los grandes errores que puede cometer un obstetra —un error «odioso», «un error brutal, siempre reprochable»— abogando por eliminar la «violencia feroz y atroz» de la partería: «En una partería científica, la violencia no tiene cabida» (Blundell, 1834, pp. 620, 701, 790, tp.; Wakley, 1828, pp. 281, 548, 676, 840, 898, tp.).

determinados». En este marco puede inscribirse la experiencia de S.F.M. en su demanda por VO dentro del Estado español, la que no obtuvo respuesta a nivel nacional, siendo finalmente satisfecho su derecho a la justicia en el ámbito de la Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) (2020). También el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) y el Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) (1998) describieron para Perú como las instituciones del Estado cooperan entre sí en la impunidad de los actores responsables por prácticas de VO, como las esterilizaciones forzadas practicadas a decenas de miles de mujeres, con resultado de muerte materna para algunas de ellas (pp. 68-75). Así también, Freyermuth Enciso y Paola Sesia (Sesia, 2009) encontraron para México la complicidad entre las autoridades de diversos niveles del sistema de salud ante casos de VO con resultado de muerte materna, produciendo subregistro en la mortalidad materna y ocultando información a las familias (pp. 202-203, 214-215).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Orientó a sus alumnos y a la comunidad obstétrica en general hacia la práctica de la paciencia, la no interferencia —«pon tus manos en los bolsillos y no en la vagina» (Blundell, 1834, 367, tp.)— y la piedad:

«Cuidado con la impaciencia y la violencia. Cuidado con las laceraciones. Tened piedad de la paciente; de nuevo, repito, tened piedad de ella. Recordad que la introducción de una mano aquí es tan fatal como un golpe de bayoneta. No se infligieron heridas más espantosas en el campo sangriento de Waterloo. Los úteros y las mujeres no deben ser asaltados» (Wakley, 1828, p. 550, tp.).

Advirtió, además, la relevancia del androcentrismo en la ciencia médica y de los estereotipos de género centrados en la construcción de la masculinidad como factores de riesgo de la VO, abogando por mantener el componente relacional en los cuidados:

«Mientras los hombres sean cirujanos, seguramente los cirujanos podrán seguir siendo hombres; y si bien tienen el deber de someter sus sentimientos a la razón, sin duda sigue siendo su deber actuar bajo la influencia moderada de los sentimientos, la que ultima finalmente su carácter varonil» (Blundell, 1834, p. 790, tp.).

A pesar del prestigio de Blundell —reconocido por ser el primero en realizar una transfusión sanguínea exitosa y una histerectomía vaginal exitosa por ulceración maligna del útero—, las fuentes analizadas muestran que ni el uso del término, ni la temática en sí, se asentaron en la disciplina obstétrica, permaneciendo las denuncias de violencia en la atención durante el nacimiento en gran medida tras los márgenes de la obstetricia, siendo asumidas de forma aislada y minoritaria por las matronas (Ruiz-Berdún, 2014, 2018, pp. 36-38; Ruiz-Berdún & Olza, 2016, pp. 97-99)⁷².

Así, hasta finales del s. XX, cuando Diniz (2005, pp. 629-632) y Michelle Sadler Spencer (2016, p. 66) sitúan su irrupción en el debate público latinoamericano de la mano de activistas feministas por la humanización de la atención durante el parto, en la década de los noventa. Antes ya, en el marco de la tercera ola feminista, antropólogas, sociólogas y obstetras habían cuestionado en Europa y Norteamérica el *intervencionismo obstétrico*, la falta de autonomía de las mujeres durante el parto y la construcción social hegemónica del parto y la feminidad en relación al parto, aunque sin llegar a inscribir las relaciones entre las mujeres gestantes y el personal de salud, las cesáreas innecesarias o la sedación y las esterilizaciones no consentidas bajo la categoría de VO (Rich, 2019, pp. 28-30, 219-251; Sadler *et al.*, 2016, pp. 66-67) (sección 4.7)⁷³. Motivadas por estos movimientos, activistas feministas brasileñas desarrollaron acciones de educación, acompañamiento y promoción en el ámbito de los DSR durante los ochenta, abordando la humanización y la violencia en la atención dentro del sistema público de salud de Brasil (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000, pp. 36-44; Diniz, 2005, p. 631).

Sobre la base de estas experiencias, nace en Brasil la Rede de Humanização do Nascimento e do Parto (1993) a inicios de los noventa, la que denuncia el carácter violento de la atención durante el nacimiento dentro del paradigma tecnocrático hegemónico, denunciando «las circunstancias

⁷² Lola Ruiz-Berdún (2014) advierte del sesgo de género presente en la historiografía médica actual y del déficit de investigación en historiografía de la matronería, por lo que investigaciones futuras en este campo podrían revelar una no tan minoritaria consciencia sobre la naturaleza violenta del paradigma tecnocrático de atención durante el parto a lo largo de su historia.

⁷³ M^a Isabel Blázquez Rodríguez (2009, p. 106) señala que el uso de la categoría «humanización» surge en este contexto por parte de las norteamericanas Nancy Stoller en 1974 y Shelly Romalis en 1981.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

de violencia e indignidad en las que se brinda la asistencia, especialmente las condiciones inhumanas a las que se ven sometidas mujeres y criaturas en el momento del nacimiento» (p. 1, tp.). En 1994, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) no emplea el término, pero lo subsume bajo su concepto de violencia contra la mujer, que define como la violencia física, sexual y psicológica que tiene lugar en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y el ámbito estatal —en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar—, perpetrada por cualquier persona, incluyendo los agentes del Estado [Organización de los Estados Americanos (OEA), 1994, art. 2]. En el inicio del nuevo siglo, nace en Ceará (Brasil) la Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN) (2003), la que aboga por erradicar todas las formas de violencia en la atención de las mujeres durante el embarazo, parto y nacimiento.

En la década siguiente, el término salta al ámbito legislativo en varios países latinoamericanos (Murialdo Miniello, 2020, pp. 133-136; Sesia, 2020, pp. 4-8) (sección 4.7). Finalmente, en 2012, el MESECVI recomienda a los Estados Parte de la OEA:

«Adoptar disposiciones que penalicen la *violencia obstétrica*[; e]stablecer por los medios apropiados los elementos de lo que constituye un proceso *natural* antes, durante y después del parto, sin excesos ni arbitrariedad en la medicación, que garantice la manifestación del consentimiento libre y voluntario de las mujeres (...) [y a]doptar una perspectiva intercultural que respete las costumbres y pautas culturales de las mujeres indígenas y afrodescendientes en los centros de salud» (Comisión Interamericana de Mujeres, 2012, p. 98) (cursivas mías).

Desde entonces, la contienda epistémica —en palabras de Paola Sesia (2020) — en torno al concepto de VO no ha cesado, siendo objeto de un fuerte rechazo por parte del gremio médico, su empleo estratégico por las autoras feministas y el desistimiento pragmático por los organismos internacionales y agencias gubernamentales (pp. 12-13).

Se inserta en esta disputa el empleo de las categorías *maltrato* o *abuso* y *falta de respeto* en los estudios promovidos por la USAID y la OMS (Bohren *et al.*, 2015; Bowser & Hill, 2010; OMS, 2014; White Ribbon Alliance, 2011). Este acercamiento almibarado reconoce un «evidente maltrato físico, una profunda humillación y maltrato verbal, procedimientos médicos sin consentimiento o coercitivos (incluida la esterilización) (...) [y] negligencia [entre otras], lo que deriva en complicaciones potencialmente mortales» (OMS, 2014, p. 1). Sin embargo, rehúsa señalar el papel de las relaciones desiguales de poder en el fenómeno, desprovéyendolo de su carácter político y estructural: es decir, tal como señalan Sadler (2020, p. X-XIII) y Sesia (2020, pp. 12-13), silencia su naturaleza como violencia de género.

En este sentido, la posición asumida por la ex Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, la señora Dubravka Šimonović, ha representado un hito importante hacia el reconocimiento de la naturaleza estructural y política de esta problemática al emplear con decisión el concepto de *violencia obstétrica* —que, como indica Sesia (2020), está lejos de ser una categoría neutral— y reconocerla «como parte de una forma continuada de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado» (Šimonović, 2019, p. 6), consecuencia tanto de un déficit en la educación y formación del personal de salud como de «la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos» (p. 6). Este informe reconoce que la VO viola «el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, [y pone en] peligro

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

su derecho a la vida, a la salud, a su integridad física, su intimidad, su autonomía y a no sufrir discriminación» (p. 7)⁷⁴.

La contienda epistémica en el abordaje de la VO es clave por sus implicaciones de cara al abordaje eficaz del problema. A este aspecto se han referido Sadler Spencer (2016, p. 66), CLADEM (2008, p. 77) y Josefina Goberna Tricas (2019), profundizando R. Castro y Erviti (2015, pp. 36-51, 76-77), Sesia (2020, p. 12) y R. Castro y Sonia M. Frías (2020, pp. 58-59). Para Sesia (2020), el empleo de las categorías *maltrato* o *abuso* y *falta de respeto* genera:

«la escisión de la problemática interrelacional del maltrato y la falta de respeto entre personal médico y paciente (...) de la problemática inherente a la obstetricia —como disciplina y como ejercicio profesional— de la patologización y sobremedicalización del parto y de la expropiación de la autonomía de la mujer en el evento hospitalario» (p. 12).

Para la autora, ello produce tres efectos: (1) reduce la problemática a una cuestión de déficit de calidad técnica y relacional, desprovista del trasfondo político que explica sus efectos estructurales y simbólicos; (2) evita el cuestionamiento «[a] la genealogía, la ideología y la práctica intervencionista, autoritaria y patriarcal de la ginecoobstetricia, como especialidad de la biomedicina»; y (3) reduce la problemática al ámbito microsociedad, invisibilizando las condiciones macroestructurales que la hacen posible, la reproducen, profundizan y naturalizan (p. 13).

En este sentido, las categorías *maltrato* o *abuso* y *falta de respeto* carecen del mismo poder explicativo abarcador e integral: rompen el nexo entre la problemática y la violencia sistémica que se ejerce contra las mujeres «en contextos estructurales específicos que promueven y justifican [la] expropiación» del proceso del parto (p. 13), el que tiene lugar tras «quitarle centralidad y autonomía de decisión a través de [...] mecanismos de expropiación» (p. 12) como la culpabilización, homogeneización, patologización, naturalización y contaminación (Sadler, 2004, p. 26).

Por su parte, R. Castro y Erviti (2015) argumentan que el empleo de las categorías *maltrato* o *abuso* y *falta de respeto* por parte de instancias más cercanas a la comunidad obstétrica se enmarca en una estrategia emanada desde la «estructura de poder vigente dentro del campo médico» (p. 36). La reducción del «problema del autoritarismo médico y de la violación de derechos de las mujeres a un problema de calidad, y [de] éste a cuestiones meramente gerenciales y de administración de los servicios de salud» pretende proteger la estabilidad de dicha estructura de poder (p. 36). En este marco, R. Castro y Erviti (2015) erigen una crítica al modelo Donabedian de calidad en la atención a la salud, que reduce la problemática a un modelo tipo «estructura-proceso-resultado» (sección 3.3) e interpelan, retóricamente:

«¿No es cuestión, nada más, de desahogar los servicios de salud [para] que los médicos puedan trabajar en condiciones de menor saturación laboral, como lo presuponen muchos profesionales que esgrimen este argumento como primera línea de defensa para explicar (o justificar) las evidencias de la práctica médica autoritaria?» (p. 36)⁷⁵.

⁷⁴ Entre los derechos humanos violados en el ejercicio de la VO, CLADEM y el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) (2008) agregan el derecho a la integridad personal psíquica y moral, el derecho a la información y a la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, y el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes (pp. 40-76).

⁷⁵ Boerma *et al.* (2018, pp. 1343, 1344), Betrán *et al.* (2018, p. 1360), Requejo *et al.* (2015, pp. 469-470), W. Graham (2016, pp. 2165-6211) y Bohren *et al.* (2015, pp. 13-14) coinciden en señalar que la VO también

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

Por el contrario, R. Castro y Erviti (2015) subrayan la necesidad de abordar la problemática de la atención durante el epcp desde la perspectiva de los derechos en salud, la que descentra la perspectiva médica que clasifica a las mujeres bajo la categoría de «pacientes»:

«Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales (...), sino también como agentes sociales comprometidos activamente (si bien, casi nunca de manera consciente) en el sostenimiento del orden médico, el cual, a la vez, desempeña un papel fundamental en la construcción y reproducción de un orden social que es percibido como “natural”. Dicho orden se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que victimiza en primer lugar a los propios médicos (...) y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de derechos» (pp. 37-38).

R. Castro y Frías (2020, p. 59) enfatizan que enmarcarse en esta perspectiva estructural y política de la VO en absoluto conlleva renunciar a las herramientas analíticas que han aportado los estudios enmarcados en la línea de investigación sobre la calidad (técnica y relacional) de los cuidados, siempre que estas incorporen la perspectiva de género en su diseño e interpretación. Antes bien, el empleo de estas herramientas posibilita el registro y análisis sistemático de las violaciones a los DSR, además del monitoreo de los avances y retrocesos en la problemática y la evaluación de las políticas públicas implementadas.

1.3.3 Prevalencia y desigualdad en las prácticas de violencia obstétrica en los sistemas de salud estratificados de América Latina

Tanto la OMS (2014) como la ex Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Šimonović (2019), han reconocido la sistematicidad de la VO en los sistemas de salud de todas las regiones del mundo. Para el periodo 2007-2017, la incidencia hospitalaria de esta violencia osciló a nivel mundial entre dos de cada diez mujeres afectadas en Bélgica, Islandia, Dinamarca, Estonia, Noruega y Suecia, y diez de cada diez en Venezuela (Jardim & Modena, 2018, p. 7).

En cuanto a la prevalencia de VO percibida, esta varía entre tres y cuatro de cada diez mujeres con experiencias de epcp para AL y España (Mena-Tudela *et al.*, 2020a; Tobasía-Hege *et al.*, 2019). Sin embargo, como apunté anteriormente, existen dificultades para la estimación del fenómeno en base a la percepción de las personas implicadas/afectadas —mujeres con

está relacionada con el déficit crónico de financiación en atención primaria y en la atención durante el parto de la población adscrita a los primeros quintiles de ingreso, pues deteriora la calidad de los cuidados generando (por ejemplo) la necesidad de practicar cesáreas de emergencia que inicialmente hubieran podido evitarse de contar con cuidados de calidad en atención primaria, produciendo morbilidad materna y en algunos entornos también mortalidad. Siendo ello cierto, este hecho no ha de inducir a fundamentar la problemática de la VO en exclusiva sobre la pobre calidad de los cuidados que resulta del déficit en recursos. Expirar el análisis de la problemática en este nivel supondría: (1) justificar la VO en los *países en vías de desarrollo*; (2) justificar la perpetuación de la VO a futuro, dado que, desde una perspectiva centrada en la racionalidad económica, los recursos disponibles siempre son y serán insuficientes; (3) justificar toda violencia en espacios e instituciones en contextos empobrecidos, como la violencia de género en el ámbito de la pareja o el abuso emocional infantil en familias en situación de pobreza; (4) negar la práctica de la VO en los PIMA y PIA, o en instalaciones privadas de salud, lo cual es falso, como demuestran la práctica de cesáreas innecesarias para las mujeres adscritas a grupos poblacionales del quintil superior; (5) y desconocer que la asignación de recursos responde de manera crucial a los intereses de los actores mejor posicionados en la arena de las políticas públicas, lo que en sociedades caracterizadas por desigualdad de género estructural, determina «la asignación inadecuadamente baja de recursos a la atención de la maternidad» (Jewkes & Penn-Kekana, 2015, p.1, tp.).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

experiencias de epcp, familias y personal de salud— dada la confluencia de factores que interfieren en la valoración subjetiva de la atención y los cuidados, tales como la normalización de esta violencia, la patologización del parto, las posiciones de poder adscritas a las personas participantes en el fenómeno en el marco de las relaciones estructurales y desiguales de género, raza o clase, el etnocentrismo, la socialización a la que se somete el personal de gineco-obstetricia durante su formación⁷⁶, o la construcción social del *género* y su impacto sobre el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva de las mujeres, entre otros (B. Castrillo, 2016, pp. 49-53; Davis-Floyd, 1994, pp. 339-340; Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2016; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017a; Reid & Taylor, 2007; V. Savage & A. Castro, 2017, p. 18).

Estas dificultades llevan a Virginia Savage y A. Castro (2017) a recomendar en la investigación de la problemática: (1) emplear metodologías mixtas que integren herramientas cualitativas, cuantitativas y de observación directa; (2) que sean además participativas, donde las voces y experiencias de las mujeres centren los procesos de investigación y acción, pero donde también se integren las voces y experiencias del personal de salud y personas investigadoras; e (3) interactuar con las mujeres en el corto, medio y largo plazo para enriquecer los hallazgos y recabar la información necesaria para rastrear el vínculo entre la VO y los resultados en salud materna e infantil (pp. 23-27).

Para AL, Arachu Castro (2019) ha manifestado que las «escenas de violencia contra la mujer durante el trabajo de parto son la norma, más que la excepción, en los diversos países (...) donde [ha] realizado trabajo de campo etnográfico» (p. 105). En su experiencia de investigación en México, también R. Castro y Erviti (2015) señalaron que «la violación de los derechos reproductivos durante el parto o cesárea es un *continuum* del que sólo las formas de violación graves son, a veces, conocidas» (p. 86).

Además de su sistematicidad, en la región latinoamericana destaca la heterogeneidad en las prácticas de VO y su especial incidencia en los «hospitales públicos que atienden a mujeres [adscritas a] sectores sociales urbanos o rurales de menor ingreso o que son indígenas» (Sesia, 2020, p. 10). Efectivamente, A. Castro (2019) señala para esta región:

«En los sistemas de salud segmentados donde los usuarios de las instalaciones de salud pública pertenecen en su mayoría a los quintiles de ingresos más bajos, los encuentros clínicos (...) se convierten en el lugar de reproducción de desequilibrios sociales y de género en las dinámicas de poder establecidas entre las mujeres y el personal de salud (...) y entre el personal de salud de diferentes posiciones jerárquicas; las dinámicas de desequilibrio de poder pueden originarse también en el racismo. En estos contextos, el *maltrato* resultante —que a menudo adopta una forma de triple exclusión y discriminación, por ser pobre, de piel oscura y mujer— se integra sistemáticamente en los encuentros clínicos, lo que contribuye a resultados de salud desiguales, no solo por

⁷⁶ En base a las tesis sociológicas de Bourdieu, Roberto Castro y Joaquina Erviti (2015) proponen el concepto de *habitus médico* para nombrar el «producto» acabado de esta socialización específica que se realiza sobre el personal de salud y que inicia en su etapa de formación con el objetivo de afianzar el cumplimiento de las funciones que le son encomendadas en el campo médico:

«un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; [y] en la desigualdad de género» (pp. 79-80).

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

constituir este un factor estresor, sino también por ser un resultado de la pobre calidad del cuidado o de la absoluta negligencia» (p. 109, tp.) (cursivas mías).

Es decir, «el maltrato surge no solo de prejuicios y comportamientos individuales (...), sino también de dinámicas de poder desiguales dentro del campo médico y de “sistemas de salud fracturados” en los que el maltrato se incrusta en la atención» (Savage & A. Castro, 2017, p. 24, tp.). En consonancia, la investigación de la VO en ALC requiere integrar el análisis de los factores estructurales en conjunto con los simbólicos (p. 24).

En base a la revisión sistemática de la literatura publicada entre 2000 y 2015, A. Castro *et al.* (2015) encontraron que la discriminación y la violencia en AL se practican de forma generalizada contra las mujeres adscritas a las poblaciones originarias, afrodescendientes y empobrecidas, y constituye una barrera principal en su acceso a una atención médica de calidad, lo que en última instancia disuade a las mujeres de buscar atención: «Las prácticas discriminatorias pueden manifestarse como culpabilización de la *paciente*, negligencia intencionada, abuso verbal o físico, desprecio por las creencias tradicionales y no uso de lenguas indígenas para comunicarse con la *paciente*» (p. 96, tp.) (cursivas mías). Estas autoras destacaron la urgencia de estudiar estas violencias, insuficientemente abordadas en la investigación y en las políticas nacionales y regionales.

También Sesia (2020) mantiene que «es común que se compartan de manera imbricada por lo menos tres representaciones sociales hegemónicas, en las cuales las diferencias de *clase*, *etnicidad/raza* y *género* permean concepciones esencialistas establecidas con respecto a una naturaleza pasiva y sumisa de la embarazada y parturienta indígena y de *clase social baja*» (p. 10) (cursivas mías). Para esta región, la VO resulta así:

«de concepciones y prácticas biomédicas en expansión [en conjunto con los] estereotipos y discriminación imbricada de *género*, *racial* y *clasista* (...) en [una estructura social] donde la desigualdad y la polarización (...) son particularmente marcadas, reproduciéndose y profundizándose en el sistema de salud» (p. 11) (cursivas mías)⁷⁷.

A. Castro *et al.* (2015) señalan que las distintas formas en las que se expresa esta violencia —verbal, emocional, física, descuido intencional y negación de la atención— producen mortalidad diferenciada para mujeres y bebés según su adscripción a las etnias y grupos poblacionales dominantes o subalternizados. Para estos últimos, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR) y Physicians for Human Rights han relacionado claramente la elevada mortalidad materna e infantil con la VO practicada en entornos caracterizados por el racismo institucionalizado (A. Castro *et al.*, 2015, pp. 98-107; Cruz Roja Canadiense & FICR, 2013, p. 9; Oyarce *et al.*, 2010, pp. 27-34, 62-63; Yamin *et al.*, 2007, p. 127)⁷⁸.

En suma, la investigación de la VO en ALC debe abordar el fenómeno de forma diferenciada para cada grupo poblacional e identificar en cada uno la prevalencia de formas específicas de violencia y sus impactos en salud. En particular, dado que la región concentra la mayor

⁷⁷ Para Patrick R. Grzanka, la VO «co-construye» las opresiones relacionándolas entre sí (Herrera Vacafior, 2020, pp. 41).

⁷⁸ Así lo han señalado también Edgar R. Bautista Jiménez y Oliva López Arellano (2017), Graciela Freyermuth Enciso (2016) y Sesia (2009) para las mujeres procedentes de pueblos originarios en México, María do Carmo Leal *et al.* (2017) para las mujeres de pueblos afrodescendientes y originarios en Brasil y A. Castro (2019) para las mujeres empobrecidas en República Dominicana.

CAPÍTULO 1. LOS PROBLEMAS PÚBLICOS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS A LAS MUJERES Y CRIATURAS DURANTE EL EPCP

proporción de embarazos adolescentes a nivel mundial, Savage y A. Castro (2017) enfatizan la necesidad de abordar la VO practicada sobre las mujeres adolescentes, junto con las adscritas a pueblos originarios, afrodescendientes, población rural y *minorías étnicas*, y emplear tipologías de violencia menos difusas y más concretas que permitan captar las violencias específicas practicadas sobre cada grupo poblacional (p. 6; ver también Jewkes & Penn-Kekana, 2015, p. 2). Esta línea de investigación requiere:

«incorporar una perspectiva socio-ecológica integrada que considere los mecanismos a nivel individual y estructural (...). La discriminación y el maltrato pueden afectar la salud no solo a través de las interacciones individuales (...), sino también a través de sistemas en los que las pacientes están expuestas a una discriminación estructural donde (...) el maltrato se *encarna* como resultados de salud subóptimos» (Savage & A. Castro, 2017, p. 24, tp.)⁷⁹.

Bajo esta perspectiva ecosocial (sección 4.5), «[t]odos los procesos involucrados [en la producción de salud, bienestar y enfermedad] están condicionados a la economía política existente y a la ecología política de las sociedades» (Krieger, 2012, p. 937, tp.)

⁷⁹ Nancy Krieger (2002) emplea el término *encarnar* (*embody*) para hacer referencia a la forma en que, literalmente, incorporamos biológicamente el mundo material y social en el que vivimos: «no hay aspecto de nuestra biología que se pueda comprender sin conocer la historia y las formas de vida individuales y sociales» (p. 482). La *encarnación* o *embodiment* se estructura simultáneamente por: «a) la organización social del poder y la propiedad y las estructuras contingentes de producción, consumo y reproducción, y b) las limitaciones y posibilidades de nuestra biología, tal como las han conformado la historia de la evolución de nuestra especie, nuestro contexto ecológico y las historias individuales, esto es, las trayectorias de desarrollo biológico y social» (p. 482) (sección 4.5).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

2.1 Morbilidad y mortalidad materna

Para el caso específico de Nicaragua, los análisis de Solange Da Cruz Chaves *et al.* (2015, p. 207) indican que el país se encuentra atravesando la III etapa de transición obstétrica, la que se caracteriza por la interacción compleja de problemáticas de salud en la atención durante el epcp, presentando aún una alta mortalidad materna y un *intervencionismo obstétrico* que ya constituye un problema de salud pública (secciones 3.1 y 4.2.2).

En relación a la morbilidad materna, el país no dispone de un estudio específico elaborado en base a datos poblacionales. Sí dispone de datos referidos a la práctica de episiotomías en el periodo 2011-2012 en seis centros de salud y 2 hospitales situados en dos departamentos (Chontales y Chinandega). Para esta población, que ascendió a 766 mujeres, la episiotomía fue practicada sobre el 59.6 % de las mujeres primíparas y el 31.2 % de todas las mujeres (García-Elorrio *et al.*, 2014). En comparación con los datos recabados por Fernando Althabe *et al.* (2002, p. 946) para un hospital entre 1995 y 1998 —donde la tasa para primíparas alcanzó el 86.3 %—, los datos de Ezequiel García-Elorrio *et al.* (2014) señalan una reducción en la práctica de esta cirugía menor. En todo caso, la tasa más reciente en primíparas es cinco veces más alta que la referida como plausible por la OMS en 1996 (p. 55).

Sí se cuentan con estudios poblacionales para la práctica de la cesárea —considerada una morbilidad del epcp—, cuyo dato más reciente es el aportado por la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/2012⁸⁰ que encontró una tasa poblacional del 29.7 % e intrainstitucional del 33.6 %, 2.2 veces más alta que la tasa máxima asociada a resultados óptimos de salud para mujeres y criaturas recién nacidas (INIDE & MINSA, 2014, p. 218). Se verifica por tanto que la atención durante el epcp en Nicaragua presenta sobreutilización de la cesárea. Las diferencias en la sobreutilización entre itinerarios de atención son acusadas: en el régimen no contributivo asciende al 28.2 %, en el contributivo al 54.2 % y en el régimen voluntario al 68.7 % (INIDE, s. f.; Rodrigues Ribeiro, 2018, p. 401) (nota 8)⁸¹.

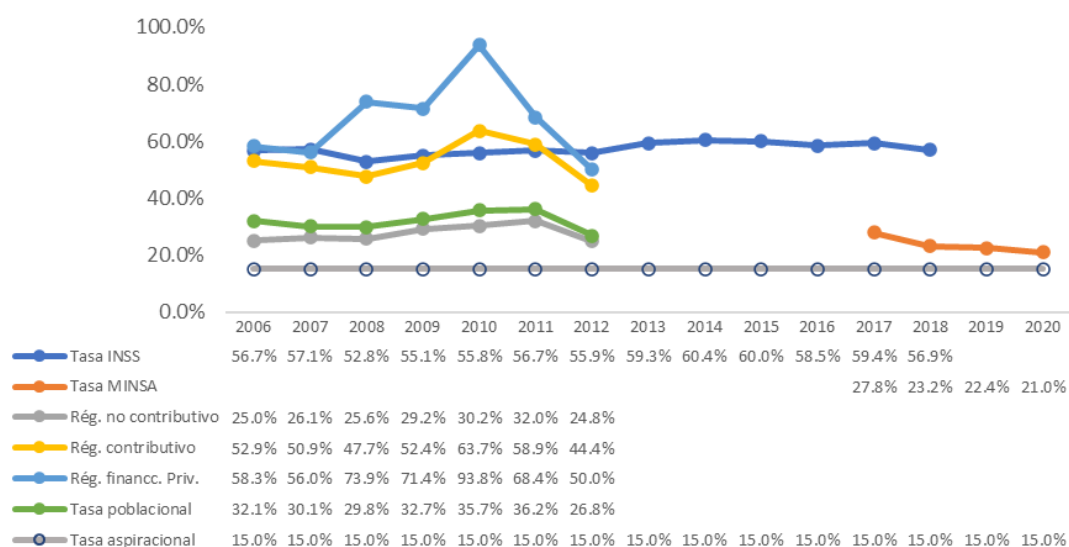
En relación a la evolución de la sobreutilización, la tendencia descendiente que muestra la tasa correspondiente al régimen no contributivo para el periodo 2017-2020 (Gráfico 3) —calculada en base a datos proporcionados por el MINSA (2020)— evidencia la aplicación de una política para reducir la sobreutilización de cesáreas en el país. Según estos datos, para el 2020 la tasa de cesáreas dentro de este régimen se situó en el 21.0 % de los nacimientos. Destaca asimismo la estabilización en la sobreutilización para el régimen contributivo, donde la tasa ha oscilado entre el 56.9 % y el 60.4 % durante el periodo 2013-2018 [Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), 2019, p. 342].

⁸⁰ Los datos referidos a la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) 2011/2012 corresponden al periodo 2006-2012 y tienen representatividad a nivel nacional y subnacional. Incluye datos referidos a partos domiciliarios. Por el contrario, el Mapa Nacional de Salud del MINSA (2020) reúne datos aportados por el MINSA sin incluir los datos referidos a partos domiciliarios, sino solo los correspondientes a nacimientos ocurridos dentro del régimen no contributivo de salud.

⁸¹ Según datos de la ENDESA 2011/2012, la atención a la salud del 65.3 % de la población es canalizada a través de este régimen no contributivo, el 18.7 % a través del régimen contributivo (ambos integrados dentro de la red pública de establecimientos de salud) y el 15.8 % a través del régimen voluntario (INIDE & MINSA, 2014, p. 485).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

Gráfico 3. Tasa de cesáreas por régimen de atención, Nicaragua, 2006-2020



Nota: excepto la tasa correspondiente al INSS, las demás tasas fueron calculadas en base a los datos proporcionados por INIDE (s. f.) y MINSAs (2020). Fuente: elaboración propia en base a INIDE (s. f.), INSS (2009, p. 228, 2019, p. 324) y MINSAs (2020).

Según la ENDESA 2011/2012, los datos no reflejan subutilización de la cesárea en ningún entorno, siendo la tasa más reducida la correspondiente al primer quintil de ingresos en el área rural (15.0%) y la correspondiente a la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte (RACCN) (14.5%) (INIDE & MINSAs, 2014, pp. 218, 569). La sobreutilización más alta tiene lugar para las mujeres del quintil más alto de ingresos, afectando a una de cada dos mujeres, aunque en las áreas urbanas la sobreutilización es destacable con independencia del nivel de ingresos, afectando a una de cada tres mujeres en el primer quintil (p. 569)⁸².

En relación a la morbilidad en general, el estudio de Chaves *et al.* (2015) (sección 1.2.2) sitúa a Nicaragua como el país con mayor tasa de complicaciones amenazantes para la vida entre los países latinoamericanos estudiados, condición que afectó a una de cada cuatro mujeres atendidas, al cursar hemorragia grave posparto, preeclampsia grave, eclampsia o sepsis, entre otras. Esto supone una incidencia 2.6 veces más alta en relación al promedio de los países latinoamericanos. Sin embargo, Chaves *et al.* (2015) observaron que a medida que se avanza en la transición obstétrica, el valor de este indicador aumenta, por lo que una prevalencia mayor de complicaciones potencialmente fatales puede estar indicando una vigilancia más exhaustiva y una mayor capacidad para diagnosticar complicaciones (pp. 206, 208).

Por otro lado, Nicaragua presenta también la mayor tasa de resultados maternos graves (en la que incurre al menos una disfunción orgánica), condición que afecta a 20 mujeres por cada 1,000 criaturas nacidas vivas, y de MMG o *near miss*, que afecta a 19 mujeres de cada 1,000. Su RMM intrahospitalaria también es la mayor, junto con la de Argentina, con 93 muertes maternas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas. Por el contrario, su índice de mortalidad —que se define como el porcentaje de mujeres que sobreviven tras un resultado materno grave— indica que Nicaragua es el tercer país de la región con mayor expectativa de sobrevivir

⁸² Tampoco los datos aportados por el Mapa Nacional de Salud del MINSAs (2020) (más recientes) señalan subutilización de este procedimiento a nivel subnacional, aunque en este caso las estadísticas recogen solamente su utilización intrainstitucional.

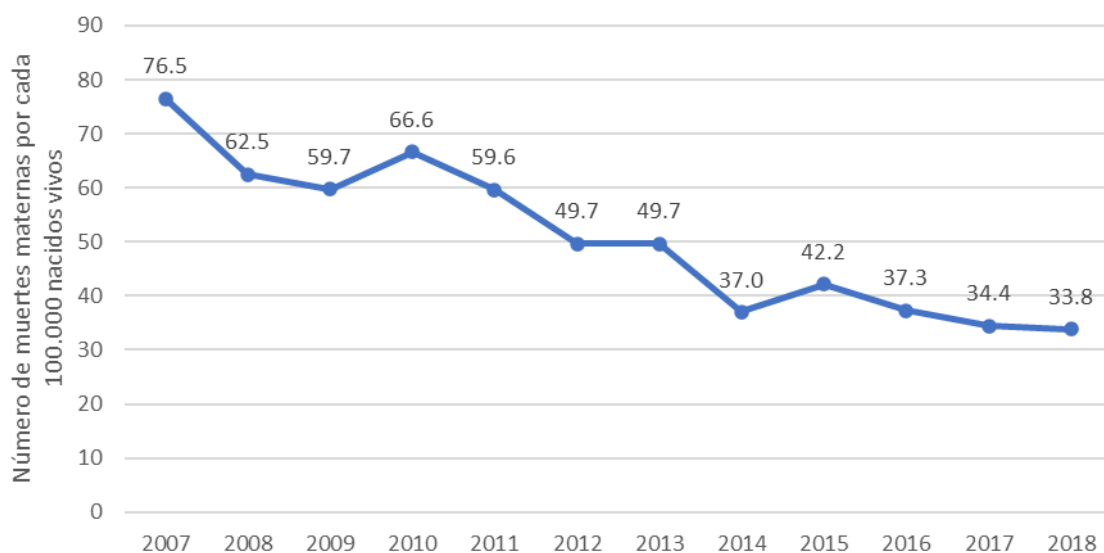
CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

a un resultado materno grave: su índice de mortalidad es el tercero más bajo, después de México (2.5 %) y Perú (3.4 %). Ello indica una buena calidad de los cuidados críticos de salud.

En conjunto, estos datos sugieren que Nicaragua presenta una buena capacidad resolutive en el tercer nivel de prevención —donde es clave la atención especializada— y una prevención deficiente en el primer y segundo niveles, donde priman la atención y los cuidados en el ámbito familiar, comunitario y en la atención primaria del sistema de salud.

En cuanto a la mortalidad materna, los datos proporcionados por el MINSA (2021, p. 294) indican que en el 2018 murieron 33.8 mujeres por cada 100,000 criaturas nacidas vivas (Gráfico 4). Estas cifras indican que la RMM ha descendido a una tasa promedio del -6.2 % anual en el periodo 2010-2018. En cifras absolutas, murieron 48 mujeres por motivos evitables durante el epcp en 2017 y 47 en 2018, para un total de 95 muertes maternas evitables ocurridas en el periodo 2017-2018 (2019a, p. 2).

Gráfico 4. Razón de Mortalidad Materna, Nicaragua, 2007-2018



Fuente: MINSA (2021).

Dadas las dificultades para realizar un registro de calidad de las muertes maternas y sus causas (sección 2.2), la RMM consignada en el Gráfico 4 debe considerarse una aproximación a la RMM real que subestima la incidencia de la mortalidad materna en el país. Aunque no es posible conocer con certeza esta RMM real, debe valorarse positivamente la tendencia a la baja en el indicador. La mejora experimentada en varios indicadores socioeconómicos durante el periodo 2010-2018 —como el gasto de bolsillo en salud, el gasto público en salud o el ingreso nacional bruto per cápita (Anexo C)— posiblemente han favorecido esta evolución en la RMM.

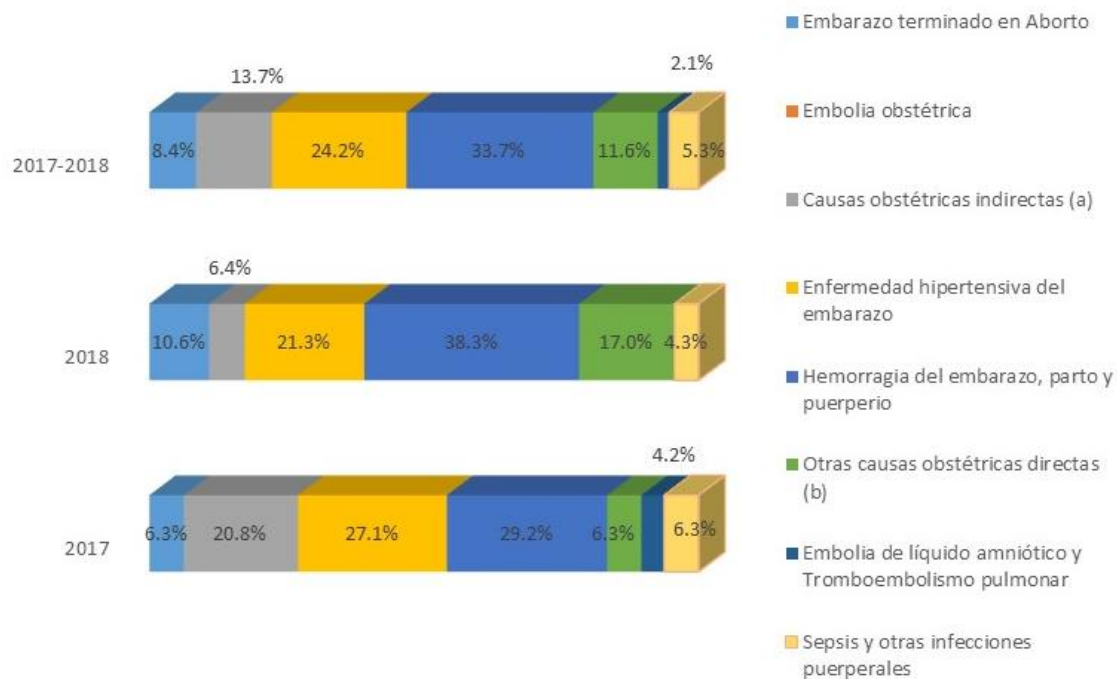
Con respecto a las causas de mortalidad materna, Nicaragua sigue presentando un perfil epidemiológico donde predominan ampliamente las causas obstétricas directas⁸³, responsables

⁸³ Las causas directas de mortalidad materna resultan de «complicaciones obstétricas del embarazo (embarazo, parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamiento incorrecto, o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas», mientras que las causas indirectas resultan de una «enfermedad existente desde antes del embarazo o de

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

a nivel nacional del 86.3 % de las muertes maternas ocurridas durante el periodo 2017-2018 (82 mujeres). Solamente un 13.7% de las muertes maternas (13 mujeres) se vincularon a causas indirectas, como enfermedades preexistentes agravadas durante el epcp (Gráfico 5).

Gráfico 5. Mortalidad materna según causa, Nicaragua, 2017-2018



Notas: (a) causas obstétricas indirectas incluye las muertes ocurridas durante el epcp por enfermedades del corazón, diabetes, enfermedades infecciosas y del sistema digestivo; (b) Otras causas obstétricas directas incluye rotura del útero durante el trabajo de parto, acretismo placentario, inversión del útero postparto y diabetes mellitus. Fuente: elaboración propia en base a MINSa (2019a).

En relación al análisis específico de las causas obstétricas directas en el periodo 2017-2018, el 33.7 % de las muertes maternas (32 mujeres) fallecieron por hemorragias obstétricas, el 24.2 % por enfermedad hipertensiva del embarazo (23), el 11.6 % por roturas uterinas, acretismo placentario, inversión del útero postparto y diabetes mellitus (11), el 8.4 % por embarazos terminados en abortos (8) y el 5.3 % por infecciones puerperales (5), sin registrarse muertes maternas por embolias obstétricas. Estas muertes no habrían ocurrido si se hubiesen garantizado los insumos médicos básicos, una adecuada planificación de los cuidados durante el epcp y una atención oportuna y de calidad.

Los datos disponibles señalan además desigualdades geográficas profundas en el país, probablemente vinculadas a la incidencia histórica de la *raza* como categoría social estructurante de las relaciones sociales, económicas y políticas a lo interno de la sociedad nicaragüense (sección 4.3.2). Así, el análisis de la mortalidad materna a nivel subnacional ⁸⁴ señala profundas disparidades entre el Caribe, la región Centro

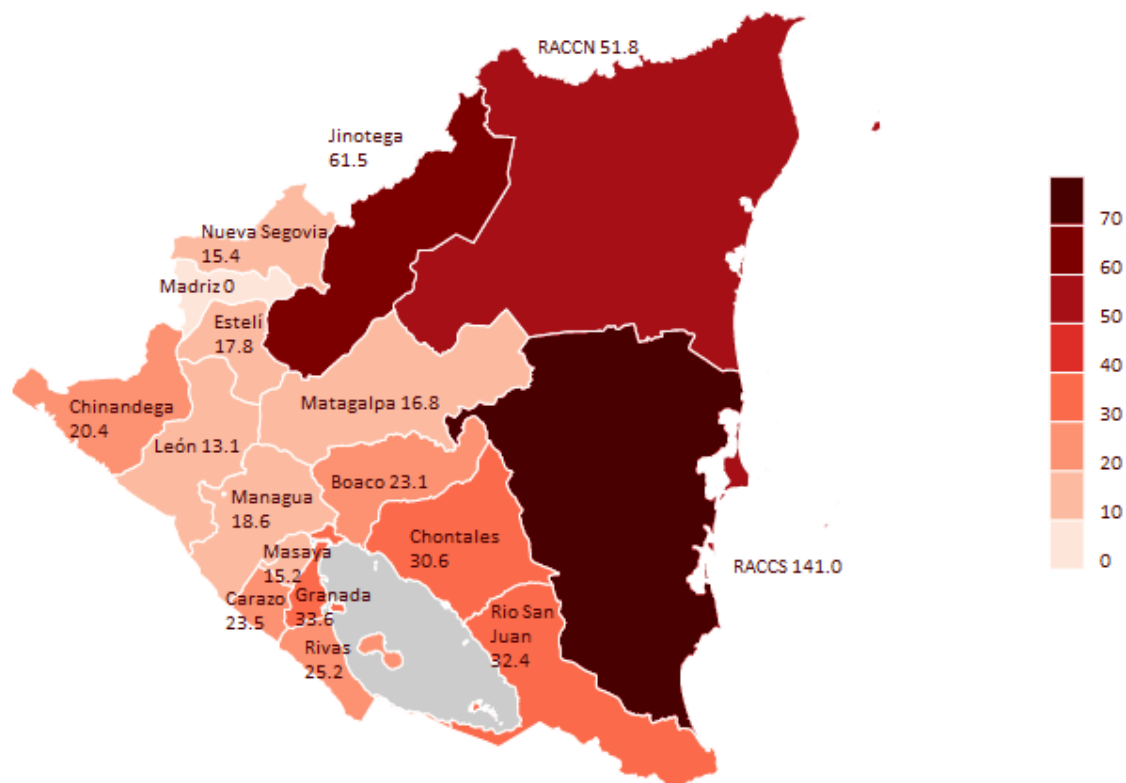
una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debidas a causas obstétricas directas, pero sí agravadas por los efectos fisiológicos del embarazo» (OPS, 2003, p. 1172).

⁸⁴ Al no identificar una fuente estadística que proporcione el número de criaturas recién nacidas vivas a nivel subnacional, no me fue posible calcular la RMM subnacional. En su lugar, determiné la mortalidad materna por departamento y por región autónoma calculando el cociente entre el número de muertes maternas y la suma del número de partos y cesáreas totales, y multiplicando este cociente por 100,000 para obtener el número de muertes maternas por cada 100,000 partos y cesáreas. Los datos empleados

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

y el Pacífico (Mapa 1). En base a datos correspondientes al 2017 y 2018, presentaron una mortalidad muy superior al promedio nacional: la Región Autónoma de la Costa Caribe Sur (RACCS), con 141.0 muertes maternas por cada 100,000 partos y cesáreas, 4.2 veces más alta que el promedio nacional (33.6); Jinotega, que es el departamento con mortalidad más alta (61.5), siendo un 83 % mayor al promedio nacional; y la RACCN, cuya mortalidad es 51.8, un 54 % más alta que el promedio nacional. Estos datos muestran desigualdades geográficas importantes en salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp.

Mapa 1. Mortalidad materna promedio por departamento, Nicaragua, 2017-2018



Nota: RACCN incluyen los datos de los SILAIS de Bilwi y Las Minas, mientras que RACCS incluye los datos de los SILAIS de RACCS y Zelaya Central. Sobre la metodología de cálculo, ver nota 84. Fuente: elaboración propia en base a MINSa (2019a, 2020).

Estos datos apoyan los hallazgos de Mariachiara Di Cesare (2009) en relación a la existencia de «una transición tanto demográfica como epidemiológica avanzada [para el Pacífico y Centro del país], (...) [y] una transición demográfica y epidemiológica más atrasada [para el Caribe]» (pp. 47-48). Así mismo, corrobora para Nicaragua la afirmación realizada por Souza *et al.* (2014, p. 3) en relación a la concurrencia habitual de diferentes etapas de transición obstétrica para un mismo país.

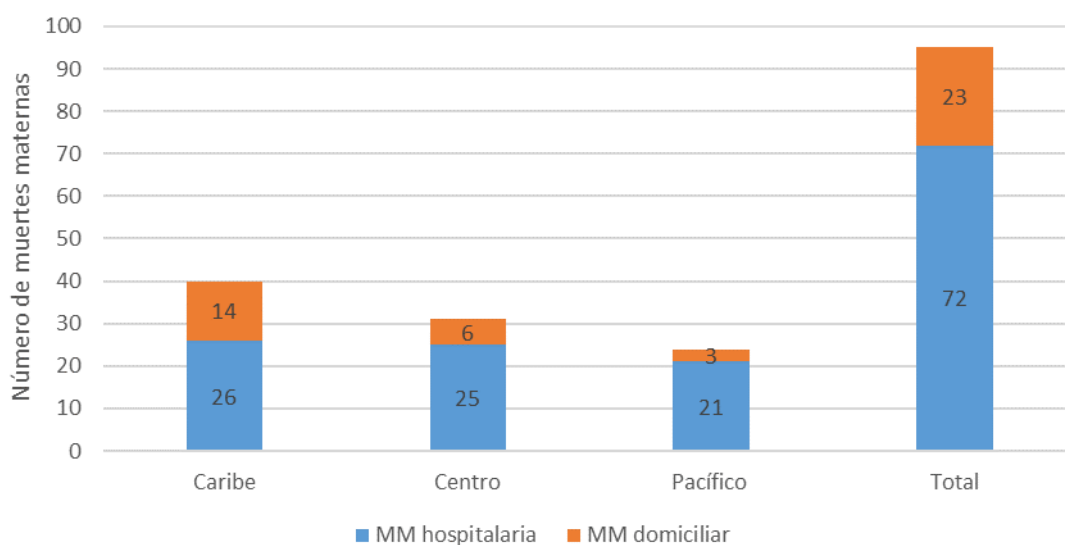
Aunque se confirma la disparidad geográfica del fenómeno de mortalidad materna, en todos los departamentos excepto uno (Madriz) se produjeron muertes maternas evitables en el periodo 2017-2018. Con respecto al lugar de ocurrencia de estas muertes, 23 fallecieron en

para realizar este cálculo están disponibles en el Mapa Nacional de la salud y el Mapa de Mortalidad Materna (MINSa, 2019a, 2020). A nivel nacional, este indicador tomó un valor de 35.8 muertes maternas por 100,000 partos y cesáreas para el 2017, 31.7 para el 2018 y 33.6 para el periodo 2017-2018.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

el domicilio (24.2 %) y 72 en las unidades de salud (75.8 %) (Gráfico 6). Las muertes maternas domiciliarias se concentran en la región del Caribe, si bien se producen en todo el país. Estos datos subrayan la necesidad de analizar los déficits en calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales durante el epcp, que podría explicar en parte la alta mortalidad intrahospitalaria y la alta tasa de partos domiciliarios que se realizan en condiciones de inseguridad (sección 2.3), al actuar la baja calidad de los cuidados profesionales como una barrera al parto institucionalizado (van den Broek & W. J. Graham, 2009, p. 19; Souza *et al.*, 2013, pp. 1754-1755). Como indica el Gráfico 6, ambos fenómenos están presentes en todo el país, aunque en mayor medida en la región Caribe y noroeste (Mapa 1 y Meta 2).

Gráfico 6. Muertes maternas por lugar de ocurrencia y por subregión, Nicaragua, 2017-2018



Fuente: elaboración propia en base a MINSa (2019a, 2020).

2.2 Las limitaciones de la Razón de Mortalidad Materna como indicador de impacto de las políticas: el caso de Nicaragua durante el periodo 1990-2015

En muchos *países en desarrollo*, los sistemas de estadísticas vitales no proporcionan datos con suficiente calidad para realizar un cálculo fiable de la RMM⁸⁵. Dada «la incertidumbre sustancial inherente a los resultados de mortalidad materna», el Grupo Interagencial de Estimación de la Mortalidad Materna de las Naciones Unidas (MMEIG por sus siglas en inglés) (2019, p. 1) basa el cálculo de la RMM en gran medida en un modelo estadístico que emplea intervalos de confianza amplios (del 80 %). Estas estimaciones se basan en las cifras de muertes maternas proporcionadas por el sistema de estadísticas vitales del registro civil, ajustadas por el Producto Interior Bruto (PIB) per cápita⁸⁶, la tasa general de fertilidad en mujeres de 15 a 49 años y el porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado.

A efectos de la evaluación de las metas de los ODM, las estimaciones realizadas por MMEIG (2015) indicaron que la RMM de Nicaragua había descendido solamente un 13.3 % en el periodo 1990-2015, hasta situarse en 150 muertes maternas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas

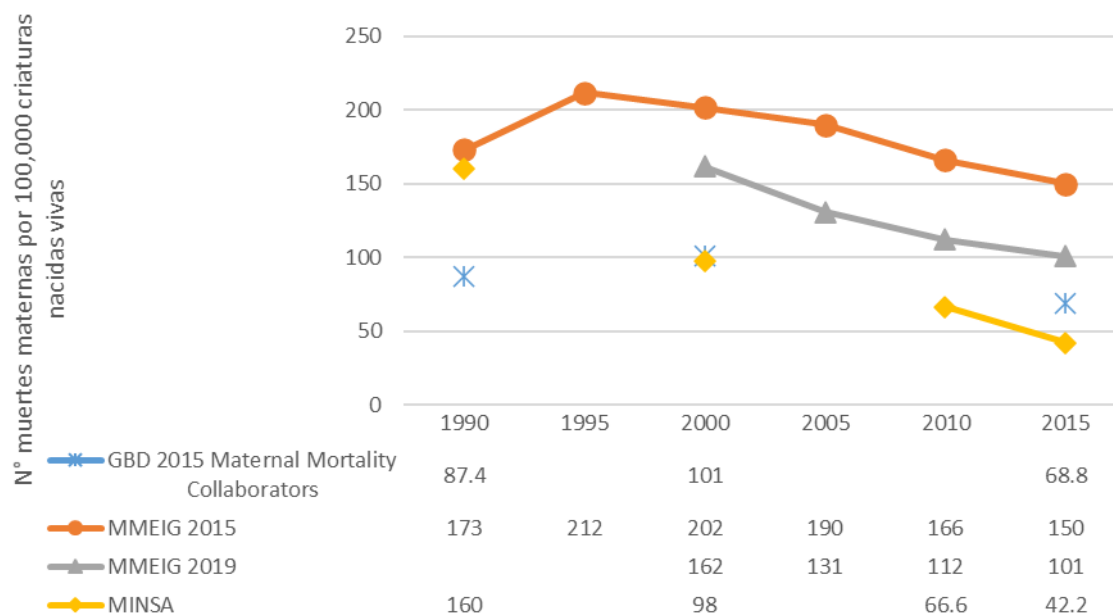
⁸⁵ Los problemas en la calidad en los datos son frecuentes, en particular los relacionados con el subregistro y clasificación errónea de las muertes maternas y sus causas (Cross *et al.*, 2010; W. J. Graham *et al.*, 2008; OMS, s. f.).

⁸⁶ En paridad del poder adquisitivo (PPA) y en \$US constantes del 2011.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

en 2015 (Gráfico 7). Tras considerar el intervalo de incertidumbre, la estimación del MMEIG (2015) llegaba a considerar que Nicaragua no había logrado avance alguno en reducción de la mortalidad materna durante el periodo 1990-2015 (ver también OMS, 2015d, p. 9).

Gráfico 7. Razón de Mortalidad Materna en base a distintas fuentes, Nicaragua, 1990-2015



Fuente: elaboración propia en base a Global Burden of Disease (GBD) 2015 Maternal Mortality Collaborators (2016, p. 1787), Gómez (2009, p. 9), MINSa (2019b, p. 293), OMS (2019) y MMEIG (2015, 2019).

A una conclusión similar llegó Global Burden of Disease (GBD) 2015 Maternal Mortality Collaborators (2016, p. 1787), aunque calculando una RMM mucho menor (68.8). En este caso, el grupo de investigación diseñó una metodología más sofisticada introduciendo un número mayor de variables clasificadas en tres niveles de incidencia⁸⁷. Finalmente, tras realizar ajustes a su metodología, el MMEIG (2019) estimó la RMM del país en 101 muertes maternas por cada 100,000 criaturas vivas para 2015, minorando su estimación en un 32.7 % (ver también OMS, 2019, p. 102).

Por su parte, el MINSa (2019b, p. 293) calculó la RMM en 42.2 muertes maternas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas para 2015, lo que suponía aproximarse al logro de la meta marcada en los ODM, al mostrar una reducción del 73.6 % en la RMM en el periodo 1990-2015 (Gómez, 2009, p. 9).

Al respecto, «las estimaciones [del MMEIG persiguen] garantizar la comparabilidad entre países, por lo que no coinciden necesariamente con las estadísticas oficiales» (OMS, 2015b, p. 14; OMS, 2015d, p. 12). Por otro lado, aunque tanto el MMEIG (2015, 2019) como la OPS en conjunto con la OMS (2016, p. 18) señalaron limitaciones en las cifras presentadas por Nicaragua, los logros del país en reducción de mortalidad materna han sido reconocidos por

⁸⁷ Entre estas variables se incluyeron la tasa de fertilidad total y estandarizada por edad, años de escolarización, PIB per cápita, cobertura de al menos una visita prenatal, cobertura de al menos cuatro visitas prenatales, asistencia cualificada durante el parto, parto institucionalizado y tasa de mortalidad neonatal. Otras variables con un peso menor fueron la prevalencia de obesidad, ocurrencia de desastres naturales o la prevalencia de subalimentación [Global Burden of Disease (GBD) 2015 Maternal Mortality Collaborators 2016, p. 1781].

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA
EN NICARAGUA

el sistema de las Naciones Unidas [Banco Mundial y Corporación Financiera Internacional, 2017, pp. 78-79; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF por sus siglas en inglés), 2019, p. 3; OPS, 2017, p. 194; UNFPA, 2018, p. 26;].

Por lo demás, la metodología empleada por el MMEIG (2015, 2019) favorece a los países con mayor renta per cápita en razón del peso de este DSS sobre la mortalidad materna (sección 3.4) y, aunque el GBD 2015 *Maternal Mortality Collaborators* (2016) contempla más DSS, ninguna de las metodologías empleadas por estos grupos de investigación integra variables relevantes como la desigualdad en la distribución de la renta o el gasto público en salud.

Tabla 4. RMM reportada y estimada y variables relacionadas, países del Istmo Centroamericano, 2015^{a,b}

	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Panamá	Belice
Partos hospitalarios (%)	92.4	91.1	66	72	88	93.9	91.9
Ingreso nacional bruto per cápita (US\$ PPA ^c) 2014	14,420	8,000	7,250	4,570	4,790	19,930	7,590
Tasa fecundidad específica (CNV ³ /1.000 mujeres 15-19 años) 2016	56.0	64.9	80.1	64.3	88.1	73.7	65.1
RMM reportada (distintos años) ^d	26.5	42.3	113.4	74.0	42.8	58.5	107.0
RMM estimada MMEIG 2015	25	54	88	129	150	94	28
RMM estimada MMEIG 2019	28	48	103	67	101	58	43
RMM estimada GBD 2015	24.3	38.3	73.2	109.6	68.8	69.4	32.2
Índice de Gini 2014 ^e	48.6	41.6	48.3	50.4	46.2	50.5	53.3
Gasto público en salud (% del PIB) ^f	5.6	4.8	2.2	3.2	4.2	4.3	3.8
Gasto público en salud (% gasto público) (2014)	23.3	16.7	17.8	15.4	24.0	14.6	13.8
Gasto de bolsillo en salud (% gasto público corriente en salud)	24.4	28.3	55.6	48.7	35.3	30.4	22.3
Gasto corriente en salud per cápita PPA \$ internac.	569	340	412	1,221	456	1,514	498

*Notas: (a) El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua están clasificados por el Banco Mundial como países de renta media-baja, y Belice, Costa Rica y Panamá como países de renta media-alta; (b) a no ser que se indique lo contrario, los datos corresponden al año 2015; (c) CNV/criaturas nacidas vivas, PPA/paridad del poder adquisitivo, n/a no aplica; (d) para Nicaragua, Costa Rica, Belice y El Salvador, la RMM reportada corresponde al 2015, para Panamá al 2014, Guatemala al 2013 y Honduras al 2010; (e) El índice de Gini de Belice corresponde al 1999; (f) PIB/Producto Interior Bruto. Fuente: elaboración propia en base a GBD 2015 *Maternal Mortality Collaborators* (2016), OMS (2015d, 2019), OPS y OMS (2016) y bases de datos del Banco Mundial (s. f.) y OMS (2020).*

Así, si observamos la RMM registrada por los países del Istmo Centroamericano (Tabla 4), Nicaragua presenta el tercer valor más bajo para este indicador (42.8), después de Costa Rica (26.5) y El Salvador (42.3) (OPS & OMS, 2016). En contraste, dentro de los indicadores vinculados a los DSS de la mortalidad materna, el país presenta la tasa de fecundidad más alta, el porcentaje

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

de partos hospitalarios más bajo y el segundo ingreso nacional bruto per cápita más bajo (a poca distancia de Honduras). Por el contrario, su Índice de Gini es el segundo mejor del Istmo y es el país que más esfuerzo realiza en salud en términos presupuestarios, siendo el que más gasta en esta dimensión del desarrollo humano en relación al PIB y en relación al gasto público (Anexo C).

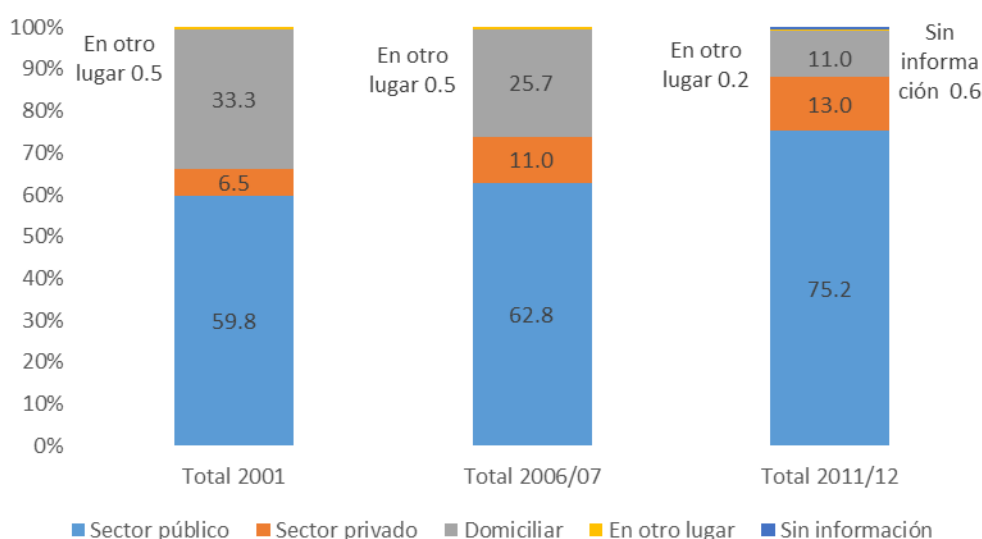
En cuanto a los datos presentados por los demás países, se pueden observar también diferencias importantes entre los valores declarados y estimados para Guatemala y Belice, aunque de signo contrario. Las estimaciones de la RMM realizadas para estos países se ven favorecidas por sus ingresos medios, así como por una tasa de partos hospitalarios alta y una fecundidad media en el caso de Belice, lo que resulta en valores estimados mucho menores a los informados. La distancia más amplia entre valores estimados e informados se observa para Belice, donde la estimación de la RMM realizada por el MMEIG (OMS, 2015d) es 3.8 veces más baja que la RMM calculada en base a las estadísticas nacionales.

En conjunto, el análisis de estos datos señala la necesidad de tomar en consideración las limitaciones propias de los ejercicios de estimación estadística realizados para analizar fenómenos sociales complejos como la mortalidad materna. Tal como indicaron Alicia Ely Yamin y Vanesa M. Boulanger (2013) para los países que, como Nicaragua, presentan deficiencias en su sistema de estadísticas, estas limitaciones generan que la RMM estimada resulte en un indicador dudoso que complica la interpretación del cambio en las tendencias. Por tanto, si bien la RMM es un indicador importante para el monitoreo de la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp, no resulta adecuado por su complejidad para guiar las políticas de prevención en mortalidad y morbilidad materna (pp. 65-66) (sección 4.1).

2.3 Sobre la cobertura del parto institucionalizado, los partos domiciliarios y la VO

Los datos más recientes sobre cobertura institucional del parto para Nicaragua indican que el 88.2 % de las mujeres paren en instituciones de salud y el 11.0 % en su domicilio (INIDE & MINSA, 2014, p. 212). Esta cobertura del parto institucionalizado ha crecido 14.4 p.p. en relación a la ENDESA 2006-2007 y 21.9 p.p. en relación a la ENDESA 2001 (Gráfico 8).

Gráfico 8. Cobertura del parto institucionalizado, Nicaragua, 2001, 2006/07 y 2011/12

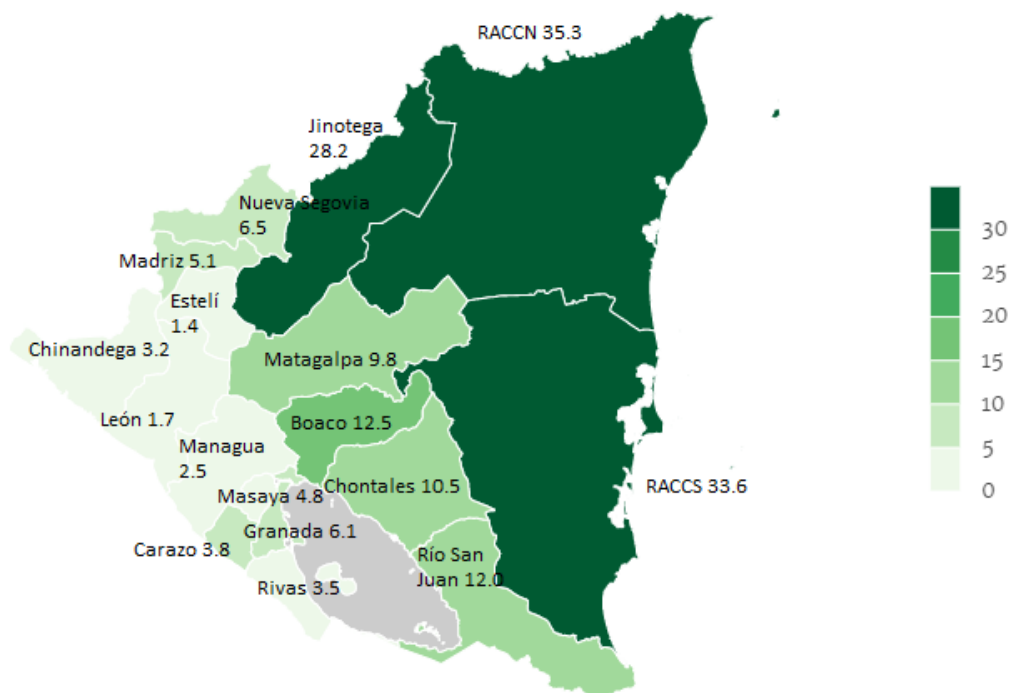


Fuente: elaboración propia en base a INIDE y MINSA (2014, p. 212).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

Los departamentos con mayor porcentaje de partos domiciliarios se sitúan en las regiones del Caribe y noroeste del país: dos de cada cinco mujeres paren en su domicilio en el Caribe norte y una de cada tres en Jinotega y el Caribe sur. Este ratio desciende a una de cada diez mujeres en la región Centro del país, y a entre una y seis de cada cien en el Pacífico, dependiendo del departamento (Mapa 2).

Mapa 2. Porcentaje de partos domiciliarios sobre partos totales por departamento, Nicaragua, 2006-2012



Fuente: elaboración propia en base a INIDE y MINSa (2014, p. 212).

Con respecto a las características de la atención en los partos domiciliarios que tienen lugar en Nicaragua, el informe de la ENDESA 2011-2012 muestra que solamente en el 2.3 % de estos partos las mujeres fueron atendidas por profesionales de salud. El 66.0 % de las mujeres que parieron en su casa estuvieron atendidas por parteras comunitarias, el 23.8 % por familiares y el resto por otras personas (6.5 %) o parieron solas (3.3 %) (INIDE & MINSa, 2014, p. 221).

Las parteras nicaragüenses tienen un rol comunitario importante en el cuidado de la salud materno-infantil, pues son capacitadas por el MINSa en la atención prenatal y posparto para la identificación de signos y síntomas de peligro (Kolodin *et al.*, 2015; UNFPA, 2018, pp. 60-61). Sin embargo, hasta el momento la partería no se ha profesionalizado en el país y las parteras no son formadas para la atención de las mujeres durante el parto *de bajo riesgo*.

Por otro lado, el MINSa (2008b) considera que la organización del sistema de salud bajo las condiciones socio-económicas actuales no permite que la red comunitaria —en la que se integran las parteras, casas base y casas maternas— cuente con capacidad resolutoria para la atención en condiciones de seguridad durante un parto *de bajo riesgo* en el domicilio: es decir, para referir oportunamente y en condiciones de seguridad a las mujeres al siguiente nivel de atención si surge una complicación obstétrica. Actualmente, el espacio más próximo a las familias y comunidades donde las mujeres pueden acceder a cuidados de salud profesionales durante el parto *de bajo riesgo* es el Puesto de Salud Familiar y Comunitario, el que se integra dentro de la red de servicios del MINSa y dispone de insumos médicos

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

básicos, medios de comunicación y transporte (Madrigal *et al.*, s. f., pp. 75-76; MINSA, 2008a, pp. 8-11, 2008b, pp. 93-94).

Teniendo en cuenta estos elementos, es necesario abordar los factores por los cuales el 11 % de las mujeres que participaron en la ENDESA 2011/2012 parieron en su casa. De estas mujeres, una pequeña parte (el 17.3 %) no consideraron necesario parir en un establecimiento de salud, mientras que el 63.8 % manifestaron haber estado expuestas a distintas barreras socioeconómicas: estas son mujeres que querían acceder a cuidados profesionales pero que no pudieron conseguirlo por no llegar a tiempo al establecimiento de salud, por no disponer de medios de transporte o recursos económicos y, en menor medida, por otros motivos (negación de la atención, establecimiento cerrado y otros). El restante 18.9 % refirieron la calidad de los cuidados profesionales como barrera de acceso al parto institucionalizado: «no tratan bien», «hacen esperar mucho», «hacen prácticas incómodas», «nadie puede acompañar en el parto», no hay medicamentos o personal, «le ponen a parir en posición incómoda» u otros motivos (INIDE & MINSA, 2014, pp. 220-224).

En conjunto, el 9.1 % de las mujeres que paren en el país se enfrentan a barreras de acceso al parto institucionalizado por motivos socioeconómicos o por una calidad deficiente de los cuidados profesionales. Los datos indican que el parto domiciliario es preferido en Nicaragua solo por el 1.9 % del total de las mujeres encuestadas.

Complementando los resultados de la ENDESA 2011/2012, Donald Chow Mairena aporta datos recientes sobre los motivos por los que las mujeres paren en sus domicilios en dos comunidades del municipio de Bluefields, capital de la RACCS —la segunda región del país donde más mujeres paren en su domicilio y la primera con mayor mortalidad materna—. Tras aplicar una encuesta a las 185 mujeres que habían parido en su domicilio en el año 2017, Chow Mairena (2019, pp. 24, 31, 37) destacó tres barreras para esta región del país:

- El 20 % señaló que sus parejas les impidieron el acceso al parto institucionalizado, destacando así para esta región la violencia de género en el ámbito de la pareja y la baja autonomía de las mujeres como una barrera a la demanda de cuidados profesionales durante el epcp⁸⁸.
- Las barreras de acceso vinculadas al pobre desarrollo de la infraestructura vial y de salud en la RACCS: para poder desplazarse al centro de salud o al hospital, estas mujeres usan animales de monta (49 %), cayuco con motor (25 %) o van a pie (22 %), siendo una minoría las que tienen acceso a vehículo (4 %). Este hallazgo debe relacionarse con la relevancia de las teorías racialistas en la conformación de los Estados nación centroamericanos y el consecuente racismo de Estado que pervive como una característica estructural en estos Estados (Casaús Arzú, 2014; Hooker, 2010; Lipsitz, 2007) (sección 4.3.2).
- Barreras de acceso vinculadas con la pobre calidad de los cuidados profesionales, destacando el temor a ser operada de cesárea (33 % de las mujeres), a que se les practique una episiotomía (24 %), a no poder parir en la postura que necesiten (11 %) o a la violencia verbal proferida por el personal de salud (10 %). Aparece aquí la acción moral practicada por el *habitus médico* descrito por R. Castro y Erviti (2015,

⁸⁸ Maine *et al.* (1997) ya había señalado este factor como una barrera a la demanda de cuidados profesionales.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

pp. 54, 49-80), dirigida al disciplinamiento del cuerpo y a la interiorización de jerarquías basadas en la desigualdad de género, clase y raza (sección 4.3.2).

Por otra parte, Susan Kolodin *et al.* (2015) muestra la importancia de adoptar criterios analíticos que no homogenicen a los grupos poblacionales, adoptando marcos teóricos y metodológicos que posibiliten la expresión de las diferencias entre grupos y la variabilidad de los fenómenos sociales. Así, tras aplicar entrevistas en profundidad a habitantes de la RACCN y del departamento colindante de Matagalpa, adscritos a grupos poblacionales originarios y afrodescendientes (miskitos y mayagnas) y mestizos, Kolodin *et al.* (2015) confirman la centralidad de la figura del cónyuge en la toma de decisiones relativas al parto solo para las comunidades mestizas, mientras que en las comunidades originarias, los «patrones de residencia matrilocales (...) otorgan poder a la díada madre-hija convirtiéndolas en tomadoras de decisiones sobre el lugar del parto» (p. 122). Este estudio muestra también la relevancia de la participación de la comunidad en la gestión de la atención y los cuidados (destacando las parteras), especialmente ante la ocurrencia de emergencias obstétricas en razón de las barreras relacionadas con el transporte, así como la participación del personal de salud, aunque con un grado variable en dependencia de los patrones sociales, históricos y culturales de cada comunidad, y de las experiencias previas de parto de las mujeres⁸⁹.

Además, este estudio identificó como barreras de acceso a los cuidados profesionales oportunos para estos grupos poblacionales: los costos de transporte, barreras lingüísticas, VO directa, instalaciones deficitarias, escasez de personal, *intervencionismo obstétrico*, conocimientos deficitarios para el autocuidado de la salud sexual y reproductiva —limitando el uso correcto de anticonceptivos y el reconocimiento del inicio del parto o de complicaciones obstétricas— y el quiebre de la red social de la mujer que suponen las restricciones a su acompañamiento durante el epcp o el desplazamiento fuera de su comunidad. La VO directa fue reconocida por las personas participantes en el estudio como violencia verbal y discriminación —«aunque con menor frecuencia que en otros países [mesoamericanos]»— y como demoras injustificadas en la atención (Kolodin *et al.*, 2015, pp. 128-138).

Para la RACCN y RACCS, Kolodin *et al.* (2015) y Chow Mairena (2019) coinciden por tanto en identificar la violencia verbal, las deficiencias de la infraestructura vial y del sistema de salud, las carencias de medios económicos y el *intervencionismo obstétrico* como factores que limitan el acceso de las mujeres a la atención y cuidados profesionales y que son constitutivos de VO estructural y directa. Mientras, para la RACCS, Chow Mairena (2019) destaca también la violencia de género en el ámbito de las relaciones de pareja como un elemento que magnifica los riesgos para la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el epcp.

En cuanto a la región del Pacífico, Johanna F. Reyes Mercado e Irene de los A. Rodríguez Bendaña (2018) identificaron para comunidades rurales del departamento de Granada —caracterizado por una tasa de partos domiciliarios del 6.1 % y una mortalidad materna similar a la nacional— también el *intervencionismo obstétrico*, la violencia verbal y los déficits en el sistema de salud,

⁸⁹ Esta multiplicidad de actores en la toma de decisiones relativas a la atención y los cuidados —indicativa de un mayor grado de socialización del cuidado (sección 4.8.3)— se verificó solo para los grupos poblacionales indígenas y mestizos nicaragüenses, disminuyendo el grado de corresponsabilidad para las comunidades estudiadas sitas en Honduras, Panamá, Guatemala y Chiapas (México). Para estos tres últimos países, Susan Kolodin *et al.* (2015) encontraron que la incidencia del personal de salud en las decisiones sobre gestión de la atención y los cuidados es prácticamente nula para los grupos poblacionales indígenas (pp. 28-30).

pero no la violencia de género en el marco de las relaciones de pareja, la infraestructura vial deficitaria o la carencia de medios económicos.

El estudio desarrollado por Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018) abordó la calidad técnica y relacional de los cuidados a las mujeres que habían finalizado su embarazo en instituciones de salud. Ello les permitió recabar un repertorio mayor de categorías de violencia obstétrica, incluidas las intrínsecas al modelo de atención durante el parto producido desde el paradigma tecnocrático de atención, como la ausencia generalizada del consentimiento informado, la pobre calidad relacional de los cuidados, las restricciones a la movilidad de las mujeres, el quiebre de su red social, las prácticas sin apego a la MBE y las limitaciones a la agencia de las mujeres que viven procesos de epcp, entre otras (Anexo E).

Además, Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018) recabaron una dilatada variedad de prácticas de violencia emocional y física, identificando la práctica de tactos traumáticos —reiterados, dolorosos y realizados por varias personas— y la tortura en forma de cirugías sin anestesia o con anestesia insuficiente, o a través de la separación entre madre y bebé sin justificación médica y en contra de la voluntad de las madres.

En conjunto, los datos disponibles reflejan las desigualdades de género, raza y clase en las experiencias de las mujeres durante el epcp en Nicaragua, presentes dentro del sistema de salud y a lo largo del sistema de género y del sistema de cuidados (nota 7 y Tabla 6), limitando su acceso a la salud y derechos sexuales y reproductivos⁹⁰. Por tanto, el análisis de la atención y los cuidados durante el epcp en Nicaragua requiere adoptar un enfoque interseccional, el que Mara Viveros Vigoya (2016, p. 2) define como «la perspectiva teórica y metodológica que busca dar cuenta de la percepción cruzada o imbricada de las relaciones de poder».

La literatura ha mostrado la necesidad de este enfoque en el análisis de la política sexual y reproductiva que dé cuenta de las desigualdades entre grupos poblacionales —objetivo viable desde el paradigma pragmatista de acción pública (Zittoun, 2016)—. Así lo han evidenciado para toda ALC y Norteamérica las móviles, múltiples y sorprendentes realizaciones situadas de las categorías *género, raza y clase* en Cuba, México, Bolivia, Brasil, EE.UU. y los países de la región centroamericana (Casaús Arzú, 1992; Holgado, 2014; Stolcke, 2014; Viveros Vigoya, 2010), también durante la vivencia del epcp, impactando sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (Brigidi & Busquets-Gallego, 2019; A. Castro *et al.*, 2015; N. Ehrenreich, 1993; Freyermuth Enciso, 2016; Jerez, 2014; Miranda *et al.*, 2009; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017a; Sesia, 2009, 2020).

2.4 Factores causales no clínicos de la sobreutilización de cesáreas en Nicaragua: lectura a la luz de la lente feminista

Nicaragua cuenta con tres estudios donde se analizan los factores causales de la sobreutilización de la cesárea en el país. Desde una perspectiva cuantitativa y biomédica, Alexis R. Narváez Rojas (2015) estudió este problema en base a las historias clínicas referidas a los nacimientos ocurridos

⁹⁰ Estas desigualdades estructurales se reflejan también en el acceso a la educación formal de las mujeres que participaron en estos estudios: en el estudio de Johanna F. Reyes Mercado e Irene de los A. Rodríguez Bendaña (2018), todas las mujeres, residentes en comunidades rurales del Pacífico, tenían educación primaria o secundaria y en menor medida técnica o universitaria; mientras, en las comunidades de la RACCN donde Kolodin *et al.* (2015) llevaron a cabo su estudio, el 17 % no cursaron educación formal; y en la población estudiada por Chow Mairena (2019) en las comunidades de la RACCN (sin acceso al parto institucionalizado), este porcentaje se elevó al 38 %.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

en 2014 en el Hospital Bertha Calderón Roque (HBCR)⁹¹. El HBCR es el hospital público de referencia nacional en salud sexual y reproductiva: además de atender a mujeres con partos *de bajo riesgo* sitas en la ciudad de Managua, atiende a mujeres de todo el país cuyos partos complicados precisan de atención y cuidados de mayor especialización. Por tal razón, es plausible que este hospital presente una tasa de cesáreas superior a la tasa óptima (la que se calcula a nivel poblacional). Sin embargo, esta tasa alcanzó el 45.9 % de los nacimientos ocurridos en el 2014, lo que supera en 3.03 veces la tasa máxima óptima.

Para León, la segunda ciudad más poblada del país, Magda E. Castrillo (2013) desarrolló en 2011 un estudio cuantitativo y cualitativo para analizar las indicaciones de cesárea y la problemática de la sobreutilización en base a las estadísticas del Hospital Escuela Óscar Danilo Rosales (HEODRA) —hospital regional de esta ciudad— y a entrevistas mantenidas con el personal gineco-obstétrico empleado en este establecimiento de salud pública. En este caso, la tasa de cesáreas se calculó en un 39 %: 2.6 veces más alta que la tasa máxima óptima a nivel poblacional.

Por último, el estudio cualitativo realizado por el equipo liderado por Mercedes Colomar (2014) para el Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) (2012) aporta hallazgos importantes para integrar e interpretar los datos cuantitativos y cualitativos disponibles desde la perspectiva de género. Estos hallazgos se basaron en los datos obtenidos a partir de cuatro grupos focales y veintiséis entrevistas a profesionales del sector salud, el 65.4 % de los cuales estaban especializados en gineco-obstetricia.

Tras realizar un análisis sobre las indicaciones de las cesáreas, tanto Narváez Rojas (2015) como M. E. Castrillo (2013) encontraron como primera indicación la cesárea previa, la que representó el 34.8 % y el 39 % de las cesáreas totales, respectivamente.

Al respecto, M. E. Castrillo (2013, p. 25) y MCHIP (2012, p. 6) señalaron que en Nicaragua la cesárea previa es una indicación absoluta de cesárea, llegando incluso a considerarse la cesárea iterativa como el estándar de cuidado. Para este caso, M. E. Castrillo (2013, pp. 32-33) encontró además que las mujeres no tienen oportunidad para participar en la toma de decisiones sobre el modo de nacimiento.

Contrario a ello, agencias reguladoras de la práctica clínica como la NICE (2019, pp. 10-11) y el Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (2015, pp. 3, 5-8) han señalado que el *parto después de cesárea* (PDC)⁹² exitoso tiene menor riesgo de complicaciones frente a la cesárea electiva planificada. En particular, la NICE (2019, pp. 28-29) indica que el PDC es una opción clínicamente segura para la mayoría de las mujeres, aunque requiere cuidados adecuados en un centro experimentado con acceso inmediato a cirugía (ver también National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel, 2010, pp. 1279, 1290).

Sandall *et al.* (2018) confirman el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para las cesáreas iterativas en relación al PDC exitoso (sección 1.2.4), aunque destaca la insuficiencia de estudios que validen estas recomendaciones para entornos de bajos recursos, como Nicaragua: el equilibrio entre riesgos y beneficios debe considerarse en relación a los recursos disponibles

⁹¹ El Hospital Bertha Calderón Roque (HBCR) está situado en Managua (capital del país), forma parte de la red de establecimientos del MINSa y atiende a población dentro del régimen no contributivo, que canaliza la atención a la población empleada en la economía informal o desempleada (MINSa, 2008a, p. 18).

⁹² Dado que el parto solo puede darse por vía vaginal, considero que el término *parto vaginal después de cesárea* (de uso extendido) es inadecuado. En su lugar, emplearé *parto después de cesárea* (PDC).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

(pp. 1350-1353)⁹³. Citando a Souza *et al.* (2013) y a Gabriel S. Gebhardt *et al.* (2015), Sandall *et al.* (2018) consideran que la cesárea iterativa comporta un riesgo mayor al PDC también en estos entornos: para 29 países en AL, África, Asia y Oriente Medio, el 62.5 % de las mujeres que habían sido operadas de cesárea tuvieron un episodio de MMG —la que se usa como variable proxy de la mortalidad materna— mientras que para las mujeres que parieron, la incidencia de MMG fue del 37.5 %. También la FIGO concuerda en el incremento de la morbilidad y mortalidad que comporta la cesárea sin indicación médica para los *países en vías de desarrollo* debido «a la falta de instalaciones y conocimientos adecuados» y a la «sepsis adquirida en el hospital con organismos resistentes [la que] también contribuye a los resultados adversos de la cirugía» (Visser *et al.*, 2018, p. 1286, tp.). Margot S. Harrison *et al.* (2017) verificaron una mortalidad materna 2.4 veces más alta y neonatal 1.2 más alta, 3.0 veces más histerectomías y 1.8 veces más infecciones postparto para las cesáreas en relación al parto en PBI y PIMB. Por contra, refirió 1.7 veces más hemorragias postparto para el parto en relación a la cesárea (p. 415).

Dado que la literatura confiere un menor riesgo de morbimortalidad materna al PDC exitoso en relación a la cesárea iterativa también para los entornos de bajos recursos, es necesario profundizar en el discurso sostenido por la comunidad obstétrica nicaragüense que sostiene la norma no escrita de «una vez cesárea, siempre cesárea» en base a las limitaciones estructurales en los recursos (Colomar *et al.*, 2014). Si el costo de la cesárea en Nicaragua es el doble que el costo del parto espontáneo (Iniciativa Salud Mesoamérica, 2011, pp. 33, 35), ¿por qué el personal gineco-obstétrico percibe que es más seguro planificar una cesárea iterativa que un PDC? Si hay recursos para atender las complicaciones que pueden surgir durante una cesárea iterativa planificada, ¿por qué no los hay para atender las complicaciones que podrían darse en un PDC?

Bajo este dilema planteado en términos economicistas, considero que subyacen estereotipos de género y creencias vinculadas a la hegemonía del paradigma tecnocrático en la atención, los que conducen al personal gineco-obstétrico a considerar menos probable que concorra una complicación en la cesárea planificada que en el PDC. Es decir, desde la perspectiva del personal gineco-obstétrico, el empleo de la técnica quirúrgica tiene mayor probabilidad de éxito que la acción de parir por parte de las mujeres⁹⁴. Efectivamente, en MCHIP (2012, pp. 7-10), el personal gineco-obstétrico señaló como desventajas del parto: la pérdida de control de los acontecimientos y (unánimemente) sus riesgos para la salud de la criatura, afirmación esta que responde a las creencias vinculadas a la patologización de los procesos sexuales y

⁹³ En los *países en vías de desarrollo*, el parto esté asociado a una mayor probabilidad de MMG que en los *países desarrollados*, lo que Sandall *et al.* (2018) explica por las limitaciones para realizar una adecuada planificación del parto en los entornos de bajos recursos, así como a la menor disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de servicios integrales de salud obstétrica (incluyendo la disponibilidad de sangre y quirófanos), a las deficiencias en la infraestructura hospitalaria y en el acceso al agua y saneamiento, a la menor densidad en la red vial y a los intervalos más cortos entre embarazos, entre otros factores (p. 1354). Tanto Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP) (2012, pp. 6-7, 12) como Magda E. Castrillo (2013, pp. 25, 27) reflejan la presencia de estos factores en la atención gineco-obstétrica en Nicaragua.

⁹⁴ Para Robbie Davis-Floyd (1994, p. 327), estas creencias se inscriben en una matriz cognitiva subyacente bajo el paradigma tecnocrático de salud, donde los cuerpos de las mujeres son pensados esencialmente como máquinas inherentemente defectuosas por desviarse del prototipo masculino, constituyendo por ello un peligro potencial para las criaturas y el cuerpo social.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

reproductivos de la mujer y de su cuerpo como un peligro y una amenaza (sección 1.2.5). Así, M. E. Castrillo (2013) observó:

«Todos (...) expresaron que (...) el hecho que una paciente haya tenido una cesárea previa es un factor determinante importante a la hora de indicar la siguiente porque no se arriesgarían a dar prueba de *parto vaginal* por los riesgos que esto implica y porque no hay condiciones» (p. 31) (cursivas mías).

Bajo esta matriz cognitiva —que no corresponde a la MBE, sino a la cultura patriarcal y tecnocrática que comparte la comunidad obstétrica— sí cobra sentido la insuficiencia de recursos como un factor explicativo de la pervivencia del mito «una vez cesárea, siempre cesárea»: si los actores implicados parten del fracaso probable en el PDC —que pautaría una cesárea iterativa de emergencia, el curso de acción más costoso y con mayor riesgo asociado—, la decisión de practicar la cesárea iterativa planificada resulta preferible.

Como segunda indicación de cesárea, los estudios de Narvárez Rojas (2015) y M. E. Castrillo (2013) coinciden nuevamente señalando *estado fetal no tranquilizador* como el segundo diagnóstico en orden de importancia, el que pautó cesárea para el 21.1 % de las mujeres operadas en el HBCR y el 27 % de las operadas en el HEODRA. Sin embargo, ninguno de los dos estudios observó correlación entre este diagnóstico y el estado de salud de las criaturas tras el nacimiento en base al test de Apgar^{95,96}. En consonancia, Narvárez Rojas (2015) señaló que el diagnóstico de *estado fetal no tranquilizador* está siendo sobrevalorado y que estas cesáreas fueron mal indicadas por mal diagnóstico (pp. 34, 40).

Como señalé en la sección 1.2.5, la fiabilidad de la MFE es muy baja (K. B. Nelson *et al.*, 1996). El protocolo del MINSA (2018) para la atención de las complicaciones obstétricas establece no efectuar el diagnóstico de «*pérdida de bienestar fetal*»⁹⁷ en base al trazado de la MFE únicamente, orientando interpretar los hallazgos de esta prueba en el contexto clínico. Sin embargo, los hallazgos de M. E. Castrillo (2013) muestran que la valoración del personal y su proceso de toma de decisiones se ven afectados de forma importante por el peso de los estereotipos de género, destacando la patologización de los órganos y tejidos sexuales y reproductivos de las mujeres:

«los médicos en algunas ocasiones actúan guiados por el temor a tener resultados obstétricos y perinatales negativos. Eso puede llevar a que los médicos sobre-diagnostiquen [*estado fetal no tranquilizador*] u otros problemas fetales e indiquen una cesárea sin aplicar medidas intra-útero. O sea, que antes de verse envueltos en

⁹⁵ El test de Apgar fue desarrollado en 1952 por la pediatra estadounidense Virginia Apgar. Su valor puede oscilar entre cero y diez.

⁹⁶ En particular, M. E. Castrillo (2013) indicó que el 100 % de las criaturas recién nacidas por cesárea tras este diagnóstico habían tenido una puntuación de Apgar al minuto igual o superior a ocho, con buen estado general (p. 24).

⁹⁷ En vez de *estado fetal no tranquilizador* o *riesgo de pérdida de bienestar fetal*, el MINSA (2018) ha adoptado el término *pérdida de bienestar fetal*, el que no es descriptivo del estado de salud de las criaturas nacidas tras este diagnóstico, tal como verificaron M. E. Castrillo (2013) y Alexis R. Narvárez Rojas (2015). Como detallé en la sección 1.2.5, las pruebas diagnósticas actuales tienen una capacidad limitada para determinar el estado de salud de la criatura por nacer, por lo que es importante remarcar el carácter posible, no determinante, de los hallazgos de estas pruebas. Por ello, la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) señala que estas pruebas tienen un carácter preventivo, no predictivo (Visser & Ayres-de-Campos, 2015, p. 25).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

un problema con el *producto* o con la madre[,] prefieren realizar una cesárea antes que tomar riesgos» (M. E. Castrillo, 2013, p. 27) (cursivas mías).

Durante las entrevistas, M. E. Castrillo (2013) recogió afirmaciones como: «mejor no me expongo a que este niño vaya a salir con un sufrimiento, con una asfixia, con un Apgar bajo porque si no me van a llamar la atención»; «uno pueda ser que cometa un poquitín más el exceso de la cesárea»; «ante la duda o de que yo tenga un niño con asfixia que puede llegar a ser severa y no recuperada... obviamente prefiero hacerle la cesárea (...) prefiero mejor pecar en exceso que quedarme corto pues» (pp. 27-30). Estas declaraciones denotan también la falta de confianza del personal de obstetricia en sus habilidades para acompañar partos, factor que también ha sido señalado por Betrán *et al.* (2018, p. 1360) y la FIGO como causa de la sobreutilización de la cesárea: «la pérdida de habilidades médicas para atender con confianza y competencia un *parto vaginal* (potencialmente difícil) [es uno de los] factores que impulsan el aumento de las tasas de cesárea» (Visser *et al.*, 2018, p. 1286, tp.) (cursivas mías).

En específico, Colomar *et al.* (2014) hicieron notar que «el personal (...) no estaba al tanto de los estándares existentes con respecto a las indicaciones para una primera cesárea o un parto por cesárea previa» (p. 7, tp.). A su vez, Narváez Rojas (2015, p. 16) señaló que el personal de gineco-obstetricia en Nicaragua no posee las competencias necesarias para realizar partos instrumentalizados, por lo que, ante complicaciones durante el parto, se practica cesárea.

Como tercera indicación, coinciden nuevamente Narváez Rojas (2015) y M. E. Castrillo (2013): «Otras» u «Otra indicación fetal» fue el tercer diagnóstico más frecuente, el que pautó la cesárea para el 16.0 % de las mujeres en el HBCR y el 11 % en el HEODRA. Bajo este apunte, que no considero un verdadero diagnóstico, es imposible determinar que motivó tales cesáreas. Sin embargo, los hallazgos cualitativos identificados por M. E. Castrillo (2013) y Colomar *et al.* (2014) aportan elementos importantes para explicar estas cesáreas sin indicación médica.

Por un lado, estos estudios confirman la fuerte presencia de la medicina defensiva en el país: «El miedo al litigio y el entorno de responsabilidad influye claramente en el modo de dar a luz en Nicaragua» (MCHIP, 2012, p. 17, tp.) (sección 1.2.5). Especialmente llamativos son los testimonios recogidos por M. E. Castrillo (2013, p. 28-29, 31, 34), que llegan a hacer alusión al «sufrimiento» que padecen los médicos en relación a la posibilidad de que concurran resultados adversos durante el parto. En dichos testimonios es observable la fuerte aversión del personal gineco-obstetra a los riesgos asociados a una atención y cuidados durante el parto eventualmente deficientes, y su ansiedad por trasladar este riesgo con la finalidad de conservar su prestigio y proteger su ejercicio profesional. Ello lo logran mediante la práctica de cesáreas innecesarias que ponen en riesgo la salud de las mujeres y criaturas, pero que son socialmente aceptadas por compartir los actores socio-políticos la misma construcción social del *parto patológico* (MCHIP, 2012, pp. 7-8).

Los factores económicos son otra variable explicativa conocida, los que se expresan de diversa forma según el carácter público o privado de la institución de salud (Arrieta Herrera & Oneto La Faye, 2007; Betrán *et al.*, 2007; Boerma *et al.*, 2018; OMS, 2015c; Sakai-Bizmark *et al.*, 2021; Visser *et al.*, 2018, p. 1286). En el régimen no contributivo dentro del sector público —como es el caso del HBCR y del HEODRA—, el valor de uso del tiempo por parte del personal gineco-obstetra cobra relevancia en la gestión de la atención y cuidados, trasladando su costo mediante la práctica de la cesárea a las mujeres y sus familias, quienes asumirán los cuidados

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

del postoperatorio en el marco de su economía de cuidados familiar⁹⁸. Tanto M. E. Castrillo (2013, pp. 25, 35) como Colomar *et al.* (2014, p. 8) reflejan la incidencia unánime de este factor.

Esta transferencia de riesgo y costos a las mujeres y sus familias, así como la ausencia de participación de las mujeres en la toma de decisiones en relación a la gestión de la atención y los cuidados, son factibles en el marco de unas relaciones de poder —establecidas entre las mujeres y sus familias con el personal de salud— caracterizadas por la desigualdad de género, clase social y raza.

Otro de los factores causales no clínicos identificados por M. E. Castrillo (2013) y Colomar *et al.* (2014) es el carácter conflictivo de las relaciones establecidas entre estos actores, factor que también ha sido señalado por la literatura (Betrán *et al.*, 2018, p. 1360; Downe, 2018, pp. 11-15). En M. E. Castrillo (2013), la desconfianza y ansiedad experimentadas por las mujeres y sus familias son relacionadas con las políticas de salud que fragmentan la atención y los cuidados profesionales entre distintas instituciones y actores de la red salud. Cuando el personal de salud considera a la mujer y su familia poco preparados para vivir el parto «o cuando la situación [se torna] difícil de manejar», esta autora encuentra que «algunos profesionales pueden optar por realizar una cesárea como una forma de tomar el control de la situación» (p. 29)⁹⁹. En tal sentido, MCHIP (2012, p. 8) recoge la percepción del personal gineco-obstétrico en relación a la Normativa 042 —que sentó el derecho al acompañamiento durante el parto en Nicaragua— como un factor que ha venido a agravar las ya difíciles relaciones establecidas en el marco de la atención y los cuidados durante el epcp.

Por su parte, el diferencial de tarifas representa un factor determinante en la sobreutilización de cesáreas dentro del régimen voluntario (MCHIP, 2012, p. 9). En particular, los hallazgos de M. E. Castrillo (2013, pp. 28, 35-37) dan cuenta de la penetración de los principios económicos neoliberales en la práctica gineco-obstétrica privada y de la ausencia o fragilidad de los principios bioéticos en este régimen del sector salud: el 50 % de las personas entrevistadas «lo resumen con una visión de la paciente como un consumidor que llega a comprar lo que ellos ofertan» (p. 36). Estos hallazgos apuntan a la relevancia del conflicto capital-vida estudiado por la economía feminista (sección 4.8) como uno de los factores causales de la sobreutilización de la cesárea en los sistemas de salud donde se permite la participación del sector privado.

En lo que respecta a la expresión del factor económico dentro del régimen contributivo —donde son operadas de cesárea cuatro de cada siete mujeres que viven procesos de epcp (Gráfico 3)— no identifiqué fuentes donde se aborde la sobreutilización para este itinerario de atención. Las diferencias en las tasas de cesárea entre los tres regímenes indican la necesidad de estudiar cómo la estructura del sector salud en Nicaragua y los distintos esquemas de incentivos asociados a esta estructura actúan de forma diferenciada para el régimen

⁹⁸ M. E. Castrillo (2013) y Mercedes Colomar *et al.* (2014) muestran que el personal gineco-obstetra apenas considera los mayores costos de las cesáreas para las mujeres operadas y sus familias, los que podrían llegar a generar una sobrecarga en la economía de cuidados familiar durante el postparto, especialmente para las familias que habitan en la precariedad.

⁹⁹ También para Brasil, Aguiar *et al.* (2020) encontraron este mismo hallazgo: el personal gineco-obstétrico «está a favor de la cesárea porque considera que tal procedimiento quirúrgico posibilita mayor control y seguridad para el profesional sobre la situación». Estas autoras observaron que «la cuestión del control sobre el proceso de parto y sobre el comportamiento de las parturientas (...) [e]n nombre de la autoridad profesional, (...) exige cuerpos disciplinados, sometidos a la orden médica y en ese sentido se recurre tanto al uso o no de tecnologías, así como a la coacción y a la amenaza» (pp. 134, 137).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

contributivo impulsando la sobreutilización de la cesárea en este régimen (Colomar *et al.*, 2014, p. 8) (secciones 3.2 y 3.4).

Finalmente, tanto M. E. Castrillo (2013) como Colomar *et al.* (2014) destacaron la supuesta demanda de las mujeres y sus familias como un factor causal de la sobreutilización de cesáreas. Los estudios realizados en Nicaragua en base a las experiencias de las mujeres no han explorado este aspecto, por lo que no es posible verificar este factor (Chow Mairena, 2019; INIDE & MINSAL, 2014; Kolodin *et al.*, 2015; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018; Rodrigues Ribeiro, 2018). Betrán *et al.* (2018) consideran que es un mito frecuente y que la mayor parte de las mujeres no quieren ser operadas de cesárea. Aquellas que prefieren la cesárea (una de cada diez mujeres) destacan entre los factores que subyacen a esta decisión: (1) las experiencias de VO y las deficiencias en la calidad de la atención y los cuidados profesionales recibidos en partos anteriores, y (2) la construcción social del parto como un evento patológico en conjunto con la banalización de los riesgos de la cesárea (pp. 1358-1359). M. E. Castrillo (2013, pp. 31, 33) y MCHIP (2012, pp. 21-22) corroboran este segundo factor para la sociedad nicaragüense.

En conjunto, se puede observar la importante incidencia de los factores no clínicos y estructurales en la sobreutilización de la cesárea para Nicaragua, los que podrían llegar a explicar el 72.0 % de las cesáreas practicadas en el HBCR y el 77.0 % de las practicadas en el HEODRA. La implementación de medidas enfocadas a abordar estos factores podría reducir la tasa de cesáreas al 12.8 % en el HBCR y al 14.7 % en el HEODRA, minimizando de forma importante la MMMP para las mujeres y criaturas atendidas en estos hospitales. Para la aplicación exitosa de estas medidas, la FIGO destaca que, además de la implicación de los gobiernos y las instituciones de salud, la participación de las mujeres es clave: «La comunidad médica por sí sola no puede revertir esta tendencia» (Visser *et al.*, 2018, p. 1286).

2.5 Desigualdades en base al *género*, la *raza* y la *clase* en intersección

Al ser el parto un evento en el que las mujeres son protagonistas, el análisis de las relaciones de poder y el despliegue del *género* dentro de estas cobra una centralidad clave. Ello se observa con claridad cuando se emplea el modelo de las tres demoras elaborado por Deborah Maine *et al.* (1997), que describe la desigualdad de género como un factor que afecta a la primera demora en el ámbito familiar y comunitario, al restar autonomía a las mujeres y poder de agencia en la toma de decisiones, producir estereotipos de género y discriminar su acceso al conocimiento (y autoconocimiento) para su cuidado durante el epcp (p. 15) (nota 30). Sin embargo, la literatura ha mostrado que la desigualdad por razón de *género* y *raza* afectan también a la segunda y tercera demora, negando el acceso de las mujeres —en particular, a las mujeres adscritas a las poblaciones subalternizadas— a cuidados profesionales oportunos y de calidad (Boyd *et al.*, 2015; A. Castro *et al.*, 2015; Chaves *et al.*, 2015; Hoyert & Miniño, 2020; W. Graham *et al.*, 2016; Requejo *et al.*, 2015; Miller *et al.*, 2016a; van den Broek & W. J. Graham, 2009).

Para el caso de Nicaragua, clasificada por el Banco Mundial como un PIMB¹⁰⁰, MINSAL y OPS (2008) calcularon que la exclusión social en salud afectaba en 2008 al 57.7 % de la población del país y que el 43.4 % no tenía acceso al sistema de salud. Además de las causas internas o endógenas del sistema de salud —que explicaban el 36.4 % de la exclusión en el ejercicio del

¹⁰⁰ El INB per cápita del país se calculó en julio del 2020 en 1,890 USD corrientes (anual) (Serajuddin & Hamadeh, 2020).

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

derecho—, este estudio identificaba como determinantes sociales de exclusión: la pobreza, el acceso a empleo remunerado y su calidad, las condiciones de la vivienda, la infraestructura de servicios domiciliarios, el área de residencia, la nutrición y la pertenencia a un grupo étnico discriminado (p. 106). El estudio describía el perfil de la población excluida como campesinado que trabajaba por cuenta propia y personas jóvenes situadas en los dos quintiles de ingreso más bajos y residentes en áreas rurales de las regiones central y del Caribe, siendo los pueblos afrodescendientes y originarios situados en RACCS y RACCN los más excluidos, con el 96.4 % y 93.0 % de estas poblaciones excluidas en el ejercicio del derecho, y el 44.5 % y 47.4 % excluidas del acceso al sistema, respectivamente (pp. 1, 93).

En relación al sexo, este estudio mostró que «la jefatura femenina (del hogar) opera como factor protector» en el ejercicio del derecho, al presentar los hogares gestionados por mujeres: viviendas en mejores condiciones, un acceso mayor a los servicios básicos y servicios públicos y un menor riesgo de insuficiencia alimentaria (pp. 59-64, 74).

Siendo este un dato muy positivo, Carme Borrell y Lucía Artazcoz (2008) señalan la existencia de «notables diferencias biológicas y de *género* que explican diferencias en un amplio abanico de dimensiones de la salud» entre mujeres y hombres (p. 246; ver también R. P. Castro & Bronfman, 1993, pp. 384-385) (cursivas mías). Las mujeres cuidadoras experimentan mayores costos en su salud física y mental debido a las desigualdades de género y a la feminización y familiarización de los cuidados que caracterizan los sistemas de cuidados, desigualdades que son potenciadas en la interacción de los determinantes socioestructurales con el sistema de género, «de modo que el estatus socioeconómico tiene un efecto modificador sobre el impacto de cuidar en la salud» (García-Calvente *et al.*, 2011, p. 101; ver también del Río Lozano, 2014, pp. 78-79; García-Calvente *et al.*, 2004, pp. 135-136; Schulz & Sherwood, 2008, p. 24).

Para Nicaragua, Isolda Espinosa (2012, p. 40) da cuenta de las diferencias en la distribución de los tiempos de trabajo por sexo entre el trabajo remunerado, no remunerado y el dedicado al autocuidado en base a datos recabados en 1998, observándose que, en comparación con los hombres, las mujeres cuentan con media hora menos de tiempo liberado para otras actividades que no son consideradas trabajo y que dedican 3.8 veces más horas al trabajo de cuidados y un 59.4 % menos de tiempo al trabajo remunerado (Tabla 5)¹⁰¹.

Por otro lado, la calidad del trabajo remunerado no es igual por sexos. A nivel poblacional, se calcula que el 78.2 % de las mujeres ocupadas lo están en la economía informal, 5.4 p.p. más que los hombres (72.8 %) (Brenes Narváez & Cruz Rivera, 2016, p. 124). Estas desigualdades sexuales en el acceso a los recursos expresan jerarquías de poder que operan a través de «distintos ejes de desigualdad, como son la *clase social*, el *género*, la edad, la etnia o la *raza*, y el territorio de procedencia o de residencia» y «que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud» al restringir para las mujeres su acceso a recursos necesarios para cuidar su salud, como el tiempo o los recursos monetarios (Borrell, 2015, pp. 34-35) (cursivas mías). Son manifestaciones de lo que Galtung (1998, pp. 4-5, 11) teorizó como violencia estructural.

¹⁰¹ Para la región latinoamericana, a pesar de haber aumentado la inserción laboral de las mujeres, Sonia Montañó Virreira (2010, pp. 21-22) recogía para el 2008 que un porcentaje significativo de población femenina en edad de trabajar desarrollaba trabajo exclusivamente no remunerado, careciendo de ingresos propios, lo que supone su menor autonomía económica y una mayor vulnerabilidad a la pobreza. Este porcentaje ascendía al 44 % para las mujeres rurales y al 32 % para las mujeres urbanas. En contraste, el porcentaje de varones en la misma situación era del 14 % en las zonas rurales y 10 % en las urbanas.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

Tabla 5. Tiempo promedio (número de horas por día) dedicado al trabajo remunerado y no remunerado, según sexo

Concepto	Mujeres	Hombres	Total
Trabajo remunerado y no remunerado (no cuidado)	2.6	6.4	4.4
Trabajo de cuidado no remunerado	5.7	1.5	3.6
Actividades no productivas	15.7	16.1	15.9

Fuente: Espinosa (2012, p. 40).

El derecho de las mujeres a la salud se ve también afectado por las representaciones, estereotipos y roles de género que producen sesgos en la investigación médica, en el diseño de las políticas y en las prácticas de atención y cuidados (R. P. Castro & Bronfman, 1993; Esteban, 2006; M. L. Jiménez, 2014, pp. 292-294; Valls-Llobet, 2009, 2010a, p. 62). También afectan las prácticas de violencia de género (física, sexual y psicológica) que experimentan las mujeres en el marco de relaciones de pareja, de parentesco y en el marco de relaciones caracterizadas por la desigualdad de poder en general, como la establecida entre las mujeres que van a parir —privadas en gran parte de sus vínculos relacionales— y el personal de salud que las cuida dentro de las instituciones, su espacio de trabajo (CLADEM & INSGENAR, 2008; Magnone Alemán, 2011a; Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018; Sesia, 2009).

En el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en particular, la discriminación a las mujeres en el acceso a la salud es especialmente paradigmática: durante la vivencia de estas experiencias sin correlato masculino, a menudo las mujeres se ven privadas de prácticas de atención y cuidados de calidad —en el plano familiar, comunitario y profesional— siendo en su lugar objeto de prácticas cuyo fin es el control social de sus funciones sexuales y reproductivas operado a través de diversas instituciones inscritas dentro y fuera del Estado, como el sistema judicial, el sistema de salud, la familia o —para Mesoamérica— las instituciones religiosas (Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2014, pp. 337-338; Juan, 1991, p. 45; Valls-Llobet, 2009, pp. 339-341) (secciones 4.2 y 4.3).

Para Mari Luz Esteban (2003), este déficit en el acceso de las mujeres a los cuidados durante el ejercicio de sus funciones sexuales y reproductivas debe analizarse también en relación a la naturalización de estas funciones, lo que resulta en una exaltación de sus dimensiones emocionales y en la subalternización del trabajo y de los saberes y habilidades que comportan sus cuidados, desconociendo el valor social y simbólico de estas funciones y generando la «distribución desigual y discriminatoria de los recursos materiales y económicos, y de los tiempos entre hombres y mujeres» (pp. 69-70).

El impacto de estos factores sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres durante el epcp en Nicaragua puede observarse en los indicadores analizados en las secciones 2.1 y 2.3, los que muestran las desigualdades y similitudes entre las mujeres adscritas a distintos grupos poblacionales en Nicaragua. La ENDESA 2011/12 da cuenta además de otros indicadores clave, como la fecundidad global, fecundidad adolescente, uso de anticonceptivos modernos y acceso a cuidados de calidad (profesionales y no profesionales) durante el epcp, desagregados por quintil de ingreso (Tabla 6).

Se puede observar que el ingreso económico constituye una barrera importante a los cuidados profesionales durante el parto en el primer quintil de ingresos: estos cuidados están garantizados para prácticamente todas las mujeres situadas en el quinto quintil, pero no para una de cada tres mujeres en el primer quintil.

**CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA
EN NICARAGUA**

Tabla 6. Indicadores de salud y derechos sexuales y reproductivos por quintiles de ingreso, Nicaragua, 2011/2012

	Quintiles de ingresos					Total
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
<i>Fecundidad</i>						
Tasa global de fecundidad ^a	3.6	2.7	2.2	2	1.8	2.4
Fecundidad 15-19 ^b	151	113	91	70	41	92
<i>Desnutrición de las mujeres</i>						
Talla menor de 145 cm (%)	10.3	6.5	5.6	3.7	2.5	5.4
Promedio de IMC	25.2	26.1	26.6	27.1	27.1	26.5
<i>Atención prenatal (%)</i>						
Total profesional	88	97.4	96.3	96.8	98.2	94.8
Médico general/ ginecólogo/ obstetra	54.5	73.6	76.9	83.6	89.9	73.7
Enfermera/ auxiliar de enfermería/ otro	33.5	23.8	19.4	13.2	8.3	21.1
Cuatro o más visitas	75.2	90.4	91.1	92.5	94.5	87.7
<i>Atención durante el parto (%)</i>						
Partera/promotor/ brigadista/otros	33.6	6.9	4.6	2.2	0.7	11.4
Médico general/ ginecólogo/ obstetra	63.3	92.2	94	96.3	98.5	87
Enfermera/auxiliar de enfermería/otro	2.3	0.8	0.6	0.3	0.4	1.0
Régimen no contributivo	65.1	88.9	81.3	73.7	66.5	75.2
Régimen voluntario	1.1	4.1	13.4	23.4	32.6	13
Domicilio	32.5	6.7	4.4	1.8	0.6	11
<i>Uso de métodos anticonceptivos entre las mujeres unidas (%)</i>						
Cualquier método	75.3	80.1	80.7	82	84	80.4
Métodos modernos	72.8	76.8	77.2	79.5	80.6	77.3

Notas: (a) número de hijos por mujer (b) número de embarazos por cada mil adolescentes. Fuente: INIDE y MINSa (2014, pp. 560, 568).

Por otro lado, una de cada diez adolescentes vive un epcp en el país. Esta tasa es 3.7 veces más alta para las adolescentes adscritas al primer quintil de ingresos (151 epcp por cada 1000 adolescentes) en relación a las adscritas al quintil más alto (41 epcp) (INIDE & MINSa, 2014)¹⁰². El uso de anticonceptivos desciende a medida que disminuye el ingreso en el hogar (Tabla 6), lo que indica que las niñas y adolescentes en situación de pobreza son más vulnerables a la violencia sexual.

¹⁰² Otro dato referido a esta problemática es el aportado por Narváez Rojas (2015, p. 65): el 1.5 % de las mujeres que finalizaron su embarazo en el 2014 en el HBCR (régimen no contributivo) tenían entre 10 y 14 años, y el 28.6 % entre 15 y 19 años. Es decir, el 30.1 % eran niñas o adolescentes.

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

Además del impacto socioeconómico que supone el embarazo adolescente para ellas y sus familias, este supone también un riesgo para su salud nutricional, mental y su salud sexual y reproductiva (Benjet *et al.*, 2009; Mitsuhiro *et al.*, 2006). En particular, la investigación ha relacionado la baja estatura de las mujeres —característica en las adolescentes que no han alcanzado aún su estatura final— con la mayor probabilidad de complicaciones obstétricas y perinatales, entre ellas, anemia, bajo peso de la criatura al nacer, cesárea, parto prematuro y muerte perinatal (Agrelo *et al.*, 1999, p. 18; Gopalan, 1989, pp. 2-3; Lowe, 2007, p. 219). Esta literatura fija en 145 cm la estatura de corte mínimo por debajo de la cual se considera a las mujeres gestantes de alto riesgo obstétrico.

Sin embargo, más recientemente se han rebatido estas asociaciones mostrando que los impactos del embarazo adolescente responden más a las condiciones de pobreza, a la disponibilidad de redes de apoyo sociales y familiares, a la capacidad del sistema de salud y al significado cultural del embarazo adolescente en un contexto social específico, entre otros aspectos, antes que al embarazo adolescente en sí (Saavedra Guajardo, 2020; Jesús Reyes & González Almontes, 2014). Estos resultados no niegan la importancia del embarazo adolescente como un problema público, pero apuntan a la necesidad de desarrollar un análisis y propuesta de política pública que no estigmatice y victimice a las mujeres embarazadas adolescentes y sus criaturas, y que sea capaz de integrar la heterogeneidad que caracteriza a la población adolescente y garantizar el apoyo social que requieren para afrontar el epcp y la crianza en condiciones de mayor vulnerabilidad social. En particular, tras una revisión de la literatura publicada en habla hispana entre 1990 y 2013, David De Jesús Reyes y Esmeralda González Almontes (2014) concluyeron que:

«El argumento de que el embarazo adolescente tiene grandes riesgos y afectaciones a la salud de la madre y del hijo, tal como un mayor riesgo de padecer hipertensión, preeclampsia, anemia, bajo peso al nacer y mayores dificultades de crecer sano, puede ser cierto si sólo si, las condiciones previas al embarazo son menos favorables para la adolescente, es decir, en caso de que la adolescente presente alta prevalencia de desnutrición, bajo peso y talla o en su caso, una ausencia y deficiencia en el cuidado prenatal; de lo contrario el desarrollo del embarazo puede presentar resultados perinatales iguales o mejores que los de mujeres de más edad, tal es el caso de las adolescentes que tienen un buen control prenatal» (pp. 113-114).

Al respecto, destaca en la Tabla 6 el diferencial de altura por quintil de ingreso, lo que Fernando Agrelo *et al.* (1999) consideran un indicador sintético que resume la historia siconutricional de las mujeres y los grupos poblacionales a los que pertenecen. Estas autoras y autores, consideran que el hecho de que las mujeres del primer quintil presenten con mayor frecuencia una talla baja —4.12 veces más en relación a las mujeres del último quintil—, muestra las «múltiples inhibiciones ambientales que obstaculizan la expresión del potencial genético a lo largo de generaciones» (p. 17). Asumiendo asociación entre talla baja y complicaciones obstétricas y perinatales, este indicador mostraría la importancia de las diferencias de *clase social* como un factor explicativo de las diferentes probabilidades de mortalidad y morbilidad materna y perinatal a la que están sujetas las mujeres y sus criaturas.

No obstante, investigaciones recientes están planteando interrogantes ante esta interpretación de los datos, al señalar que la relación entre altura y la historia siconutricional de las personas y poblaciones, establecida por James M. Tanner en la década de los sesenta, no explica satisfactoriamente algunas observaciones realizadas en relación a la altura promedio

CAPÍTULO 2. ESPECIFICIDADES SOBRE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA EN NICARAGUA

alcanzada por personas integradas en determinados grupos poblacionales. En particular, Christian Aßmann y Michael Hermanussen (2013), Barry Bogin *et al.* (2017) y Hermanussen y Christiane Scheffler (2016), han planteado que la estatura, además de responder a un proceso de búsqueda de objetivos regulado por los genes, la nutrición, la salud y el estado del entorno social y económico (como había planteado Tanner)¹⁰³, responde también a la búsqueda de objetivos basados en el crecimiento de los demás miembros del grupo de pertenencia. Esta novedosa línea de investigación ha aportado pruebas que señalan a la actividad neuroendocrina como el mecanismo fisiológico que podría estar guiando la focalización de este crecimiento basado en objetivos sociales.

En este caso, tener baja estatura podría no ser en sí mismo un resultado de mala nutrición, mala salud o antecedentes socioeconómicos desfavorables, sino una marca del grupo social en el que está integrada una persona. Así, tras analizar los datos sobre la estatura promedio nacional por sexo y los indicadores económicos para 169 países, Bogin *et al.* (2017) mostraron que los diferenciales en estatura entre países y entre sexos se relacionan con la desigualdad medida por la distribución del ingreso y la distribución en salud. Responden también —aunque en menor medida— al PIB per cápita, pero no guardan relación con el PIB nacional. Así, la estatura sería un marcador del gradiente social al que pertenecemos, un gradiente del acceso a los recursos determinado por el estatus social, educativo y ocupacional —es decir, la *clase social*—, tanto o más que el quintil de ingresos por sí solo.

Finalmente, la violencia de género física, sexual y emocional, que se estima es practicada en el marco de las relaciones de pareja sobre el 39.3 % de las mujeres en el país, refuerza también los roles y estereotipos de género tradicionales asociados a la maternidad, afectando la salud de las niñas y mujeres adolescentes (INIDE & MINSA, 2014, p. 384)¹⁰⁴. En específico, el 10 % de las mujeres nicaragüenses son víctimas de distintos tipos de violencia sexual y el 8.3 % de violaciones. En este tipo de violencia de género, destaca la baja edad de las víctimas: el 76 % de las mujeres que sufrieron abuso sexual tenían menos de 20 años cuando fueron atacadas, el 50.6 % menos de 15 y el 18.5 % menos de 11. El subregistro en este tipo de violencia es común, máxime cuando las víctimas son menores de edad, por lo que probablemente estos datos no reflejan la dimensión real de la problemática. Lo más habitual es que los abusos sexuales y violaciones se produzcan en el marco de una relación de pareja (37.1 % de los abusos sexuales y el 71.6 % de las violaciones), aunque también se dan de forma importante dentro de relaciones de parentesco (27.8 % de los abusos sexuales y el 9.9 % de las violaciones) (pp. 384, 390, 411-412).

¹⁰³ Desde el punto de vista biopsicosocial, la asociación entre desigualdad y estatura se explicaría por la forma en la que las diferencias de *clase* influyen en las decisiones y comportamientos relacionados con la dieta, los cuidados especializados, el tabaquismo, el consumo de alcohol, las prácticas sexuales, el nivel educativo y otras variables similares que inciden en el proceso de crecimiento (Bogin *et al.*, 2017, p. 10).

¹⁰⁴ La ENDESA calculó este indicador en un 50 % para el 2006/2007.

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

3.1 El modelo de transición obstétrica

A inicios de siglo, Ricardo Schwarcz y Ricardo Fescina (2000) señalaron para Las Américas la relación entre la RMM con la cobertura de atención prenatal y durante el parto y con la prevalencia en el uso de anticonceptivos, apuntando que a medida que los países ampliaban la atención a la salud sexual y reproductiva, los patrones de mortalidad materna cambiaban, reduciéndose y modificándose su epidemiología, cediendo las causas directas e incrementándose las indirectas. En base a estas asociaciones, los autores recomendaban políticas específicas para cada grupo de países centradas en garantizar el acceso, cobertura y calidad de los programas de educación sexual, planificación familiar y control prenatal, y la remoción de las barreras económicas y culturales a la institucionalización del parto (OPS, 2007, p. 153).

Tres lustros después y a la luz de los datos generados por el proyecto de los ODM, Chaves *et al.* (2015), Souza *et al.* (2014, pp. 1-2) y Souza (2013, p. 534) plantearon los déficits en salud durante el epcp con mucha mayor amplitud, tanto en lo que se refiere a sus determinantes como en lo relacionado a sus problemáticas. Apoyándose en conceptos como la transición demográfica de Warren S. Thompson (1929), la transición epidemiológica de Abdel R. Omran (1971) y la transición nutricional de Barry M. Popkin (1993) —las que en su conjunto caracterizan los patrones de desarrollo humano de las sociedades a lo largo del tiempo— y tras relacionar la mortalidad y morbilidad materna con los cambios socioeconómicos en 29 países de África, Asia, AL y Oriente Medio, estas autoras y autores plantearon el modelo de transición obstétrica (Gráfico 9), que Chaves *et al.* (2015) definieron como:

«una tendencia mundial secular hacia el desarrollo social y la reducción de la mortalidad materna (...) más o menos visible, según el país evaluado. Se sabe que los cambios evolutivos en el patrón de reducción de la RMM (...) están relacionados con la cantidad y la eficiencia de los esfuerzos gubernamentales y sociales para implementar políticas públicas que promuevan el desarrollo social y la mejora de la salud. Este patrón general incluye un cambio en la mortalidad materna producida principalmente por causas obstétricas directas hacia una mortalidad materna donde destacan las causas indirectas; desde la mortalidad producida por enfermedades transmisibles a una mortalidad producida por enfermedades no transmisibles; desde una población materna más joven a otra de mayor edad; y una disminución en la RMM junto con la extensión de los cuidados institucionalizados durante el parto y, finalmente, la sobremedicalización» (p. 204, tp.).

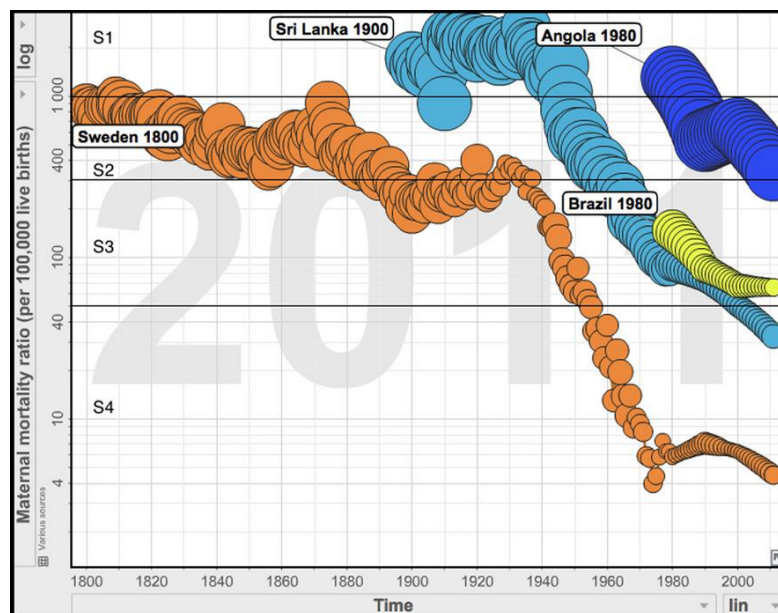
Así, el modelo plantea que a medida que se produce la transición obstétrica, la RMM se va reduciendo y las problemáticas de salud van cambiando, observándose el aumento de la medicalización según se avanza en cada etapa (Chaves *et al.*, 2015, pp. 206-207; Miller *et al.*, 2016a, pp. 2177-2178; OMS, 2018b, p. 152). El modelo plantea cinco etapas de transición cuyos límites son imprecisos (Souza *et al.*, 2014, pp. 2-3) (Cuadro 1).

Por tanto, el modelo de transición obstétrica sienta que ampliar la cobertura de la atención en salud sexual y reproductiva no es suficiente para reducir la RMM, como sugerían Schwarcz y Fescina en 2000: se precisan políticas diferenciadas para abordar los DSS específicos en cada etapa. En las etapas I y II, los países carecen en gran medida de infraestructura básica como infraestructura vial y de transporte, e instalaciones de salud; los niveles de educación son muy

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

bajos (en particular, con tasas bajas de alfabetización femenina), los sistemas de salud débiles, hay una grave escasez de personal cualificado de partería y poca capacidad para realizar intervenciones esenciales para salvar vidas (Souza *et al.*, 2014, p. 2). En estos contextos, la mala calidad de los cuidados profesionales constituye otra barrera a su demanda por parte de las mujeres. Para estas etapas, Souza *et al.* (2014) sitúan el foco de las políticas en el desarrollo de una infraestructura básica, en formar y ampliar el personal de salud, implementar medidas de prevención primaria de mortalidad materna —como el acceso a métodos modernos de anticoncepción, servicios de aborto seguro, suplementos de hierro o mosquiteros impregnados de insecticidas— e implementar medidas integrales para eliminar las barreras de acceso al sistema de salud. A medida que estos objetivos se van logrando, los países deben esforzarse por mejorar la calidad de los cuidados profesionales con el objetivo de remover las barreras a la demanda y que estos sean considerados como una alternativa preferible al parto sin asistencia profesional. En estas etapas, destacan, por tanto, los problemas relacionados con la demanda y el acceso a los cuidados profesionales (pp. 2-3).

Gráfico 9. Transición obstétrica en países seleccionados



Nota: El tamaño de cada burbuja indica el número de hijos por mujer. Fuente: Souza *et al.* (2014, p. 2).

En la III etapa tiene lugar el punto de inflexión en la transición obstétrica: es esta una etapa compleja donde el acceso a los cuidados profesionales sigue enfrentado barreras, pero donde a medida que aumenta la cobertura de parto institucionalizado, crece la importancia de la calidad de estos cuidados como un determinante de salud, especialmente cuando la demanda satura la capacidad del sistema. En este estadio, para progresar en la reducción de la mortalidad materna, se tornan esenciales —además de la prevención primaria— la prevención secundaria a través de cuidados profesionales de calidad en atención primaria, y la terciaria con un abordaje adecuado de las complicaciones obstétricas (p. 3).

En la IV etapa, son medidas críticas abordar los problemas de calidad de la atención y las demoras que experimentan las mujeres en recibir oportunamente los cuidados que precisan cuando ya están en los establecimientos de salud. Finalmente, en la etapa V se requiere consolidar las medidas que abordan las violencias estructurales como la desigualdad de género y la desigualdad racial, gestionar las problemáticas específicas al ejercicio de derechos

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

de los grupos poblacionales marginados (como la población inmigrante o grupos étnicos discriminados) y sostener la excelencia en los cuidados (p. 3).

Cuadro 1. Etapas del Modelo de Transición Obstétrica

Etapas del Modelo de Transición Obstétrica
<p>Etapa I: se caracteriza por una mortalidad materna muy alta (mayor de 1,000 muertes maternas por 100,000 criaturas nacidas vivas), alta fecundidad y predominio de causas directas de mortalidad materna, junto con una gran proporción de muertes atribuibles a enfermedades transmisibles, como la malaria. La mayoría de las mujeres no reciben cuidados profesionales o no tienen acceso a establecimientos de salud. Chad, Sudán del Sur y Sierra Leona se encuentran actualmente en esta etapa.</p>
<p>Etapa II: con una RMM comprendida entre 300 y 999, en esta etapa la mortalidad y fecundidad siguen siendo muy altas, con un patrón de causas similar a la Etapa I. Sin embargo, una mayor proporción de mujeres buscan y reciben atención en establecimientos de salud. Varios países del África subsahariana, como Burundi y Camerún, ilustran etapa.</p>
<p>Etapa III: la mortalidad materna sigue siendo alta, con una RMM que varía entre 50 y 299, la fecundidad es variable y aún predominan las causas directas de mortalidad. India, Guatemala y Botsuana son países que se encuentran transitando por esta etapa.</p>
<p>Etapa IV: la mortalidad es moderada o baja con una RMM menor a 50, la fecundidad es baja y las causas indirectas de mortalidad materna (en particular, las enfermedades no transmisibles) adquieren mayor importancia. En esta etapa emerge el papel cada vez más importante de la sobremedicalización o <i>intervencionismo obstétrico</i> como una amenaza para la salud. China, Chile y en general los <i>países desarrollados</i> ilustran esta etapa.</p>
<p>Etapa V: todas las muertes maternas evitables son evitadas, la RMM es muy baja, la tasa de fecundidad es baja o muy baja y las causas obstétricas indirectas asociadas a las enfermedades crónico-degenerativas son las que principalmente causan la mortalidad materna. Esta es una etapa aspiracional, en gran medida teórica, por lo que los niveles de mortalidad materna siguen siendo inciertos, aunque podrían ser inferiores a 5 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.</p>

Fuente: Souza et al. (2014, p. 3) y Souza (2013, p. 534).

La equidad en el acceso a los cuidados profesionales es por tanto un aspecto clave a analizar a medida que los países y regiones avanzan en la transición obstétrica. Al respecto, Chaves et al. (2015) identificaron distintas pendientes en la tendencia de la RMM para distintos grupos poblacionales y países, las que interpretaron como una manifestación de las desigualdades sociales entre países y a lo interno de los países, entre grupos poblacionales dominantes y subalternizados —como la población empobrecida, pueblos originarios y afrodescendientes— que son sujetos a prácticas de violencia estructural que producen mortalidad y morbilidad materna evitables (p. 208). Estos fenómenos, indicativos de la inequidad en el acceso a los cuidados y de la existencia de brechas importantes en su calidad, muestran que «a menudo coexisten diferentes etapas en el mismo país» (Souza et al., 2014, p. 3).

Con respecto a Nicaragua, Chaves et al. (2015, p. 207) indicaron que el país se encontraba dentro de la III etapa de transición obstétrica. Sin embargo, los datos sobre la distribución geográfica de la mortalidad materna, sobreutilización de cesáreas y cobertura del parto institucionalizado, así como las profundas desigualdades socio-económicas entre las regiones del Caribe, noroeste, centro y Pacífico del país (sección 4.3.2), apuntan a la existencia de varias transiciones obstétricas en el país.

3.2 Modelos propuestos para el análisis de la mortalidad materna y la sobreutilización de cesáreas

En 1980, Fathalla presentó una narración donde analizaba la muerte de una mujer durante el parto debido a una hemorragia por placenta previa. La historia «¿Por qué murió la Sra. X?» dio pie al desarrollo de una metodología de estudio de casos para investigar las causas de mortalidad materna a través de la evaluación combinada de factores clínicos, sociales, económicos y políticos (Acosta Vargas, 2003, pp. 29-34). Esta metodología clasifica los factores de mortalidad materna en un nivel básico, subyacente e inmediato y los vincula con los bienes, servicios y cuidados necesarios para garantizar el derecho de las mujeres a la salud sexual y reproductiva, cuya vulneración produce la mortalidad y morbilidad materna (Cuadro 2).

Las posibilidades de vivir un epcp en condiciones de salud son disminuidas por la acción de los factores subyacentes y básicos de *género, clase o raza*, los que exponen a las mujeres a una atención deficiente, sin calidad ni calidez, y que, en interacción con una complicación de salud (factor directo), puede producir una muerte materna o MMG (Sesia, 2009, pp. 215-216). Como indica Gladys Acosta Vargas (2003):

«[en] materia de negación de derechos, la mortalidad materna es equivalente a la punta del iceberg (...) un trágico síntoma de una grave injusticia social, que sólo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema y un análisis detallado de la dinámica de discriminación contra las mujeres» (p. 23).

Con respecto a la sobreutilización de las cesáreas, Lowe (2007) desarrolló un modelo de análisis centrado en las cesáreas indicadas por distocia del parto a mujeres sanas, nulíparas, con un embarazo a término y con un feto único en presentación cefálica¹⁰⁵. Es decir, a priori, sin condiciones de riesgo obstétrico. La autora identificó seis factores involucrados en este problema de salud pública (pp. 216-217) (Figura 1):

- Las características físicas y psicológicas individuales de cada mujer, las que pueden influir en su función psicofisiológica durante el trabajo de parto.
- Factores fetales como el peso, la presentación y la posición de la criatura por nacer.
- La evaluación y el proceso de toma de decisiones clínicas, los que dependen de las creencias, actitudes, conocimientos y habilidades del personal de salud. Para cada itinerario de atención, estos afectan a su interpretación de la definición de los tipos de distocia y de la prueba de trabajo de parto, así como a las expectativas de intervención y acción.
- Los cuidados e intervenciones realizadas intraparto en relación con las creencias, actitudes, conocimientos y habilidades del personal de salud, los que podrían afectar el progreso del trabajo de parto.
- El entorno sociopolítico, incluyendo la disponibilidad de cuidados especializados, adecuados y oportunos, la prevalencia de intereses médico-legales o de terceros pagadores, la presencia de conflictos de agencia y competencias entre distintas especialidades en la atención, la aceptación social de distintas formas de cuidar

¹⁰⁵ Nancy K. Lowe (2007) construyó este modelo en base a la revisión integral de un cuerpo amplio de literatura centrada en la partería y publicada en habla inglesa entre 1990 y 2007.

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

y del comportamiento de las mujeres durante el trabajo de parto, y la incidencia de las normas y regulaciones institucionales.

- Y el entorno social y físico, incluyendo la familia, amistades, la localización donde tendrá lugar el trabajo de parto y el nacimiento, y sus características físicas.

Cuadro 2. Modelo Fathalla para analizar la mortalidad materna a través de estudios de caso

	Factor	Resultado	Cuidados, bienes y servicios requeridos	
FACTORES INMEDIATOS	Placenta previa.	Hemorragia antes del parto.		ATENCIÓN INMEDIATA
	Carencia de equipo técnico y médico en el hospital.	Cesárea tres horas después del ingreso en el hospital.	Servicios adecuados y personal médico suficiente para atender emergencias.	
	Sangre insuficiente.	Ingreso en el hospital con sangrado grave y en estado de shock: recibe sólo 500 ml de sangre.	Sangre en cantidades adecuadas.	
FACTORES SUBYACENTES	Carencia de transporte disponible. Zona rural apartada.	Cuatro horas para llegar al hospital.	Transporte disponible. Centros de salud cercanos.	ACCIONES LOCALIZADAS EN GRUPOS DE RIESGO
	Carencia de información. Escaso conocimiento sobre el cuerpo. Carencia de acompañamiento de personas cercanas.	Dos hemorragias leves anteriores.	Información accesible. Conocimiento del cuerpo. Cuidado de la familia y la comunidad.	
	Carencia de cuidado prenatal durante el embarazo.	Anemia crónica, desnutrición y parasitosis crónicas.	Servicios de cuidado prenatal.	
FACTORES BÁSICOS	Escaso poder de decisión sobre la vida sexual y reproductiva	Embarazo indeseado.	Poder de decisión sobre el propio cuerpo: autonomía.	POLÍTICAS INTEGRALES DE PROTECCIÓN A LA MATERNIDAD
	Valoración social de la mujer y de la maternidad sobre los roles de género	Siete partos (cinco hijos vivos).	Transformaciones culturales.	
	Carencia de información. Ausencia de educación sexual.	Nunca usó un método anticonceptivo.	Educación sexual integral. Servicios accesibles de planificación familiar	
	Carencia de oportunidades de trabajo.	Desempleo.	Igualdad de oportunidades y condiciones de trabajo para mujeres y hombres.	
	Carencia de educación.	Analfabetismo	Educación para las niñas y las mujeres	
	Carencia de alimentación adecuada.	Desnutrición desde la infancia.	Alimentación adecuada.	
	Inequidades de género.	Escasa valoración de la niña.	Construcción de la autoestima y de una identidad positiva. Equidad de género desde la infancia.	
	Pobreza. Inequidades sociales.	Familia numerosa. Hogar de bajos ingresos.	Justicia social y económica. Poder político.	

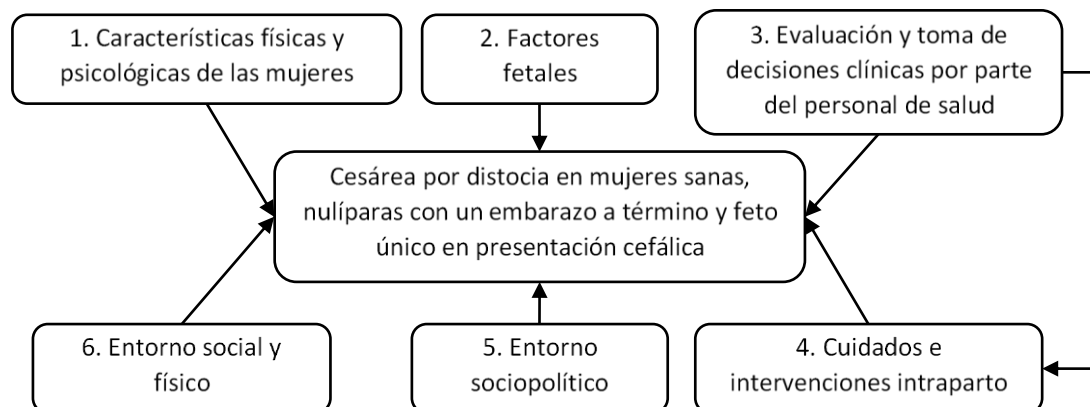
Fuente: Faur et al. (2003, pp. 253-256).

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

En relación a los factores sociopolíticos involucrados en la sobreutilización de la cesárea y su desigual distribución poblacional en base —entre otros factores— a la *clase* y *raza*, Lowe (2007) indicó que, para las mujeres sin condición de riesgo obstétrico, la práctica de cesáreas por distocia del parto es producto de una ecuación compleja. Los estudios disponibles no permiten establecer una relación directa entre la indicación de estas cesáreas y muchos de los factores tradicionalmente identificados como causales, por lo que estos podrían estar siendo mediados por las percepciones y la toma de decisiones del personal de salud, influyendo en los diagnósticos y determinando la práctica de la intervención quirúrgica (p. 225). Así, a pesar de las limitaciones presentes en la literatura, Lowe (2007) considera que los aspectos críticos en la atención y cuidados a las mujeres durante el epcp son los factores ambientales de orden sociopolítico, económico y físico, en conjunto con los procesos de toma de decisiones clínicas por parte del personal de salud.

De hecho, en ausencia de evidencias que permitan determinar cuándo *enough is enough* en el trabajo de parto de una mujer¹⁰⁶, Lowe (2007) señala que estos factores «amplios, potentes y de gran alcance» son los que a menudo conducen a la toma de decisiones sobre la práctica de intervenciones basadas en creencias y valores que el personal de salud, las mujeres y demás actores vinculados a la gestión del parto, sostienen en relación al fenómeno del parto (p. 225).

Figura 1. Modelo conceptual de factores relacionados con la práctica de cesáreas por distocia en mujeres nulíparas sanas



Fuente: Lowe (2007, p. 18).

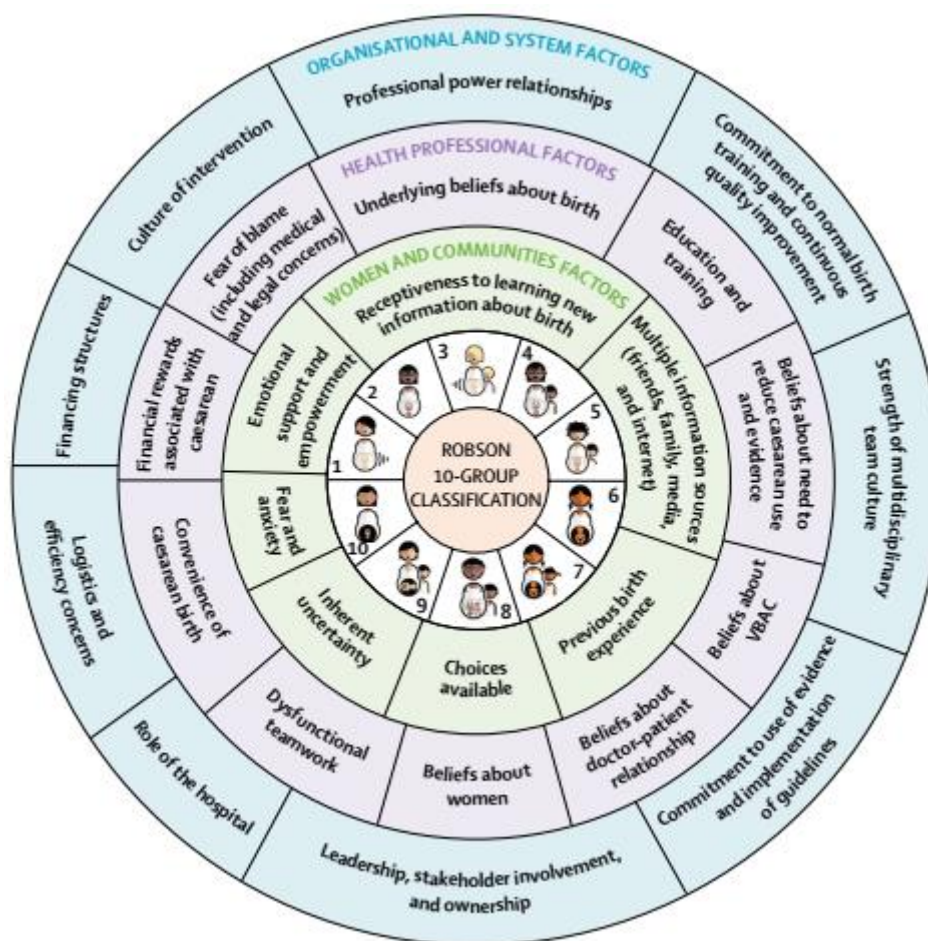
Más recientemente, tras realizar una revisión sistemática de la literatura publicada en relación a la sobreutilización de la cesárea, Betrán *et al.* (2018) propusieron un modelo que distingue entre factores clínicos y no clínicos —asumiendo que no existe una división clara entre ambas dimensiones¹⁰⁷— y observaron que los factores clínicos explican una proporción cada vez menor de la sobreutilización de la cesárea, siendo «más probable que las intervenciones no clínicas aborden los factores conductuales y psicosociales que están impulsando la sobreutilización de la cesárea» (pp. 1360-1361, tp.). Entre estos factores, Betrán *et al.* (2018) destacaron los relacionados con las mujeres, sus familias, comunidades, personal de salud y sociedad en general, y con los sistemas de salud, su diseño, financiación y culturas organizativas (Figura 2).

¹⁰⁶ Es decir, cuándo la continuación del parto deja de ser la mejor opción para la salud de las mujeres y las criaturas por nacer.

¹⁰⁷ Los factores clínicos y no clínicos interactúan entre sí y a veces actúan de manera concatenada.

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Figura 2. Factores explicativos, clínicos y no clínicos, de la sobreutilización de las cesáreas



Nota: VBAC/ parto después de cesárea por sus siglas en inglés (vaginal birth after caesarean section). Fuente: Betrán et al. (2018, p. 1361).

Tras su revisión sistemática de la literatura, Betrán *et al.* (2018) reafirman que la sobreutilización de las cesáreas por solicitud de las mujeres es un mito: el 15 % de las mujeres prefieren una cesárea —10 % si ya fueron operadas de cesárea—, pero esta preferencia responde al miedo que sienten al dolor, a sufrir daños físicos durante el parto y a las secuelas posteriores a consecuencia de experiencias negativas en partos previos, a su desconfianza en el sistema y el personal de salud, motivada por experiencias previas, y al tratamiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el epcp por parte de los medios de comunicación. Estas mujeres perciben la cesárea como más segura para sus bebés y ellas mismas, además de «controlable, conveniente, popular y moderna» (p. 1359, tp.).

En relación al personal de ginecoobstetricia, el miedo a los litigios es un factor habitual de la sobreutilización de la cesárea. Este personal de salud percibe esta intervención quirúrgica como un procedimiento protector ante eventuales demandas:

«es más probable que los médicos sean demandados por complicaciones durante el *parto vaginal* antes que por una cesárea innecesaria (...) [y] ser demandado (incluso sin éxito) puede generar publicidad negativa [y] dañar la reputación y la confianza profesional (...). Este factor puede determinar que el personal de salud

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

practique una cesárea para protegerse profesionalmente, en lugar de beneficiar a la madre y al bebé» (p. 1360, tp.) (cursivas mías).

En los sistemas de salud, los incentivos económicos referidos a la gestión del tiempo por parte del personal de ginecoobstetricia (su tiempo de uso personal y laboral) y a la gestión de las ganancias individuales e institucionales, constituyen también factores habituales de la sobreutilización:

«en algunos entornos, la atención privada a la maternidad sostiene las finanzas de hospitales enteros (...). Si las cesáreas pueden generar mayores ingresos que los *partos vaginales*, existen incentivos económicos para persuadir a las mujeres de que una cesárea es la mejor opción» (p. 1360, tp.) (cursivas mías).

Incidan además la inexperiencia o falta de habilidades del personal de ginecoobstetricia para atender un *parto vaginal*, su aversión a mostrar signos de incompetencia o a pedir apoyo —la que se relaciona con los estilos de liderazgo y el grado de cooperación en los entornos de trabajo— y, finalmente, los déficits de calidad de los cuidados de atención primaria en entornos de escasos recursos, que pueden hacer necesaria una cesárea de emergencia que inicialmente hubiera podido evitarse (p. 1360).

Con respecto a las intervenciones realizadas para abordar esta problemática, Betrán *et al.* (2018) señalan que la investigación es escasa y de baja o muy baja calidad: a menudo no integra la participación de las mujeres y no toma en consideración la información cualitativa. Para los PBI —donde la inequidad en la práctica de la cesárea y los impactos que esta genera son más acusados— el déficit de datos es aún mayor (p. 1365).

Para poder abordar esta problemática, Betrán *et al.* (2018) señalan que es preciso elevarla al estatus de problema público: debe situarse como una prioridad en la agenda política de los países afectados, especialmente en aquellos donde la sobreutilización convive con la subutilización. Se precisan estrategias multicomponentes, adaptadas localmente y de eficacia probada, que integren «intervenciones que prioricen las relaciones humanas positivas, promuevan el trabajo en equipo multidisciplinario, respetuoso y colaborativo, y aborden las creencias y actitudes del personal de gineco-obstetricia y el miedo de las mujeres» (p. 1365, tp.).

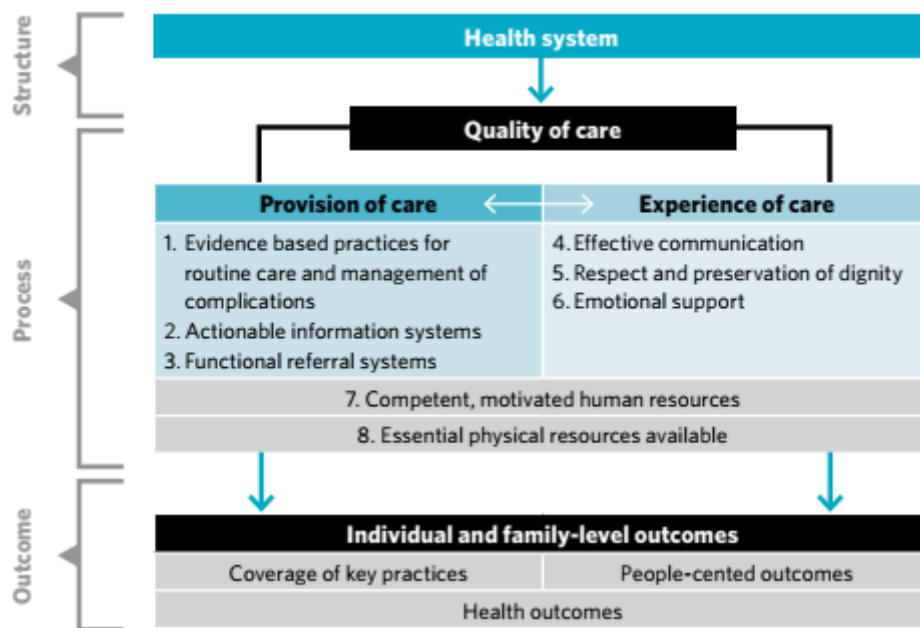
3.3 El modelo Donabedian de calidad de la atención a la salud

La calidad de los cuidados es un aspecto complejo (sección 4.8). Para su realización en las instituciones de salud, Donabedian (1988, p. 1743) propuso un modelo basado en dos dimensiones interrelacionadas: la experiencia del cuidado y su *provisión*. Según este modelo, la función de la experiencia —que atañe a las personas cuidadas y a las cuidadoras— requiere de una comunicación eficaz, del apoyo (sostén) social y emocional, y del respeto mutuo y trato digno; mientras, la *provisión del cuidado* requiere prácticas basadas en la MBE, sistemas de información que permitan la puesta en marcha de mecanismos de seguimiento y auditoria, y sistemas ágiles de derivación entre niveles asistenciales (Figura 3). Al considerar aspectos relacionales y técnicos en el cuidado, el modelo Donabedian guarda similitudes con el análisis de los cuidados realizado desde la economía de los cuidados. Sin embargo, este modelo obvia la cualidad moral del cuidado, la que en la economía de los cuidados es clave, siendo abordada a través del concepto de la ética del cuidado (sección 4.8).

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

A las dimensiones de la experiencia y la *provisión*, Donabedian sumó la disponibilidad de medios, insumos y personal de salud capacitado, las que inciden sobre ambas dimensiones de la calidad. Este modelo fue adaptado por Louise A. Hulton *et al.* (2000, pp. 7-8, 2007) para analizar la atención y cuidados a las mujeres y criaturas durante el parto, integrando —como eje medular— los DSR (ver también Austin *et al.*, 2014, pp. 3-5; van den Broek & W. J. Graham, 2009, p. 19; Tunçalp *et al.*, 2015, p. 2).

Figura 3. Marco de calidad de la atención a la salud materna y neonatal de la OMS



Fuente: OMS (2018b, p. 12) adaptado de Hulton *et al.* (2000).

El acervo de investigación centrada en la calidad de los cuidados profesionales durante el epcp y su relación con la morbilidad y mortalidad materna permite constatar que las limitaciones estructurales del sistema de salud y la escasez de personal de salud son obstáculos importantes para proporcionar cuidados profesionales de calidad (A. Castro, 2019; Chaves *et al.*, 2015; Miller *et al.*, 2016a; Requejo *et al.*, 2015). Tras la revisión sistemática de la literatura, Maman Dogba y Pierre Fournier (2009) encontraron también que las mujeres a menudo no están satisfechas con los aspectos relacionales de los cuidados, y que la calidad técnica de estos no es adecuadamente estudiada, sobre todo en lo que atañe a los procesos: cuando los cuidados se estudian, habitualmente se abordan desde su perspectiva relacional, valorando la satisfacción de las mujeres y descuidando el análisis de sus aspectos técnicos, los que son básicos para valorar la calidad global de la atención y los cuidados y, por tanto, su eficacia. En relación a ello, Dogba y Fournier (2009) han considerado que es la variación en la calidad técnica y relacional de los cuidados lo que explica una parte significativa de la variabilidad en mortalidad materna que presentan países con tecnologías, financiación y dotación de personal similares (pp. 8-10).

Los estudios realizados en los últimos siete años en esta línea de investigación han llevado a Ö Tunçalp *et al.* (2015), Odalapo *et al.* (2018) y Miller *et al.* (2016a), a poner el acento sobre tres problemáticas frecuentes en la calidad de los cuidados a las mujeres durante el epcp, con independencia del nivel de ingresos del país: la no aplicación de la MBE, el *intervencionismo obstétrico* y el *maltrato o abuso y falta de respeto*, es decir, la VO.

3.4 Modelos de análisis de los determinantes sociales de la salud

Han sido varios los modelos que han abordado los DSS desde la publicación del Informe Lalonde en 1974, el que puso de relevancia el enorme desequilibrio entre el destino de la inversión pública en salud y el peso desigual de los factores que inciden sobre ella (M. Lalonde, 1974). Entre estos modelos ha sido muy destacado el planteado por Göran Dahlgren y Margaret Whitehead en 1991 (2007, p. 11), el que plantea los factores productores de la salud en un modelo de capas concéntricas, desde la más externa y amplia donde se sitúan las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales, pasando por las condiciones de vida —como la educación, los modelos de agricultura y producción de alimentos, el medio laboral, el desempleo o la vivienda—, el apoyo y los cuidados que aportan las redes sociales, familiares y comunitarias, los estilos de vida individuales y, finalmente, en su capa más interna, los factores biológicos no modificables intencionalmente, como la edad, el sexo o el material genético.

Entre los modelos que han subrayado la importancia de las categorías de *género*, *raza* y *clase social* en la producción de salud, Carme Borrel y Davide Malmusi han destacado el de Nancy Krieger (2008, p. 224), Sara Arber (1997, p. 776), Gita Sen *et al.* (2007, p. 11) y el modelo de los DSS de Orielle Solar y Alec Irwin (2010, p. 6) empleado por la OMS (Figura 4). Este último —construido en base a las contribuciones realizadas por varios investigadores en el campo de la salud y sus políticas, como Vicente Navarro (2004)— define los DSS como las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida [Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), 2009, pp. 42-43]¹⁰⁸. Estos DSS pueden ser estructurales o intermedios. Los DSS estructurales incluyen:

«todos los mecanismos sociales y políticos que generan, configuran y mantienen jerarquías sociales, incluyendo: el mercado laboral, el sistema educativo, las instituciones políticas y otros valores culturales y sociales. Entre los factores contextuales que afectan con mayor fuerza a la salud se encuentran el estado de bienestar y sus políticas redistributivas (o la ausencia de tales políticas)» (Solar & Irwin, 2010, p. 5, tp.).

Los DSS estructurales incluyen también los estratificadores o categorías sociales de *género*, *raza* y *clase social*, entre otras, los que:

«generan estratificación y división de clases sociales en la sociedad y (...) definen la posición socioeconómica individual dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. Los estratificadores estructurales están arraigados en las instituciones y procesos clave del contexto socioeconómico y político» (Solar & Irwin, 2010, p. 6, tp.).

Sobre los DSS estructurales, se sitúan los determinantes intermedios de las inequidades en salud que moldean los resultados de salud de las poblaciones. Entre los DSS intermedios destacan

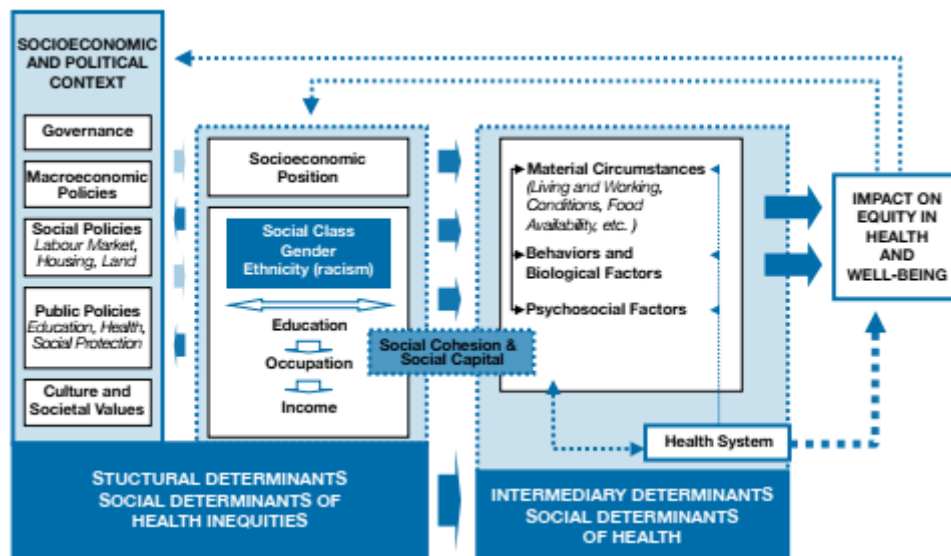
¹⁰⁸ Los DSS son para Krieger (2002, p. 487) «las características específicas y (...) las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud (...). Como determinantes, estos procesos y condiciones sociales se conceptualizan como “factores esenciales” que “fijan ciertos límites o ejercen presiones”, aunque sin ser necesariamente “deterministas” en el sentido de “determinismo fatalista”. A este respecto, Menéndez (Identidades Audiovisuales, 2019, 42’50”) y Carme Valls-Llobet (2010b, pp. 11-13) han señalado su preferencia por el término *condicionantes, bio-psico-sociales* para la primera y *estructurales* para el segundo).

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

los factores psicosociales, materiales, conductuales y biológicos, y el propio sistema de salud (Solar & Irwin, 2010, pp. 5–7)¹⁰⁹.

El modelo de los DSS facilita la delimitación de los determinantes involucrados para cada problemática de salud y derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, para el caso de la sobreutilización de la cesárea en Perú, Arrieta Herrera y Oneto La Faye (2007) identificaron como determinantes la estructura del sistema de salud (DSS intermedio) y el déficit de gobernanza en el país (DSS estructural) (pp. 6, 30, 34-35). También para EE.UU., Sakai-Bizmark *et al.* (2021) destacaron el papel de la estructura del sistema de salud como factor determinante de la sobreutilización de la cesárea, al producir incentivos financieros (pp. 5, 8). Para el caso nicaragüense, los datos analizados en las secciones 2.1 y 2.4 señalan en esta misma dirección.

Figura 4. Modelo de determinantes sociales de salud



Fuente: Solar & Irwin (2010, p. 48).

Para abordar las desigualdades en mortalidad materna en específico, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) adaptó este modelo en 2011 para delimitar factores importantes en esta problemática como los referidos al contexto comunitario y familiar (Figura 5). Sin embargo, considero que esta propuesta presenta carencias pues subestima la importancia de los estratificadores sociales estructurales distintos al *género*, como la *raza* o la *edad* —los que son determinantes en la salud y derechos sexuales y reproductivos en Las Américas—, integrándolos como determinantes intermedios situados en el contexto comunitario. De acuerdo a lo analizado en los capítulos anteriores y en la sección 4.3.2, esta propuesta opaca la centralidad de estas jerarquías (estratificadores sociales) en la perpetuación de la VO, la morbilidad y la mortalidad materna, empobreciendo los análisis que puedan realizarse en base a la misma.

¹⁰⁹ Krieger (2002, p. 487) emplea otra clasificación de los DSS: considera por un lado «los sistemas económicos, políticos y jurídicos pasados y presentes de una sociedad, sus recursos materiales y tecnológicos, y su cumplimiento de las normas y prácticas acordes con las normas y estándares internacionales de los derechos humanos»; por otro, «sus relaciones externas, políticas y económicas, con otros países, implementadas a través de interacciones entre (...) gobiernos, (...) organizaciones políticas y económicas internacionales (...) y (...) organizaciones no gubernamentales».

CAPÍTULO 3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LAS PROBLEMÁTICAS EN LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Finalmente, para el caso de la mortalidad materna, Shyama Kuruvilla *et al.* (2014) mostraron la validez del modelo de los DSS constatando la existencia de diferencias en la incidencia de esta problemática entre países con niveles de ingresos similares, señalando la necesidad de abordar el conjunto de los DSS implicados: «el crecimiento económico sustenta el progreso multisectorial, pero por sí solo no es suficiente» (p. 533, tp.; ver también Requejo *et al.*, 2015, p. 468). El fortalecimiento del sistema de salud sería así un determinante clave, como lo es el acceso a la atención y cuidados en salud y derechos sexuales y reproductivos, pero también la educación (su cobertura, acceso y calidad), la igualdad de género en los espacios políticos y socioeconómicos, la gestión de los factores ambientales (mejorando, por ejemplo, la red de agua y saneamiento) y la justicia y equidad social. También es clave definir los principios rectores que tracen para cada país su propio camino hacia el desarrollo humano: es decir, su gobernanza a través de «principios (...) [que] den forma a las estrategias gubernamentales, alineen la acción de las partes interesadas y orienten el progreso hacia los resultados acordados», principios de gobernanza que han de ser definidos, puestos a prueba y sujetos a su continua adaptación a la cambiante realidad de los países (Kuruvilla *et al.*, 2014, p. 535, tp.).

Figura 5. Determinantes sociales de la mortalidad materna



Fuente: adaptado de Bureau for Development Policy (2011, p. 8, tp.).

Para abordar las problemáticas en salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp, Kuruvilla *et al.* (2014) encontraron que la gobernanza requiere el empleo de estrategias catalizadoras como la participación de actores no estatales en el desempeño de funciones de liderazgo en salud materna e infantil, quienes pueden compensar en algunos casos la limitación de los recursos gubernamentales¹¹⁰. El desarrollo de capacidades para recopilar, analizar y emplear prácticas *basadas en evidencias* a lo largo de todos los niveles del sistema de salud (comunitario, regional y nacional) constituye otra estrategia catalizadora, al posibilitar la formulación e implementación de políticas y rendición de cuentas eficaces. Finalmente, es preciso adoptar un enfoque de planificación flexible que sea capaz de abordar el cambio y sostener el progreso, combinando la atención a las necesidades inmediatas y urgentes con una visión de largo plazo para la construcción de sistemas de salud sólidos y sostenibles (pp. 535-540).

¹¹⁰ Este sería el caso de la estrategia de casas maternas en Nicaragua, que funcionan en base a la participación comunitaria (MINSa, 2008b. p. 93).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

4.1 Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: lecciones aprendidas

Al inicio del siglo, los países miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Declaración del Milenio para reconocer «la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial» y definir como «tarea fundamental (...) conseguir que la mundialización se convierta en una fuerza positiva para todos» (Asamblea General de la ONU, 2000, pp. 1-2). Entre otras aspiraciones, los Estados parte se propusieron luchar «contra todas las formas de violencia contra la mujer y aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer» (pp. 1-2). Con este fin, establecieron el ODM 5 «Mejorar la salud materna», fijando dos metas para el 2015 (ONU, 2008):

- La meta 5A, «Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes», establecida sin diferenciar entre niveles de desarrollo (Yamin, 2015, p. 25) y medida a través de dos indicadores: (5.1) la RMM y (5.2) la proporción de partos con asistencia de personal de salud cualificado.
- Y la meta 5B, agregada en 2005, «Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva», medida a través de cuatro indicadores: (5.3) tasa de uso de anticonceptivos, (5.4) tasa de fecundidad adolescente, (5.5) cobertura de atención prenatal (medida como al menos una consulta y al menos cuatro consultas) y (5.6) necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

Además del ODM 5, la lista oficial de indicadores de los ODM integraba otro objetivo vinculado con la igualdad de género: el ODM 3, «Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer», que incorporaba tres metas donde se abordaban la desigualdad sexual en el acceso al poder político, la enseñanza primaria y el empleo asalariado. A pesar de la inclusión de este ODM, la desigualdad de género en el desarrollo no fue adecuada ni suficientemente abordada en los ODM, siendo considerada de hecho la violencia de género como su «dimensión ausente» (Patten, 2018; Yamin & Boulanger, 2013, p. 68). El Informe de 2015 de los ODM reconocía los «muchos vacíos» existentes para «alcanzar la realización universal de la igualdad entre *los géneros* y el empoderamiento de la mujer» (ONU, 2015, p. 31) (cursivas mías).

En su conjunto, la Declaración del Milenio —que declaraba aspirar a reducir la mortalidad materna— «no incluyó una sola referencia a la salud y derechos sexuales y reproductivos», merced a la férrea oposición de la Santa Sede —un Estado observador no miembro de la ONU— en alianza con un grupo de Estados conservadores cristianos e islámicos entre los que destacaba EE.UU. bajo la primera administración Bush (Yamin & Boulanger, 2013, pp. 63-64). Para Yamin (2019, p. 54), los ODM presentaron una teoría del cambio inadecuada, centrada en los resultados agregados en oposición a los cambios institucionales y de proceso, donde las dinámicas de poder —que impiden a las mujeres, a unas más que a otras, el disfrute efectivo de los DSR— continuaron en la sombra. Tras los éxitos alcanzados en la CIPD y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ver sección 4.4), Yamin y Boulanger (2013, p. 64) consideran que este «rápido contragolpe (...) demostró la ferocidad con la que se impugnaba

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

y se sigue impugnando el derecho esencial de las mujeres a controlar sus cuerpos y, por ende, sus vidas» (ver también Crossette, 2005, pp. 75-76; Hulme, 2010, p. 26).

Así, aunque los ODM fueron considerados un éxito por su capacidad para movilizar recursos destinados a la Ayuda Oficial al Desarrollo, terminaron «obstruyendo el acceso a los servicios de salud reproductiva en el *mundo en desarrollo* e impusieron una carga a las personas *pobres* y especialmente a las mujeres *pobres*» (Hulme, 2010, p. 26, tp.) (cursivas mías). Esto se produjo porque, si bien los ODM fueron concebidos como un instrumento para lograr el consenso de la comunidad internacional y captar su atención, terminaron convirtiéndose en auténticas guías técnicas para la asignación de recursos y el diseño de políticas: es decir, en el «plan maestro por excelencia para la cooperación internacional» (Yamin & Boulanger, 2013, pp. 64-65). Para el 2005, era perceptible que la «dispersión de los esfuerzos en la salud de la madre, el recién nacido y el niño, que pudo haber sido exacerbada por la estructura de los ODM, fue contraproducente para la realización de los ODM 4 y 5», es decir, para reducir la mortalidad materna e infantil (Yamin & Boulanger, 2013, p. 70)¹¹¹.

En cuanto a los indicadores utilizados para medir el avance hacia el ODM 5A, su selección supuso múltiples problemas: por un lado, la mayor parte de los *países en desarrollo* no estaban en situación de calcular la RMM, por lo que en muchos casos el indicador se determinó en base a estimaciones del MMEIG (2015, 2019) (sección 2.2). No era, por tanto, adecuado para la planificación de las políticas. Tampoco era este el propósito inicial de los ODM, sin embargo, los gobiernos de los *países en desarrollo* empezaron a usarlo con este fin presionados por las agencias multilaterales y los países donantes. Ello incentivó además la aplicación de «enfoques estrechos y tecnocráticos que no lograron establecer conexiones entre sectores y dimensiones de la vida de las mujeres» (Yamin, 2019, p. 54, tp.); marginalizó las problemáticas vinculadas a la discriminación en salud —exacerbándola— y restó atención a las reformas que se requerían en otros sectores para poder avanzar en salud y derechos sexuales y reproductivos (Austveg, 2011, pp. 28-29; Spangler, 2012, pp. 138-140).

Al mismo tiempo, los organismos internacionales y los gobiernos nacionales pusieron el foco en la institucionalización del parto, sin enfatizar en la misma medida el incremento en la dotación presupuestaria para capacitar el personal de salud y para el aseguramiento de suministros en los sistemas de salud. Esto generó «consecuencias (...) lamentables, como el enfoque en la prestación institucional sin capacidad para resolver emergencias», y promovió la implementación de prácticas coercitivas para institucionalizar el parto sin garantizar el acceso a cuidados de calidad, lo que «condujo en muchos casos a un grave hacinamiento, proporcionando un entorno ideal para la *violencia obstétrica*» (Yamin, 2019, p. 54, tp.).

Para los ODM en su conjunto y los DSR en particular, Yamin y Boulanger (2013) señalan que su «reduccionismo (...) y la manera en particular en que los objetivos, metas e indicadores

¹¹¹ Por ejemplo, Kuruvilla *et al.* (2014) verifican que la construcción y sedimentación de capacidades a lo largo del tiempo en los sistemas de salud contribuye a la reducción sostenible de la morbilidad y mortalidad materna. Sin embargo, estas políticas no producen descensos en la RMM a corto plazo, por lo que un enfoque reduccionista en las políticas, centrado en el descenso de este indicador, desalienta la implementación de políticas de largo plazo: el «progreso acumulado en el tiempo en base al fortalecimiento de los sistemas y las estrategias de adaptación no debe subestimarse midiendo el progreso de los países solamente en función de las tasas iniciales de disminución de la mortalidad» (p. 540, tp.).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

llegaron a dirigir la agenda, han tenido un efecto complicado en la práctica y el discurso del desarrollo», al ser «completamente inadecuados para [abordar] las complejidades propias de la planificación nacional» y por desviar el discurso del marco integral de la salud y derechos sexuales y reproductivos hacia una salud materna desconectada de las inequidades y violencias de género que la envuelven (pp. 64-65). En conjunto, los ODM generaron «una reconfiguración del sector, no solo en términos de financiamiento, políticas y programación, sino también en lo que se refiere a la organización y difusión del conocimiento» (pp. 70-71; ver también Yamin, 2019, p. 54).

En definitiva, tras el análisis de las consecuencias que tuvo la selección del ODM 5 como meta mundial, Yamin y Boulanger (2013) llegan a la conclusión de que «en la práctica los ODM [sirvieron] solo para darle una leve pincelada de desarrollo humano a la estructura neoliberal que continúa dominando el mundo» (p. 64)¹¹².

4.2 Barreras para cuidar bien a las mujeres durante el epcp dentro del modelo biomédico de salud y desde el paradigma tecnocrático de atención

4.2.1 Sobre la *Medicina Basada en Evidencia*

David L. Sackett *et al.* (1996) definieron la MBE como «el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones sobre la atención de pacientes individuales» donde se «integra la experiencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible de la investigación sistemática» (pp. 71-72, tp.). La experiencia clínica individual comprende la competencia y el juicio que el personal de salud adquiere a través de la experiencia y la práctica clínica, y se refleja —entre otros aspectos— en la capacidad para realizar diagnósticos más efectivos y eficientes, y en la identificación e integración en la toma de decisiones clínicas, más reflexiva y completa, de los derechos y necesidades específicas de las personas que requieren atención y cuidados profesionales de salud, así como de los fenómenos sociales, culturales, económicos y políticos que las afectan (Valls-Llobet, 2010b, pp. 12-13). Por su parte, la mejor evidencia clínica externa disponible procede de la investigación clínicamente relevante realizada sobre la exactitud y precisión de las pruebas diagnósticas (incluido el examen clínico), el poder de los marcadores de pronóstico y la eficacia y seguridad de los regímenes terapéuticos, de rehabilitación y preventivos. Esta evidencia clínica externa es

¹¹² En el área de la salud en su conjunto, The World We Want (2013) profundizan en las críticas sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) señalando la fragilidad con la que se incorporaron los principios del desarrollo humano —derechos humanos, equidad, empoderamiento, etc.—, los «determinantes sociales de salud, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el acceso a una atención sanitaria de alta calidad y a la protección financiera» (p. 26, tp.). Estas deficiencias condujeron al diseño de indicadores regionales no desagregados, incapaces de reflejar las desigualdades entre grupos poblacionales y ciegos a las necesidades de los grupos vulnerables, lo que fomentó «enfoques utilitaristas, en lugar de universales» que a menudo agravaron las desigualdades (OMS, 2015b, p. 4, tp.). En relación al proceso de formulación de los ODM, este ha sido descrito como «un proceso tecnocrático a puertas cerradas, pobremente especificado, influenciado por intereses particulares y que carecía de un diseño conceptual coherente o de parámetros estadísticos rigurosos» (The World We Want, 2013, p. 24, tp.). Al ser un proceso vertical, no logró articular sinergias entre los actores involucrados —entre países y a lo interno de las naciones— ni entre políticas y obvió las necesidades específicas de los países que se enfrentaban a mayores desafíos para lograr las metas (pp. 23-26).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

la que permite sustituir pruebas diagnósticas y tratamientos previamente aceptados, por otros nuevos más potentes, precisos, eficaces y seguros (Sackett *et al.*, 1996, pp. 71-72).

La evidencia clínica externa informa, asiste o apoya la toma de decisiones clínicas, pero no reemplaza la experiencia clínica individual: la interacción relacional que tiene lugar en el acto médico requiere el respeto a los valores y necesidades de ambos partícipes —tanto de quien requiere cuidados profesionales como del personal de salud que realiza estos cuidados—, además de reconocer y abordar la asimetría de poder que caracteriza esta relación¹¹³. Es desde esta experiencia e interacción compleja donde se decide si la evidencia clínica externa es aceptable para quien requiere los cuidados, si se aplica y, de ser así, cómo se integra en la decisión clínica (Avorn, 2018; Novoa Jurado *et al.*, 2004; Sackett *et al.*, 1996, p. 72; Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017, pp. 278-283).

La práctica de la MBE es, por tanto, una labor ciertamente compleja y delicada, máxime cuando se produce dentro de un modelo médico hegemónico que continúa privilegiando el dominio de la biomedicina producida en base a una epistemología positivista que se configura desde la mirada androcéntrica, antropocéntrica y etnocéntrica donde los aspectos relacionales que comporta el acto médico son deprimidos y donde los factores biomédicos se sitúan por encima de los determinantes económicos, sociales, culturales y políticos del proceso de salud-enfermedad (Caramés García, 2004; Comelles, 2004; Esteban, 2007, pp. 75-87; Menéndez, 2005, pp. 23-26) (nota 141). Además, la práctica de la MBE requiere reconocer la instrumentalización de la medicina que produce el biopoder —tanto a nivel individual en el acto médico como en la gestión de las instituciones de salud y en las políticas de salud¹¹⁴—, la que no puede desvincularse de su naturaleza capitalista, pues la medicina ha sido «una herramienta fundamental en la gestión de la población y un recurso decisivo para la incorporación de los cuerpos en el orden productivo del capitalismo» (R. Castro Orellana, 2009, p. 8; ver también Bellón Sánchez, 2015, pp. 99-100; Menéndez, 2005, pp. 20-23).

En vista de estos aspectos, la introducción de innovaciones clínicas sin respaldo científico ha sido una constante a lo largo de la historia de la medicina, lo que para Farquhar (2018) continúa siendo una práctica común en la actualidad. Este fenómeno no ha impedido que la medicina haya estado rodeada de un halo de cientificidad que la ha hecho inaccesible a la crítica y el control social durante siglos, lo que hasta finales del siglo XIX respondió más a un pacto de poder entre la Iglesia, el Estado y —en Norteamérica— el capital, antes que a su efectividad, debido a su utilidad como instrumento para desplegar la anatomopolítica sobre los cuerpos y la biopolítica sobre las poblaciones por parte de estos poderes (B. Ehrenreich & English, 1981,

¹¹³ Esta asimetría de poder tiene lugar a nivel individual y también frente a la institución de salud, y se produce dada la condición de especial vulnerabilidad antropológica en la que se encuentra la persona que requiere los cuidados, la mayor especialización del conocimiento que posee el personal de salud para tratar la condición de la que surge esta vulnerabilidad, y la necesidad de contar con una estructura institucional que haga posible la práctica médica segura y eficaz —incluyendo el acceso adecuado a la tecnología médica—, entre otros factores. La posición de vulnerabilidad en la que se encuentra la persona que requiere cuidados especializados no induce que esta esté desprovista de poder, pudiendo, por ejemplo, ocultar información sobre sus síntomas u otros aspectos si percibe que esta información puede suponerle un tratamiento discriminatorio, o sobre sus prácticas de automedicación para evitar el conflicto con el personal de salud (Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017, pp. 278-279).

¹¹⁴ Además de en el acto médico, la MBE debe integrarse en la gestión de la atención y cuidados, programas y políticas con impactos sobre la salud. Este aspecto requiere desarrollar investigación aplicada para valorar la eficacia e impacto de la acción pública en salud, vertebrando el análisis mediante la integración de los criterios de equidad y efectividad (van den Broek & W. J. Graham, 2009, p.19).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

pp. 12-31; Foucault, 1998, pp. 126-139, 167-190). Entre ambas disciplinas, Michel Foucault (1998) situó el sexo como elemento bisagra, al que definió como «lo que constituye por sí solo el cuerpo de la mujer, orientándolo por entero a las funciones de reproducción y perturbándolo sin cesar en virtud de los efectos de esas mismas funciones» (p. 185).

Es en este dominio donde la obstetricia actúa como saber experto regulador de los cuerpos y hacedor de la vida. Durante el parto en específico, Davis-Floyd (1994, 2001) mostró que la atención y cuidados profesionales a las mujeres y criaturas están atravesados por los principios básicos de la cultura occidental, anclados en el desarrollo de la obstetricia dentro de la modernidad y en el imperio del patriarcado y el capitalismo en la estructuración de las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales de los pueblos. En este paradigma —que la autora caracterizó como tecnocrático¹¹⁵—, la ciencia y la tecnología se emplean como fuentes de poder para sostener la hegemonía de los valores patriarcales, capitalistas y etnocentristas —valores frente a los cuales el empirismo positivista que produce dicha ciencia se declara pretendidamente neutro—. Estos aspectos han provocado en algunos entornos la extinción de saberes originados en la partería y su substitución por la práctica quirúrgica obstétrica. Este es el caso de la asistencia durante el parto de nalgas y la versión cefálica externa cuando la criatura por nacer está en podálica, saberes que en el nuevo siglo están desapareciendo al ser sustituidos por la cesárea programada (Vázquez Lara & Rodríguez Díaz, 2015, pp. 79-80). También fue el caso de las maniobras para preservar la integridad del periné en el expulsivo, las que fueron progresivamente abandonadas a partir de mediados del siglo XX para ser sustituidas por la episiotomía rutinaria (Dahlen *et al.*, 2011, pp. 108-109).

Además de ello, la hegemonía del paradigma tecnocrático en la gestión de la atención y cuidados durante el parto explica en parte la dificultad de implementar la MBE en la práctica gineco-obstétrica, lo que ha generado una considerable carga de MMMP durante los dos siglos de existencia de esta especialidad médica, un fenómeno que continúa vigente (Austin *et al.*, 2014, p. 2; Farquhar, 2018, pp. 18-19; Fauveau & Bernis, 2006; Grandi, 1995, pp. 107-108; Guyatt *et al.*, 1992, p. 2421; Olsen & Clausen, 2012).

Así, Miller *et al.* (2016a) han verificado el uso persistente de prácticas médicas contrarias o insuficientemente basadas en MBE, prácticas para las cuales no se cuenta con prueba alguna de su eficacia y seguridad, o prácticas seguras y eficaces que no se aplican correctamente —ya sea por su uso en defecto (TLTL) o por exceso (TSTM)—. Dentro del fenómeno TSTM, se encuadra el uso rutinario y continuo de la CTG (sin cuantificar), la amniotomía de rutina

¹¹⁵ La *tecnocracia* —que Peter C. Reynolds definió como el uso ideológico del progreso tecnológico como fuente de poder político— se observa en la vigencia de doce principios en el paradigma hegemónico de atención y cuidados durante el parto: (1) la dualidad cuerpo-mente, (2) la significación del cuerpo como máquina, (3) la objetualización de la *paciente* —el «objeto de la práctica médica» (RAE, s.f.)—, (4) su alienación, (5) el desarrollo de la práctica diagnóstica y terapéutica desde el exterior del cuerpo, (6) la organización jerárquica de la atención y su estandarización como un proceso donde se subordinan las necesidades individuales de los actores a las prácticas y rutinas institucionales, (7) autoridad y responsabilidad sobre la gestión de la atención y los cuidados inherente al personal de salud que asiste el parto, no a la mujer que está pariendo, (8) la sobrevaloración de la ciencia y la tecnología como resultado de su poder simbólico, (9) la intervención agresiva sobre los cuerpos con énfasis en los resultados a corto plazo, lo que para Davis-Floyd responde al imperativo tecnocrático, esto es, a la necesidad de reforzar y asegurar la hegemonía del paradigma mediante la práctica de «golpes de efecto», (10) la muerte significada como fracaso del proceso de atención y cuidados, (11) hegemonía del modelo biomédico o «tecnomédico» como un sistema impulsado por las ganancias y (12) su intolerancia a otras modalidades o abordajes del proceso de salud y enfermedad (Davis-Floyd, 1994, 2001, pp. S5-S10).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

(practicada sobre el 83.3 % de las mujeres en Irán) y la medicación rutinaria durante el postparto con antibióticos (60.6 % en India) y durante la dilatación con uterotónicos orales (92.0 % en Siria) (pp. 2178, 2187).

Múltiples fuentes recogen también la práctica habitual de la maniobra de Kristeller, conocida por incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad en las criaturas recién nacidas y las mujeres, y por practicarse sin sostén científico. Incluso una práctica tan cotidiana en la atención durante el epcp como el tacto vaginal —que las mujeres rechazan con frecuencia por ser usualmente practicado de forma dolorosa, excesiva, *deshumanizante* y sin consentimiento informado— carece de beneficios probados y apenas es objeto de investigación (Bohren *et al.*, 2015, p. 17; Downe *et al.*, 2013; Iglesias *et al.*, 2019, p. 87; A. Lalonde *et al.*, 2019, p. 70; Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018, pp. 18-20; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017a, p. 1149; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018, p. 29; Šimonović, 2019, p. 13).

En la medicina practicada sin *base en la evidencia* dentro de la atención durante el parto, la episiotomía constituye un caso paradigmático: realizada sin base científica y de forma extensiva, e introducida en la práctica médica en distintas oleadas históricas a medida que el paradigma tecnocrático se expandía geográficamente a través de cada continente —proceso aún en desarrollo—, la episiotomía fue integrada como una práctica rutinaria (una medida «profiláctica») en el modelo de atención y cuidados durante el parto en EE.UU. a principios del s. XX, de la mano del conocimiento experto (Clesse *et al.*, 2018b, 2019; DeLee, 1920; Miller *et al.*, 2016a, pp. 2178, 2187). Como señala la OMS en sus últimas recomendaciones (2018b, pp. 150-151), los estudios no han demostrado hasta el momento que la práctica de esta cirugía menor comporte algún beneficio para las mujeres o las criaturas recién nacidas, ni aún ante emergencias obstétricas como el parto instrumentalizado vinculado a la *sospecha de pérdida de bienestar fetal*: es decir, en la actualidad, la evidencia disponible continúa sin sustentar la práctica de la episiotomía¹¹⁶. Sin embargo, esta práctica es extensiva en muchos países y socialmente tolerada: en la actualidad, las tasas globales oscilan entre el 4.9 % para Dinamarca y el 91.8 % para Tailandia, mientras que, en primíparas, oscilan entre el 15.0 % para Suiza y el 100 % para Guatemala (Clesse *et al.*, 2018a; Jiang *et al.*, 2017; Miller *et al.*, 2016a, p. 2183; OMS, 2018b, pp. 150-151).

Por otra parte, Miller *et al.* (2016a) encontraron que los déficits en MBE en la atención durante el epcp son desiguales entre las mujeres adscritas a diferentes grupos poblacionales: «en los países con recursos suficientes donde la mayoría de la población tiene acceso a servicios de salud materna —como prácticamente la totalidad de los PIA—, muchas mujeres adscritas a grupos poblacionales marginados continúan experimentando una variedad de inequidades en salud materna» debido a «una atención insuficientemente *basada en evidencia* (o con una adherencia diferencial de los *proveedores* a la MBE)» (p. 2177, tp.). En estos entornos, las intervenciones esenciales están disponibles, pero para las mujeres adscritas a grupos poblacionales marginados, no se aplican o se aplican tarde (TLTL), lo que también constituye una práctica no *basada en evidencia* (p. 2177, tp.) (cursivas mías).

Ello se constató para las mujeres afrodescendientes residentes en la ciudad de Nueva York, en EE.UU. (PIA), que para el periodo 2006-2010 tuvieron más probabilidades de morir durante el epcp —con una RMM de 56 por cada 100,000 criaturas recién nacidas vivas— que las mujeres

¹¹⁶ Por esta razón, el organismo no emite ninguna recomendación sobre su uso y se limita a enfatizar que su práctica rutinaria no está recomendada.

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

residentes en países de renta media como Corea del Norte o Vietnam (RMM de 54) (Boyd *et al.*, 2015, pp. 9-10) (sección 1.2.1). Este es un hecho observado también en las poblaciones de mujeres migrantes residentes en PBI y PIMB, las que presentan una morbilidad y mortalidad materna con frecuencia mayor a la de las mujeres nacionales (Miller *et al.*, 2016a, p. 2177).

Esta variabilidad se observa también en los cuidados no obstétricos recomendados para todas las mujeres, como el acompañamiento durante el parto [0.0 % (Armenia) - 75.5 % (Brasil)], el contacto inmediato piel con piel [2.1 % (Paquistán) - 82.0 % (Irán)] y la lactancia materna en la primera hora del postparto [17.4 % (Serbia) - 98.4 % (Angola)] (Miller *et al.*, 2016a).

En relación a las barreras a la integración de la MBE en la práctica médica en general, Michael D. Cabana *et al.* (1999) identificaron 293 barreras potenciales que afectan al proceso de asimilación del conocimiento¹¹⁷, a la transformación de las actitudes del personal de salud¹¹⁸ y al cambio en la práctica médica¹¹⁹.

Desde otro enfoque, Farquhar (2018) —pionera en MBE— cuestiona la capacidad de los actores implicados para desarrollar pensamiento crítico e independiente y afirma que el personal de salud adopta de forma acrítica algunas intervenciones que no cuentan con evaluaciones independientes sobre su eficacia y seguridad, mientras ignora o descarta otras que sí están respaldadas por la MBE. Con 25 años de experiencia en MBE en el campo de la ginecología y fertilidad, Farquhar (2018) señala directamente las conexiones financieras que mantiene la industria farmacéutica y de dispositivos médicos con el personal de salud y las asociaciones gremiales en este sector, además de las prácticas antiéticas de esta industria, que sesga el diseño de los ensayos y la presentación de los datos, suprime hallazgos desfavorables y paga o «patrocina» escritores fantasma (pp. 19-20; ver también Cabana *et al.*, 1999; Fauveau & Bernis, 2006, p. 180; Miller *et al.*, 2016a, pp. 2185-2186, tp.).

En suma, la práctica de la MBE es un reto fundamental en la práctica médica, en especial, en el ámbito de la ginecología y la obstetricia. Para Miller *et al.* (2016a), aumentar la adherencia del personal de salud a la MBE y mejorar la calidad de la atención y los cuidados durante el epcp requiere adoptar un enfoque sistémico que involucre la participación de las mujeres, familias y comunidades: «Los nuevos enfoques de implementación combinan estrategias sociales, políticas y organizacionales para ayudar al personal de salud y a las mujeres a desarrollar e implementar conjuntamente prácticas de cuidados y atención basadas en el respeto mutuo» (pp. 2185-2186, tp.). En este escenario, el análisis de la atención y los cuidados durante el epcp desde el enfoque de las relaciones de poder y los DSR mejorará la comprensión de los actores en relación a las dificultades para implementar una atención y cuidados alineados con la MBE.

¹¹⁷ El volumen de información, el tiempo disponible o la accesibilidad a la información dificultan la familiaridad y toma de conciencia respecto a la innovación a integrar.

¹¹⁸ El personal de salud puede no estar de acuerdo con la MBE porque considera que conducirá a resultados indeseados, cree que no puede aplicarla, determina que es inaplicable, no rentable, demasiado rígida, no práctica, sesgada, simplista, desafía su autonomía, no tiene confianza en la institución que respalda la MBE o porque no siente motivación para una transformación en su práctica médica que conduzca a un cambio en los hábitos y rutinas instaurados.

¹¹⁹ Aquí puede incidir el rechazo a la práctica o cuidado de MBE por parte de la persona que precisa atención de salud, la incapacidad para conciliar las preferencias de esta persona con la MBE, o factores ambientales como el déficit de recursos (como el tiempo), las limitaciones organizativas, una expectativa baja de reconocimiento o compensación, o la percepción de una mayor responsabilidad ante mala praxis.

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

4.2.2 *Intervencionismo obstétrico*

El *intervencionismo obstétrico* hace alusión al concepto de *cascada de intervenciones*, definida por Meghan A. Bohren *et al.* (2017) como la sucesión de co-intervenciones que se llevan a cabo de forma rutinaria durante el parto para monitorear, prevenir o tratar los efectos adversos de las intervenciones previamente practicadas, alterando la fisiología hormonal del parto e introduciendo nuevos riesgos a corto o largo plazo para las mujeres y las criaturas por nacer (pp. 7-8, 27; ver también Davis-Floyd, 1994, p. 332; Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2016, p. 2; Magnone Alemán, 2011a, p. 34; OMS, 2015a, p. 6; Wagner, 2006, p. 598).

Desde el activismo por los DSR durante el parto, la antropología o la sociología, el *intervencionismo obstétrico* y sus impactos sobre la salud física y mental de las mujeres afectadas ha sido analizado y denunciando con contundencia desde la década de los ochenta (Blázquez Rodríguez, 2005, pp. 8-12; Fernández del Castillo, 2003, 2014; Fernández Guillén, 2015; Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2014, pp. 328-334; Inch, 1982; Sadler, 2003, pp. 6-7, 15)¹²⁰. El concepto describe en palabras de Kirstie Coxon *et al.* (2014):

«un escenario en el que una intervención en el nacimiento (como la inducción o la conducción del trabajo de parto) conduce casi inevitablemente a otra, aumentando gradualmente la probabilidad de una intervención quirúrgica o de un parto instrumentalizado en cada etapa y reduciendo las posibilidades de que la mujer tenga un parto “natural”. Las cesáreas [partos instrumentalizados y episiotomías] y sus secuelas clínicas (hemorragia, dolor e infección) [y anemia] se relacionan con otros efectos deletéreos, como dificultades para amamantar o “vincularse” con los bebés, y a una recuperación lenta» (p. 61, tp.).

Con el afán de reducir y erradicar la mortalidad materna —que no la morbilidad—, el enfoque del riesgo obstétrico ha servido convencionalmente de discurso justificativo para la práctica de toda intervención obstétrica, impulsando con ello el *intervencionismo obstétrico*. Dentro de la estrecha agenda de políticas públicas que resultó del diseño del ODM 5, la inclusión del *intervencionismo obstétrico* como problema de salud pública resultó en un imposible a pesar de que las pruebas, disponibles ya entonces, mostraban «una alta incidencia de intervenciones

¹²⁰ En la primera mitad de los noventa, Davis-Floyd (1994) vinculó el *intervencionismo obstétrico* con el *imperativo tecnocrático*: el empleo inadecuado de la tecnología en la gestión de los cuidados y la atención durante el parto —que produce yatrogenia— persigue mostrar a la sociedad que es la *tecnocracia* la que sostiene la vida. Con anterioridad, Ivan Illich (1975) había abordado la yatrogenia generada por la medicina institucionalizada definiendo la existencia de «una nueva epidemia de enfermedades producidas por el doctor» en tres niveles: *clínico*, que «comprende todos los estados clínicos respecto de los cuales son agentes patógenos o “enfermantes” los remedios, los médicos o los hospitales»; *social*, donde a raíz de la *medicalización de la vida*, la yatrogenia es producida por la dependencia en relación a la atención médica y la medicación para enfrentar procesos y crisis vitales como el nacimiento, la muerte, la enfermedad o el duelo, lo que deriva en trastornos como el abuso de medicamentos, toxicomanía, sobredosis accidentales, resistencia antimicrobiana y morbimortalidad materna vinculada al *intervencionismo obstétrico*; y *yatrogenia estructural*, la que constituye «la repercusión definitiva del progreso higiénico». Esta consiste «en la parálisis de reacciones saludables ante el sufrimiento» y «se produce cuando la gente acepta la manipulación de la salud a base de un modelo mecánico, cuando se conspira con la intención de producir una cosa llamada “mejor salud” que inevitablemente da por resultado el mantenimiento heterónimo y manipulado de la vida en altos niveles de enfermedad subletal» (pp. 23, 29-75). También Foucault (1996) abordó este fenómeno empleando el término *yatrogenia positiva*, a través del cual designó los «efectos médicamente nocivos debidos no a errores de diagnóstico ni a la ingestión accidental de una sustancia, sino a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional (...), precisamente por su eficacia» (p. 46).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

obstétricas en todas las regiones en *vías de desarrollo* del mundo» (Buekens, 2001, p. 10) (cursivas mías). Aún en la última década, las investigaciones disponibles apuntan a que el *intervencionismo obstétrico* sigue sin ser percibido socialmente como un problema, mientras que la *humanización* de la atención durante el parto —un paradigma que persigue (entre otros objetivos) reducir el intervencionismo (sección 4.7)— es todavía un concepto relativamente ajeno. Al respecto, Coxon *et al.* (2014) observaron en Inglaterra que:

«los discursos culturales (...) han atenuado la sensibilidad y la conciencia de las mujeres sobre los riesgos “médicos” del nacimiento (...), “el problema” del *intervencionismo médico* no se reconoce como tal, sino que se considera a las intervenciones como un “rescate” esencial frente a los peligros o incertidumbres del nacimiento» (pp. 63-64, tp.) (cursivas mías).

Para España, los hallazgos recogidos por Ainoa Biurrun Garrido (2017) para la provincia de Barcelona señalan en la misma dirección:

«Para las mujeres el concepto *humanización* tiene poco significado (...) se está produciendo un cambio de actitud en el ámbito profesional, en el que se pretende avanzar hacia una atención menos intervencionista, pero de acuerdo con nuestros resultados, este cambio forjado en el ideario del ámbito sanitario no ha cuajado, del mismo modo, en el imaginario social» (pp. 172, 176).

Tras una investigación llevada a cabo en el sur de este país, José Manuel Hernández Garre *et al.* (2020) coinciden en que se están *humanizando* las rutinas clínicas, aunque:

«ésta se dibujan todavía sobre una lógica asistencial que da prelación a la intervención y medicalización asistencial. No estamos, pues, ante una realidad [de *humanización* de la atención] arraigada, sino más bien ante un primer paso hacia redes clínicas y cosmovisiones obstétricas en clave holística que resaltan sobre el fondo de una dinámica asistencial todavía intervencionista» (p. 192).

Al respecto, es importante destacar el dictamen del Comité de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (2020) en relación al caso presentado por S.F.M., quien fue sometida a numerosas intervenciones obstétricas médicamente innecesarias y sin consentimiento informado en la atención durante su parto en septiembre de 2009, en España. En este dictamen, la CEDAW (2020) concluyó que el Estado español vulneró los derechos de S.F.M. e instó a este a asegurar los derechos a una maternidad sin riesgo y el acceso a una atención obstétrica adecuada (p. 15). La descripción de lo sucedido entonces representa un caso prototípico de *intervencionismo obstétrico*:

«ingreso precoz, tactos vaginales innecesarios, administración de oxitocina sin información ni consentimiento, obligación de dar a luz en posición de litotomía, extracción instrumental y episiotomía sin información ni consentimiento, y finalmente separación de su hija por una infección probablemente causada por las intervenciones médicas [innecesarias y yatrogénicas] con ocasión de los diez tactos vaginales que se realizaron en su caso, [prácticas estas que la denunciante relacionó con la] discriminación estructural que se basa en estereotipos de género con respecto a la sexualidad, la maternidad y el parto» (pp. 13, 15).

Por su parte, la OMS había prevenido ya contra esta problemática en las Recomendaciones de Fortaleza de 1985 y en la guía de cuidados durante el *parto normal* de 1996. En la actualidad, las recomendaciones de este organismo indican que prácticas como la inducción, la conducción

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

del parto, la cesárea, la CTG, la administración de antibióticos intraparto o la amniotomía son necesarias y beneficiosas cuando son adecuada y oportunamente indicadas —bajo estándares de MBE— pero perjudican la salud de las mujeres y criaturas cuando se practican sin justificación médica (Oladapo *et al.*, 2018; OMS, 2018b).

Para los PIMB, Miller *et al.* (2016a) observaron que «las pruebas muestran un uso excesivo cada vez mayor de intervenciones potencialmente dañinas, especialmente cesáreas, inducciones y conducciones del parto» (p. 2185, tp.). Los datos continúan siendo escasos, pero muestran la consistencia del *intervencionismo obstétrico* como un problema de salud pública en países de renta media¹²¹. No obstante, si bien el *intervencionismo obstétrico* y sus efectos yatrogénicos son un fenómeno empírico (TMTS), se verifica que este no está presente por igual en todos los grupos poblacionales y que coexiste con la persistencia de barreras que limitan o impiden el acceso a estas mismas intervenciones obstétricas cuando sí son necesarias, cuando salvan vidas (TLTL). Naturalmente, la coexistencia de ambos fenómenos a lo interno de los países es verificable solo cuando estos recaban estadísticas estratificadas por quintiles de ingreso, área de residencia, *raza* y otros estratificadores sociales productores de inequidad.

Para el caso de la cesárea, por ejemplo, Miller *et al.* (2016b) señalaron TLTL para el quintil más bajo en la India, Haití y las áreas rurales de China con tasas de cesárea menores al 5 % (que indican subutilización) y TMTS para el quintil más alto para estas mismas regiones, con tasas mayores al 25 % (sobreutilización) (p. 3). En cuanto a la tasa de inducciones, se han verificado variaciones entre establecimientos —incluso dentro de los mismos grupos sociodemográficos o económicos— que oscilan entre el 8.7 % para Tanzania y el 37.9 % para Benín. Estas variaciones pueden producirse por la falta de adherencia a MBE o debido a la ausencia de pautas claras a nivel individual o institucional (Miller *et al.*, 2016a, pp. 2177-2178).

A nivel de país, la variabilidad en las tasas de cobertura de intervenciones obstétricas ilustra bien la coexistencia del TLTL y el TMTS en la práctica obstétrica: la cobertura de inducciones varía entre 1.8 % (Paraguay) y 71.0 % (Irán), la conducción del trabajo de parto con oxitocina sintética entre 1.1 % (China) y 78.9 % (India)¹²² y la tasa de cesáreas entre 2.1 % (Timor Oriental) y 58.9 % (República Dominicana) (Miller *et al.*, 2016a)¹²³.

Además de los mayores riesgos de salud que genera el *intervencionismo obstétrico* sobre la salud de las mujeres y criaturas de forma directa, la distorsión en la asignación de recursos

¹²¹ Para Suellen Miller *et al.* (2016a), el fenómeno *Too Much, Too Soon* (TMTS) está subestimado, pues las estadísticas se basan en gran parte en datos poblacionales obtenidos a través de encuestas de hogares y las mujeres «con frecuencia no son informadas de los riesgos, ni dan su consentimiento informado para tales prácticas (...) [con lo que] podrían no saber qué intervenciones se realizaron, recordar las intervenciones de forma sesgada y aportar información imprecisa debido al tiempo transcurrido» (pp. 2178, 2187, tp.).

¹²² Si bien Nicaragua no cuenta con datos a nivel poblacional para este indicador, para las mujeres que finalizaron su embarazo en el HBCR en 2014, la tasa de medicalización con oxitocina sintética fue del 93.5 % durante el trabajo de parto (Narváez Rojas, 2015). Este dato señala que la medicalización con oxitocina sintética constituye una práctica rutinaria en el país.

¹²³ La inducción del trabajo de parto es una práctica beneficiosa cuando se realiza con indicación médica; por ejemplo, ante un diagnóstico de preeclampsia grave o restricción de crecimiento fetal a término o antes de término. La conducción del trabajo de parto está indicada y es beneficiosa cuando se confirma prolongación de la dilatación. Sin embargo, cuando estas intervenciones se practican sin indicación médica, incrementan el riesgo de experimentar rotura uterina, laceraciones perineales, lesión del esfínter anal, prolapso uterino, asfixia fetal, prematuridad o cesárea, sin beneficios para la salud materna o neonatal (Miller *et al.*, 2016a, p. 2178; OMS, 2015a, pp. 5-6; OPS, 2019, pp. 18-19).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

que comporta este fenómeno aumenta la inequidad en el sistema —especialmente para los entornos de escasos recursos— y constituye una barrera de acceso a los cuidados profesionales durante el epcp¹²⁴. Para la población en los primeros quintiles de ingreso en los PIMB, los costos de recuperación asociados al *intervencionismo obstétrico* y sus eventuales secuelas pueden representar costos socioeconómicos importantes para las mujeres y sus familias, incrementando la presión sobre la economía de cuidados familiar al incrementar las necesidades de cuidados —profesionales y no profesionales—, los que ya de por sí son importantes durante el postparto (Gibbons *et al.*, 2010; Miller *et al.*, 2016a; OMS, 2018b, pp. 86, 127, 152).

4.3 Sobre la política sexual y reproductiva desde sus efectos prácticos

4.3.1 Antecedentes históricos de la política sexual y reproductiva

Hasta el albor del s. XVIII, la atención y cuidado de las mujeres y criaturas durante el parto fue en Europa occidental una competencia exclusiva de las mujeres experimentadas de la familia y la comunidad. Estas mujeres, además de atender partos, practicaban abortos y eran sanadoras; «por todo ello, jugaban un papel clave en actividades religiosas ilegales [heréticas], lo que les hacía figuras centrales de la vida comunitaria y sujetos con un poder social considerable» (Federici, 2010, pp. 64-68; Ortiz Gómez & Sánchez, 1995, p. 249).

Sin embargo, tras el paso de la peste bubónica por Europa durante la primera mitad del s. XIV, el aumento de los salarios del campesinado como producto del descenso poblacional y el exacerbamiento de la lucha de clases a finales de siglo, fueron precisamente estas cualidades las que convirtieron a las mujeres parteras y sanadoras en el blanco de una política genocida ejecutada entre finales del siglo XIV y mediados del siglo XVII¹²⁵ por parte de los poderes de la Iglesia, la nobleza y la burguesía, quienes las acusaron de brujería, sodomía, asesinatos de criaturas y por prestar «salvación y auxilio» al campesinado (B. Ehrenreich & English, 1981, p. 13; Federici, 2010, pp. 73-78, 239-240). Para Anne L. Barstow, el cálculo más conservador de la *caza de brujas* indica que al menos 100,000 mujeres fueron torturadas, asesinadas y quemadas en la vía pública de los pueblos y ciudades de Europa occidental, dejando una impronta duradera en la subjetividad, intersubjetividad y agencia de las mujeres en general, y de las parteras en particular, quienes «podía(n) comportarse aún con cautela, a fin de no “llegar demasiado lejos” y levantar una ola de hostilidad generalizada» (B. Ehrenreich & English, 1981, pp. 7-20; Federici, 2010, p. 222; Rich, 2019, pp. 189-212). Este primer gran movimiento de la política sexual y reproductiva en los inicios de la Edad Moderna significó para las mujeres la pérdida de su autonomía reproductiva (Federici, 2010, pp. 135-141):

«El resultado de estas políticas (...) fue la esclavización de las mujeres a la procreación. Si en la Edad Media las mujeres habían podido usar distintos métodos anticonceptivos y habían ejercido un control indiscutible sobre el proceso del parto, a partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres

¹²⁴ Así, por ejemplo, en un país donde se produce sobreutilización de la cesárea en áreas urbanas, se precisará asignar un presupuesto mayor en el nivel terciario del sistema de salud para sostener la práctica de estas cirugías —yatrogénicas cuando se practican sin justificación médica—, lo que implica retrotraer recursos a la atención primaria, reduciendo la capacidad del sistema de salud en su conjunto para desarrollar prevención primaria y secundaria en poblaciones rurales —socialmente más vulnerables—, lo que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna también para estas poblaciones (Miller *et al.*, 2016a).

¹²⁵ El momento álgido de este genocidio se produce entre mediados del s. XVI y mediados del s. XVII, en el inicio de la Edad Moderna (Federici, 2010, p. 226).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista» (pp. 134-135).

En este contexto, el popular *Malleus Maleficarum*¹²⁶, escrito en 1487 por los profesores en teología Heinrich Kramer y Jacob Sprenger con el cometido de investigar el delito de brujería—encargo que recibieron del papa Inocencio VIII—, no deja lugar a dudas sobre la importancia que tenía el modelo de atención y cuidados a las mujeres durante el parto para esta nueva política sexual y reproductiva pro-natalista (Federici, 2010, p. 138-139):

«es brujería (...) cuando a una mujer se le impide concebir, o se la hace abortar después de haber concebido. Un tercer y cuarto métodos de brujería [son,] cuando no lograron provocar un aborto, y entonces devoran al nieto o lo ofrecen a un demonio» (Kramer & Sprenger, 1975, parte 1, p. 68).

Es por ello que Kramer y Sprenger (1975) enfocan su investigación sobre la brujería en las mujeres en general «y de manera específica, [en] las comadronas que superan en malignidad a todas las otras»: «nadie hace más daño a la fe católica que las comadronas. Pues cuando no matan a los niños, (...) los sacan de la habitación, los levantan en el aire y los ofrecen a los demonios» (parte 1, p. 69).

Así, la «Iglesia Católica proveyó el andamiaje metafísico e ideológico» para el desarrollo de la campaña genocida y misógina emprendida contra las mujeres —la *caza de brujas*—, pero la motivación política y económica estribó en el control social de la sexualidad y reproducción de las mujeres con el fin de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo y de una determinada reproducción social afín a los intereses de las *clases sociales* que se hallaban en pugna por la dominación de clase contra el campesinado y los que habrían de ser el proletariado, es decir, la *clase* de aquellos cuyo único aporte al capitalismo consistirá en su prole: el *recurso humano*¹²⁷ (Federici, 2010, p. 230-235).

Hasta entonces, la misoginia había mantenido a los médicos alejados de la atención durante el parto no complicado: la partería era una actividad degradada y el cuerpo de las mujeres un cuerpo sucio y demoníaco, especialmente durante el parto (Rich, 2019, pp. 191, 194). Sin embargo, tras más de dos siglos de campaña de desprestigio a la partería, se efectuó en la segunda mitad del s. XVII la que habría de ser la segunda gran transformación del modelo de atención y cuidados durante el parto, clave para el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en los siguientes tres siglos: las clases altas europeas desplazan a la partera de la atención durante el parto, sustituyéndola por el médico-partero (pp. 199-200). En este contexto, las mujeres fueron excluidas del acceso a la formación universitaria, a la profesión médica y al empleo de las innovaciones técnicas que llegarían para la atención durante el parto en el curso del siglo XVIII, destacando el fórceps. Ello resultó en el «desplazamiento efectivo de la partera a raíz del carácter que de monopolio masculino tuvo la nueva técnica [del empleo del fórceps]» (pp. 194, 202-214; ver también B. Ehrenreich & English, 1981, pp. 19).

¹²⁶ Tan popular que alcanzó 29 ediciones hasta 1669, todo un éxito editorial de la época (Zamora Calvo, 2004, p. 1888).

¹²⁷ El término proletario procede del latín *proletarius*, que en la Antigua Roma signaba a los ciudadanos de la clase social más baja, cuyo único aporte al Estado romano consistía en su prole, es decir, su descendencia (Anders & Cabrera, s. f.).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Este desplazamiento produciría un tercer movimiento, inesperado: la teoría de los gérmenes no sería aceptada por la Medicina hasta finales del siglo XIX, por lo que la transformación del modelo, al situar la gestión de la atención y cuidados durante el parto no complicado bajo la competencia de los médicos —los que recurrían con ligereza al uso del fórceps¹²⁸, introduciendo los gérmenes en el canal vaginal—, desencadenó una epidemia por septicemia en Europa occidental entre finales del s. XVII y finales del s. XIX (Rich, 2019, pp. 212-217)¹²⁹. Esta epidemia impactaría sobre la construcción social del parto de cara a su patologización, la que se asienta definitivamente entre finales del s. XIX y las primeras décadas del s. XX (Clesse *et al.*, 2018a, 162-163; 2019, pp. 4-5, 10)¹³⁰. El aumento de la mortalidad materna por septicemia durante esta etapa fue tal que:

«el espectro de la muerte, más que nunca en la historia de la maternidad[,] oscureció el espíritu al cual se sometía cualquier mujer. La ansiedad, la depresión, la sensación de ser una víctima para el sacrificio, todos los componentes conocidos de la experiencia femenina, se volvieron más que nunca invisibles compañeros del embarazo y el parto» (Rich, 2019, p. 214).

La revolución listeriana pondría fin a la epidemia y, en pleno auge del positivismo, dejaría paso al reconocimiento de la obstetricia moderna europea como saber experto en la sexualidad y reproducción de las mujeres, lo que supondría la medicalización definitiva del nacimiento y su control por parte de los poderes del Estado moderno a través de la medicina moderna occidental (Ballester, 2001, p. 56; Rich, 2019, p. 217). Así, tras cinco siglos desplegando estrategias de control sobre la reproducción y el parto de las mujeres, la biopolítica logró finalmente consumir su dominio sobre este proceso y experiencia vital para todo el cuerpo social (Foucault, 1998, pp. 153-156).

Disienten en este punto las fuentes consultadas en cuanto al arranque del proceso. Para Foucault (1998), el biopoder surge en su vertiente anatomopolítica en el s. XVII (p. 168). Para Maria Mies (1998, pp. 69-70, 78-88) y Silvia Federici (2010, pp. 30-31, 132-141, 223-231), su aparición en su vertiente biopolítica se sitúa en la pérdida de la autonomía reproductiva que experimentaron las mujeres a raíz de la *caza de brujas* emprendida a finales del s. XIV, fenómeno que vinculan con el proceso de acumulación originaria del capitalismo, intensivo en mano de obra en sus primeras fases, y con el surgimiento de los imperios coloniales (Tabla 7). Si bien la *caza de brujas* supuso la quema y tortura pública de cientos de miles de mujeres, un *hacer morir* obscuro y terrible, característico del poder soberano —anterior al biopoder—, supuso también la instauración de una persecución «desde dentro» contra los *crímenes reproductivos* y las sexualidades *no procreativas* (pp. 139-141, 253). Al respecto, señala Federici (2010) que los descensos e incrementos poblacionales:

«están (...) lejos de ser [fenómenos] automáticos o “naturales” (...), en todas las fases del desarrollo capitalista, el Estado [ha recurrido] a la regulación y la coerción para expandir

¹²⁸ Pues, como señala Bourdieu (2000): «Corresponde a los hombres, situados en el campo de lo exterior, de lo oficial, de lo público, del derecho, de lo seco, de lo alto, de lo discontinuo, realizar todos los actos a la vez breves, peligrosos y espectaculares» (p. 25).

¹²⁹ En relación a la atención dentro de los hospitales, Foucault (1996) recuerda que hasta «la mitad del siglo XVIII nadie salía del hospital [con vida] (...). El hospital representaba un claustro para morir, era un verdadero “mortuorio”» (p. 47).

¹³⁰ Será tan así que, en las primeras décadas del siglo XX, DeLee (1920) publicará en el primer número de la *American Journal of Obstetrics and Gynecology* un artículo donde asimila las probabilidades de las mujeres de sobrevivir al parto con las de las hembras de los salmones al desovar (pp. 40-41).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

o reducir la fuerza de trabajo. Esto es particularmente cierto en los momentos del despegue capitalista (...). Pero después —y hasta el presente— el Estado no ha escatimado esfuerzos en su intento de arrancar de las manos femeninas el control de la reproducción y la determinación de qué niños deberían nacer, dónde, cuándo o en qué cantidad» (pp. 140-141).

Tabla 7. Eventos clave para la conformación del paradigma tecnocrático de atención durante el epcp y su introducción en Centroamérica

Marco temporal	Procesos sociopolíticos macro en Occidente	Innovación en atención durante el parto	Efecto sobre el modelo de atención
<p>Finales XIV- mediados XVII</p>	<p>Pandemia por peste bubónica.</p> <p>Genocidio mujeres sanadoras y parteras del campesinado (<i>caza de brujas</i>) en Europa occidental y Norteamérica.</p> <p>El Estado, en alianza con la Iglesia, implementa una política pro-natalista, prohibiendo la autogestión de la sexualidad y la reproducción: nace la biopolítica^a.</p> <p>Exclusión de las mujeres de la formación universitaria y —por tanto— de la profesión médica.</p>	<p>Expropiación de la autogestión comunitaria de la sexualidad y reproducción femenina (Europa occidental y Norteamérica).</p>	<p>En Europa occidental (Federici, 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quiebre en las relaciones de género en el plano comunitario. • Quiebre a la autogestión comunitaria de la salud. • Pérdida de autonomía y de DSR para las mujeres.
<p>Mediados XVI- XVII</p>	<p>Intensificación de la <i>caza de brujas</i>.</p> <p>Nacimiento Estados modernos europeos.</p> <p>Inicio de la Edad Moderna.</p> <p>Conquista de América.</p> <p>Tráfico masivo de personas africanas esclavizadas.</p> <p>Auge del capitalismo mercantil.</p> <p>Nace la anatomopolítica (Foucault, 1998).</p>	<p>Un matrn atiende a Louise de La Vallière, amante de Luis XIV, haciéndola parir en posición de litotomía (1663, Francia):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los médicos empiezan a atender partos de forma rutinaria entre la nobleza y aristocracia. • Introducción de la posición de litotomía, reedificando la construcción de género durante el parto: las mujeres son forzadas a adoptar una posición pasiva para que los médicos-parteros puedan asumir la gestión activa del parto. 	<p>El sujeto dominador —médico varón instituido de biopoder por el Estado— inicia la toma de posición sobre un nuevo dominio: el útero (N. Ehrenreich, 1993; Federici, 2010, pp. 138-139).</p> <p>Inicia la normativización del parto.</p> <p>Se refuerza la construcción social del <i>género</i>.</p> <p>Inicia la epidemia de septicemia en Europa occidental y en las poblaciones criollas de Norteamérica. Ello produce un incremento de la mortalidad materna en estas poblaciones.</p>
<p>XVIII- finales XIX</p>	<p>Se desarrolla el dispositivo de la sexualidad (que</p>	<p>Sir Fielding Ould introduce la</p>	<p>Desplazamiento efectivo de la partería a raíz del monopolio</p>

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y
LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Marco temporal	Procesos sociopolíticos macro en <i>Occidente</i>	Innovación en atención durante el parto	Efecto sobre el modelo de atención
	participa en la diferenciación social) fraguándose la histerización de las mujeres burguesas y aristócratas. Revolución industrial. Cercamiento de las tierras comunales. Éxodo campo-ciudad. Desarrollo del capitalismo industrial.	episiotomía (1742, Irlanda), usada ocasionalmente por la alta tasa de infecciones. Edward Chapman da a conocer el diseño del fórceps (1973, Francia – Inglaterra) cuyo uso es restringido a los médicos (no parteras). Aumenta la hospitalización del parto entre el proletariado.	médico masculino sobre el fórceps. Profundización de la apropiación del proceso reproductivo por el Estado a través de la creación de la obstetricia como especialidad médica instituida de biopoder. El biopoder se expande a nuevos territorios corpóreos: el perineo y la vagina. Desarrollo de la ideología del <i>parto patológico</i> , aunque aún predomina la ideología del parto como proceso <i>natural</i> .
Segunda mitad XIX	Desarrollo del positivismo. Revolución listeriana a partir de Lister (1865, Inglaterra) y Pasteur (1864, Francia). Extensión del dispositivo de la sexualidad a todo el cuerpo social, incluyendo el proletariado y campesinado. Independencia de las colonias centroamericanas. Adscripción del racialismo como filosofía de Estado en el nacimiento de los Estados centroamericanos.	Desarrollo de la obstetricia moderna en Europa (extracción conocimiento + docencia → creación del cuerpo médico) en base a la experiencia clínica obtenida en la atención a mujeres proletarias que paren en hospitales desde el s. XVIII ¹³¹ .	Finaliza la epidemia de septicemia, lo que reduce la mortalidad materna en las poblaciones criollas de Norteamérica y en Europa occidental. Inicia la medicalización del parto.
Principios XX-50's	Guerras de las potencias/imperios coloniales por el dominio del sistema mundo.	Sistematización del modelo de atención durante el parto dentro del paradigma tecnocrático (1919, EE.UU.).	Establecimiento de procedimientos secuenciales rutinarios de atención y cuidados durante el parto. Se asienta la hegemonía de la ideología del parto como un evento <i>patológico</i> .

¹³¹ Además de Elizabeth Nihell en 1760 (Rich, 2019, pp. 208-209), también Ignaz P. Semmelweis (1988) vinculará a mediados del s. XIX la formación de la disciplina con el incremento en la mortalidad y morbilidad materna y perinatal, relacionándola este con la epidemia por septicemia puerperal iniciada a mediados del s. XVII:

«las mujeres que dieron a luz en la calle [y las que tuvieron partos prematuros] tenían una tasa notablemente más baja de mortalidad que las que dieron a luz en la clínica. Así era porque una vez que el niño nació y se separó la placenta, por lo común no había nuevas oportunidades para la formación; por lo tanto no había más exámenes (...). No existía motivo alguno para que sus genitales fueran tocados con manos contaminadas; por lo tanto no contrajeron la fiebre puerperal» (pp. 59-60).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y
LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Marco temporal	Procesos sociopolíticos macro en <i>Occidente</i>	Innovación en atención durante el parto	Efecto sobre el modelo de atención
50's -XXI	Inicio del proceso internacional de creación de instrumentos de protección a los derechos humanos. Nacimiento del movimiento por la <i>humanización</i> de la atención y cuidados en los sistemas de salud y del movimiento MBE.	Friedman define los tiempos (normativiza) del <i>parto normal</i> (1954, EE.UU.). Implementación de: • Monitorización fetal electrónica (MFE) (EE.UU.). • Política de episiotomía rutinaria (EE.UU.). • Política de institucionalización del parto.	Se asienta la hegemonía del paradigma tecnocrático de atención durante el parto. Se extiende en CA la introducción del modelo biomédico de atención durante el parto normativizado en base al paradigma tecnocrático. Extensión del biopoder a través del control sobre los tiempos del parto. Identificación del <i>Intervencionismo obstétrico</i> como problema de salud pública. Sobreutilización y subutilización de cesáreas de forma diferenciada para subpoblaciones, entornos y países.

Nota: (a) Foucault (1996) sitúa la aparición del biopoder en el s. XVIII, mientras que Federici (2010) y Mies (1998) consideran que este surge en el s. XV. Fuente: elaboración propia en base a Christophe Clesse et al. (2018a, 2019), B. Ehrenreich & English (1981), Federici (2010), Foucault (1996, 1998), Menéndez (2005), Mies (1998) y Rich (2019).

En suma, tras enfocar el análisis en los efectos prácticos producidos por las transformaciones en el modelo de atención y cuidados a las mujeres y criaturas durante el parto desde finales del s. XIV, las fuentes consultadas vinculan el desarrollo de la política sexual y reproductiva moderna, diferenciada por *clases*, con la emergencia y el desarrollo del sistema económico capitalista, practicando la biopolítica ampliamente sobre las mujeres campesinas, proletarias, burguesas y nobles, con el fin de asegurar y reforzar la hegemonía política y económica de las clases dominantes y la vitalidad de ese sistema capitalista (Federici, 2010, pp. 257-272). El despliegue de esta política tuvo consecuencias trascendentes sobre la calidad de la atención y cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp, y sobre la salud y derechos sexuales y reproductivos, las que persisten en la actualidad:

- Privación de la autogestión comunitaria de la salud, en particular de la salud sexual y reproductiva, y apropiación de su gestión por parte del Estado moderno (B. Ehrenreich & English, 1981, pp. 7-20; Federici, 2010, pp. 199, 223-235, 247-255).
- Dentro de este paradigma, la atención durante el parto se enfocó en *hacer vivir*, en asegurar la vida, mientras que la experiencia del parto fue ignorada y pensada como irrelevante (Goberna Tricas, 2016)¹³². En esta transformación del modelo ocurrida entre finales del s. XIV y mediados del s. XX, la satisfacción de las necesidades de las mujeres y criaturas durante el parto no fue un aspecto a considerar, siendo la finalidad de este proceso asegurar el control sobre la reproducción de la fuerza de

¹³² En la actualidad, ello se observa, por ejemplo, en la escasa investigación sobre el impacto del estrés en la mortalidad y morbilidad materna en mujeres sanas. Para Lowe (2007), esta «falta de conocimiento ha impedido el desarrollo y la aceptación de prácticas de atención intraparto diseñadas para minimizar el estrés y optimizar los resultados del trabajo de parto y el parto para mujeres sanas y sus bebés» (pp. 220-221, tp.).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

trabajo y una determinada reproducción social favorable a los intereses de las clases dominantes, es decir: a su hegemonía sostenida en base a su dominio sobre el progreso tecnológico y su uso ideológico como fuente de poder político; esto es, en base a la *tecnocracia* (sección 4.8.3 y nota 115).

- Exclusión de las mujeres de la gestión de la atención y cuidados durante el parto y, no solo de las mujeres en sí mismas, sino de todo el universo simbólico femenino: emotividad, ternura, paciencia, comprensión... emociones, saberes y actitudes que, bajo este nuevo modelo de atención durante el parto, no tendrán cabida y serán reprimidos por ser devaluados socialmente y considerados contrarios a la técnica. Los cuidados pasan a ser sobrevalorados en sus cualidades técnicas, deprimidos en sus cualidades relacionales y escindidos en sus dimensiones curar/cuidar, configurando con ello un modelo de atención y cuidados de baja calidad, intrínsecamente violento, tecnocrático, indolente a las *necesidades humanas* de mujeres y criaturas —tales como el confort, el acompañamiento, la valoración, la escucha activa o la ternura— durante una experiencia que se caracteriza por su mayor vulnerabilidad antropológica, y *deshumanizado*, característica esta última que afectará en general a todos los cuidados gestionados por el Estado a través de la institución médica (Esteban, 2017, p. 40; Fassler, 2012, p. 14; Feito, 2016, p. 1295; Poblete-Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

4.3.2 Claves para el análisis de la política sexual y reproductiva en Mesoamérica

En 2018, la oposición política de Nicaragua presentó ante la ANN una propuesta de ley sobre *parto humanizado*, la cual ni siquiera llegó a ser admitida. En declaraciones a la prensa, una portavoz del gremio médico señaló: «Nosotros impulsamos el *parto por vía vaginal*, siempre y cuando la paciente no muestre contraindicaciones para el mismo. Recordemos que hay situaciones en la [sic] que nos vemos obligados a tomar la decisión» (La Voz del Sandinismo, 2018) (cursivas mías). Esta sucinta declaración, expresiva de un pensar y un sentir compartido por el gremio médico del país —tal como puede observarse en MCHIP (2012) y en M. E. Castrillo (2013, pp. 25-37)—, evidenció varios aspectos de orden político de gran relevancia para el análisis de la atención y los cuidados durante el epcp en Nicaragua: primeramente, el *parto por vía vaginal* es asimilado a la atención *humanizada* a la mujer durante el parto; en segundo lugar, la práctica gineco-obstétrica no es considerada por este actor una variable explicativa de las problemáticas del epcp en el país —como la sobreutilización de la cesárea, la mortalidad materna o la VO—; tercero, la VO no es reconocida como un problema público y, finalmente, es el personal gineco-obstétrico quien toma las decisiones de atención durante el epcp, no las mujeres que están pariendo.

Considero que la distancia entre esta declaración y las políticas contenidas en la Normativa 042 «Norma de Humanización del Parto Institucional» —enfocada en alinear los cuidados profesionales durante el epcp con las necesidades, tradiciones y expectativas culturales de las mujeres y sus familias— ha de relacionarse con tres aspectos clave que, para la literatura especializada, afectan el acceso de las mujeres mesoamericanas a la salud y derechos sexuales y reproductivos: (1) la centralidad de la maternidad como institución social en la región, (2) la doble acción técnico y moral de la práctica médica y (3) la posibilidad de un reconocimiento de las mujeres adscritas a los pueblos afrodescendientes y originarios como personas dotadas de humanidad plena.

En relación al primero de estos aspectos, Roberta L. Flores Ángeles y Olivia Tena Guerrero (2014, pp. 28-31) consideran que el maternalismo puede observarse, a su vez, en tres discursos en

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

las naciones latinoamericanas: (1) la importancia de la maternidad en la representación social de la mujer —establecida por «una configuración cultural que dio al catolicismo una influencia particular sobre la vida de las mujeres» (Molyneux, 2001, p. 9)—, (2) el empleo de la maternidad como bandera política feminista para avanzar en el reconocimiento de los derechos de las mujeres y (3) su instrumentalización por parte de los Estados en el despliegue de las políticas sociales. Si bien estos argumentos han sido esgrimidos también en otras partes del mundo, Maxine Molyneux (2001) considera que en AL «la maternidad y la domesticidad [están] dotadas de una importancia moral y política duradera» (pp. 9-18; ver también Arguedas Ramírez, 2020, p. 91).

Los aspectos que han favorecido el desarrollo del maternalismo en la región mesoamericana son varios. Flores Ángeles y Tena Guerrero (2014) coinciden con Julieta Paredes en destacar el «entronque patriarcal» producido por el reajuste entre el patriarcado originario y ancestral mesoamericano con el patriarcado europeo (p. 30). En esta línea, Segato (2011) ha señalado que «las relaciones de género se ven modificadas históricamente [en AL] por el colonialismo y por la episteme de la colonialidad cristalizada y reproducida permanentemente por la matriz estatal republicana» (p. 17). Junto con ello, Julia Tuñón (Flores Ángeles & Tena Guerrero, 2014, p. 30) y Jorge E. Lemus (2013) han señalado la importancia de la figura de la Virgen María —el marianismo— para las sociedades mesoamericanas al producirse en la etapa de la conquista su fusión con la deidad Tonantzin, adorada por los mexicas. Lemus (2013) sostiene que esta fusión constituyó:

«la expresión máxima del sincretismo durante la colonia. En ella se funden dos culturas y dos religiones para dar paso a una identidad propia de la Nueva España (...) una identidad de nación que incluye a indios, a mestizos y a criollos» (pp. 264-265).

Arguedas Ramírez (2020) considera que esta centralidad de la maternidad en la cultura mesoamericana constituye uno de los factores que sostiene la autoridad ejercida por las instituciones sociales y estatales para someter a las mujeres y, sobre todo, «a las mujeres entendidas como madres o madres en potencia» (p. 91). De entre estas instituciones, Arguedas Ramírez (2020) destaca la institución médica, pues la huella colonial, persistente en todos los países de la región, ha hecho «casi imposible un proceso cultural de secularización y, por lo tanto, la institución médica tampoco es culturalmente secular» (pp. 91, 95). Así, los acontecimientos históricos, políticos y culturales acontecidos en la región a partir del s. XV, han de considerarse entre los factores que explican los retos específicos a los que se enfrentan las mujeres mesoamericanas en el reconocimiento y ejercicio de sus DSR.

En este marco sitúo los aportes de R. Castro y Erviti (2015), para quienes el control al que la institución médica somete los cuerpos de las mujeres que son madres — que se intensifica durante el embarazo y el parto— responde a una característica propia del *habitus médico* en la región, el que definen como:

«el conjunto de predisposiciones generativas que resultan de la in-corporación (lo social hecho cuerpo, esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los profesionales) de las estructuras objetivas del campo médico» (p. 49).

Citando a Bourdieu, R. Castro y Erviti (2015) señalan que el «*habitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a la vez permite la reproducción de aquéllas». Su génesis «puede rastrearse desde los primeros años de formación universitaria, pasando por los años del internado y los de especialización [y] se recrea todos los días en los servicios y los hospitales,

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

a través de la práctica profesional rutinaria» (p. 78). Junto con el currículum oficial, el *habitus médico* desarrolla un currículum paralelo, oculto, basado:

«en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; [y] en la desigualdad de género» (pp. 78-80).

En base a investigaciones llevadas a cabo en distintos países latinoamericanos, Lilia B. Schraiber (2010) profundiza en este análisis identificando una doble dimensión en la práctica médica: una técnica —formada en el currículum oficial— y una extra-técnica o moral —formada en el currículum oculto— capaz de transmitir valores morales. Ambas son desplegadas revestidas por la cualidad de la práctica profesional:

«Así confieren significado profesional, cubriéndolas de valor y autoridad técnico-científica, apreciaciones de orden ideológico, político, religioso y hasta económico y social de las mujeres y de los problemas de salud que conllevan sus demandas a los servicios. Tales apreciaciones están revestidas de, y en la práctica profesional funcionan con la calidad de *juicio moral*, que se mezcla con el propio juicio clínico en la toma de decisiones asistenciales» (pp. 17-18; ver también B. Castrillo, 2020, p. 4).

Esta doble acción técnica y moral puede observarse en los informes elaborados por CLADEM e INSGENAR (2003, 2008) para Argentina (sección 1.2.1). Si bien esta teoría ha sido formulada en el contexto latinoamericano, considero que los resultados de Rance *et al.* (2013) para Inglaterra reflejan también la acción moralizante inscrita en el *habitus médico*: tras mostrar como el personal de salud desoye las voces de las mujeres cuando estas alertan sobre síntomas indicativos de complicaciones obstétricas, las autoras interpretan que la «falta de escucha reportada con tanta frecuencia (...) puede formar parte de una cultura institucional que normaliza la falta de respuesta a las peticiones de auxilio de las mujeres» (p. 12, tp.). La lectura de estos hallazgos desde la teoría de la doble acción técnica y moral de la práctica médica conduce a plantear que esta cultura institucional supondría una acción moral sobre las mujeres que viven el epcp para que renuncien a su capacidad de agencia y a sus derechos, y despojarlas de su estatus de ciudadanas.

Para Mesoamérica, Arguedas Ramírez (2020) señala que el peso de la agenda política del conservadurismo religioso —dominante y en hegemonía creciente— refuerza el acento pastoral del poder obstétrico en el ejercicio del control moral, además del control epistemológico y físico (pp. 79, 96). En sus análisis, esta autora explica esta particularidad en la región por el hecho de que:

«el poder obstétrico ejercido por quienes conforman y participan de esa cultura médica institucionalizada es coherente con la figura del director de conciencias, que caracteriza al poder pastoral, como lo entiende Foucault. Nos encontramos entonces con un escenario en donde el médico o médica, que ejerce ese poder obstétrico, no solo controla dimensiones epistemológicas y físicas del sujeto subalterno encarnado, que es la mujer gestante, sino que también ejecuta una evaluación moral de esa mujer y actúa como director de conciencias (*poder pastoral*)» (p. 91) (cursivas mías).

En suma, se puede advertir que las problemáticas de salud y derechos sexuales y reproductivos en la región se ven atravesadas también por la colonialidad del ser, del poder y del saber que continúa modulando las relaciones sociales y políticas y la episteme,

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

a lo interno de las sociedades latinoamericanas y entre las naciones del Sur Global y el Norte Global (Maldonado-Torres, 2003; Quijano, 1992).

En este contexto, la consideración de la VO como una problemática pública en los países mesoamericanos se enfrenta además al reconocimiento de las mujeres adscritas a los pueblos afrodescendientes y originarios como sujetos, como personas dotadas de humanidad plena y de derechos humanos¹³³.

Por ello, Arguedas Ramírez (2017) hace referencia al ejercicio diferenciado del «poder obstétrico sobre los *cuerpos gestantes*» (cursivas mías), cuyo «objetivo disciplinario vinculado con la estructura de relaciones de poder dentro del modelo patriarcal de sociedad» difiere:

«según otras características de los *cuerpos gestantes*, además del género. La racialización de esos cuerpos, el lugar etario donde son colocados (...) desde la mirada de quien ocupa un lugar privilegiado con relación a ese *cuerpo gestante*, dentro de la institución sanitaria (...), la clase, el estatus migratorio, profundizan la vulnerabilidad y también el ensañamiento con el que se ejerce ese poder obstétrico. Desde la dimensión epistemológica, lo que encontramos es que los *cuerpos gestantes*, *racializados*, *migrantes*, *jóvenes*, son más profunda y violentamente negados en su posibilidad de actuar como sujetos cognoscentes» (pp. 69-71) (cursivas mías).

Para el caso de Centroamérica, Marta Elena Casaús Arzú (2014), Juliet Hooker (2010) y George Lipsitz (2007) han señalado la importancia del racialismo en la configuración de los Estados nación de la región, cuyas élites persiguieron proyectos eugenésicos para «mejorar la raza» o blanquear la nación durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, empleando para ello diversas estrategias que incluyeron prácticas de exterminio de la población originaria en Guatemala y El Salvador, y de exclusión social a través de dinámicas de *espacialización de la raza* y *racialización del espacio* en Nicaragua y Costa Rica. En particular, «la *negritud* va estar ausente en la construcción nacional centroamericana (...) en las escasas menciones que se hace del mestizaje en la región se encubre a los afrodescendientes» (Gudmundson y Wolfe en Casaús Arzú, 2014, p. 92). Estas prácticas de exclusión económica, política, social y cultural de grandes masas poblacionales lastraron el desarrollo de la región durante el siglo XX y han condicionado su desarrollo a futuro al crear desequilibrios en el desarrollo de los territorios que a día de hoy siguen constituyendo una barrera para erradicar la mortalidad materna evitable, la pobreza y otras problemáticas que merman el desarrollo humano en Centroamérica.

Así, si para Nicaragua la mortalidad materna se concentra en el Caribe y el noroeste del país (sección 2.1), se debe en gran medida al olvido histórico al que han estado sometidas estas poblaciones por parte del Estado nicaragüense, hecho que fue reconocido por el GRUN en el Plan de Desarrollo Humano elaborado para el periodo 2008-2012 (GRUN, 2008, p. 128, párr. 41).

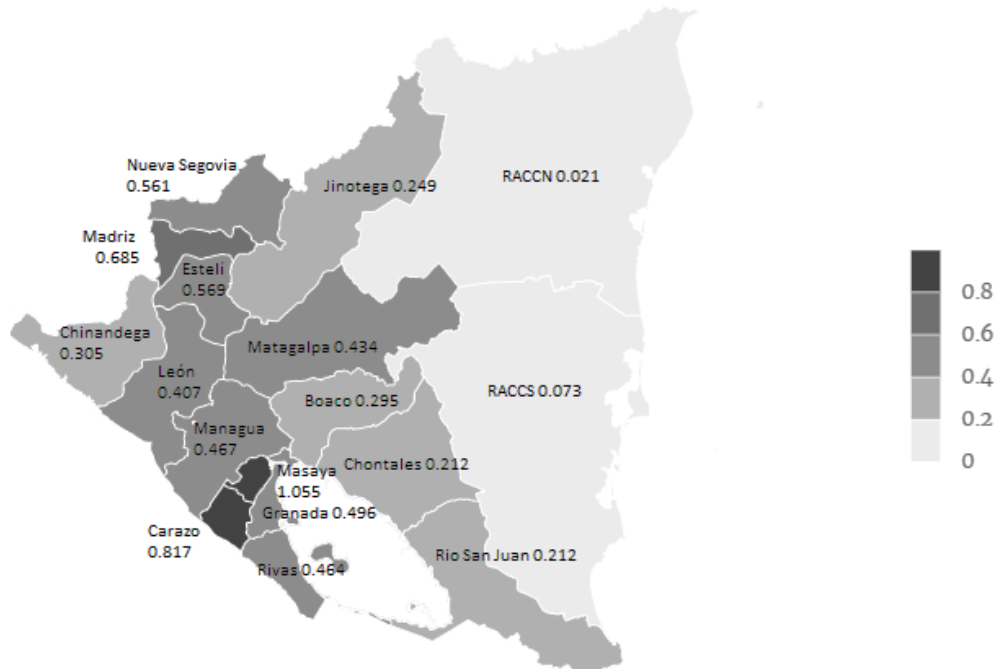
Uno de los indicadores que mejor visualiza este aspecto es el desequilibrio territorial en la dotación de infraestructura pública como las redes vial y hospitalaria, un factor que es de importancia crítica para reducir la mortalidad materna. Sus deficiencias inciden en la segunda demora (nota 30) al aumentar los tiempos de traslado desde el hogar hacia el establecimiento de salud, y también una vez dentro de la red pública cuando surge una complicación obstétrica que requiere el traslado a una unidad de mayor especialización. Así, es notorio el escaso

¹³³ Como señala Nelson Maldonado-Torres (2003) en referencia a la obra de Frantz Fanon, el «condenado (...) es un no-ser (...). Lo que es invisible sobre la persona de color es su propia humanidad (...). La invisibilidad y la deshumanización son las expresiones primarias de la colonialidad del ser» (p. 150).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

desarrollo de la red vial en aquellos departamentos y regiones donde se concentra la mortalidad materna —la RACCN, RACCS y Jinotega—, espacios en los que tradicionalmente han habitado pueblos originarios y afrodescendientes en Nicaragua (Mapa 1 y Mapa 3).

Mapa 3. Densidad vial por departamento en km/Km2, Nicaragua, 2018



Fuente: elaboración propia en base al INIDE (2007, p. 29) y Ministerio de Transporte e Infraestructura (2019).

Sin embargo, la problemática de la VO y la salud y derechos sexuales y reproductivos no se reduce a los déficits estructurales y de calidad presentes en la atención y cuidados durante el epcp (R. Castro & Erviti, 2015, pp. 35-37). El racismo de Estado va mucho más allá: es una problemática que permea toda la experiencia de las mujeres durante el epcp. Así puede observarse en la investigación etnográfica llevada a cabo por Freyermuth Enciso y Sesia (Sesia, 2009) sobre la mortalidad materna en el Estado de Oaxaca (México), caracterizado por la fuerte presencia de culturas originarias. Estas autoras encontraron que las circunstancias en las que se produce la mortalidad materna responden a una triple subordinación y exclusión de género, racial y clasista, que opera dentro del sistema de género y del sistema de cuidados, a nivel familiar, comunitario y estatal, dentro del sistema de salud (pp. 203 y 215).

También puede observarse para EE.UU. en Boyd *et al.* (2015), quienes encontraron una mortalidad materna doce veces mayor para las mujeres afrodescendientes (RMM de 56.3) en relación a sus vecinas blancas no latinas (4.7) en la ciudad de Nueva York, durante el periodo 2006-2010.

En relación a este dato, Elizabeth Kukura (2018) recoge el testimonio anónimo de un médico residente publicado en la revista *Annals of Internal Medicine* bajo el título *Our Family Secrets*, quien denunció un horripilante episodio de VO contra de una mujer de origen latino, durante su etapa de formación en un hospital estadounidense:

«Después de dar a luz a su bebé, la mujer (la Sra. López) empezó a tener una hemorragia por atonía uterina, lo que hizo que el residente realizara un masaje uterino bimanual interno, como se exige en tales circunstancias. El procedimiento consiste en introducir la mano izquierda en la vagina de la mujer y formar un puño para presionarla contra

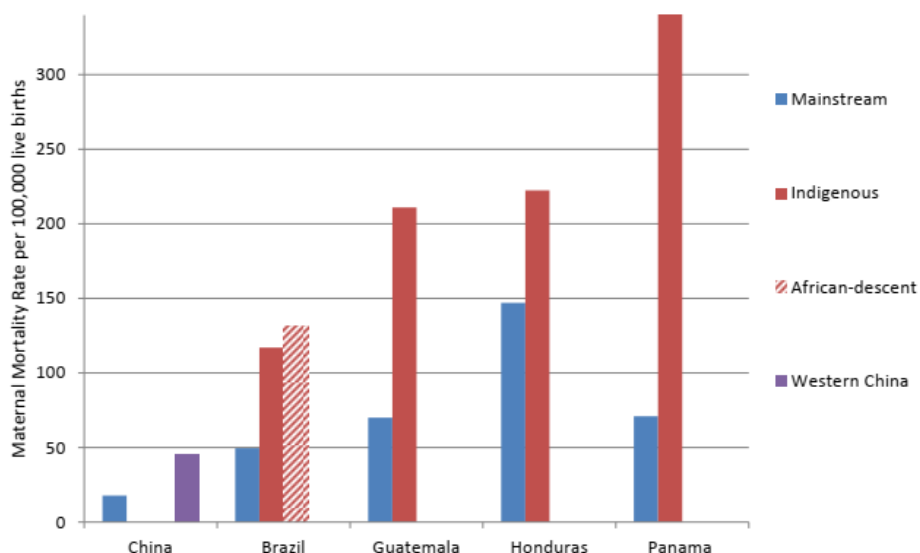
CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

el útero, mientras con la mano derecha se masajea el útero a través el abdomen, provocando la contracción del útero. Al cesar la hemorragia, el autor recordó cómo el residente “levanta su mano derecha en el aire... Se pone a cantar *La Cucaracha*... Parece que está bailando con ella. Da pisotones, retuerce el cuerpo y agita su brazo derecho por encima de la cabeza. Todo el tiempo, sostiene a la mujer con toda su mano izquierda dentro de la vagina”» (pp. 736-737, tp.; ver también Anónimo, 2015).

Como señala Kukura (2018), tanto el título escogido por el autor anónimo como la intervención del comité editorial de la revista —que respaldó el relato y al autor— muestran que este tipo de prácticas de VO extrema no son anecdóticas: «la mayoría de los médicos se encuentran en algún momento en situaciones en las que un colega actúa de forma irrespetuosa con un paciente» (pp. 736-737, tp.; ver también Laine *et al.*, 2015). Esta práctica de VO señala claramente la importancia de la categoría *raza* en el análisis de la atención y cuidados durante el epcp, mostrando que la adscripción de las mujeres a grupos sociales oprimidos en base a su *raza* puede resultar en su deshumanización total.

En síntesis, el acervo de investigación muestra que para las naciones mesoamericanas, latinoamericanas y americanas, la inequidad en salud y derechos sexuales y reproductivos que refleja la divergencia entre la RMM para las poblaciones originarias y afrodescendientes y la correspondiente a las poblaciones de ascendencia blanca y europea (Gráfico 10) es un impacto de las múltiples desigualdades de género, raza y clase (entre otras) en intersección y en conjunción con factores históricos, políticos y culturales específicos del desarrollo de estas sociedades (Miller *et al.*, 2016a, p. 2177).

Gráfico 10. Tasa de mortalidad materna para poblaciones subalternizadas y poblaciones dominantes en PIMB, países seleccionados, distintos años^a



Nota: (a) Los datos de Honduras corresponden al 2004, China y Panamá al 2008 y Guatemala al 2011. Los datos de Brasil se publicaron en 2015 y se desconoce a qué año corresponden. Fuente: Miller *et al.* (2016b).

4.4 La mortalidad materna como un fenómeno social evitable y a evitar: la perspectiva de los derechos humanos

Para los hombres, la relación entre las condiciones de vida y la salud fue expuesta tempranamente. Hipócrates en la Antigua Grecia —entre finales del s. V y principios del s. IV a.C.— y autores clásicos latinos como Plinio el Viejo, Marcial, Juvenal y Lucrecio —entre

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

el s. I a.C. y principios del s. II d.C.— trataron de las difíciles condiciones de vida de los mineros y las fatales consecuencias de la actividad extractiva sobre sus cuerpos (Sigerist, 1945, pp. 45-46). Aún más temprano, el papiro Sallier, escrito en el s. XII a.C. en el Antiguo Egipto, fue contundente en denunciar la dureza de las condiciones laborales de los hombres, que no de las mujeres, a quienes apenas hizo alusión:

«Nunca he visto a un herrero trabajando como embajador o a un trabajador de la fundición ser enviado en una misión, pero sí he visto al herrero trabajando: se asa con la boca del horno. El albañil, expuesto a todo tipo de clima y todo tipo de riesgos, construye sin llevar ropas encima. Sus manos están gastadas por el trabajo, su comida se mezcla con la tierra y la basura: se muerde las uñas, al no tener más comida. El barbero arruina sus brazos para llenar su estómago. El tejedor lo pasa peor aún que la mujer, doblado en dos con las rodillas presionando su estómago, incapaz de respirar. El lavadero a la orilla del río está cerca de los cocodrilos. El tintorero huele a huevas de pescado; sus ojos están cansados, sus manos trabajan sin pausa y como pasa todo el tiempo procesando telas, aborrece las ropas» (Berlinguer, 2007, p. 1; ver también Sigerist, 1945, p. 45).

No sucedió así para las mujeres. Tal como relata Rosa Ballester (2001), la atención y cuidados dentro de la práctica médica estuvieron asentados desde el siglo V a. C. hasta el siglo XV d. C. sobre un modelo biológico que escindió el cuerpo y el alma, delineado por la cultura clásica grecolatina, reafirmado por la autoridad de Galeno y fundamentado en la filosofía aristotélica y sus pares dicotómicos. Para las mujeres, este modelo de práctica médica sostuvo durante veinte siglos la creencia en su manifiesta inferioridad biológica y espiritual, justificada por la intemperancia de su constitución biológica: «Esta falta de equilibrio y este predominio de las cualidades negativas, hace a la mujer andar a lo largo de toda su vida por la cuerda floja de su estado de salud que, por naturaleza, es precario» (p. 52). En el s. XVII, se produce en la medicina moderna europea un cambio en el presupuesto de inferioridad de la *naturaleza femenina*: la noción aristotélica es abandonada «a favor de una forma modificada de galenismo en el cual permanecen todavía elementos aristotélicos y (...) se añaden datos de la nueva medicina, sobre todo de la nueva anatomía» (p. 54). La disección de cadáveres revoluciona los conocimientos morfológicos, pero, en los cuerpos femeninos, los hallazgos se interpretan «en el sentido de [una] anatomía general y genital (...) [que constituye] una versión interior de la masculina, convirtiéndose la morfología del varón en referente único de los conocimientos anatómicos» (pp. 52-54). Señala Ballester (2001) que en esta etapa:

«La influencia de naturalistas y filósofos como Buffon o Rousseau contribuyeron a afianzar este modelo de la diferencia. (...) la *naturaleza femenina* [es caracterizada por su] falta [de] fuerza (...) [y por su] gran sensibilidad. Sus huesos y músculos son más frágiles y en todo su cuerpo está impresa la maternidad. La debilidad y (...) predisposición del organismo femenino hacia la maternidad son sus elementos diferenciales. (...) en el periodo moderno (...) hay un acercamiento de los médicos a los problemas de salud de las mujeres (...). Pero (...) esta toma de conciencia invalida a la mujer. La debilidad y sensibilidad la hacen incapaz de salir a la vida pública y profesional, o de seguir cualquier tipo de instrucción avanzada. La mujer está hecha para el interior, para una vida protegida, pero dependiente. La exaltación del valor de la maternidad y de la familia avanzan en esa línea» (p. 55) (cursivas mías).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Es en este contexto donde Mary Wollstonecraft desarrolla su filosofía feminista en resistencia a la amplificación de la ideología de la domesticidad. Wollstonecraft llevará al campo de la salud sus demandas sobre la igualdad sexual: «Déjennos alcanzar la perfección corporal permitiéndonos hacer el mismo ejercicio que a los niños, no solo durante la infancia, sino también en la juventud» (Nogueiras García, 2018, p. 48).

La ruptura formal total con los presupuestos médicos galénico-tradicionales se producirá solo hasta el periodo contemporáneo. La introducción en el s. XIX de la observación y experimentación en los métodos de recogida de datos permitió «establecer hipótesis, leyes y teorías científicas sólidas» (Ballester, 2001, p. 55). Es en esta etapa cuando surge la obstetricia, en Francia: el desarrollo de esta especialidad médica supondrá el «triumfo definitivo de la medicalización en la esfera de la salud de las mujeres que, a partir de ese momento, pertenecerá al campo de los médicos» (p. 56)^{134,135}.

Enmarcados en la segunda ola feminista, se producen entonces, entre mediados del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, debates sobre la *condición femenina* en los que participará John Stuart Mill, quien denunció como las desigualdades de género perjudicaban a las mujeres y abogó por abolir esta injusticia:

«la observación de los hechos revela que la diferencia entre los sexos es sobre todo debida a la educación y la presión social. Es imposible conocer la *naturaleza femenina* en términos de generalización ya que la mayor parte de las mujeres no han tenido nunca la ocasión de hacer valer sus facultades. En nombre de la estricta justicia pido para ellas el derecho de escoger marido, de disponer de sus bienes, de instruirse y de acceder a todas las profesiones» (Ballester, 2001, p. 56) (cursivas mías).

En suma, solo tras muchos siglos de observar las vinculaciones entre las condiciones de vida y la mala salud en los hombres, será posible plantear que los determinantes sociales afectan también la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Durante todo este tiempo, la mortalidad materna fue en gran medida considerada una fatalidad biológica propia de la *naturaleza femenina* y su destino manifiesto: la maternidad (Rich, 2019, p. 214). Ello puede constatarse en el escaso impacto que tuvieron las investigaciones publicadas por Alexander Gordon en 1795, Oliver W. Holmes en 1843 e Ignaz Semmelweis en 1861, en relación a la misteriosa epidemia por septicemia que estaba asolando Europa occidental desde mediados del s. XVII (pp. 212-217). Los tres autores sostuvieron que esta constituía, no una maldición de Eva, sino una enfermedad contagiosa transmitida por el personal de salud, que no llevaba a cabo una correcta higiene de manos. Semmelweis (1988) además lo demostró, registrando un descenso del 76.3 % en la tasa de mortalidad materna tras introducir el lavado de manos obligatorio con desinfectante en el hospital de maternidad que dirigía en Viena (Austria) (pp. 54-55).

¹³⁴ Para Illich (1975), la medicalización de la vida es un proceso político que se manifiesta como: «la intrusión de la asistencia a la salud en el presupuesto, la dependencia respecto de la atención profesional y (...) el hábito de consumir medicamentos; también (...) en la clasificación yatrogénica de las edades de hombre. Esta clasificación llega a formar parte de una cultura cuando [se] acepta como (...) trivial que las personas necesitan atenciones médicas sistemáticas por (...) nacer, (...) [estar] la infancia, en su climaterio o en edad avanzada» (p. 53; ver también pp. 9, 37).

¹³⁵ Este proceso se inscribe en el desarrollo del biopoder (sección 4.3.1).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Sin embargo, los hallazgos de estas investigaciones fueron desestimados y sus autores denostados, pues contravenían dos arraigadas creencias de la época: primero, las manos de un médico —un caballero a la altura de su *clase social*, a diferencia de las parteras— no podían estar sucias y, segundo, estas eran enfermedades propias de las mujeres, inevitablemente unidas a su destino biológico (Rich, 2019, pp. 214-217)¹³⁶. El principio del fin de esta epidemia iniciaría solo a partir de 1865:

«tras la defensa por Lister del principio de asepsia en cirugía, y a raíz de la demostración a cargo de Pasteur de la realidad de la infección bacteriana (...). Finalizaban así [en las últimas dos décadas del s. XIX] (...) doscientos años de azote de la fiebre puerperal y comenzaba la era del parto tecnificado y con anestesia» (pp. 217).

Mas el reconocimiento formal de la mortalidad materna como un fenómeno evitable y a evitar a través de la asunción de políticas públicas, requerirá más que Medicina y acción política feminista, iniciándose a partir de mediados del s. XX la construcción de un proceso gradual de arquitectura de derechos humanos que, poco a poco, sentará en el derecho internacional las bases jurídicas del reconocimiento a la igualdad de derecho a la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna: todas las mujeres tenemos derecho a la igualdad de género en todos los ámbitos, también en nuestra vida sexual y reproductiva. Es decir, será el marco internacional de derechos humanos el que establezca la inadmisibilidad de la justificación de las desigualdades sexuales en salud —el desigual ejercicio del derecho a una vida que merezca la pena ser vivida— de la que son objeto las mujeres en base a su condición de género.

Este marco parte de la Carta de las Naciones Unidas (Unión Europea, 1945) —que reconoce la «igualdad de derechos de hombres y mujeres»— y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General de la ONU, 1948), que sientan las primeras bases de las políticas para erradicar la mortalidad materna evitable a mediados del siglo pasado al reconocer el derecho a «a la vida, a la libertad y a la seguridad», a recibir cuidados específicos durante la maternidad y la infancia, y a un nivel de vida adecuado que asegure la salud «sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición» (arts. 2, 3, 25.1 y 25.2)¹³⁷.

En 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Asamblea General de la ONU, 1966, arts. 3 y 12) reconoció el «derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental» asentando el deber de los Estados parte de adoptar medidas para mejorar la salud infantil y materna garantizando servicios de salud sexual y

¹³⁶ Así lo reflejan, por ejemplo, las palabras del reverendo Richard Polwhele a finales del siglo XVIII, observando con complacencia como Mary Wollstonecraft —fallecida a causa de una septicemia puerperal— «sucumbió a una muerte que marca de forma inequívoca la diferencia entre los sexos, y con ella el destino de las mujeres, expuestas a un tipo particular de enfermedades» (Rich, 2019, pp. 232).

¹³⁷ También declara el derecho a la libre circulación (art. 13), a no ser objeto de injerencias arbitrarias en la vida privada o familiar, ni de ataques a la honra [estima y respeto de la dignidad propia (RAE, s.f.)] o a la reputación (art. 12), a participar en el progreso científico y a los beneficios que de él resulten (art. 27), a no ser sometida a torturas ni tratos crueles, inhumanos o degradantes, y a la libertad de opinión y de expresión (art. 19), entre otros derechos fundamentales no garantizados para muchas mujeres en el mundo durante la vivencia del epcp (secciones 1.2 y 1.3).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

reproductiva que comprendan el acceso a los servicios de anticoncepción y planificación familiar (anterior y posterior al parto), los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información y otros recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información. Además, el Pacto sienta el compromiso de los Estados Partes «a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales» (ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, pp. 6-7, párr. 14; Grover, 2011, pp. 5, párr. 6).

En 1979, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Asamblea General de la ONU, 1979) reconoce la importancia de la maternidad para las sociedades y aboga por su comprensión como una función social. La CEDAW instará a los Estados Partes a adoptar todas las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica «a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica», lo que incluye garantizar a la mujer «servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto». Para ello, insta —entre otras medidas— a modificar «los patrones socioculturales de conducta (...) con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas (...) basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres» (arts. 5, 10.h, 11, 12 y 16).

Casi tres lustros después, la Declaración y Programa de Acción de Viena reforzó este marco declarando que los «derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales» y que es un objetivo de la comunidad internacional «la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo» (Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993, p. 7, párr. 18).

Al año siguiente, la CIPD (ONU & UNFPA, 1995) desarrolló estos derechos en el área de la sexualidad y la reproducción, definiendo la salud reproductiva como «un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de [la] mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos», lo que implícita reconocer el «derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos» (p. 37, párr. 7.2). En relación a la vivencia del epcp, la CIPD sienta que los DSR abarcan «el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva [y] a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia», y reconoce que:

«La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva» (p. 37, párr. 7.3).

La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (ONU, 1996), celebrada en Beijing, prosiguió en la construcción del marco internacional de los DSR al reconocer que los «derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones».

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

La Plataforma de Acción de Beijing recoge que «la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la inadecuación y a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva» (p. 38, párr. 96):

«La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia (...) y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad» (p. 38, párr. 97).

Este instrumento identifica el déficit en la calidad de los cuidados a las mujeres como un problema estructural en el que se incluyen las frecuentes «faltas de respeto» y la medicalización de la vida de las mujeres «en algunos países», la que incluye la realización de intervenciones quirúrgicas innecesarias y la administración incorrecta de medicación (p. 40, párr. 103). Teniendo todo ello en cuenta, la Plataforma de Acción de Beijing orientó promover la integración de una perspectiva de género en todas las políticas y programas para avanzar en «la lucha contra las desigualdades en materia de salud, así como contra el acceso desigual a los servicios de atención de la salud y su insuficiencia» (p. 40, párr. 105).

En la actualidad, los diferenciales en la RMM entre países —que en 2017 oscilaron entre 2 mujeres fallecidas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas en Italia, Noruega, Bielorrusia o Polonia, y 1,150 en Sudán del Sur, 1,140 en Chad o 1,120 en Sierra Leona (OMS, 2020)— constatan que la mortalidad materna evitable durante el epcp no es una fatalidad biológica, sino una consecuencia de las desigualdades que atraviesan nuestras sociedades: la mortalidad materna es «un trágico síntoma de una grave injusticia social, que sólo puede ser enfrentada desde una visión integral del problema y un análisis detallado de la dinámica de discriminación contra las mujeres» (Acosta Vargas, 2003, p. 23).

El conjunto de los instrumentos descritos en esta sección insta por ello a analizar la mortalidad materna como una problemática vinculada a las responsabilidades de los Estados, las familias y comunidades que «de una u otra manera tienen el deber de cuidar y de atender a las mujeres» durante el epcp (p. 23). En los entornos asistenciales donde la mortalidad materna es una posibilidad, las mujeres que experimentan procesos de epcp son objeto de las siguientes violaciones de derechos humanos:

- Derecho a la vida, la libertad y la seguridad personal: no solo cuando las mujeres mueren, sino «también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante» (p. 24).
- Derecho a fundar una familia y a tener vida familiar: la mortalidad materna impide la vida familiar y pone en riesgo la vida de otros integrantes de la familia, especialmente de las personas socialmente más vulnerables.
- Derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico: los conocimientos y medios de los que disponemos actualmente permiten vivir el epcp con seguridad y salud; sin embargo, «la negligencia del personal especializado y la desinformación de las mujeres» (principalmente) impiden el ejercicio de estos derechos (p. 24).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

- Derechos relacionados con la igualdad y la no discriminación: «el estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna»; «las propias comunidades no les reconocen la importancia que merecen» y coexisten varios ejes de discriminación en interacción (p. 24).

4.5 El abordaje de lo social en el modelo médico: la perspectiva biopsicosocial en la reducción de la desigualdad en salud

En la actualidad es reconocido que los problemas de salud sexual y reproductiva descritos en los capítulos 1 y 2 son problemas públicos complejos que involucran una gran cantidad de ángulos de análisis, vinculados —en su nivel más profundo— a las condiciones de subordinación de género, exclusión social y discriminación bajo las que se hallan sujetas las mujeres.

Para comprender estas problemáticas complejas, en las últimas décadas se han propuesto una serie de modelos analíticos que muestran los mecanismos y procesos causales que inciden en la salud y sus inequidades (sección 3.4). Estos modelos han surgido de marcos teóricos procedentes de la epidemiología social, no excluyentes entre sí, entre los que Krieger (2001, pp. 2-8) destaca tres: la teoría psicosocial de la salud, la economía política de la salud y la teoría ecosocial (ver también Solar & Irwin, 2010, pp. 15-16).

La génesis de la teoría psicosocial de la salud en la primera mitad del siglo XX debe enmarcarse en la mirada hacia los problemas de salud que los paradigmas de entonces no lograban explicar. Cobra desarrollo a partir del estudio clásico de John Cassel (1976), quien, en el marco del modelo «huésped-agente-ambiente», se vuelca en el problema de la distribución de enfermedad en las consideradas entonces naciones prósperas.

Cassel (1976) indaga en los vínculos entre desigualdad social y salud en dos vías: por un lado, los mecanismos psicobiológicos desencadenados por la experiencia de la desigualdad social a nivel individual —donde la percepción del lugar que se ocupa en la jerarquía social es un producto mediado por la cultura y las vivencias—, los que afectan al estado de salud de la persona al aumentar su susceptibilidad a los agentes; y por otro, la debilitación de la cohesión social (el ambiente social) que genera la jerarquización sobre la sociedad en su conjunto, lo que explicaría por qué «grupos sociales particulares tienen un riesgo desproporcionado de enfermedades [como la] tuberculosis, esquizofrenia y suicidio» (Krieger, 2001, pp. 2-3; ver también Solar & Irwin, 2010, p. 15).

Más tardía, la economía política de la salud o marco de producción social de la salud emerge entre los sesenta y los setenta, situando los vínculos entre la desigualdad social y la salud en las causas estructurales de la desigualdad, más allá de la percepción que de la misma tenga cada persona y de su susceptibilidad. En esta teoría, la desigualdad social no solo implica una distribución desigual de recursos a nivel individual, sino que también produce déficits de inversión en toda la gama de infraestructuras estatales y comunitarias —como educación, salud, transporte, vivienda o gestión ambiental—, lo que conforma una matriz «neomaterial» en la que se produce la vida cotidiana y cuya configuración es determinada por procesos económicos y políticos que se gestan en sociedades desiguales (Krieger, 2001, pp. 3-5; Solar & Irwin, 2010, pp. 15-16).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Sin menoscabar la importancia de los factores psicosociales producidos por la desigualdad, este enfoque teórico —descrito como materialista o neomaterialista por sus vínculos teóricos marxistas— se distancia de las teorías del estilo de vida elegible y señala explícitamente los determinantes económicos y políticos que impactan sobre la salud y la enfermedad¹³⁸, incluidas las barreras estructurales para vivir saludablemente y las injustas asimetrías que caracterizan las relaciones de poder en el ámbito institucional e interpersonal, lo que lleva a enfatizar la importancia estratégica de las políticas de empoderamiento de las comunidades y el cambio social. Esta teoría emplaza, por tanto, a analizar las desigualdades sociales en salud y a actuar sobre las mismas en base a los principios de justicia social, equidad y derechos humanos (Krieger, 2001, p. 4).

En esta línea, y en el marco de las desigualdades exacerbadas por las políticas desarrollistas desplegadas en AL desde finales de los cuarenta, surge para esta región la medicina social o salud colectiva, desarrollándose durante los sesenta en el ámbito académico, la práctica médica y la investigación en el campo de la salud. Esta corriente de pensamiento situó su «eje en el contexto social e histórico de los problemas de salud, el énfasis en la producción económica y en la determinación social, y la vinculación de la investigación y la formación con la práctica política» (Iriart *et al.*, 2002, p. 134; ver también Casallas, 2017)¹³⁹.

A pesar de las grandes aportaciones de la economía política de la salud al estudio de las desigualdades en salud y sus determinantes, Krieger (2001) señala debilidades importantes en esta teoría, ya que no permite identificar «qué es lo que están determinando esos determinantes» y resulta por ello incapaz de ofrecer «principios para pensar de inicio a fin, sistemáticamente, cuáles intervenciones y políticas de salud pública se necesitan para estrechar las desigualdades sociales en salud en la dirección de asegurar estándares de vida adecuados» (p. 5). Para poder fundamentar las políticas de salud pública y las intervenciones económicas que mejoran los estándares de vida, esta autora sostiene que se requieren marcos teóricos multinivel que integren la historia, lo biológico y lo social.

Estos marcos multinivel surgen en los 90's con el enfoque ecosocial, la eco-epidemiología y la perspectiva de sistemas ecológico sociales, entre otros acercamientos (Krieger, 2001, p. 5, 2002). La perspectiva multinivel integra los factores biológicos y sociales desde una perspectiva histórica, dinámica y ecológica, como en un fractal de vida entrelazada en cada escala, dando «origen al análisis de los patrones actuales y cambiantes de salud, enfermedad y bienestar en relación a cada nivel de organización biológica, ecológica y social (por ejemplo, célula, órgano, organismo individual, familia, comunidad, población, sociedad, ecosistema)» (2001, pp. 5-6; ver también 2008, pp. 224-225).

¹³⁸ Illich (1975) desarrolló varias críticas a este enfoque, pues consideraba que, en vez de desenfocar las políticas de salud sobre el modelo biomédico, la determinación social de la salud estaba facultando la extensión y profundización de la medicalización de la vida, difuminando las fronteras entre *normalidad* y *anormalidad* —es decir, patologizando las experiencias vitales— y legitimando el «tratamiento total (...) con un fundamento racional médico, educativo o de otro tipo ideológico» (pp. 36-37, 103-107).

¹³⁹ En consideración de R. Castro, esta perspectiva continúa avanzando en conocimiento en el ámbito académico, pero es muy frágil en la práctica médica actual, a excepción de Brasil (B. Castrillo & Hasicic, 2020, p. 5).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Para introducir la producción social de la salud y la enfermedad en los análisis biológicos y ecológicos, Krieger (2001) aporta el concepto de *encarnación* o *embodiment* según el cual las desigualdades materiales/sociales son incorporados a (o se imprimen en) nuestra biología: es este un proceso que tendría lugar desde la concepción hasta la muerte a través de distintas vías que se estructuran simultáneamente a través de arreglos sociales de poder, formas cambiantes de producción, consumo y reproducción, y limitaciones y posibilidades de nuestra biología «establecidas por la historia evolutiva de nuestra especie, nuestro contexto biológico y nuestra historia individual, esto es, [las] trayectorias de nuestro desarrollo biológico y social» (p. 6).

La acumulación interactiva entre exposición, susceptibilidad y resistencia se produce a través de escalas espacio-tiempo múltiples, por lo que la construcción de conocimiento sobre las desigualdades en salud y la intervención sobre dichas realidades requiere explicitar la responsabilidad y la autoría de quienes investigan: es decir, delimitar la escala y el nivel de análisis en el que está operando la investigación en relación a las instituciones, comunidades, familias e individuos, en relación a las funciones de las personas investigadoras y en relación a las teorías empleadas y no empleadas, mostrando los beneficios y limitaciones de la estrategia de investigación o intervención seleccionada (pp. 5-6)¹⁴⁰.

Estas teorías de distribución de la enfermedad están propiciando nuevos abordajes de la salud desde diversos campos científicos. Desde el campo biomédico, la epigenética está aportando en las últimas décadas nuevos datos sobre el cómo la *encarnación* o *embodiment* tiene lugar a nivel genético (Gianaros & Manuck, 2010, p. 3). Cómo «los genes interactúan con el ambiente, cómo interactúan entre sí, cómo el ambiente modifica su expresión y, en último término, cuáles son los mecanismos de la herencia genética y no genética» son preguntas que están guiando la investigación en este campo (Mardomingo Sanz, 2015, p. 524), el cual promete:

«descubrir las bases moleculares de la conducta y de la génesis de las enfermedades, personalizar los tratamientos y analizar su eficacia. [Los estudios genéticos son] una de las vías de investigación más destacadas de la etiopatogenia de los trastornos

¹⁴⁰ Krieger (2001) ejemplifica las posibilidades de la teoría ecosocial mediante dos hechos empíricos reconocidos: la relación entre el incremento del riesgo de cáncer de mama y la postergación del primer embarazo en los *países desarrollados*, y el exceso de riesgo de hipertensión en las comunidades afroamericanas estadounidenses. La economía política de la salud emplaza en el primer caso a analizar la incidencia de la discriminación de género en los mercados de trabajo sobre la autonomía reproductiva de las mujeres, y a vincular en el segundo caso las dietas de baja calidad nutricional con la privación económica a la que están sujetas las comunidades afroamericanas en EE.UU. Por el contrario, la teoría ecosocial entrelaza estos determinantes con el desarrollo biológico de las poblaciones, planteando para el primer ejemplo los impactos diferenciados de los embarazos tardíos en la biología de las mamas y su vascularización, y en el desarrollo del sistema endocrino y cardiovascular, mientras señala la estrechez de los enfoques biomédicos que se limitan a señalar las implicaciones hormonales de la lactancia y el embarazo. Para el segundo caso, Krieger (2001) recoge múltiples vías de encarnamiento multinivel a través de las cuales la teoría ecosocial explica el fenómeno del exceso de riesgo de hipertensión en las comunidades afroamericanas estadounidenses. Una de estas vías es el impacto negativo del mayor riesgo de prematuridad del parto en estas poblaciones —un riesgo vinculado a su vez a los impactos poco estudiados del estrés sobre el epcp (Lowe, 2007, pp. 220-221)—, el que impacta en el desarrollo renal de los bebés generando un aumento en la probabilidad de retención crónica de sal, la que se vincula con la hipertensión (Krieger, 2001, pp. 7-8).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

psiquiátricos, el cáncer, las enfermedades inmunes y (...) la obesidad, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y el estrés» (p. 524).

Las implicaciones potenciales de estos avances en la frontera del conocimiento en los terrenos social y político son amplias (sección 4.6), mas en el seno de un modelo médico hegemónico que siempre ha sido rígido a la integración de las variables sociales, políticas y económicas en la práctica clínica¹⁴¹, estas posiblemente giren en torno a la intensificación del proceso de medicalización de la vida descrito por Irving Kenneth Zola (1972) e Ivan Illich (1975) en la década de los setenta (Bianchi, 2019)¹⁴².

Este modelo médico hegemónico se caracteriza para Menéndez (2005, 2020) por su «biologismo, pragmatismo e individualismo, entre otros rasgos, y por cumplir no solo funciones curativas y preventivas, sino también (...) de normatización, (...) control y (...) legitimación» (2020, p. 2). Como perspectiva dominante del mismo, la biomedicina, aunque confrontada por las críticas y por las complejidades de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención, «sigue expandiéndose debido, sobre todo, a su eficacia comparativa, a su pragmatismo, al incremento de la demanda, a su papel cada vez mayor en la reproducción del capital, y a su rol como legitimador de las fuerzas sociales dominantes» (p. 2; ver también Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017, pp. 276-277).

Estas características han obstaculizado el desarrollo profundo de perspectivas del proceso de atención a la salud centradas en las comunidades, familias y personas, mostrando la resistencia del modelo al avance hacia posiciones biopsicosociales, lo que se observa en la «tendencia a focalizar los objetivos y los recursos del sector salud en los niveles secundario y, sobre todo, terciario» de prevención, y a lastrar la atención primaria a un estado de subdesarrollo (Menéndez, 2020, pp. 3, 21; ver también Engel, 1977; OMS, 2008, pp. vii-viii; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2018, pp. 172, 175; Triana Ramírez & Álvarez Soler, 2017, pp. 275-276; Valiente González, 2018; D. Werner *et al.*, 2000, pp. 46-50)¹⁴³.

En base a estos aspectos, Menéndez (2020) considera que, puesto que el mercantilismo y las desigualdades «están saturando, de forma directa o indirecta, los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención», lo más probable es que, en este modelo médico hegemónico, avance «la industria químico-farmacéutica y, cada vez más, la relacionada con la genética y la robótica [las que] se han convertido en algunas de las empresas más rentables en términos capitalistas actuales y futuros» (p. 21). En el marco del proceso de envejecimiento de las poblaciones en los *países desarrollados*, este factor generará costos incrementales de atención y prevención, exponiendo «cada vez más las desigualdades socioeconómicas

¹⁴¹ Las dificultades para abordar los determinantes sociales de salud responden para José A. Cabral Barros (2002) a los fundamentos epistemológicos positivistas de la medicina occidental, en los que se sostiene una escisión en los pares dicotómicos mente/cuerpo, sujeto/objeto, razón/emoción o salud/enfermedad, entre otras dicotomías normativizadoras de la realidad social en general y de la práctica médica en particular.

¹⁴² Para Menéndez (2020), el determinismo biológico será desplazado por el determinismo genético y el papel de los determinantes sociales seguirá siendo observado de forma superficial y mecánica (p. 20).

¹⁴³ La Declaración de Alma-Ata sentó en 1978 las bases para impulsar la atención primaria de salud (OMS, 1978). Los compromisos adquiridos entonces fueron reafirmados en 2018 a través de la Declaración de Astaná (OMS, 2018a).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

[globales] en general y respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención-prevención en particular» (p. 21):

«lo más probable es que los ricos continúen siendo más ricos, más longevos y más exitosos que los pobres, y que hereden sus ventajas a sus hijos, quienes sacarán provecho de las técnicas genéticas más sofisticadas a las que tendrán acceso y [que] seguirán asegurando su “superioridad”» (p. 22).

Sin embargo, la orientación final del modelo biomédico hacia «una salud colectiva o [hacia] una salud estratificada, dependerá [, por supuesto,] de las fuerzas sociales económico-políticas e ideológico-culturales que se hagan cargo de dicha orientación» (pp. 22; ver también Singer, 2002).

4.6 Oportunidades, riesgos y barreras epistemológicas para el análisis de las problemáticas de salud en el epcp: desarrollos recientes de la biomedicina a la luz de la lente feminista

Las neurociencias y la epigenética traen consigo implicaciones importantes para el desarrollo de las ciencias sociales, para la bioética y la ética en general, y para la práctica de las políticas públicas, como mínimo. La investigación en estos campos está visibilizando los impactos de violencias específicas sobre diversas poblaciones, por lo que, en el ámbito de la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el epcp, su desarrollo representa un potencial estratégico de orden político y científico para la gestión de los cuidados y la prevención de la violencia, el abordaje de las desigualdades en salud, la revalorización de los cuidados o la transformación de las relaciones de poder.

Lo que estos avances están confirmando es que la expresión de las inequidades socioeconómicas produce «cambios fisiológicos y epigenéticos con eventuales consecuencias a largo plazo sobre la salud física y mental (...) [incluyendo] la corporización neural de factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales, en un contexto de cambio dinámico continuo» (Lipina & Segretin, 2015, pp. 109, 113; ver también Gianaros & Manuck, 2010). En el campo específico de la pediatría y psiquiatría infantil, por ejemplo, el «progresivo descubrimiento de los mecanismos epigenéticos» aporta una nueva perspectiva y nuevas respuestas a «uno de los temas trascendentales (...) de todos los tiempos [en el desarrollo infantil], el de la naturaleza y la crianza, la *natura* y la *nurtura*» (Mardomingo Sanz, 2015, p. 524). Pero como señalan Sebastián J. Lipina y M^a Soledad Segretin (2015), las implicaciones van mucho más allá del campo biomédico: en relación a la violencia económica implícita en la pobreza, por ejemplo, estos avances «involucran en forma directa aspectos centrales de los debates éticos (...) sobre producción y reproducción de la pobreza y su impacto (...). [El] abordaje neurocientífico está inexorablemente asociado a la discusión ética sobre la violación de derechos humanos» (pp. 113-114).

Además de probar los impactos negativos de los factores ambientales estresantes sobre el material genético y el desarrollo del sistema nervioso central (incluyendo su morfología), los avances en estos campos están reafirmando la importancia de contar con factores protectores como las competencias sociales, la autorregulación y, en la infancia, las relaciones con personas adultas sensibles a las necesidades específicas de la niñez. Las pruebas aportadas en este campo de investigación sitúan el apoyo social y familiar, el establecimiento de un estilo

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

de apego seguro¹⁴⁴, la significación del factor estresor o los niveles de espiritualidad o religiosidad como factores presentes regularmente en las personas resilientes, capaces de adaptarse después de vivir un trauma o estar expuestas a estrés extremo manteniendo el equilibrio en su salud psicológica y emprendiendo incluso procesos de crecimiento postraumático en los que experimentan el «desarrollo de una mayor apreciación de la vida, un mayor sentido de fuerza personal, un reconocimiento renovado por las relaciones íntimas y cambios espirituales positivos» (Fogle *et al.*, 2020, p. 10, tp.; ver también Doom & Gunnar, 2013; Lipina & Segretin, 2015, p. 110; Quidé *et al.*, 2020; Sánchez-Teruel & Robles-Bello, 2018, pp. 174-175; K. Smith & Pollak, 2020, pp. 6-8)¹⁴⁵.

Estos hallazgos se explican porque los mecanismos epigenéticos poseen características de estabilidad y plasticidad: es decir, así como pueden tener un carácter duradero y transmitirse entre generaciones, también pueden revertirse. Como indica Mardomingo Sanz (2015):

«Los genes se expresan a lo largo de la vida del individuo y lo hacen en función de la programación genética y de las circunstancias personales y sociales en las que esa vida transcurre y con las que los genes interactúan, lo que explica las enormes diferencias entre unos y otros individuos y entre las distintas especies. (...) En este proceso de activación y silenciamiento de genes son esenciales los factores ambientales, lo que pone de nuevo de manifiesto la falacia de la dicotomía entre *natura* y *nurtura*» (pp. 525-526).

Pero, así como son importantes y prometedores los potenciales beneficios de estos avances, también lo son sus riesgos bioéticos y políticos (Belmonte, 2015; Ciccía, 2015). Las implicaciones potenciales de estas investigaciones para la construcción social del *género* pueden constituir, de hecho, una amenaza o una oportunidad para el avance de posiciones feministas en el seno de nuestras sociedades. Para el caso particular de los cuidados durante el epcp, si bien la producción y aplicación de estos nuevos conocimientos pueden guiarse bajo un enfoque de derechos, igualdad de género y gestión democrática que posibilite una renovada consciencia social sobre la importancia central de los buenos cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp, y sobre la necesidad de garantizar su acceso a los mismos sin discriminación alguna, esta producción científica puede también propiciar el despliegue de políticas

¹⁴⁴ La teoría del apego seguro fue formulada por John Bowlby y Mary Ainsworth entre la década de los 50's y los 70's del pasado siglo. El estilo de apego seguro es definido como aquel que se caracteriza por el «predominio de una valoración positiva de sí mismo y por la capacidad de percibir a los otros como personas en quien confiar, accesibles y sensibles a las propias necesidades» (Camps-Pons *et al.*, 2014, p. 67). Esta teoría «plantea que los humanos presentamos una predisposición biológica a desarrollar un sistema conductual y motivacional que promueve la proximidad con nuestros cuidadores» (p. 67).

¹⁴⁵ La resiliencia fue conceptualizada en el campo de la psicología por Emmy E. Werner y Ruth S. Smith durante la década de los ochenta en base a los hallazgos que obtuvieron de un estudio longitudinal desarrollado en la isla de Kauai (Hawái) en el que participaron 201 personas desde el nacimiento hasta la vida adulta, junto con sus familias, entre la década de los cincuenta y los noventa (Uriarte Arciniega, 2005, pp. 64-65; E. Werner, 2000, pp. 30-34). Boris Cyrulnik (2005) concuerda con estas autoras en considerar que el apego seguro «en un entorno familiar afectuoso y estable es uno de los mejores factores de protección y de desarrollo de la resiliencia» (Uriarte Arciniega, 2005, p. 74). En opinión de Cyrulnik (2005), además del apego seguro —que Uriarte Arciniega (2005) define como los «recursos internos que se adquieren en las relaciones precoces preverbales» (p. 74)—, son factores básicos la significación sociocultural del trauma y el sistema de apoyos (Cyrulnik, 2005, pp. 26-27).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

anatomopolíticas más intensivas sobre los cuerpos y comportamientos de las mujeres durante estos procesos y de cercenamiento a sus derechos humanos.

Así, ante la epidemia de hipertensión, síndrome metabólico y diabetes en curso en el continente latinoamericano, el Consenso Latinoamericano de Hipertensión, Diabetes y Síndrome Metabólico (López-Jaramillo *et al.*, 2014) ha manifestado su «considerable interés en la especial influencia de la exposición medioambiental durante la vida uterina y en la vida extrauterina temprana», orientando la investigación en este campo hacia «los mecanismos epigenéticos que explican la relación entre la malnutrición materna, la restricción del crecimiento temprano y la aparición posterior de obesidad abdominal y [enfermedades cardiovasculares]» (pp. 97-98). En relación a la «programación fetal del sujeto», al Consenso Latinoamericano le resulta:

«interesante especular que el aumento en las prevalencias de hipertensión arterial, síndrome metabólico y diabetes tipo 2 que se observa actualmente en América Latina pueda ser el resultado de la discrepancia entre el medio ambiente nutricional durante la vida fetal y la primera infancia y el medio ambiente nutricional y de estilos de vida durante la etapa adulta. [El Consenso Latinoamericano considera que esta] discrepancia causa una confusión entre la programación fetal del sujeto y las circunstancias del adulto creadas por la imposición de los nuevos estilos de vida» (p. 98).

En contraposición, en el mismo documento, esta organización señalaba la escasez de investigación epidemiológica sobre la prevalencia de estas enfermedades crónicas en la población afrodescendiente latinoamericana, una de las más afectadas: «ningún estudio ha investigado [para estas poblaciones], en una muestra suficientemente grande y utilizando metodologías consistentes, la ingesta de alimentos, la actividad física y la composición corporal asociadas con hipertensión y diabetes» (p. 96; ver también Anselmi *et al.*, 2003). Sin embargo, en vez de enfocar la agenda de investigación en esta dirección, el Consenso Latinoamericano aboga por una agenda exclusivamente orientada a determinar los mecanismos epigenéticos vinculados al epcp bajo la hipótesis de su potencial contribución al síndrome metabólico (López-Jaramillo *et al.*, 2014, p. 98; OMS, 2013, pp. 2-3, 24).

Así también, Vincent T. Cunliffe (2016) muestra que la investigación sobre los impactos epigenéticos de la exposición al estrés durante la gestación fetal, la infancia y la niñez está enfocada mayormente hacia la conducta de la figura materna. En los resultados de la revisión de estudios de este autor —centrada en el impacto de los factores estresantes sobre la salud y el epigenoma— puede apreciarse la preponderancia de la conducta materna como objeto de estudio en la producción de conocimiento en este campo, prestando una atención mucho menor a las prácticas de cuidados desarrolladas por otros cuidadores durante la infancia y la niñez, y limitándose la investigación al análisis del esperma en el caso de la figura paterna. El énfasis de la producción científica en este campo en el comportamiento de las madres es tal que se han probado los efectos epigenéticos que producen las caricias sobre las criaturas durante el puerperio, pero limitando el estudio a las caricias realizadas solamente por las madres (Cunliffe, 2016, p. 1658; Murgatroyd *et al.*, 2015)¹⁴⁶.

¹⁴⁶ El interrogante consecuente estriba en saber si solo las caricias maternas son capaces de producir tales efectos y por qué los investigadores desestimaron la hipótesis de que las caricias afectan al epigenoma independientemente de quién sea que acaricie a la criatura recién nacida.

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Por otro lado, Jenalee R. Doom y Megan R. Gunnar (2013) y Lipina y Segretin (2015, p. 109) discuten que el interés de la investigación en neurociencias, epigenética y políticas públicas se centre repetidamente en los primeros mil días de vida, los que cubren el periodo comprendido entre la concepción y los primeros dos años —es decir, el epcp—:

«Si bien los períodos prenatal e infantil pueden ser momentos sensibles para [el desarrollo de los sistemas de regulación del estrés], cada vez más pruebas señalan que la pubertad abre otra ventana en la que estos sistemas pueden ser particularmente sensibles a la amenaza y al apoyo experimentados» (Doom y Gunnar, 2013, p. 10, tp.; ver también Pechtel *et al.*, 2014, pp. 10-12).

Por tanto, las neurociencias y la epigenética están mostrando el impacto negativo que la violencia como factor estresor produce sobre la expresión de los genes, así como la importancia de los factores ambientales protectores de la salud, incluyendo los recursos individuales, familiares y comunitarios y la perspectiva vital de las personas mediada por la cultura (Fogle *et al.*, 2020; K. Smith & Pollak, 2020). No obstante, la producción científica en este campo es potencialmente sexista y, de hecho, puede estar reforzando la violencia de género simbólica al reedificar los roles de género vinculados al epcp y producir conocimiento sesgado. Contribuye así, inadvertidamente, a reproducir la violencia de género.

En particular, al centrarse en el papel de las madres como principales cuidadoras de las criaturas, esta literatura está desestimando el impacto de los cuidados por parte de otras figuras, los que también son importantes para el bienestar infantil. Además, la interacción entre las madres y las criaturas no sucede en lo abstracto, sino en el marco de sistemas de cuidados en los que los cuidados familiares, comunitarios y profesionales impactan sobre las mujeres que son madres y, a través de ellas, en las criaturas a su cuidado. Es decir, en lo que se refiere al bienestar de las criaturas, este depende de factores que van mucho más allá del comportamiento de las madres durante el epcp y que incluyen el apoyo familiar, comunitario y estatal durante el epcp y la crianza, y los buenos o malos cuidados a las madres.

Vinculo estos sesgos con la preeminencia de la epistemología positivista —pretendidamente neutral— como enfoque de investigación en el campo biomédico, la que renuncia a incorporar un punto de vista feminista en el diseño y la práctica investigadora (Bartra, 1998; Blázquez Graz *et al.*, 2012; Kirkengen *et al.*, 2016; Novoa Jurado *et al.*, 2004). Las características esenciales de este paradigma de investigación —que declara producir un conocimiento neutral, objetivo, universal, atomístico, determinista, simplificador o reduccionista, inductivo e empírico-analítico (Caramés García, 2004, pp. 33-34; Novoa Jurado *et al.*, 2004; Ricoy Lorenzo, 2006, pp. 13-16) — conducen a que la biomedicina esté igualmente afectada por el androcentrismo y el etnocentrismo característicos del desarrollo científico occidental, analizado por Blázquez Rodríguez (2005) y Montes Muñoz (2007, pp. 41-71) en el marco específico de la gestión de los cuidados durante el parto, y en la investigación y práctica médicas en general por M^a Luisa Jiménez Rodrigo (2014, pp. 292-297), Carme Valls-Llobet (2009, pp. 55-84), M^a Teresa Caramés García (2004, pp. 32-34), Elisabet Tasa-Vinyals *et al.* (2015), Esteban (2006) y M^a Teresa Ruiz y Lois M. Verbrugge (1997).

Por tanto, los descubrimientos logrados en estos novedosos campos científicos son extraordinarios, pero las limitaciones epistemológicas del paradigma científico en el que

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

se asientan conducen a la producción de un conocimiento deficiente que presenta sesgos y que, en el campo de los cuidados —atravesados por distintos ejes de desigualdad como el *género*, la *raza* y la *clase*—, puede determinar la perpetuación y afianzamiento de estereotipos y roles de género en relación a la gestión de los cuidados durante el epcp y la crianza. Por consiguiente, el desarrollo científico en este campo no conducirá por sí solo a la realización de los derechos de las mujeres que están pariendo, sus criaturas y familias. Antes bien, sin una gestión participativa y democrática del desarrollo científico en la que esté integrada la perspectiva político-feminista, es probable que estos avances en los campos de la epigenética y las neurociencias conduzcan a la intensificación del control social sobre las mujeres que viven procesos de epcp, potenciando la medicalización de su salud y la de las criaturas con el objetivo de tratar los efectos negativos que producen la VO y otras violencias presentes en nuestras sociedades y minorar así sus impactos para aquellos grupos poblacionales que puedan asumir el costo de las terapias.

4.7 La *humanización* de la atención y los cuidados durante el epcp y la cuestión de lo *natural*

De la preponderancia de la dimensión técnica sobre la relacional, del abuso y sobrevaloración de la técnica a la par del debilitamiento, desvalorización y anulación de la dimensión relacional (sección 4.8), surge el problema de la *deshumanización* de la atención profesional en el sistema de salud. En relación a este concepto, es importante tomar en perspectiva que en el ámbito de la atención durante el parto, la problemática de la *humanización* fue una bandera tempranamente agitada por la obstetricia, aunque con un significado diametralmente opuesto a su sentido actual, pues para la obstetricia de principios del siglo XX, *humanizar* significaba proteger a las mujeres y criaturas recién nacidas del *parto patológico*: un evento fisiológico cuyo significado se vinculaba a la naturaleza, lo animal, lo terrorífico y lo inhumano (DeLee, 1920). Así, primeramente, *humanizar* la atención durante el parto significó hacer uso de todos los recursos disponibles para liberar a la mujer de la vivencia del doloroso parto *natural* sobre un cuerpo enfermo, débil, dócil y patológico como lo era (debía serlo) el cuerpo femenino para la ciencia médica occidental (DeLee, 1920; Diniz, 2005, pp. 628-629; Rich, 2019, pp. 232-235).

Esta concepción del parto —que se torna hegemónica primeramente en EE.UU., alcanzando su plenitud en este país a mediados del siglo pasado (Clesse *et al.*, 2018a, p. 5)— encontró en Europa las primeras corrientes ideológicas contrarias en los años 30. Grantly Dick-Read fue desde el Reino Unido un pionero defensor del parto *natural*, considerando que la *ley natural* nunca habría pretendido que un parto saludable fuera doloroso (Caton, 1996, p. 955). Dick-Read, partidario de la no separación madre-bebé y de la participación de la pareja durante el parto, defendía que el arte del parto *natural* se había perdido, excepto para las mujeres *primitivas*¹⁴⁷. Si bien desde el principio se hicieron cuestionamientos a la cientificidad de sus métodos de observación y se señaló su evidente actitud patriarcal y racista, Dick-Read es

¹⁴⁷ Donald Caton (1996, p. 956) pone en duda que Dick-Read observase un parto de mujeres *primitivas* alguna vez en su vida, por lo que presumiblemente su postura se sitúa en el campo simbólico del imaginario colonial, en el cual Viveros Vigoya (2010, p. 5) destaca que «las diferencias raciales han sido edificadas sobre la base de universales antropológicos que son metaforizaciones de la diferencia sexual». Es decir, como ya había señalado Etienne Balibar (1989), «las categorías del imaginario racista (...) están sobredeterminadas sexualmente» (p. 17, tp.).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

reconocido por redirigir la opinión pública y de la comunidad obstétrica hacia el cuestionamiento de la atención y los cuidados durante el parto (Caton, 1996, pp. 955-957; Rich, 2019, p. 236).

Paralelamente, a partir de los trabajos de Konstantin I. Platonov, Ilia Z. Velvovskii y Anatolii P. Nikolaev —desarrollados en base a las teorías de la psicoprofilaxis del dolor de Iván Pávlov—, Ferdinand Lamaze introdujo la psicoprofilaxis del dolor durante el parto en *Occidente* a mediados de siglo (García Arregui, 2019, p. 195; Rich, 2019, p. 237). Sin embargo, tanto Dick-Read como Lamaze determinaban que el problema del dolor en el parto tenía su origen en el control que las mujeres mantenían sobre su propio cuerpo, y no en el control de lo que las otras personas le estaban haciendo a ese mismo cuerpo mientras tanto (Kitzinger, 2003, p. 203).

En la década de los sesenta y especialmente en la de los setenta, la vigorosidad en EE.UU. del movimiento de mujeres por el cuidado de su salud —centradas especialmente en la salud sexual y reproductiva— y su desafío a la industria médica promovieron la desmedicalización del parto a lo largo de todo el país. La proclama de «lo personal es político» alentó a las mujeres a compartir sus testimonios «de partos en estado de inconsciencia, abortos ilegales fallidos, cesáreas innecesarias, esterilizaciones involuntarias [y] encuentros individuales con médicos arrogantes», pero no para contar meras anécdotas, sino para denunciar y sustanciar la negligencia y los abusos a las mujeres por parte del sistema de salud, con el fin de crear «nuevas instituciones que atendieran (...) las necesidades de las mujeres» (Rich, 2019, p. 29). Estas activistas establecieron «fuertes conexiones políticas entre el conocimiento de nuestros cuerpos, la capacidad de tomar nuestras propias decisiones en lo sexual y en lo reproductivo, y la toma de poder más general por parte de las mismas mujeres» (p. 29).

Llegados los ochenta, la proclama feminista se desvaneció debilitada por el individualismo del movimiento *New Age* de «lo-personal-por-lo-personal-mismo» —en palabras de Rich (2019, p. 28)— y la preponderancia del parto «como único tema», que condujo a subsumir la lucha por la autonomía sexual y reproductiva en un nuevo ideario familista: «Sus orígenes feministas se [desdibujaron], junto con el desafío potencial a la economía y la práctica del parto medicalizado y a la separación de maternidad y sexualidad» (pp. 28-31; ver también Cornejo Valle & Blázquez Rodríguez, 2014, pp. 4223-4224; Diniz, 2005, p. 628; Tornquist, 2002a, pp. 485-486)¹⁴⁸. Con todo, la tercera ola feminista inspiró a las activistas feministas brasileñas para desarrollar acciones de educación, acompañamiento y promoción en el ámbito de los DSR durante los ochenta, las que conducirían a centrar su lucha en la *humanización* de la atención

¹⁴⁸ Para Carmen Susana Tornquist (2002a), es aquí cuando adquieren relevancia la sexualidad de la mujer, la participación del padre durante el epcp y la valorización del feto y del recién nacido como sujeto dotado de individualidad, fruto de la incorporación del ideal moral de la «pareja igualitaria y embarazada», cuyo proyecto familiar busca transgredir los roles de género, en particular en lo que respecta al cuidado de las criaturas, también durante el epcp. En este universo moral fueron centrales la valorización de la naturaleza, la crítica a la medicalización de la salud, la inspiración en métodos y técnicas no occidentales de cuidado del cuerpo y la incorporación de otros profesionales en el modelo de atención durante el parto, pues los médicos serán vistos como máximos símbolos del poder y del conocimiento biomédico a confrontar (Tornquist, 2002a, p. 486; ver también Rich, 2019, pp. 238-239). En este imaginario libertario e individualista de la época no tuvieron cabida las condiciones de pobreza, malnutrición, deserción del padre e inadecuado cuidado prenatal a las que, en consideración de Adrienne Rich (2019), estaban sometidas la mayoría de las mujeres que parían en EE.UU. durante los ochenta: «el parto *natural* o *preparado* en los EE.UU. [fue] un fenómeno de la clase media» (p. 239).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

durante el parto y la violencia en la atención dentro del sistema público de salud de Brasil (Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2000, pp. 36-44; Diniz, 2005, p. 631)¹⁴⁹.

De nuevo en los ochenta, pero otra vez en Europa, la antropóloga británica Sheila Kitzinger desde un abordaje psicosexual del parto, y los obstetras franceses Michel Odent —con un enfoque en la fisiología del parto y pionero del parto en el agua— y Frederick Leboyer (1978) —desde la perspectiva innovadora de las criaturas recién nacidas y la violencia a la que estas son sometidas durante el parto— se convirtieron en grandes inspiradores del movimiento de humanización de la atención durante el parto (Diniz, 2005).

En base a estos antecedentes, en 1985 la OMS emite la Declaración de Fortaleza sobre Tecnología apropiada para el parto, donde reconoce el derecho de las mujeres a tener una atención prenatal adecuada y un papel central en la planificación, ejecución y evaluación de las decisiones sobre la atención durante el parto, así como la importancia de los factores sociales, emocionales y psicológicos en la atención, y la consideración del parto como un proceso *normal* y *natural* en el que pueden, no obstante, surgir complicaciones que requieran una intervención obstétrica (OMS, 1985; ver también Diniz, 2005, p. 630).

Ya en los noventa, las activistas latinoamericanas tomaron el protagonismo en el movimiento por la humanización de la atención y denunciaron las prácticas violentas de la obstetricia y los abusos a los que son sometidas las mujeres cuando van a parir (Diniz, 2005, pp. 629-632; Rede de Humanização do Nascimento e do Parto, 1993; Sadler Spencer, 2016, p. 66). Este activismo condujo, en la década siguiente, al desarrollo de los primeros instrumentos de política pública para la *humanización* de la atención y el abordaje de la VO, destacando en Argentina la Ley 25.929 de Parto Respetado (sancionada en 2004), la Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia en Venezuela (2007) y distintas leyes en los estados mexicanos de Durango, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas y Guanajuato (2007-2010) (Murialdo Miniello, 2020, pp. 132-136; Sadler *et al.*, 2016, pp. 66-67).

Hoy, el significado de la *humanización* de la atención durante el parto sigue en cuestión, siendo considerado un término polisémico y polémico que se adecúa para Diniz (2005) a las condiciones dadas para la atención en cada itinerario concreto, al ideal al que aspiran los actores involucrados en la transformación del paradigma y a la legitimidad política del discurso: «se trata de un diálogo, de un espacio político a ser ocupado, en el cual las reivindicaciones de legitimidad, en disputa, pueden ser convergentes o conflictivas» (pp. 632-633, tp.; ver también Boladeras Cucurella & Goberna Tricas, 2016, p. 14; Curtin *et al.*, 2020, pp. 1745-1746; Tornquist, 2002a, p. 484) (Cuadro 3).

En sentido amplio, Diniz (2005, p. 628) entiende la *humanización* de la asistencia durante el parto como un cambio en la comprensión del proceso tanto para las mujeres que están pariendo —para quienes el parto pasa a ser entendido como una experiencia humana— como para las personas que las asisten, quienes reelaboran su respuesta ante una nueva comprensión sobre el qué hacer frente al sufrimiento de otro ser humano; en este caso, frente al sufrimiento de las mujeres cuando están pariendo.

¹⁴⁹ Estas experiencias serán trascendentales para situar la *violencia obstétrica* en la primera línea de la agenda latinoamericana de políticas públicas para los derechos de las mujeres en el s. XXI (sección 1.3.2).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Cuadro 3. Polisemia en el concepto de humanización según Diniz (2005)

Sentidos de *humanización* de la atención durante el parto:

- Legitimidad científica de la *medicina basada en la evidencia*.
- Legitimidad política para reclamar y defender los derechos de las mujeres, criaturas y familias.
- Aplicación de una tecnología adecuada tal que se alcancen resultados óptimos en salud poblacional (materna y perinatal) al reducir la iatrogenia en la atención. Más allá del acceso individual a la atención de calidad, esta perspectiva se sustenta en la dimensión colectiva de las políticas de salud pública y de su pertinencia epidemiológica.
- Legitimidad profesional y corporativa para un redimensionamiento de roles y poderes en la atención durante el parto *normal*, incluyendo el desplazamiento de la obstetricia como especialidad de referencia y del entorno hospitalario y del quirófano como lugar privilegiado para la atención durante el parto *normal*. Esta perspectiva involucra disputas corporativas y de recursos y es un campo de intenso conflicto.
- *Legitimidad financiera* de los modelos asistenciales, de racionalidad en el uso de recursos —racionalidad que se argumenta como una ventaja, pero también como una desventaja—.
- Desde el marco de la tradición liberal de los derechos de las mujeres y sus familias como usuarias de los servicios de atención a la salud, demandando la legitimidad de la participación de las mujeres que están pariendo en las decisiones sobre la atención, la mejora de las relaciones entre estas, sus familiares y el personal de salud, y la participación activa de otros actores (familiares y otras personas profesionales).
- Derecho al alivio del dolor, disponible en Brasil para el 100 % de las mujeres que paren en el sistema privado, pero no para las que paren en el sistema público.

Nota: estos significados fueron recogidos en base a un estudio realizado en la ciudad de San Paulo (Brasil), a finales de los noventa, en el cual participaron mujeres con experiencias de parto, activistas, profesionales de salud y formuladores de políticas. Fuente: elaboración propia en base a Diniz (2005, pp. 632-636).

Reconociendo el carácter no solo polisémico, sino también evolutivo del término, Mary Curtin *et al.* (2020) desarrollaron recientemente una revisión sistemática de la literatura con el objetivo de identificar los atributos definitorios del concepto en la actualidad, así como sus fundamentos y los elementos incorporados en su puesta en práctica¹⁵⁰. Estas autoras encontraron tres atributos diferenciadores en la concepción actual de la atención *humanizada* durante el parto (pp. 1747-1748) (Cuadro 4):

- Interacción humana, el que integran la comunicación, atención, sensibilidad, estímulo, colaboración y —para el personal de salud— la reducción del autoritarismo y un clima de mayor confianza.
- Benevolencia, definida como bondad o hacer el bien a los demás: para este atributo, el análisis identificó temas recurrentes que englobaban comportamientos y actitudes como la paciencia, tolerancia, cortesía, cariño, fortaleza y una actitud positiva y optimista en el apoyo a la mujer y a su familia durante el parto.
- Protagonismo de (al menos) una de las personas presentes, que podía ser la mujer o un miembro del personal de salud, pero siempre manteniendo la mujer un papel activo en el control y la toma de decisiones, lo que requiere una relación interpersonal fluida y positiva entre los actores que haga posible la toma de decisiones compartida.

¹⁵⁰ Sus resultados se basaron en el desarrollo de una revisión sistemática en la que se seleccionaron cincuenta y siete estudios realizados en dieciocho países diferentes (en su mayoría, PIA y PIMA).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Cuadro 4. Atributos, fundamentos y elementos presentes en la atención humanizada durante el parto

Humanización de la atención al parto		
<p>Atributos definitorios</p> <ul style="list-style-type: none"> •▶ Interacción humana <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación • Atención • Sensibilidad • Aliento/estimulo y colaboración • Reducción del autoritarismo • Potenciación de un clima de confianza •▶ Benevolencia <ul style="list-style-type: none"> • Paciencia • Tolerancia • Cortesía • Cariño/atención y fortaleza • Positividad y optimismo •▶ Protagonismo <ul style="list-style-type: none"> • Presencia 	<p>Fundamentos</p> <ul style="list-style-type: none"> •▶ Reconocimiento de los derechos de las mujeres <ul style="list-style-type: none"> • Actualización de la práctica obstétrica en base a los DSR durante el epp • Importancia de la espiritualidad y las creencias culturales •▶ Modelos de atención al parto sujetos a variabilidad <ul style="list-style-type: none"> • Preponderancia de la seguridad sobre la humanización • Tecnología apropiada y MBE • Presencia de un cuidador familiar/comunitario. • Mayor énfasis en modelos centrados en la familia. •▶ Competencias profesionales del personal de salud <ul style="list-style-type: none"> • Autocrítica y reflexión para garantizar la seguridad y adaptabilidad de los cuidados • Habilidades emocionales y para la práctica competente • Formación continua •▶ Entorno <ul style="list-style-type: none"> • Entorno físico: luz, mobiliario, espacio para el expulsivo. • Entorno humano: acogedor, respetuoso con la privacidad, seguro, tranquilo, facilitador de apoyo. 	<p>Elementos presentes en la atención humanizada al parto</p> <ul style="list-style-type: none"> •▶ Uso de plan de parto •▶ Auditorías continuas <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de recursos: proporción mujeres de parto/parteras. • Evaluación de la experiencia del cuidado por las mujeres que paren. • Evaluación del lugar de trabajo por el personal de salud. • Indicadores de resultados: % cesáreas, % de inducciones, % de desgarros por gravedad. • Indicadores de actividades: realización de reuniones multidisciplinarias para el análisis de casos complejos, uso de rutas de apoyo por las mujeres que paren para abogar por la atención a sus necesidades. •▶ Integración de un cuidador familiar o comunitario •▶ Acceso a modelos de atención seguros y adaptados a las necesidades de las mujeres <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad de modelos diversos según condiciones específicas de riesgo obstétrico.

Fuente: elaboración propia en base a Curtin et al. (2020).

Curtin *et al.* (2020) señalan que los actores involucrados en la gestión de la atención durante el parto consideran que la *humanización* de la atención se basa en el reconocimiento de los derechos de las mujeres en el marco del epcp —los que deben formar parte de la formación continua del personal de salud— y en la importancia de los valores, las creencias y la espiritualidad, tanto para las mujeres que están pariendo como para el personal de salud. Otros aspectos fundamentales serían el entorno físico y humano y la competencia profesional del personal de salud, de la que destacaron la capacidad para mantener una actitud autocrítica y reflexiva que posibilite una práctica segura, flexible y adaptable al cambio, además de la importancia de las habilidades emocionales. Estos aspectos requieren una formación en *atención humanizada* tanto para el personal de salud como para las mujeres que viven un epcp (pp. 1751, 1754).

Contrariamente a los significados desplegados en el origen del concepto durante la segunda mitad del siglo XX, en la actualidad los actores ya no conciben que *humanizar* la atención signifique renunciar al uso de la tecnología, sino hacer un uso apropiado de esta en base a la MBE: la finalidad es disponer de modelos de atención flexibles capaces de satisfacer las necesidades de todas las mujeres durante el parto, garantizando su seguridad. La *humanización* de la atención puede requerir o no el uso de la técnica, siendo siempre la prioridad salvaguardar la vida. La atención *humanizada*, así entendida, provee beneficios para todas las personas que participan en la gestión de la atención y los cuidados, pues mejora la experiencia tanto para las mujeres que están pariendo como para las personas que las atienden y cuidan. Además, las mujeres sienten mayor confianza y seguridad durante el proceso, y el personal de salud mejora la valoración de su quehacer profesional y de su función social, lo que favorece su empoderamiento potenciando su confianza en la adaptación al cambio (p. 1751).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Curtin *et al.* (2020) concluyen señalando que la «*humanización* ya no se concibe como un concepto contrario al modelo biomédico (...), sino como un enfoque básico y fundamental en la atención durante el parto de todas las mujeres», independientemente de su riesgo obstétrico: es decir, que cuando «las mujeres requieren intervención médica, las prácticas de *humanización* deben continuar a la par del modelo biomédico» (p. 1754, tp.) (cursivas mías).

Sin embargo, junto con la popularidad actual del movimiento por la humanización de la atención durante el parto, la aceptación del concepto y la legitimidad de las políticas de *humanización*, continúan también las críticas por parte de las ciencias sociales, en particular desde la perspectiva feminista (Blázquez Rodríguez, 2009, p. 350; Boladeras Cucurella & Goberna Tricas, 2016, pp. 14-15; Diniz, 2005, pp. 631-633).

Así, la omnipresencia de la categoría *naturaleza* —tan propia del abordaje biomédico como del movimiento de humanización— constituye un punto de fricción ineludible. El recurso a la *naturalidad* del parto en las culturas no occidentalizadas ha sido habitual, reforzando para Carmen Susana Tornquist (2002a) una concepción del ser humano ahistórica y acultural en la que *humanizar* se tornó sinónimo de *animalizar* y donde la dimensión cultural es concebida como una rémora para el buen parir (p. 488). Dando una vuelta de tuerca al concepto *humanizar*, Odent (2005) expresó este ideal imposible de la siguiente manera:

«Suprimir lo que es específicamente humano implica primero liberarse de todas las creencias y costumbres que han interferido la fisiología de este proceso durante milenios (...). Es común oír decir que el nacimiento debe “humanizarse”. Pero en realidad la prioridad es “mamiferar” el nacimiento. El nacimiento debe, en cierta manera, deshumanizarse» (p. 29).

Tornquist (2002a) profundiza en esta crítica indicando que el movimiento de humanización:

«no cuestiona la dicotomía naturaleza-cultura, [sino que la refuerza invirtiendo] los polos, positivando la dimensión *natural* y negativizando la dimensión concebida como tecnócrata/social/cultural y *occidental*. Este ideario, al entronizar a la *Naturaleza* de esta manera, remite a las concepciones evolutivas y románticas de un mundo y una humanidad distantes o liberados de la arbitrariedad de la historia y la cultura» (p. 488, tp.) (cursivas mías).

Por lo tanto, aunque Tornquist (2002a) reconoce en el movimiento por la humanización valores claramente feministas, señala que esta asunción y reconstrucción de la dicotomía naturaleza/cultura genera un claro riesgo para el avance de los derechos de las mujeres, incluidos los derechos vinculados al cuidado:

«Por un lado, la no patologización del cuerpo y de la experiencia femenina del parto (...) se contraponen en *Occidente* a toda una tradición de la obstetricia fundada sobre las representaciones de un cuerpo débil e incompleto como lo es el de la mujer; pero, por otro, al invocar la vuelta a la *naturaleza* (positiva y poderosa) (...), apela a una esencia femenina universal, liberada de su dimensión simbólica, e incluso a la equivalencia entre feminidad y maternidad característica de esta estética del parto» (p. 490, tp.) (cursivas mías).

Desde una perspectiva construccionista, Tornquist (2002a) apunta que *humanizar* la atención significaría más bien traer al campo de lo simbólico la experiencia del parto y entender la indisociabilidad de las dimensiones biológica, psíquica y cultural que caracterizan

de forma situada el ritual de la atención durante el parto, sus cuidados y prácticas, en cada sociedad (pp. 488-489).

Al respecto, el mismo cambio en la construcción social del parto dentro de la civilización occidental —cuyo tránsito del paradigma fisiológico al patológico tuvo lugar entre mediados del siglo XIX y la primera mitad del s. XX (Ballesteros Meseguer *et al.*, 2014, pp. 9-10; Clesse *et al.*, 2019, pp. 4-5)¹⁵¹— muestra cómo, al contrario de lo postulado por las concepciones esencialistas sobre las prácticas sexuales y reproductivas de nuestra especie, el parto mismo, la forma en la que lo experimentamos, comprendemos y gestionamos, no es universal ni estática, sino que es moldeada por nuestros valores, política y tradiciones culturales¹⁵². Es decir, como ya habían remarcado Davis-Floyd y Carolyn Sargent (1996) en relación al trabajo de Brigitte Jordan, «el nacimiento casi nunca es simplemente un acto biológico; por el contrario (...), “está en todas partes socialmente marcado y modelado”» (p. 111, tp.).

En relación a ello, la «*desnaturalización* del sujeto universal que hizo posible pensar (...) la *clase*, la *raza* y la desigualdad social en constante relación con el *género* y la sexualidad», seguirá siendo un recurso fundamental de la teoría feminista para «pensar la complejidad de la construcción social y cultural de la subjetividad» e intersubjetividad, también durante el epcp (Viveros Vigoya, 2010, p. 5) (cursivas mías).

4.8 Aportes feministas y de la economía de los cuidados para *humanizar* la atención y los cuidados durante el epcp

4.8.1 El impacto de la división sexual del trabajo sobre la calidad de los cuidados

Una vez integrado en el marco de análisis de las políticas públicas para la atención y cuidados a las mujeres y criaturas durante el parto, el enfoque de la atención *humanizada* apuntó entre sus objetivos, además de la desmedicalización y la recuperación de las mujeres del poder sobre sus cuerpos —la autonomía sexual y reproductiva—, la reducción de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal al constatar que la *deshumanización* de la atención y su violencia implícita, además de afectar la experiencia de las mujeres y criaturas durante el parto, producía morbilidad y mortalidad evitable (Barros *et al.*, 2005, pp. 851-853; Diniz, 2005, p. 629; Goberna Tricas, 2012, p. 72; Tunçalp *et al.*, 2015, p. 2).

El movimiento de humanización desplazó así el foco de la atención desde la mera supervivencia —empleada como parte de un discurso para sostener la hegemonía del control social sobre la sexualidad y reproducción de las mujeres por parte de la biomedicina y el Estado a través de la gestión de la atención y los cuidados— hacia el bienestar integral de las mujeres y criaturas

¹⁵¹ El afamado artículo de DeLee (1920) —que contribuyó a la estabilización del paradigma tecnocrático de atención durante el parto— permite constatar la disputa entre ambas concepciones ideológicas del parto en la primera mitad del siglo XX:

«El trabajo de parto ha sido llamado, y todavía muchos lo creen, una función *normal*. Siempre les parece extraño, tanto a los médicos como a los profanos, llamar al trabajo de parto una función *anormal*, una *enfermedad* y, sin embargo, es un proceso decididamente *patológico*. Todo depende, por supuesto, de lo que concibamos como *normal*» (p. 39, tp.) (cursivas mías).

¹⁵² En relación a la atención *humanizada* a las mujeres en su salud sexual y reproductiva, Lydia Feito (2016) señala que las «diferentes creencias, sistemas de valores, preferencias, y proyectos de vida, dan como resultado diferentes opciones en lo relativo a la gestión del propio cuerpo y de la salud» (p. 72). Por ello, la «salud no es meramente un hecho biológico, sino un valor que depende de factores culturales, históricos y personales, y que está vinculado a un proyecto o ideal de vida» (p. 73).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

y la garantía de sus derechos humanos durante el parto (Belli, 2013; Diniz, 2005, p. 629; OMS, 2014, 2018b; Quintero, 2005, pp. 7-9; Tornquist, 2002a, pp. 486-487).

Es este un objetivo en común con el movimiento feminista, que ha abordado la salud sexual y reproductiva de las mujeres y su cuidado enfatizando la centralidad del cuerpo y las experiencias y advirtiendo la falacia de una sexualidad y reproducción humana esencializadas y de la naturalización de estas funciones, además de los riesgos políticos que estos discursos suponen para el avance de los derechos de las mujeres en su conjunto, incluidos los derechos asociados a los cuidados (Blázquez Rodríguez, 2005, pp. 8-13; Esteban, 2003, p. 5, 2017, pp. 35-37; Goberna Tricas, 2012, p. 73; Massó Guijarro, 2013, pp. 186, 189-190; Tornquist, 2002a, pp. 488-490, 2002b, pp. 395-396).

Por su parte, la antropología de la reproducción y los estudios de género han mostrado la historicidad y etnicidad del modelo hegemónico de atención, así como su esencia etnocentrista y androcéntrica como producto cultural de la civilización occidental atravesado por relaciones de poder tejidas en torno al *género*, *clase social* y *raza*, entre otras (Bellón Sánchez, 2015; Blázquez Rodríguez, 2005; Davis-Floyd, 1994; Lozoff *et al.*, 1988; Rich, 2019, pp. 187-252; Tornquist, 2002a, pp. 488-489).

En este punto, es fundamental destacar la centralidad del acervo acumulado por los estudios de género para continuar en la profundización de los debates en torno a la atención y los cuidados durante el epcp y sus políticas, subrayando la imposibilidad de avanzar en la *humanización* sin desarticular la desigualdad de género, dado que los aportes de esta disciplina señalan que esta *deshumanización* tiene su raíz en el patriarcado¹⁵³. Así, las fuentes señalan que la adscripción de lo *femenino* al plano de la inmanencia y lo *natural* fue fundamentada, precisamente, en la intensiva, variada y diferenciada sexualidad de las mujeres, quienes además de experimentar orgasmos, menstrúan, gestan, paren, lactan y viven la menopausia. La *feminidad* construida en clave de saturación sexual, fue adscrita a la irracionalidad, la pasión y el desbordamiento emocional, bajo lo que se fundamentó la restricción en el acceso de las mujeres a la *alta cultura*, la educación, el poder político y económico, la filosofía... la trascendencia, en fin, durante gran parte de la historia (Bourdieu, 2000, pp. 9-19; García Sainz, 2008, pp. 726-728; Puleo, 1996, pp. 9-17).

La construcción de la diferencia sexual¹⁵⁴ articuló culturalmente la civilización occidental en base a binarismos conocidos —tales como emoción/razón, naturaleza/cultura o privado/público, entre otros múltiples— bajo los que la desigualdad fue racionalizada e instituida y las violencias de género legitimadas. Estos binarismos atravesaron todas las instituciones, incluyendo el trabajo, que con la industrialización fue sometido a una radical división sexual, adscribiendo los cuidados —que reproducen la vida— a la *feminidad*, y el trabajo *productivo* —cada vez más,

¹⁵³ La *deshumanización* es una problemática central en la atención y la práctica de los cuidados profesionales dentro de las instituciones de salud. Posiblemente, la *deshumanización* se intensifique en momentos donde la vida se haga más frágil, aquellos en los que el poder de *hacer vivir* o *dejar morir* sea ostensible: esto es, el nacimiento y la muerte. Se mostraría aquí de forma más indiscreta el biopoder mediante el control disciplinario intensivo y exhaustivo de los cuerpos y las emociones que los atraviesan (Foucault, 1998, pp. 167-170; Poblete-Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007).

¹⁵⁴ Bourdieu (2000) definió la diferencia sexual como la:

«construcción social, arbitraria de lo biológico, y en especial del cuerpo, masculino y femenino, de sus costumbres y de sus funciones, en particular de la reproducción biológica, que proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos» (p. 20).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

desplazado al mercado— a la *masculinidad*. Radicados en lo *natural*, lo instintivo y lo emocional, la predisposición de las mujeres a los cuidados se consideró un rasgo clave de la identidad femenina esencializada y, con ello, en su obligación moral¹⁵⁵. Así, los cuidados fueron económica y socialmente devaluados y pensados desprovistos de conocimientos y saberes (Carrasco *et al.*, 2011, pp. 19-24; Esteban, 2004, pp. 65, 69-70; Izquierdo, 2004; Martín Palomo, 2009, p. 28; Pérez Orozco, 2013, p. 27; Puleo, 1996, pp. 9-17; Thomas, 2011, p. 172; Torns, 2008, p. 67).

Al mismo tiempo, el biopoder penetraba la vida: la ingente necesidad de mano de obra del primer capitalismo exigió la expropiación por parte del Estado de ciertas esferas del cuidado de la vida a las redes comunitarias y familiares. De estas esferas, los cuidados a la salud sexual y reproductiva de las mujeres fueron de los primeros en ser sometidos a su estrecho control: primeramente, por parte de los poderes de la Iglesia, la burguesía y la nobleza, quienes, a través de una política genocida (*hacer morir*) cuyas víctimas predilectas fueron las parteras —practicada entre finales del siglo XIV y mediados del siglo XVII—, establecieron un férreo y sibilino control social sobre la partería; y después, a partir de mediados del siglo XVII —a la par de la aparición de la anatomopolítica—, por parte del Estado en alianza con la profesión médica y el capital a través del desplazamiento paulatino de las mujeres parteras, excluidas del acceso a las innovaciones en la técnica y las instituciones educativas, por los hombres comadrones-cirujanos, formados en las universidades europeas (*hacer vivir*). Este segundo proceso se inició en las clases aristócratas y burguesas y terminaría por imponerse para todo el cuerpo social en Europa occidental y Norteamérica a mediados del siglo pasado, mientras que para Mesoamérica continúa aún en desarrollo (B. Ehrenreich & English, 1981; Foucault, 1998, 1998, pp. 163-169; Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2014, pp. 336-338; Kolodin *et al.*, 2015, pp. 144-145; Menéndez, 2005, pp. 20-23) (secciones 1.3.2 y 4.3.1).

Para los médicos en general y los comadrones-cirujanos en particular, la socialización de *género*, *clase* y *raza* prescribió una *masculinidad* dominadora de lo *natural* por medio de la ciencia¹⁵⁶, centrada en el uso de la razón y la renuncia de las pasiones, el abuso de la técnica y la devaluación de la paciencia, que condujo a unas prácticas de cuidados caracterizadas por la escisión de sus dimensiones afectiva-relacional y técnica-material, la sobredimensión técnica-material y la atrofia afectiva-relacional, las que resultaron en la *deshumanización* de los cuidados profesionales a la salud (Cabral Barros, 2008, p. 581; Feito, 2005, p. 1295; Poblete-Troncoso & Valenzuela Suazo, 2007)¹⁵⁷. En el siglo XIX, la obstetricia, instituida disciplina

¹⁵⁵ La fuerte adscripción de género en los cuidados no fue una deriva casual ni *natural*, sino que respondió a «la articulación histórica y contemporánea de la división sexual del trabajo con conjuntos particulares de relaciones de producción en la esfera *doméstica* y en la esfera *pública*» (Thomas, 2011, p. 172).

¹⁵⁶ Como muestro en las secciones 1.2.5, 2.4 y 4.2.1, además de los problemas epistemológicos propios de la ciencia en *Occidente* (García Sainz, 2008), la práctica de la MBE en obstetricia siempre ha sido un desafío mayúsculo en razón del peso de los estereotipos de género en la atención y los cuidados a las mujeres durante el epcp.

¹⁵⁷ Para Paulo H. Martins (Cabral Barros, 2008), la causa de la *deshumanización* es la «separación radical de la relación interpersonal entre médico y paciente (...) obtenida en gran parte con el apoyo de la tecnología utilitarista» (p. 581). Así, para este autor, la tecnología sería un facilitador de la *deshumanización* de la atención y los cuidados, no su origen. Por su parte, Feito (2005) enfatiza cómo la falacia de la distinción cuidado/cura —representada en el mundo anglosajón bajo la dicotomía *care/cure*— articula la generización y jerarquización de las profesiones de salud (enfermería/medicina):

«*Cure* (curar) sería la labor de la Medicina, sabiduría técnica, habitualmente ejercida por varones y *care* (cuidar) sería la labor de la Enfermería, práctica de asistencia solícita, habitualmente ejercida por mujeres. La diferente valoración de ambas tareas es bien conocida (...). La Enfermería y la Medicina forman parte de un único acto sanitario, por más que sus funciones sean

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

médica, monopoliza la gestión de la atención durante el epcp y sus cuidados y hereda acriticamente esta escisión y esta problemática, escisión contra la cual alerta únicamente (según indican las fuentes analizadas en esta tesis) Blundell en Inglaterra, quien hace uso para ello de la categoría *violencia obstétrica* —anterior, por tanto, a la de *deshumanización*— (Ballester, 2001, p. 56; Blundell, 1834, pp. 620, 701, 790, tp.; Wakley, 1828, pp. 281, 548, 676, 840, 898) (secciones 1.3.2 y 4.7).

Se produce así, podría decirse, una paradoja en el cuidado a las mujeres y criaturas durante el parto, pues mientras por lo general se destaca la feminización y privatización de los cuidados en la esfera *doméstica*, ante esta experiencia vital —donde las mujeres son las protagonistas absolutas, donde el foco de los cuidados son ellas mismas y sus criaturas, siendo sus necesidades las que hay que satisfacer prioritariamente en razón de su mayor vulnerabilidad antropológica y social— se impuso una atención y unos cuidados desprovistos de toda actitud asociada al universo simbólico *femenino*.

Por tanto, el análisis del sistema de género emplaza a comprender la *deshumanización* de los cuidados durante el epcp como una consecuencia de la generización de los cuidados y de la captura de la gestión de la atención por parte del biopoder a través de la biopolítica. El análisis de las dificultades para satisfacer el ejercicio de los derechos humanos durante el epcp, de los déficits de calidad en la atención y los cuidados y del fenómeno de la VO que afecta a mujeres, criaturas y personas cuidadoras que las asisten, requiere situar el origen de la *deshumanización* en la naturaleza económica de la generización de los cuidados y del modelo de atención durante el epcp en su conjunto, configurado bajo la hegemonía de los principios productivistas en economía (Hernández Garre & Echevarría Pérez, 2014). Es preciso por ello pluralizar las perspectivas de análisis para ahondar en una gestión económica y simbólica de la atención y los cuidados que sea capaz de desdibujar la diferenciación entre los opuestos y la construcción de la *feminidad* y *masculinidad*, y reintegrar las dimensiones afectiva-relacional, técnica-material y también moral de los cuidados, abordándolos en su integralidad, lo que requiere recuperar y revalorizar el papel de las emociones en estas relaciones (Feito, 2017, pp. 16-20; Martín Palomo, 2009, pp. 22-29; Massó Guijarro, 2013, pp. 180-181, 186-187).

4.8.2 Cuidados, *necesidades* y vida

Las valiosas herramientas teóricas con las que cuenta la economía de los cuidados¹⁵⁸ posibilitan la deconstrucción de las categorías bajo las cuales se ha erigido la división sexual del trabajo, la que produce relaciones de cuidados *deshumanizantes* en la atención durante el epcp y en el sector salud en general. Mejorar la calidad de estos cuidados requiere emprender un cuestionamiento feminista de los modelos de atención y cuidados configurados sobre

diferentes (...). La especificidad de cada una de ellas no se pone en duda. Pero sí el extremo de su diferenciación que origina dos absurdos: (...) la anulación de la tarea enfermera, (...) subsumida en la médica como un quehacer auxiliar; [y] la distanciamiento de las dos labores, como si no tuvieran relación» (p. 1295).

¹⁵⁸ La economía de los cuidados es desarrollada desde la economía feminista, la que propone la transformación y ruptura política con el modelo económico capitalista, y plantea:

«desplazar el objetivo del beneficio hacia el objetivo de la vida, hacer una apuesta por las personas y no por el capital. Cuestionar el modelo vigente representa (...) un cambio radical, ya que exige: una reorganización de los tiempos y los trabajos (mercantil y de cuidados), cambios en la vida cotidiana, una nueva estructura de consumo y de producción y, por supuesto, un cambio de valores» (Carrasco, 2013, p. 51).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

el paradigma tecnocrático y también humanístico de atención durante el parto (Davis-Floyd, 2001); un cuestionamiento que sea capaz de impugnar los principios económicos productivistas de estos paradigmas y modelos, los que en modo alguno responden a la MBE, sino a determinadas formas de gestionar económicamente la atención, donde los cuidados, los tiempos de las mujeres que están pariendo y los del personal de salud que las asisten, los espacios y los recursos son estructurados en base a valores androcéntricos y capitalistas que no anteponen el bienestar integral de las mujeres y criaturas sobre otras consideraciones¹⁵⁹.

El análisis de la atención durante el epcp desde la perspectiva de la economía de los cuidados ha de iniciar con el cuestionamiento de la propia definición de cuidados y de su finalidad, la que, para las mujeres que paren, es mucho más que la mera supervivencia: una vida —una experiencia de vida— que merece la pena ser vivida, es mucho más que continuar con vida (Pérez Orozco, 2013, pp. 5-8).

Esta perspectiva empuja a cuestionar cuáles son las *necesidades* diversas —que no *deseos*¹⁶⁰— de las mujeres que están pariendo, criaturas y personas cuidadoras, *necesidades* que han de obtener respuesta en la gestión económica de la atención y los cuidados y que, lejos de estar determinadas biológicamente, son construidas y expresadas socialmente. Por ello, el análisis de las *necesidades* requiere observar los distintos sistemas de valores, creencias y éticas de las personas que participan en la relación de cuidados, y ha de ser sensible a las asimetrías de poder y situado en el contexto histórico y cultural en el que se hallan estas personas (Domínguez Alcón *et al.*, 2018, pp. 16, 25, 28-29; Pérez Orozco, 2006, pp. 154-156)¹⁶¹.

¹⁵⁹ Aguiar *et al.* (2020), Davis-Floyd (2001, p. s10) y Carmen Domínguez Alcón *et al.* (2018, p. 44) han destacado las incompatibilidades entre la actual gestión económica de los cuidados en las instituciones de salud y la práctica de cuidados *humanizados* en la atención durante el parto. Siguiendo a Lilia B. Schraiber, Aguiar *et al.* (2020) han señalado que la «actual conformación de la medicina tecnológica prima por la sobrevalorización de la tecnología [y el ahorro en los tiempos] en detrimento de la dimensión relacional de la asistencia» (p. 139-140). Para Domínguez Alcón *et al.* (2018), «la perspectiva mecanicista o biologicista dominante en las instituciones y en el sistema económico subyacente, y la no valoración integral (multidimensional) —la atención centrada en la persona y las necesidades de los cuidados—, es la que determina lo que es o no relevante y el lugar que corresponde, en los servicios de salud, a las personas en procesos de salud y enfermedad y a sus familias» (p. 44).

¹⁶⁰ En la economía feminista, se considera que «el binomio androcéntrico *deseo/necesidad*, tan recurrente en el discurso económico convencional» (Pérez Orozco, 2006, p. 159) (cursivas mías), es una construcción ideológica requerida para mantener el orden económico que articula las nociones dicotómicas *autonomía/dependencia* o *salud/enfermedad*, como si el *estar* de las personas pudiera ajustarse a tales categorías opuestas a lo largo del ciclo de vida. Para las mujeres en vivencia de procesos de epcp, esta diferenciación habitual remite los *deseos* al «terreno de la elección, la libertad, la civilización y, en última instancia, la *autonomía*» y las *necesidades* a las «ataduras biológicas, la *dependencia* de lo más *instintivo* y *animal*» (p. 159) (cursivas mías). En la gestión económica de la atención y cuidados durante el epcp, esta lógica posibilita la preeminencia de lo establecido en los protocolos hospitalarios —que, construidos en base a la MBE, definen y acotan lo que por consenso científico se determinan *necesidades* biológicas de las mujeres— por sobre los *deseos* manifestados por las mujeres (a través, por ejemplo, de sus planes de parto), los que son susceptibles de ser prescindibles si así lo determina el personal de salud y de gestión hospitalaria (M. E. Castrillo 2013, pp. 32-33; MINSAs, 2010, p. 22) (sección 4.3.2).

¹⁶¹ Por ello, la participación de las mujeres como informantes clave se muestra como un requisito básico para la construcción de conocimiento relevante en este campo. Para el estudio de la VO en específico, Virginia Savage y A. Castro (2017) han remarcado que «las voces y experiencias de las mujeres deben mantenerse en el centro del desarrollo de toda iniciativa e intervención de investigación» (p. 23, tp.).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Cuestionar y satisfacer las *necesidades* multidimensionales de las personas presentes durante en el epcp —con prioridad a las *necesidades* de las mujeres y sus criaturas, por la situación de vulnerabilidad antropológica y social en la que se hallan— requiere tanto entender sus necesidades tangibles (confort, medicinas, cirugías o procedimientos clínicos) como intangibles (apoyo emocional, calidez en el trato, intimidad, seguridad o cortesía), ambas indisolublemente ligadas, encarnadas en cuerpos concretos (Goberna Tricas, 2012; Martín Palomo, 2010; Pérez Orozco, 2006, p. 154; Tornquist, 2002a, pp. 488-489).

Entre las propuestas teóricas para profundizar en este análisis de las *necesidades*, el enfoque de las *capacidades* de Martha Nussbaum (2009) ha sido destacado. Este empuja a entender las *necesidades* del cuidado en base a las funciones centrales de la vida humana —*capacidades*— cuya presencia o ausencia indican la presencia o ausencia de una auténtica vida humana plena en la que una persona puede sentirse tal (Feito Grande, 2016, pp. 80-82). Nussbaum (2009) establece diez *capacidades* funcionales humanas centrales: (1) vida, (2) salud física, (3) integridad física, (4) sentidos, imaginación y pensamiento, (5) emociones, (6) razón práctica, (7) asociación (ser capaz de vivir con los demás y de cara a ellos), (8) relación con otras especies, (9) recreación (ser capaz de reír, jugar y disfrutar) y (10) control sobre el ambiente político y material (pp. 106-109). Así, cuando los cuidados giran en torno a conservar la vida de las mujeres y criaturas en vivencia del epcp, pero impiden o dificultan el ejercicio de las restantes capacidades que les dotan de humanidad, las relaciones de cuidados que se establecen se configuran *deshumanizantes*.

Al entender las *necesidades humanas* como multidimensionales, deviene imposible definir de forma específica los cuidados a la salud —distinguiéndolos de otros cuidados como los emocionales, educativos o nutricionales— sin caer en reduccionismos: las personas somos un todo no escindible. Somos *cuerpo*: un *cuerpo*, o «corporización del sujeto», que «no debe entenderse ni como una categoría biológica ni como una categoría sociológica, sino más bien como un punto de superposición entre lo físico, lo simbólico y lo sociológico» (Braidotti, 2001, pp. 29-30)¹⁶².

Con respecto a los cuidados, distintas autoras han señalado que su especificidad cultural e histórica impide alcanzar una definición de consenso dentro de las ciencias sociales (Córdoba Sánchez, 2016, p. 11; Durán, 2018, p. 26; Esteban, 2017, pp. 39-40)¹⁶³. Para Carol Thomas (2011), los cuidados comprenden el trabajo realizado en el marco de una diversidad de relaciones sociales de producción que reproduce a personas —en toda su multidimensionalidad— de diferentes *clases sociales* y —agrego— de diferentes *razas* (pp. 169, 171). Para esta autora, los cuidados se definen como «la prestación remunerada o no remunerada de apoyo en la cual intervienen actividades que implica un trabajo y estados afectivos» (p. 169). M^a Ángeles Durán (2018, p. 24) los define como la gestión cotidiana del bienestar propio y ajeno, y Pérez Orozco

¹⁶² Rosi Braidotti (2001) detalla que «el énfasis feminista en la corporización va de la mano con un repudio radical del esencialismo. En la teoría feminista, uno habla como mujer, aunque el sujeto “mujer” no es una esencia monolítica definida de una vez y para siempre, sino que es más bien el sitio de un conjunto de experiencias múltiples, complejas y potencialmente contradictorias, definido por variables que se superponen tales como la clase, la raza, la edad, el estilo de vida, la preferencia sexual y otras (...). Uno habla como mujer con el propósito de (...) activar cambios socio-simbólicos en su condición: ésta es una posición radicalmente antiesencialista» (p. 30).

¹⁶³ En un corte histórico concreto, lo que cada cultura entiende por cuidados es una construcción social que refleja las actividades que una sociedad reconoce como «cuidado de otras personas» o «trabajo centrado en las personas» (Thomas, 2011, p. 172). Es, por tanto, un concepto descriptivo: una categoría empírica, no teórica, que requiere la adopción de una perspectiva plural en su análisis.

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

y Mar García (2014, p. 11) como actividades en las que las personas cuidadoras se hacen cargo de los cuerpos de las personas que son cuidadas y de las emociones que los atraviesan. Entre las definiciones más amplias, destaca la elaborada por Joan Tronto y Berenice Fisher en 1990, para quienes los cuidados son:

«una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que podemos hacer para mantener, continuar y reparar nuestro “mundo” de tal modo que podamos vivir lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que intentamos mantener en una red compleja que sostiene la vida» (traducido en Martín Palomo, 2010, p. 62; Tronto, 1995, p. 142).

Esta definición remite a la práctica de una *ética del cuidado* situada en el centro de la esfera política, que se caracteriza por poner el énfasis de los cuidados en las relaciones, en la responsabilidad —bajo un enfoque moral que difiere del *deber*— y en el poder que implica la irresponsabilidad privilegiada. Es decir, además de las dimensiones técnico-materiales y afectivo-relacionales, los cuidados son posibles porque las personas son capaces de reconocer las necesidades de cuidados en los demás y se sienten interpeladas a asumir la responsabilidad de esos cuidados (Dietz, 2005, pp. 201-202; Domínguez Alcón *et al.*, 2018, pp. 24-30; Martín Palomo, 2009, 2010, pp. 64-65).

Las relaciones de cuidados así entendidas nos empujan a apreciar la vida humana como *interdependiente*, pues, como señala Tronto, la «teoría del cuidado ofrece una imagen más completa de la vida humana, [al situar] las relaciones y su culminación como centro de nuestro mundo» (Domínguez Alcón *et al.*, 2018, p. 17).

Bajo esta perspectiva, la bioética feminista ha emprendido una importante crítica al principio de *autonomía* por asentarse sobre la matriz individualista liberal que nos asume idealmente *independientes, soberanos y racionales*. Como señala Janet Delgado Rodríguez (2012), un concepto bioético de *autonomía* donde la «corporalidad, la vulnerabilidad [y] la dependencia humana quedan en un segundo plano» no deviene funcional (pp. 22-29). En su lugar, Jennifer Nedelsky (1993) ha propuesto concebir la *autonomía* en términos relacionales: si «la esencia de la *autonomía* es la *independencia*, que (...) requiere protección y separación de los demás, mi argumento es que esta es una visión profundamente equivocada de la *autonomía*. Lo que hace posible la *autonomía* no es la separación, sino la relación» (pp. 7-8, tp.; ver también Sáenz, 2020, pp. 239-242) (cursivas mías). En esta línea, Esther Massó Guijarro en relación a la lactancia (2011, p. 6) y *Goberna Tricas al parto* (2012, p. 76) han remarcado que, en el ámbito de los cuidados y la salud sexual y reproductiva, las mujeres y criaturas se sitúan en una posición donde experimentan *heteronomía*, no *autonomía*.

4.8.3 La necesaria gestión económica feminista de la atención y los cuidados durante el epcp

Situar la *centralidad de la vida*, la que *merece la pena ser vivida*, en el eje del debate social y político (Pérez Orozco, 2013), exige hacer de la atención y los cuidados durante el epcp —cuando esa vida es especialmente frágil y vulnerable— una cuestión política. Ya lo es, de hecho, aunque no sea mostrada como tal.

Al respecto, también para este caso, la construcción social del *género* «arbitraria (...) en especial de la reproducción biológica (...) proporciona un fundamento aparentemente natural a la visión androcéntrica de la división de la actividad sexual y de la división sexual del trabajo y, a partir de ahí, de todo el cosmos» (Bourdieu, 2000, p. 20).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Para comprender plenamente este aspecto en el ámbito de la atención y los cuidados durante el epcp, hemos de considerar los planteamientos propuestos por Felicity Edholm, Olivia Harris y Kate Young en relación a la reproducción de la vida en tres planos: el biológico, la reproducción de la fuerza de trabajo y el social, dimensión (esta última) en la que tienen lugar «la reproducción de las condiciones de producción social en su totalidad» (Narotzky, 2004, pp. 226-228)¹⁶⁴. A través de la atención y cuidados durante el epcp, nuestra especie se reproduce biológicamente, se gestan y nacen quienes serán las próximas generaciones de personas trabajadoras y, también aquí, se produce la reproducción social, constituyendo este ritual, de hecho, un espacio clave para la dimensión social de la reproducción de la vida humana, pues es a través de estas prácticas sexuales y reproductivas y de estas prácticas de atención y relaciones de cuidados que se produce la transmisión de valores centrales a las sociedades (Davis-Floyd, 1994, 2001; Menéndez, 2005, pp. 26-30). Para *Occidente*, y bajo el paradigma tecnocrático de atención durante el parto —hegemónico en esta cultura—, estos valores fueron delimitados por Davis-Floyd (1994, 2001) como la primacía de la ciencia y la tecnología, y los valores patriarcales y capitalistas.

La importancia de este evento biopsicosocial para la reproducción social se pone de manifiesto en la disputa por el control y definición del rito de atención y cuidados a las mujeres que están pariendo, proceso mediante el cual las instituciones modulan y afectan la subjetividad e intersubjetividad de las personas participantes y —a través de estos efectos condensados con otros múltiples obtenidos en los demás espacios de socialización— re/producen a los actores y a las estructuras sociales y políticas. En este proceso, los efectos sobre las mujeres que están pariendo son particularmente importantes, ya que la aprehensión y experimentación (física y psíquica) de los valores que vehiculan la atención y los cuidados asegurará su transmisión a sus descendientes, garantizando la socialización de las criaturas en la defensa y sostén de esos mismos valores: puesto que los roles sociales continúan adscribiendo a las mujeres la responsabilidad principal del cuidado de las criaturas, la socialización de las mujeres en la atención y los cuidados durante el epcp —y en particular, durante el parto, en el que son simbólicamente consagradas a la institución social de la *maternidad*, reproduciéndose también una determinada *maternidad*— deviene en un proceso clave para el sostén y estabilidad de las instituciones culturales, políticas, sociales y económicas del orden social contemporáneo (Davis-Floyd, 1994, pp. 323-325, 340-341; Yañez, 2017, pp. 66-69)¹⁶⁵.

¹⁶⁴ En su análisis sobre la obra de Karl Marx, Susana Narotzky (2004) entendió esta dimensión de la reproducción como:

«las relaciones sociales —es decir, materia, ideas y comunicación entre personas históricas reales— que producen y reproducen la vida real (...) [donde] la “producción” constituye sólo un camino entre otros hacia la comprensión de “todo el proceso social material” construido en un movimiento interminable de práctica y experiencia humanas, y de la lucha por el cambio que constituye la historia» (p. 248).

¹⁶⁵ También Narotzky (1998) destacó la importancia trascendental de las relaciones sexuales y de género para la regulación y conformación de la sociedad:

«Sexo y género se construyen ambos en el proceso social, que es al tiempo material e ideológico, forman parte de los campos de fuerza que estructuran las relaciones sociales y producen sistemas de desigualdades, pero al tiempo son producidos por estos. Como conceptos abarcan todo el ámbito de la sociedad y entran en relación dialéctica con los otros elementos fundamentales de la continuidad y el cambio social: la obtención de los recursos materiales para la vida y la capacidad de controlar otros seres humanos. Son el tercer elemento necesario, el que permite regular y organizar la reproducción biológica y la reproducción social: producir humanos y producir personas, para que una sociedad viva» (p. 366).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

Tomando estos elementos en cuenta, así como los análisis realizados desde la economía feminista sobre la división sexual del trabajo, se puede observar que el desplazamiento de la atención durante el parto del hogar al centro hospitalario y de la partería a la obstetricia habría sido determinado, además de por la aparición del biopoder, por la «división del trabajo de mantenimiento del capital social y del capital simbólico que atribuye a los hombres el monopolio de todas las actividades oficiales, públicas [y] de representación» (Bourdieu, 2000, pp. 33-38, 60). Es decir, por la primacía de la *masculinidad* en la ordenación del sistema simbólico de la sociedad. Así, en el sistema de género al que dio paso la modernidad, la lógica mítico-ritual que tiene lugar en el parto (Davis-Floyd, 1994) propició la intervención masculina —construida bajo la *masculinidad*— caracterizada por:

«unos ritos públicos, oficiales y colectivos en detrimento de los períodos de gestación (...) que sólo dan lugar a unos actos rituales facultativos y casi furtivos. De un lado, una intervención discontinua y extraordinaria en el curso de la vida, acción arriesgada y peligrosa de entrada que se realiza solemnemente (...); de otra, una especie de proceso natural y pasivo de hinchazón del que la mujer [como la tierra, es] el espacio, la ocasión, el soporte, más que el agente, y que sólo exige de la mujer unas prácticas técnicas o rituales de acompañamiento, unos actos destinados a ayudar a la naturaleza en acción (...) y, a partir de ahí, doblemente condenados a permanecer ignorados» (Bourdieu, 2000, p. 36).

Los aspectos simbólicos del sistema de género configuran así la construcción social del parto como fenómeno total y la atención y los cuidados a la mujer —los aspectos materiales—, e impactan la vivencia del epcp y la construcción social de los cuerpos como realidades sexuadas que son re/producidas a través del modelo de atención y cuidados:

«El mundo social [decantado en los modelos de atención durante el parto fundamentados bajo los paradigmas tecnocrático y humanístico] construye el cuerpo como realidad sexuada y como depositario de principios de visión y de división sexuantes. El programa social de percepción incorporado se aplica a todas las cosas del mundo, y en primer lugar al cuerpo en sí, en su realidad biológica (...). La diferencia biológica entre los sexos, (...) muy especialmente, la diferencia anatómica entre los órganos sexuales, puede aparecer de ese modo como la justificación natural de la diferencia socialmente establecida» (Bourdieu, 2000, p. 11).

Es decir, las diferencias sexuales visibles entre los cuerpos, «percibidas y construidas de acuerdo con los esquemas prácticos de la visión androcéntrica, se convierten en el garante más

Para Joan W. Scott (1996), la importancia del género radica en ser una forma primaria de relaciones significantes de poder. Constituye el género:

«el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder. No es el género el único campo, pero parece haber sido una forma persistente y recurrente de facilitar la significación del poder en las tradiciones occidental, judeo-cristiana e islámica» (p. 24).

En el caso específico de Centroamérica, las relaciones sexuales y de género han sido un elemento clave en el devenir histórico político, social y económico de la región: la aplicación de una política sexual y reproductiva por parte de las redes familiares adscritas al núcleo oligárquico centroamericano o *redes de familias notables* —como las refirieron Diana Balmori *et al.* (1990)—, basada en la discriminación social y racial hacia los demás grupos de la estructura social característica de los países de la región y operativa desde la etapa colonial, estructuró económica, política y socialmente a estas familias y logró «lo que no pudieron hacer las organizaciones comerciales y los partidos políticos formales de aquellos tiempos: una asociación de poder y dinero de larga duración» (Balmori *et al.*, 1990, p. 29; ver también Casaús Arzú, 1990, 1992; Stolcke, 2014; Vilas, 1992).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

indiscutible de significaciones y de valores que concuerdan con los principios de [este orden social]» (Bourdieu, 2000, p. 20)¹⁶⁶. En los modelos de atención fundamentados en los paradigmas tecnocrático y humanístico, y a través de estos cuerpos sexuados en relación —microcosmos sociales (Douglas, 2002, pp. 76-77)—, la reproducción social re/produce una *feminidad* sumisa, víctima y pasiva y una *masculinidad* honorable, autoritaria y dominante que configura ese *habitus* particular transferido al personal de salud erigido profesional del sector por la institución médica¹⁶⁷.

La gestión feminista de la economía en la atención y los cuidados durante el epcp constituye, por tanto, una perspectiva necesaria para avanzar en la transformación del modelo, abolir la desigualdad sexual que explica muchas de las problemáticas de salud y derechos que aquejan a las mujeres y criaturas durante el epcp, y mejorar la calidad de la atención y los cuidados. Pero no solo, pues, dada la carga simbólica del epcp para la estructuración del sistema de género, la transformación del modelo de atención y cuidados hacia posiciones feministas constituye un objetivo estratégico que facilitará el avance de la agenda política del movimiento feminista en las demás áreas temáticas.

En esta línea de investigación, la dimensión relacional del poder y su transformación en el espacio intersubjetivo consustancial a las relaciones de cuidados durante el epcp, la transformación de las subjetividades e intersubjetividades a través de la experiencia de la atención y los cuidados, y la reificación y deconstrucción del género que tiene lugar durante el proceso de atención¹⁶⁸, son algunos temas centrales cuyo análisis precisa incorporar la perspectiva económica feminista y de los cuidados (Amigot Leache & Pujal i Llombart, 2009, p. 136; Izquierdo, 2004; Pérez Orozco, 2006, pp. 167-171; Vega Solís, 2006, pp. 94, 177).

Para llevar a cabo estos análisis, el *cuidado social* (*social care*) constituye un concepto central, propuesto por Mary Daly y Jane Lewis (2000) para referir la gestión socializada del modelo de atención y cuidados y analizar el grado de participación de los actores socio-políticos en el mismo: comunidades, Estado, familias y sector privado (nota 7).

En esta línea, Federici (2019) ha apelado a construir una *política de los comunes* que nos permita decidir cómo queremos organizar nuestra reproducción:

¹⁶⁶ De hecho, al ser el epcp un proceso exclusivamente femenino en el plano biológico, su desarrollo ofrece un espacio idóneo para la construcción de la desigualdad sexual.

¹⁶⁷ Desde aquí puede comprenderse la resistencia al cambio en la distribución espacial de los cuerpos en la atención y cuidados a las mujeres durante el parto, que adscribe a las mujeres a permanecer acostadas y con sus genitales —sus cuerpos— expuestos, y al personal de salud en posición activa, erguida y de dominio sobre los cuerpos *feminizados*, y agente de los acontecimientos. Para Bourdieu (2000), esta distribución de los cuerpos *feminizados* y *masculinizados* conduce a:

«legitimar las posiciones atribuidas a los dos sexos en la división de la actividad sexual [donde se sitúa también el parto] y, a través de la división sexual del trabajo de producción y de reproducción, en todo el orden social (...). Encima o debajo, activo o pasivo, estas alternativas paralelas describen el acto sexual como una relación de dominación» (p. 17).

¹⁶⁸ Para España, han desarrollado contribuciones en esta línea: Ainoa Biurrun Garrido (2017), Blázquez Rodríguez (2009), José Manuel Hernández Garre *et al.* (2020), Hernández Garre y Paloma Echevarría Pérez (2014, 2016), Susana Iglesias *et al.*, (2019), Rosa Llobera Cifre *et al.* (2019), Desirée Mena-Tudela *et al.* (2020a, 2020b), M^a Jesús Montes Muñoz (2007) y Noemi Obregón Gutiérrez (2016). Este cuerpo de investigación permite observar la importancia de las relaciones de género para el ejercicio de la salud y los DSR de las mujeres durante el epcp, y refleja para este país las transformaciones y continuidades en la construcción social del género durante los últimos tres lustros.

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

«hablo de un proceso de reapropiación de la riqueza que sea, al mismo tiempo, un proceso de reconstrucción de la reproducción. ¿Qué significa reconstruir nuestra reproducción? La tarea más importante es recuperar formas más cooperativas y más comunitarias de la reproducción social. La producción del común empieza con la creación de actividades reproductivas compartidas, que dejan de aislarnos. La reproducción en la sociedad capitalista se ha desplegado en formas que nos aíslan de las otras mujeres» (p. 58).

Desde esta posición política, la economía feminista y la economía de los cuidados exigen la discusión del modelo de atención y cuidados fundamentado en la *tecnocracia* y su gestión, monopolizada por el Estado a través del modelo biomédico de salud. Un aspecto de ineludible cuestionamiento en este modelo lo constituye la participación del sector privado, dada la MMMP producida por la mayor medicalización que caracteriza la atención canalizada a través de este actor, destacando en este fenómeno la sobreutilización de la cesárea (Arrieta Herrera & Oneto La Faye, 2007; Barros *et al.*, 2005, pp. 851-853; Betrán *et al.*, 2018, p. 1360; Sakai-Bizmark *et al.*, 2021; Visser *et al.*, 2018).

Otro lo son los valores económicos que subyacen al modelo, por ser incompatibles con la *humanización* de la atención y los cuidados, destacando Aguiar *et al.* (2020) la sobrevaloración de la tecnología y el ahorro en los tiempos por deprimir la dimensión relacional de los cuidados (pp. 139-140), y Carmen Domínguez Alcón *et al.* (2018) la preeminencia de la perspectiva mecanicista o biologicista por impedir la valoración integral de las necesidades multidimensionales de las mujeres, es decir, por imposibilitar la atención centrada en la mujer (p. 44) (nota 159).

También es clave cuestionar la participación comunitaria en la actualidad, emplazándonos a analizar, por ejemplo, el papel que estarían jugando en su *estar* las redes comunitarias de mujeres creadas en torno a la vivencia del epcp y, dentro de estas, el rescate de la partería, su dignificación y promoción¹⁶⁹. En el plano de las políticas públicas, la gestión desde la economía de los cuidados podría así considerar la implementación de acciones para apoyar la participación de estos actores en la gestión de la atención y los cuidados —respetando su autonomía— y orientar a las mujeres y sus familiares a la colaboración con los mismos para socializar el conocimiento sobre los procesos del epcp, contribuir a su preparación biopsicosocial de cara a la vivencia del epcp, su sostén emocional y a la articulación de sus DSR¹⁷⁰.

Esta política ha sido abordada desde diversos marcos conceptuales, entre los que destaco la *co-creation* en el Reino Unido (Needham & Carr, 2009) y la *autoatención* (Menéndez, 2016)

¹⁶⁹ En el ámbito de la salud pública, la participación comunitaria en salud fue destacada como un aporte central en la agenda de políticas para el sector mediante la aprobación de la Declaración de Alma-Ata en el seno de las Naciones Unidas, en 1978. En este documento, los actores de la comunidad internacional acordaron integrar «en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, (...) organización, (...) funcionamiento y (...) control» de la atención primaria de salud, considerada esta como la función central y núcleo principal del sistema de salud (OMS, 1978).

¹⁷⁰ Esteban (2017) aborda la creación de redes comunitarias de mujeres dentro del estado español, destacando su importancia como espacios para el apoyo mutuo práctico y simbólico que se concreta «en protección y (...) soporte para desarrollar formas de vida y proyectos», además de su contribución a los cuidados centrados en la salud o la crianza (pp. 42-43). Esta autora las concibe como espacios donde las personas establecen entre sí relaciones de distintos tipos que generan bienestar, algunas de las cuales pueden ser calificadas como cuidados y otras no, entre las que señala el apoyo mutuo y la autoatención o autogestión (pp. 42-45).

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

y *autogestión comunitaria* en AL (Zibechi, 2006). Desde estas aproximaciones, el papel a jugar por las comunidades en la gestión de la atención a la salud no se limita a la simple *participación*.

En relación a la *co-creation*, Catherine Needham y Sarah Carr (2009) han señalado que, en su forma más eficaz, esta implica la transformación de la atención: «requiere reubicar el poder y el control, mediante el desarrollo de nuevos mecanismos de planificación, ejecución, gestión y gobernanza dirigidos por los usuarios» (p. 6, tp.). Como puede intuirse, esta apuesta teórica y política requiere repensar la relación entre las personas que precisan cuidados, las personas cuidadoras y el Estado, y desplaza el foco de estas relaciones desde el plano de la individualidad hacia la colectividad de las partes interesadas. Se aviene así como una herramienta para la inclusión social y el desarrollo de una ciudadanía activa y plena, condición necesaria para el ejercicio efectivo de los derechos humanos en el ámbito social, económico y político (pp. 4, 16; ver también Seyfang, 2003).

Por su parte, para los países latinoamericanos en general y para Centroamérica en particular, la fragilidad del Estado ha sido una constante, por lo que el desarrollo de iniciativas autogestionadas desde la comunidad en el ámbito de la salud ha sido frecuente (Carcedo, 2019 pp. 542-548; Centeno, 2009; Martínez Franzoni & Voorend, 2012, pp. 156-157; D. Werner *et al.*, 2000, pp. 222-226; Zibechi, 2006). Desde este contexto sociopolítico e histórico, Omar Guzmán Miranda *et al.* (2009) han señalado que «el poder ejercido desde el [E]stado está lejos (...) [de ser democrático] en vista de que se sustenta en los intereses de la élite de poder del grupo dominante» (p. 11), que en la región ha estado conformado históricamente por las *redes de familias notables* (Balmori *et al.*, 1990, pp. 9-10, 73-108) (nota 165). Guzmán Miranda *et al.* (2009) enfatizan: «la participación no implica autogestión [si estás] participando en el marco de las normas, valores, principios y orientaciones de quienes están ejerciendo el poder, del cual se encuentran alienados esos individuos y comunidades» (p. 12). Por ello, consideran que para hacer de la autogestión una realidad en la región será precisa la «destrucción del modelo de dominación imperante, porque [estamos ante] (...) sistemas de poder que eliminan la creatividad y libertad de hacer y decir de los individuos» (p. 12).

En el ámbito de la atención y los cuidados durante el epcp, Downe (2014, 2018) ha analizado las posibilidades de la autogestión y las limitaciones y graves problemáticas que ha generado y genera la *participación*, al tener lugar esta desde el mismo sistema de valores y la misma estructura de poder que impera en el modelo actual: es decir, cuando la *participación* se produce sin que tenga lugar una transformación en los espacios subjetivo e intersubjetivo en el que las personas entran en relación durante el epcp, cuando la atención y los cuidados continúan gestionándose bajo un enfoque transaccional, no relacional, y cuando las mujeres que van a parir, las familias y el personal de salud continúan alienadas con el orden simbólico de dominación masculina (Bourdieu, 2000, pp. 23-33; Guzmán Miranda *et al.*, 2009, pp. 12-14; Needham & Carr, 2009, p. 3)^{171,172}.

¹⁷¹ Downe (2014, 2018) inscribe aquí la práctica del *sueño crepuscular* a inicios del siglo pasado y la problemática actual de las cesáreas electivas sin indicación médica, ambas sostenidas en la promesa de la «liberación del dolor» y generadoras de morbilidad y mortalidad materna y perinatal (MMMP) (2014, pp. 106-108; 2018, pp. 3-5; ver también Rich, 2019, p. 235).

¹⁷² Bourdieu (2000) explica la violencia simbólica a través de la adhesión del sujeto dominado a categorías construidas desde el punto de vista de los dominadores, las cuales se siente obligado a conceder al dominador —consintiendo, con ello, la dominación— por no disponer:

CAPÍTULO 4. APORTES DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES PARA EL ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN Y LOS CUIDADOS DURANTE EL EPCP

En la atención y cuidados durante el epcp, este aspecto remarca la importancia de analizar y poner en cuestión las categorías de conocimiento vigentes —*patológico/normal, humanizado, respetado, natural, deseos/necesidades o autonomía/dependencia* (Bourdieu, 2000, pp. 32-33; Šimonović, 2019, pp. 13-14) (secciones 4.7 y 4.8.2) — a través de un análisis histórico, de género, filosófico y antropológico que sea capaz de:

«verificar y explicar la construcción social de las estructuras cognitivas que organizan los actos de construcción del mundo y de sus poderes. Y descubrir claramente de ese modo que esta construcción práctica, lejos de ser un acto intelectual consciente, libre y deliberado de un “sujeto” aislado, es en sí mismo el efecto de un poder» (Bourdieu, 2000, p. 32).

Nos emplaza también a reforzar la acción política dirigida a desestabilizar e impugnar aquellas categorías de conocimiento sobre las cuales se legitima la dominación, como las categorías de *parto patológico o riesgo obstétrico*, en base a las cuales se construyen unas subjetividades e intersubjetividades que predisponen a las mujeres que viven el epcp a su indefensión, sumisión y sometimiento a prácticas obstétricas yatrogénicas, dolorosas y/o molestas, realizadas sin indicación médica y generadoras de MMMP, como la amniotomía de rutina, la medicación con oxitocina sin indicación médica o la cardiografía de rutina durante la admisión hospitalaria por trabajo de parto (OMS, 2018b, pp. 2-5).

En relación a estos aspectos, varias revisiones sistemáticas de estudios promovidas por la OMS durante la última década han identificado cuidados y atenciones que valoran, quieren y necesitan las mujeres durante el epcp (Bohren *et al.*, 2017; Downe *et al.*, 2016, 2018; Sandall *et al.*, 2016). La mayoría de quienes participaron en estos estudios señalaron que prefieren no someterse a intervenciones durante el parto, a no ser que las mismas sean consideradas necesarias para su seguridad o la del bebé, y enfatizaron que necesitan una atención y cuidados que les transmitan seguridad, apoyo emocional, amabilidad, respeto y responsabilidad por parte de las personas cuidadoras (familiares o profesionales). Contrariamente a la fragmentación de la atención a la salud durante el epcp, las mujeres señalaron que experimentan el epcp como un continuo psicológico y físico.

En base a estos hallazgos, la OMS (2018b) ha recomendado que el estándar internacional de cuidados incorpore la continuidad del cuidado a lo largo del epcp por parte del personal de partería y el cuidado continuo durante el parto, e insta a situar urgentemente las necesidades de las mujeres como un componente central de los cuidados, dado que la mayoría de ellas valora el epcp como una experiencia espiritual importante en sus vidas, con implicaciones psicológicas, culturales y emocionales, además de físicas (ver también Downe *et al.*, 2018).

«para imaginarse a sí mismo o, mejor dicho, para imaginar la relación que tiene con él, de otro instrumento de conocimiento que aquel que comparte con el dominador y que, al no ser más que la forma asimilada de la relación de dominación, hacen que esa relación parezca natural» (pp. 28-29).

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS COMPENDIADOS

5.1 Delimitación del problema de investigación y prioridades de investigación identificadas

La salud y derechos sexuales y reproductivos siguen siendo una asignatura pendiente para el conjunto de las sociedades del mundo. Para Nicaragua, los datos muestran una mortalidad materna todavía alta con una RMM de 31.6 muertes maternas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas, la que ha descendido un 58.7 % en el periodo 2007-2019 y se distribuye territorialmente de forma muy desigual, afectando especialmente a las poblaciones que habitan el noroeste y el Caribe del país, donde se concentran los pueblos afrodescendientes y originarios. Tres de cada cuatro muertes maternas tienen lugar dentro de las instituciones de salud (MINSa, 2019a) (Gráfico 6). La prevalencia de la morbilidad materna, medida en base a la tasa de episiotomía, afecta al menos a una de cada dos mujeres atendidas en su primer parto y a una de cada tres en los siguientes, y una de cada cuatro experimentan complicaciones potencialmente fatales para la vida (Chaves *et al.*, 2015; García-Elorrio *et al.*, 2014).

Por otro lado, los datos disponibles señalan que el *intervencionismo obstétrico* constituye ya un problema de salud pública, presentando una tasa de cesáreas intrainstitucional del 33.6 % y poblacional del 29.7 % para el periodo 2006-2012, sin observarse subutilización de la cesárea en ningún entorno y para ningún grupo poblacional (INIDE & MINSa, 2014, p. 218; MINSa, 2020) (sección 2.1). Benton *et al.* (2019) y Sandall *et al.* (2018) han remarcado la importancia de tomar medidas urgentes para abordar la sobreutilización de la cesárea, dados sus riesgos de MMMP —en especial en los entornos de bajos recursos—, sus impactos psicosociales y el desconocimiento en relación a sus secuelas a medio y largo plazo.

Los análisis de Chaves *et al.* (2015, pp. 206-208) sobre la morbilidad materna en la región sugieren que el sistema de salud nicaragüense cuenta con buena capacidad resolutive en su tercer nivel de prevención, pero una prevención deficiente en el primer nivel (familia, comunidad y atención primaria) y segundo nivel (atención primaria) (sección 2.1).

Junto con la distribución geográfica de la mortalidad materna, los datos referidos a la morbilidad materna, el *intervencionismo obstétrico*, las características del parto domiciliario en el país —que se realiza en gran medida en condiciones de inseguridad—, su distribución geográfica y determinantes, y la distribución geográfica de los pueblos categorizados en base a su adscripción racial (Capítulo 2 y sección 4.3.2), apuntan a que la VO es una realidad en el país que se practica de forma desigual en función de los determinantes de género, raza, edad y clase en intersección, operando de forma directa y simbólica durante la vivencia del epcp dentro del sistema de salud, pero también de forma estructural, limitando el acceso de las mujeres a cuidados profesionales de calidad (Casaús Arzú, 2014, Chaves *et al.*, 2015; Chow Mairena, 2019; García-Elorrio *et al.*, 2014; Hooker, 2010; INIDE & MINSa, 2014; Kolodin *et al.*, 2015; Lipsitz, 2007; MINSa, 2019a; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018).

Los estudios realizados en el país muestran que las relaciones durante la atención entre las mujeres que viven el epcp, sus familiares y el personal de salud se caracterizan por el conflicto, la desconfianza y una distribución desigual de poder (M. E. Castrillo, 2013; Colomar *et al.*, 2014; MCHIP, 2012). Interpretados desde la perspectiva de género y feminista, los hallazgos de estos estudios refieren la relevancia de los estereotipos de género como factor causal de la sobreutilización de la cesárea en el país, así como la fuerte presencia

de la medicina defensiva, la penetración de los principios económicos neoliberales en la práctica gineco-obstétrica y la ausencia o fragilidad en la aplicación de principios bioéticos durante la atención en el epcp (sección 2.4).

Para avanzar en la comprensión de los factores que merman la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Nicaragua, Souza *et al.* (2014) orientan analizar las barreras de acceso a los cuidados profesionales, los déficits de calidad en los cuidados en prevención primaria y secundaria, y las inequidades en el acceso a cuidados de calidad tanto en prevención primaria como en secundaria y terciaria.

Con respecto a la calidad de los cuidados profesionales, la literatura especializada ha remarcado la necesidad de estudiarla en sus aspectos técnicos y relacionales, y de precisar los DSS que la deterioran, profundizando en este análisis en los determinantes estructurales de género, raza y clase social. En particular, la literatura ha destacado la relevancia del sistema de género al producir estereotipos sobre los que se forjan creencias, valores y actitudes en las mujeres, familias, comunidades y personal de salud, que condicionan las percepciones de estos actores, las subjetividades e intersubjetividades, y sobre los que a menudo se basan la toma de decisiones sobre la atención y los cuidados a las mujeres y criaturas (Acosta Vargas, 2003; Benton *et al.*, 2019; Betrán *et al.*, 2018; Dogba & Fournier, 2009; Lowe, 2007; Sandall *et al.*, 2018). En este sentido, la investigación destaca la incidencia de tres fenómenos en la depresión de la calidad técnica y relacional de estos cuidados: la no aplicación de la MBE, el *intervencionismo obstétrico* y la VO (en la que se enmarcan los dos primeros) (A. Castro *et al.*, 2015; R. Castro & Erviti, 2015; Miller *et al.*, 2016a; Oladapo *et al.*, 2018; Savage & A. Castro, 2017; Tunçalp *et al.*, 2015).

Con respecto a la VO, A. Castro *et al.* (2015) enfatizaron que esta constituye una barrera principal en el acceso a cuidados profesionales de calidad para las mujeres adscritas a las poblaciones originarias, afrodescendientes y empobrecidas y que es preciso comprender cómo opera esta discriminación y violencia de forma diferenciada para cada grupo poblacional dentro de las instituciones de salud y qué impactos desiguales produce. Ello requiere recabar datos sobre el accionar del personal de salud, las necesidades de las mujeres y el contexto de desigualdad socioeconómica en el que se atiende y cuida a las mujeres y criaturas (Savage & A. Castro, 2017).

Finalmente, la VO «no solo surge de los prejuicios y comportamientos individuales del personal de salud, sino también en las dinámicas de poder desiguales dentro del campo médico y los “sistemas de salud fracturados”» (Savage & A. Castro, 2017, p. 24, tp.). Por tanto, es necesario indagar los factores estructurales que sostienen/producen estas violencias, adoptando una perspectiva socio-ecológica integrada capaz de considerar los mecanismos a través de los cuales opera la violencia produciendo morbilidad y mortalidad (p. 24).

5.2 Objetivos de la tesis

En correspondencia con las prioridades de investigación identificadas a nivel global y de forma específica para Nicaragua en el campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, esta tesis se propone como objetivo general determinar para este país cómo los determinantes estructurales de género, raza y clase social están incidiendo en el acceso de las mujeres y criaturas a cuidados de calidad durante el epcp, debilitando el ejercicio de sus DSR y produciendo VO, morbilidad y mortalidad materna.

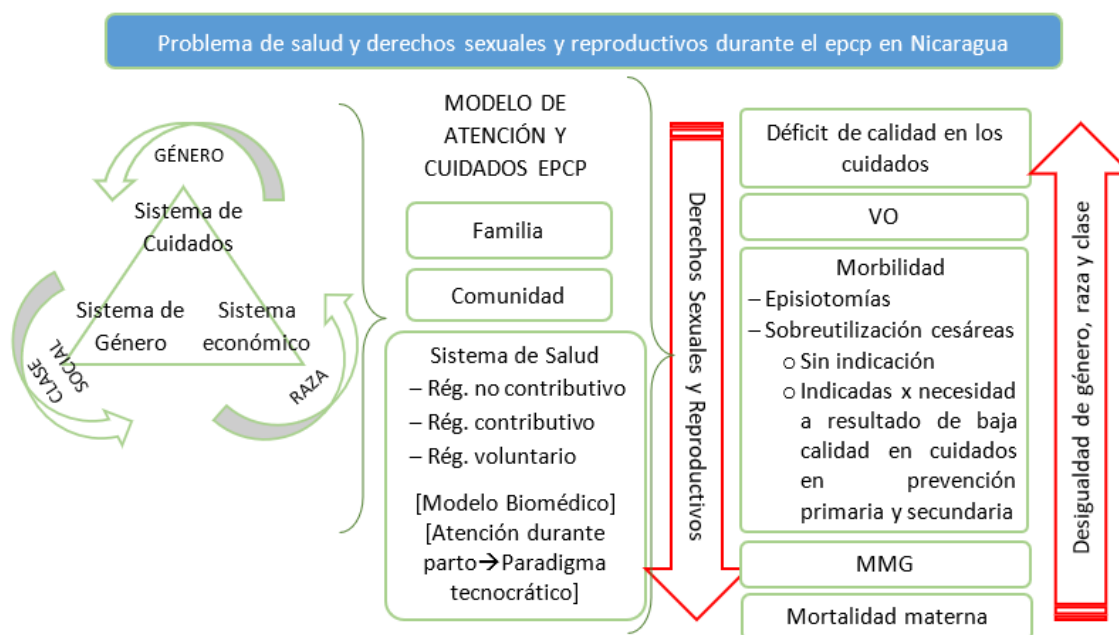
Para alcanzar este objetivo general, son tres los objetivos específicos propuestos:

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS COMPENDIADOS

- Valorar los cuidados a las mujeres y criaturas durante el epcp; en particular, la calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales durante el parto, comprobando si estos se ajustan a la MBE y muestran prácticas de *intervencionismo obstétrico* y VO (OE1).
- Determinar, en relación a la calidad de los cuidados durante el epcp, cómo el sistema de género impacta en la configuración y operativa del sistema de cuidados en general, y del modelo de atención y cuidados durante el parto en particular (establecido en base al paradigma tecnocrático), dentro del sistema de salud (OE2).
- Identificar cómo la intersección de las opresiones de género, raza y clase social podría estar incidiendo sobre la atención y los cuidados a las mujeres durante el epcp (OE3).

Así, la tesis propone investigar para Nicaragua los factores que están produciendo VO y morbilidad y mortalidad materna en base a un modelo construido a partir del análisis de la literatura (Ilustración 1) donde las categorías sociales *género*, *raza* y *clase social* interseccionan dentro del sistema de género, del de cuidados y del económico. Al identificar como el *género* y la expresión interseccional de la dominación deterioran la calidad de los cuidados a las mujeres en el ámbito familiar, comunitario y dentro del sistema de salud, la tesis aspira a contribuir a la construcción de un conocimiento en este campo que permita mejorar la comprensión de los actores sociales y políticos sobre los factores que están mermando la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y, en base a ello, fortalecer el diseño de medidas de política pública para la prevención eficaz de la VO y la erradicación de la morbilidad y mortalidad materna evitables.

Ilustración 1. Modelo de análisis del problema de investigación



Fuente: elaboración propia.

5.3 Presentación de los trabajos compendiados

Para operativizar los objetivos específicos, el análisis se realizó en dos planos diferenciados: por un lado, el modelo de atención durante el epcp, que incluye cuidados profesionales y no profesionales, y, por otro, el sistema de cuidados, afectados ambos planos por el sistema de género y la interseccionalidad de las categorías *raza*, *género* y *clase social*.

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS COMPENDIADOS

La ejecución del OE1 requirió desarrollar un diagnóstico de la calidad técnica y relacional de los cuidados profesionales en la atención durante el parto y la cesárea, en el que examiné la presencia de VO y sus prácticas (Ilustración 2). Este diagnóstico se realizó en base a experiencias de parto y cesárea de mujeres profesionales que tuvieron lugar dentro del sistema de salud en zonas urbanas de la región del Pacífico, y que fueron recabadas a través de un cuestionario realizado por escrito (Anexo B). Para desarrollar el diagnóstico, analicé los cuidados y otras prácticas de atención en base a los estándares de atención para el parto *normal* y para la atención de complicaciones obstétricas —cuando lo consideré necesario— vigentes en 2013, momento en que llevé a cabo la recogida de datos (MINSA, 2018; OMS, 1985, 1996). Los resultados de este diagnóstico fueron publicados en *Análisis exploratorio de los cuidados...* (Rodrigues Ribeiro, 2018) (Tabla 8).

Tabla 8. Relación sintética de las publicaciones: estrategia metodológica, marcos teóricos, muestra y sus características

Publicación	<i>Análisis exploratorio de los cuidados...</i>	<i>Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...</i>	<i>La episiotomía como práctica cultural de género...</i>
Metodología	Estudio exploratorio de tipo cualitativo integrando indicadores cuantitativos.	Análisis crítico feminista del discurso: análisis textual, intertextual y contextual del discurso, y análisis del contenido. Análisis interseccional.	Revisión interdisciplinaria de la literatura aplicando perspectiva de género. Análisis interseccional.
Fuentes primarias	Experiencias de mujeres profesionales con partos o cesáreas en el sistema de salud.	Productos comunicacionales elaborados por instituciones de gobierno y medios privados de prensa web y escrita.	Textos literarios procedentes de ciencias de la salud y ciencias sociales.
Muestra	24 experiencias de parto o cesárea.	30 textos comunicacionales, en los que se identificaron 5 categorías macro y 43 subcategorías.	116 documentos.
Características de la muestra	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres residentes en área urbana de la región Pacífico. • 75 % formadas profesionales. • En el momento del parto o cesárea, 50 % contaba con entre 20-25 años y el 50 % con entre 26 y 35 años. 	<ul style="list-style-type: none"> • Textos comunicacionales publicados entre el 14 de marzo y 2 de septiembre del 2016, centrados en el tratamiento informativo de la epidemia del zika. • La muestra se compone de 10 textos publicados por instituciones públicas y 20 por medios privados de prensa (10 por La Prensa y 10 por El Nuevo Diario¹⁷³). 	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios clínicos, instrumentos de regulación de la práctica clínica y literatura procedente de las ciencias sociales, destacando antropología, filosofía y sociología. • Categorías analizadas: <i>episiotomía, mutilación genital femenina, género, raza, poder, paradigma tecnocrático, modelo biomédico, parto, patriarcado, colonialidad, dispositivo, biopoder y biopolítica</i>.

¹⁷³ En 2019, el Grupo Promerica —de capital nicaragüense y con actividad en el sector financiero en nueve países latinoamericanos— cerró la Editorial Nuevo Amanecer, propietaria de El Nuevo Diario, uno de los medios de comunicación seleccionados. Se ha interrumpido por tanto su publicación.

	<ul style="list-style-type: none"> • 11 % tenía más de una experiencia de parto/cesárea. 		
Instrumento recogida datos	Cuestionario.	Ficha de análisis de texto comunicacional.	Ficha de análisis bibliográfica.
Marcos teóricos específicos	<ul style="list-style-type: none"> • Modelo de calidad de los cuidados profesionales en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • DSS. • Pragmatismo. • Género y salud (sesgos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Biopoder. • Paradigma tecnocrático de atención durante el parto.
Marco teórico	Modelo biomédico de salud, DSR, salud sexual y reproductiva, sistema de género, interseccionalidad, sistema de cuidados, modelo de cuidado social, VO, colonialidad		

Fuente: elaboración propia.

En relación al modelo de atención durante el epcp, es preciso analizar los hallazgos del estudio *Análisis exploratorio de los cuidados...* contrastándolos con los proporcionados por las demás fuentes disponibles para Nicaragua, analizadas en el Capítulo 2 (Chow Mairena, 2019; INIDE, s. f.; INIDE & MINSA, 2014; Kolodin *et al.*, 2015; MINSA 2019a, 2020; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018)¹⁷⁴. Este ejercicio permite identificar las diferencias y semejanzas entre la atención y los cuidados que recibieron las mujeres participantes en *Análisis exploratorio de los cuidados...* con los recibidos por las participantes en los demás estudios disponibles, y relacionar estas diferencias con las diversas categorías sociales —determinantes estructurales— que afectaron a las mujeres participantes. En base al lugar donde tuvo lugar el parto y a categorías geográficas, educativas y raciales, identifiqué cinco grupos poblacionales distintos en este cuerpo de literatura científica:

- Mujeres con partos domiciliarios a nivel nacional (INIDE & MINSA, 2014).
- Mujeres adscritas a pueblos originarios y mestizos con partos domiciliarios o institucionalizados, con educación primaria, secundaria o sin educación formal (17 %), residentes en comunidades rurales de la RACCN (Kolodin *et al.*, 2015).
- Mujeres con partos domiciliarios, con educación primaria, secundaria o sin educación formal (38 %), residentes en comunidades rurales de la RACCS (Chow Mairena, 2019).
- Mujeres con partos institucionalizados, con educación primaria o secundaria, residentes en comunidades rurales en la región del Pacífico (Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018).
- Mujeres con partos institucionalizados, con educación técnica o universitaria, residentes en zonas urbanas de la región del Pacífico (Rodrigues Ribeiro, 2018).

Este análisis integrado aporta nuevos elementos para operativizar los objetivos específicos de la tesis, los que enriquecen los hallazgos de las publicaciones compendiadas. Sin embargo, es necesario observar las diferencias metodológicas entre estos estudios, por lo que las conclusiones de tal análisis, que muestran las desigualdades en las experiencias y vivencias de VO de las mujeres nicaragüenses en base a las distintas categorías sociales bajo las que se sitúan, deben considerarse exploratorias.

¹⁷⁴ Estos estudios se publicaron tras completar el proceso de recogida de datos llevado a cabo para *Análisis exploratorio de los cuidados...*

Además de la operativa del modelo de atención en el epcp (OE1), es preciso determinar también cómo el sistema de género y la intersección de categorías de opresión está impactando su misma configuración (OE2 y OE 3). Con este propósito y dada la multiplicidad de prácticas y cuidados que integran este modelo, determiné desarrollar un análisis interdisciplinar sobre una sola de sus prácticas, seleccionando la episiotomía por sus impactos sobre la salud y los derechos de las mujeres (Clesse, 2018; Hartmann *et al.*, 2005; He *et al.*, 2020; Jiang *et al.*, 2017; Rubio Álvarez, 2018), por sus impactos de género (Clesse *et al.*, 2019; Davis-Floyd, 1994; Pizzini, 1989; Šimonović, 2019) y por practicarse rutinariamente en gran cantidad de países y sin respaldo en la MBE (Clesse *et al.*, 2018a; OMS, 2018b, p. 150).

Llevé a cabo este análisis en *La episiotomía como práctica cultural de género...* (Rodrigues Ribeiro, 2020), en base a una investigación bibliográfica sobre la literatura relacionada publicada en inglés y en español, disponible en bases de datos bibliográficas especializadas en ciencias de la salud, salud sexual y reproductiva de las mujeres, sociología, filosofía y antropología. Para identificar la literatura relevante, empleé como criterios de búsqueda las categorías: *episiotomía, mutilación genital femenina, género, raza, poder, paradigma tecnocrático, modelo biomédico, parto, patriarcado, colonialidad, dispositivo, biopoder y biopolítica*.

Para analizar la configuración y operativa (respuesta) del sistema de cuidados a las necesidades de las mujeres durante el epcp (OE 2), y dada la coyuntura de la epidemia del zika ocurrida en AL en 2015-2016, decidí tomar como objeto de análisis la respuesta de los actores socio-políticos ante esta crisis de salud sexual y reproductiva para identificar como la construcción de *género, raza y clase* afectaban la calidad de los cuidados a las mujeres durante el epcp, impactando sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos.

Este tipo de análisis requiere diferenciar entre los distintos actores socio-políticos que actúan sobre una determinada normativización del género, constriñéndolo, naturalizándolo y esencializándolo, o deshaciéndolo, puesto que esta acción no es uniforme, como tampoco lo es el potencial de los actores para afectar la construcción social del *género* y, con ello, el sistema de género y el sistema de cuidados.

En este caso, *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...* (Rodrigues Ribeiro, 2019) centra la investigación sobre los discursos contruidos a través de la comunicación social por actores públicos y privados de peso en la arena política del país; es decir, con mayor potencial relativo de incidir en las políticas públicas, tanto desde un punto de vista formal como pragmático. Bajo estas consideraciones, el análisis se centró en los productos comunicacionales elaborados por instituciones del gobierno central y medios de comunicación privados de amplio alcance con ocasión del momento álgido de la crisis del zika en el país, en 2016.

En aras del tercer objetivo de la tesis, este tercer estudio se desarrolló en base a las premisas teóricas y metodológicas desarrolladas por los análisis críticos feministas del discurso, las que incorporan la interseccionalidad del *género* con la *clase social* y la *raza* (Lazar, 2007).

En conjunto, la tesis identifica cómo el sistema de género afecta al sistema de cuidados y al modelo de atención y cuidados a las mujeres durante el epcp, y cómo la expresión y reificación de las categorías de dominación interseccionadas opera durante estas experiencias vitales, en particular, a través del modelo de atención durante el parto mediante la práctica de la episiotomía. A mayores, el análisis de las prácticas de VO identificadas en relación a la literatura disponible en este campo para Nicaragua, verifica que el fenómeno de la VO difiere para las mujeres adscritas a distintos grupos poblacionales.

Ilustración 2. Relación entre objetivos de la tesis y publicaciones



Fuente: elaboración propia.

5.4 Integración de los resultados de investigación en el cuerpo de conocimiento actual

El cuerpo de literatura en el que se integran *Análisis exploratorio de los cuidados...* y *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...* se centra en el estudio de los cuidados a las mujeres durante el epcp en Nicaragua a partir del 2010 (Anexo D). El análisis conjunto de los hallazgos reflejados en estas publicaciones compendiadas junto con los identificados por las fuentes complementarias (analizadas en el Capítulo 2) muestran las características desiguales que presentan los cuidados a las mujeres adscritas a distintos grupos poblacionales, impactados por políticas públicas de importancia clave durante los últimos quince años en los ámbitos nacional, regional e internacional, descritas en parte en la Introducción y en parte en las publicaciones compendiadas¹⁷⁵.

Los hallazgos de VO presentes en las fuentes complementarias —descritos en las secciones 2.3 y 2.4— han sido identificados, bien en base a historias clínicas y experiencias del personal de salud (M. E. Castrillo, 2013; MCHIP, 2012; Narvárez Rojas, 2015), bien en base a las experiencias de las mujeres (Chow Mairena, 2019; INIDE & MINSA, 2014; Kolodin *et al.*, 2015; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018).

¹⁷⁵ Entre estas políticas, destacan a nivel nacional: la penalización del aborto (ANN, 2006), la Ley 648 de Igualdad de Derechos y Oportunidades (ANN, 2008), el MOSAFC (MINSA, 2008a), la Normativa 042 «Norma de Humanización del Parto Institucional» (MINSA, 2010), la Ley 779 «Ley integral contra la violencia hacia las mujeres y de reformas a la Ley No. 641, “Código Penal”» (aprobada en 2012 y reformada en 2013) (ANN, 2014a) y la Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia Nicaragüense y Prevención de la Violencia (PEFFPV) [Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), 2014]. A nivel internacional, deben destacarse la publicación por la OMS (2018b) de las nuevas recomendaciones de cuidados para una experiencia positiva de nacimiento, la aprobación de los ODS 2030 (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2019), la Declaración de Astaná (OMS, 2018a) y la Estrategia para poner fin a la mortalidad materna evitable 2015-2030 (EPMm) (OMS, 2015b).

En este último subconjunto de estudios —realizados en base a las experiencias de las mujeres— se integra *Análisis exploratorio de los cuidados al parto...* El análisis comparativo de las conclusiones proporcionadas por esta publicación y literatura (Anexo E) muestra que en las comunidades rurales del Pacífico predominan las prácticas directas de VO, verificándose prácticas de violencia verbal y tortura (Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018). Mientras, para el área urbana del Pacífico, se acentúa el *intervencionismo obstétrico* y se experimentó menor violencia directa, sin encontrarse prácticas de tortura ni violencia verbal (Rodrigues Ribeiro, 2018) (sección 7.1)¹⁷⁶.

Para las comunidades rurales de la Costa Caribe es característica la VO de origen estructural: INIDE y MINSA (2014), Kolodin *et al.* (2015) y Chow Mairena (2019) reflejan la existencia de barreras en el acceso a cuidados profesionales en RACCN y RACCS, las que generaron exclusión social en salud para las mujeres y mortalidad perinatal (Anexo E). Si bien estas investigaciones no revelaron casos de mortalidad materna, si tomamos en consideración el fenómeno de *espacialización de la raza y racialización del espacio* presente en Mesoamérica (sección 4.3.2), además de los datos referidos a la desigual distribución geográfica de la mortalidad materna (sección 2.1), podemos establecer que estas barreras de acceso al sistema de salud generan mortalidad materna para los pueblos originarios y afrodescendientes —mayoritarios en el noroeste y la Costa Caribe— en mayor medida que para la población de ascendencia blanca y originaria, asentada en el Pacífico y Centro del país.

Al relacionar los hallazgos de este cuerpo de literatura (Anexo D) con la investigación precedente en VO (sección 1.3), y tras sintetizar y clasificar las prácticas de violencia identificadas, se obtiene una relación de categorías de violencias que dañan la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres durante el epcp en el país, y sus impactos (Cuadro 5). Estas categorías se construyen en base a la tipología de violencia —obstétrica y no obstétrica (racial y de género en el marco de relaciones de pareja)—, al nivel de actuación dentro del triángulo de la violencia de Galtung (1998) (simbólica, directa o estructural) y a su carácter implícito o externo al modelo de atención y cuidados durante el epcp.

El Cuadro 5 completa por tanto esta relación de categorías en base a los hallazgos de los estudios realizados en el país a partir de las historias clínicas y experiencias del personal de salud (M. E. Castrillo, 2013; MCHIP, 2012; Narváez Rojas, 2015), las experiencias de las mujeres (Chow Mairena, 2019; INIDE & MINSA, 2014; Kolodin *et al.*, 2015; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018; Rodrigues Ribeiro 2018) y discursos de peso en la arena política (Rodrigues Ribeiro, 2019) (Anexo D), interpretados desde la perspectiva de género y feminista (sección 2.4).

Esta relación de categorías de violencias identificadas en el modelo de atención y cuidados durante el epcp en Nicaragua muestra la necesidad de transformar el modelo para mejorar la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, lo que requiere equilibrar las relaciones de poder entre mujeres y personal de salud, aplicar medidas para erradicar el *intervencionismo obstétrico* y las prácticas no basadas en MBE, transformar la construcción social del género y deshacer los pares dicotómicos *normal/patológico*, entre otras. Con respecto al sector salud, el país debe continuar fortaleciendo su sistema de salud, combatir la penetración de los principios neoliberales en la cultura médica y repensar la estructura del sistema (Bayón *et al.*, 1998; Menéndez, 2005) tal que la atención a la población —en este caso, a las mujeres

¹⁷⁶ Para el subconjunto de literatura producida en base a las experiencias de las mujeres —en la que se integra *Análisis exploratorio de los cuidados al parto...*—, se muestran en el Anexo E una síntesis de sus hallazgos referidos a la violencia.

CAPÍTULO 5. OBJETIVOS Y PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS COMPENDIADOS

y criaturas durante el epcp— no refuerce la desigualdad social al reproducir las categorías sociales de dominación basadas en *género*, *raza* y *clase*, entre otras.

Además de orientar el diseño de medidas de política pública, esta relación estructurada de categorías de VO y sus impactos —que ha de continuar en construcción para ser fortalecida y captar las transformaciones en el modelo— también facilita el diseño de estrategias metodológicas de investigación capaces de captar los distintos tipos de VO que se practican por grupo poblacional. En todo caso, las futuras investigaciones de esta problemática en Nicaragua deberán considerar los aciertos y limitaciones en los marcos metodológicos y teóricos de los estudios disponibles actualmente para el país, así como el estado actual del debate sobre el alcance teórico y analítico en torno a la VO, el que continúa en pleno desarrollo (sección 1.3).

Cuadro 5. Categorías de violencias que merman la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp en Nicaragua y sus impactos



Fuente: elaboración propia en base a M. E. Castrillo (2013), Chow Mairena (2019), Colomar et al. (2014), INIDE y MINSa (2014), Kolodín et al. (2015), MCHIP (2012), Narváez Rojas (2015), Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018) y Rodrigues Ribeiro (2018, 2019).

Con respecto a *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...*, esta publicación ha de enmarcarse además en el cuerpo de investigación centrado en los impactos de la construcción social

del género sobre el control de las epidemias y en los desiguales impactos de las epidemias en función del género. Esta línea de investigación no es nueva (OMS, 2007; Whiteford, 1997), aunque ha experimentado una expansión considerable con la epidemia del zika.

Al tener esta enfermedad implicaciones sobre la sexualidad y reproducción humanas —por transmitirse por vía sexual y afectar gravemente a las criaturas por nacer, con impactos potenciales de muy largo plazo sobre su salud y desarrollo—, la epidemia del zika puso de manifiesto las evidentes y persistentes brechas de género en las políticas nacionales e internacionales para el abordaje de las epidemias, mostrando que la «equidad de género se apoya fácilmente en la teoría, pero es más difícil de perseguir en la práctica» (Richardson *et al.*, 2018, p. 139, tp.). En el caso del zika, los sesgos de género en las políticas han tenido impactos dramáticos para las criaturas infectadas intra-útero, sus madres, familias y comunidades afectadas, particularmente dentro de los grupos poblacionales subalternizados (Arenas *et al.*, 2017; González Vélez & Diniz, 2016; Gurman *et al.*, 2020; Löwy, 2019; PNUD & FICR, 2017; Richardson *et al.*, 2018).

En esta misma línea de investigación prosiguen actualmente las investigaciones afanadas en mostrar los impactos profundamente desiguales de género, raza y clase social que está generando la actual pandemia del COVID-19, ampliando la desigualdad social (Brosemer *et al.*, 2020; Chiriboga *et al.*, 2020; Fortuna *et al.*, 2020; Lee & Kim, 2020; Wenham *et al.*, 2020). En particular, aunque la investigación clínica no ha encontrado en este caso una mayor vulnerabilidad de las mujeres y criaturas durante el epcp a la infección por el Coronavirus SARS-CoV-2, ni tampoco (por el momento) una morbimortalidad mayor, las políticas puestas en marcha para frenar a la expansión del virus —en particular, las medidas de aislamiento a las mujeres embarazadas que contrarían las prácticas de atención y cuidados basadas en MBE— están impactando de forma crucial en la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las criaturas que están naciendo en el curso de la pandemia (Kajdy *et al.*, 2020; Lalor *et al.*, 2021; Sadler *et al.*, 2020; Topalidou *et al.*, 2020).

Ante ambos fenómenos epidemiológicos, los análisis pragmáticos de las políticas han mostrado las ventajas del paradigma pragmatista de investigación y acción pública —en el que se enmarca *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...*— para exponer los sesgos de género, raciales y clasistas que subyacen en las respuestas de política pública a estos fenómenos, y la fragilidad con la que los actores sociopolíticos interiorizan y aplican el principio de equidad de género y de equidad social (Castilhos & Almeida, 2020; Cernadas Fonsalías *et al.*, 2020; Goren *et al.*, 2020; Gressick *et al.*, 2019; Osorio Rauld & Reig Cruañes, 2020; Rojas, 2020).

En cuanto a *La episiotomía como práctica cultural de género...*, esta publicación ahonda desde la perspectiva biopsicosocial en los análisis del carácter ritual y mutilador de esta cirugía obstétrica menor —iniciados por la socióloga Franca Pizzini (1989), la antropóloga Davis-Floyd (1994), la educadora perinatal Hency Goer (1995) y el obstetra Marsden Wagner (1999)—, la que constituye una práctica característica del modelo de atención erigido sobre el paradigma *tecnocrático* de atención durante el parto teorizado por Davis-Floyd (1994, 2001; ver también Aguiar *et al.*, 2020; Clesse, 2018; Clesse *et al.*, 2018a, 2019; Diniz & Chacham, 2004; Pizzini, 1989; Reed *et al.*, 2017; Wagner, 2001). En esta investigación, el análisis se centra en los impactos de esta práctica cultural para la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres desde las perspectivas interseccional y decolonial, de plena vigencia en la investigación feminista latinoamericana y de importancia central en el escenario sociopolítico internacional.

Dos publicaciones recientes han facilitado nuevos datos en esta línea de investigación, ahondando en los significados de la episiotomía para las mujeres en China (He *et al.*, 2020) y para el personal de salud en Brasil (Aguiar *et al.*, 2020), destacando ambos estudios los significados sexuales de la práctica. Aguiar *et al.* (2020) encuentran que el personal de salud en Brasil la percibe como una forma de protección a los genitales de la mujer:

«en una primigesta en este caso, es necesario hacerlo porque [el parto] destruye a las niñas ¿sabes?, es un maltrato cuando no se hace» (p. 138).

Un testimonio de observación participante (Anexo A, párr. 18) recoge este significado también para Nicaragua, al interpretar que esta práctica obstétrica preserva el tono muscular del periné por impedir su máxima distensión durante el parto, la que tiene lugar en el expulsivo. En relación a este aspecto, la práctica de la episiotomía rutinaria podría responder más a la finalidad de favorecer la estimulación sexual de los hombres durante el coito, que la de las mujeres, puesto que para las mujeres operadas entrevistadas en China por Siyuan He *et al.* (2020): «El fuerte dolor de la herida perineal hizo que las mujeres le temieran al sexo» y una parte de las mujeres operadas «imaginaban que la operación había “cambiado” de alguna manera su vida sexual futura», que «su vagina estaba dañada» y que «tal vez nunca se recuperaría», «habían sido “cambiadas” permanentemente por el daño sufrido en su vagina» (p. 5, tp.). Sin embargo, el déficit de investigación sobre los impactos subjetivos y psicológicos de la episiotomía en la salud mental, sexual y reproductiva de las mujeres es importante, por lo que se requieren futuras investigaciones que indaguen los impactos de esta cirugía (no basada en MBE) en la vida de las mujeres operadas.

CAPÍTULO 6. COPIA COMPLETA DE LOS ARTÍCULOS

6.1 Referencias completas

Rodrigues Ribeiro, M. A. (2018). Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 44, 399–427. <https://doi.org/10.15517/aeca.v44i0.34187>

Rodrigues Ribeiro, M. A. (2019). Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua: análisis crítico feminista. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 45, 269–296. <https://doi.org/10.15517/AECA.V45I0.39901>

Rodrigues Ribeiro, M. A. (2020). La episiotomía como práctica cultural de género: Otro caso de mutilación genital femenina. *Investigaciones Feministas*, 11(1), 77–87. <https://doi.org/10.5209/infe.63791>

6.2 Artículo I: *Análisis Exploratorio de los Cuidados al Parto en Nicaragua desde el Marco de los Derechos Sexual y Reproductivos*

Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 44: 399-427, 2018
EISSN: 2215-4175 / DOI: 10.15517/AECA.V44I0.34187

**ANÁLISIS EXPLORATORIO DE LOS CUIDADOS AL PARTO EN
NICARAGUA DESDE EL MARCO DE LOS DERECHOS SEXUALES
Y REPRODUCTIVOS**

*EXPLORATORY ANALYSIS OF CHILDBIRTH CARE IN NICARAGUA FROM
THE FRAMEWORK OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS*

María Augusta Rodríguez Ribeiro

Recibido: 04/05/2018 - Aceptado: 18/05/2018

Resumen

Con el objetivo de explorar la calidad de los cuidados al parto y el ejercicio de violencia obstétrica durante el parto, esta investigación analizó experiencias de parto recogidas a través de un cuestionario aplicado en 2013 a 24 mujeres. A través de los indicadores analizados, se comprueba cómo los cuidados al parto siguen sin incorporar los máximos estándares de calidad, ignorando la evidencia científica y violando los derechos a la salud de las mujeres: el 89 % de las participantes declaró no haber ejercido el consentimiento informado. Este estudio confirma el incumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención al parto y la violación de los derechos humanos de las mujeres cuando paren en Nicaragua.

Palabras clave: Violencia obstétrica; tasa de cesáreas; cuidados al parto; derechos sexuales y reproductivos; experiencias de parto.

Abstract

With the objective of exploring the quality of delivery care and the exercise of obstetric violence during childbirth, this research analyzed women's delivery experiences. The primary data were collected through a questionnaire applied in 2013 to 24 women. Through the analyzed indicators, it is verified that the care during labor and delivery still do not incorporate the quality standards, ignoring the scientific evidence and violating women's health rights: 89 % declared not having exercised the informed consent. This study confirms the unsatisfactory fulfillment of the recommendations of the WHO for the care of childbirth and the violation of the human rights of the women in the framework of the care of the childbirth in Nicaragua.

Keywords: Obstetric violence; cesarean rates; delivery care; sexual and reproductive rights; childbirth experiences.

Introducción¹

Entre las dificultades de las mujeres para acceder a un desarrollo humano pleno en el siglo XXI, muchos países siguen tropezando con la misma piedra: el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (en adelante DSR). Nicaragua no es una excepción. En el punto de mira político, académico y social, las cifras de mortalidad materna, la prohibición absoluta del aborto y la problemática de los embarazos adolescentes son temas habituales y de gran controversia en el debate social.

Así mismo, para los especialistas en salud materna son bien conocidas las sobretasas de cesáreas de Nicaragua, presentes en todos los sistemas de atención que forman parte del sistema nacional de salud. Si la tasa normal de cesáreas oscila entre el 5 por ciento y el 15 por ciento a nivel poblacional (Gibbons *et al.* 9), en Nicaragua las tasas más contenidas –las que ofrece el sistema público del sector salud– oscilaron entre el 26 por ciento y el 34 por ciento en el periodo 2006-2012 (Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE), 2013). Cada cierto tiempo, la prensa nacional señala que las tasas de cesáreas siguen siendo muy superiores a las orientadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Desde el ámbito clínico, en Nicaragua este fenómeno ha sido relacionado con una supuesta mayor demanda por parte de las mujeres y con la existencia de un esquema de incentivos perverso que conduce a un incremento de los ingresos financieros de los actores privados y a la ineficacia en la gestión del gasto público. Por el contrario, es poco habitual que los actores implicados se detengan en el análisis del problema que se esconde detrás de la sobretasa de cesáreas: el ejercicio de los DSR de las mujeres directamente vinculados con la vivencia de la maternidad.

En este artículo presento los resultados y conclusiones de una investigación que profundiza en las causas que vendrían a explicar la sobretasa de cesáreas desde la perspectiva de las mujeres con experiencias de parto y cesárea. La investigación, de carácter exploratorio, se llevó a cabo con el objetivo de analizar la calidad de los cuidados que reciben las mujeres durante el parto y la cesárea dentro del sistema de salud de Nicaragua.²

Antecedentes

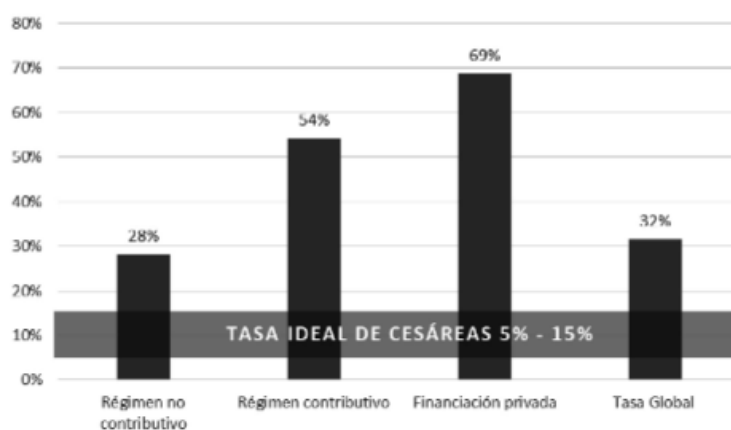
Comportamiento de la tasa de cesáreas en Nicaragua como indicador de calidad y resultado de la atención al parto

Como se ha apuntado anteriormente, a nivel poblacional los mejores resultados, en términos de mortalidad y morbilidad materna y neonatal, se observan cuando la tasa de cesáreas oscila entre el 5 por ciento y el 15 por ciento. Cuando los partos por cesárea son superiores al 15 por ciento o inferiores al 5 por ciento, es indicativo de que

en el sector salud existen factores (relacionados con la práctica clínica o no) que están impactando negativamente sobre la calidad de los cuidados a la salud durante el parto y sobre los resultados en términos de salud materna y neonatal (Villaverde 31).

En Nicaragua, los últimos datos disponibles de la Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) indican que, en promedio, para el periodo 2006-2012, la tasa de cesáreas alcanzó el 32 por ciento para el conjunto del sistema de salud; un 28 por ciento para el régimen no contributivo,³ un 54 por ciento para el régimen contributivo y el 69 por ciento para el régimen de financiación privada⁴ (Figura 1) (INIDE 2013). Es decir, en el mejor de los casos, la tasa de cesáreas en Nicaragua dobla a la tasa máxima esperada.

Figura 1
TASA DE CESÁREAS ENDESA POR RÉGIMEN DE FINANCIACIÓN. PROMEDIO 2006-2012



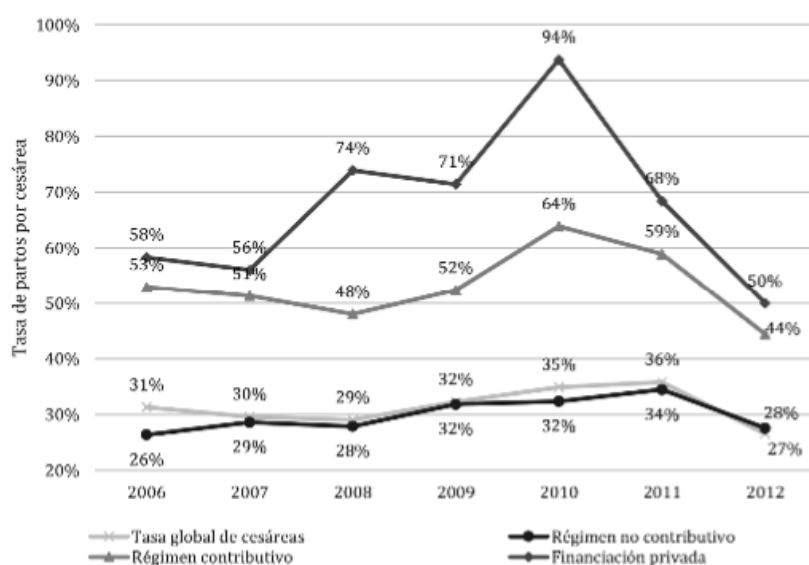
Fuente: Elaboración propia a partir de INIDE (2013).

La diferencia de tasas, según el régimen de financiación, apunta al peso de los distintos esquemas de incentivos en relación con la decisión de realizar una cesárea. Posiblemente, también muestre diferencias en el grado y en los tipos de violencia ejercida contra las mujeres durante el embarazo y en el parto.

Al analizar la evolución de la tasa en el periodo 2006-2012, se puede observar que la sobretasa de cesáreas es estructural para el sistema de salud (Figura 2). Para el régimen contributivo y el sistema de financiación privada, se observa una reducción importante en la tasa a partir del 2010, la cual podría estar relacionada con los cambios

normativos introducidos a partir del 2008, especialmente con la introducción de la Norma 042 para la Humanización del Parto Institucional (Ministerio de Salud de Nicaragua).

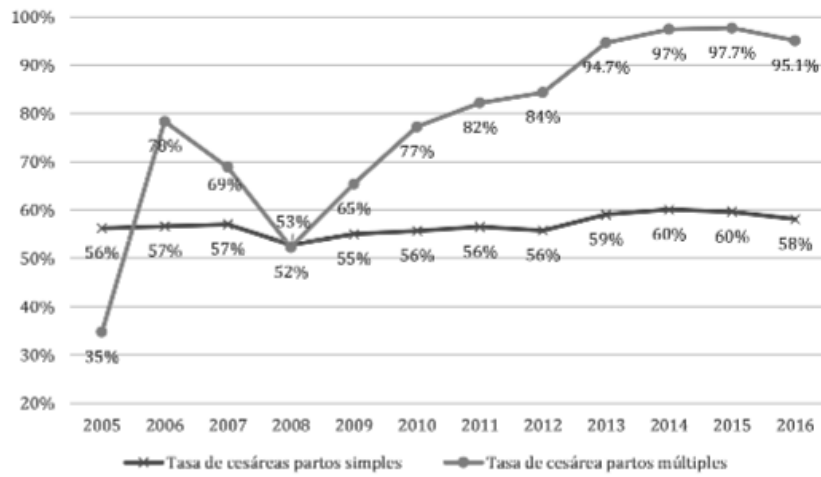
Figura 2
EVOLUCIÓN TASA DE CESÁREAS ENDESA POR RÉGIMEN DE FINANCIACIÓN.
PERIODO 2006-2012



Fuente: Elaboración propia a partir de INIDE (2013).

Sin embargo, las estadísticas que publica anualmente el Instituto Nacional de la Seguridad Social para los partos atendidos dentro del régimen contributivo (Figura 3) indican que para este régimen, el impacto de la reforma en el marco regulatorio fue reducido en cuanto a la tasa de cesáreas y no se ha sostenido en el tiempo, pues a partir del año 2012 las tasas volvieron a crecer por encima de los niveles previos al 2008.

Figura 3
EVOLUCIÓN TASA DE CESÁREAS INSS PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
POR TIPO DE PARTO. PERIODO 2005-2015



Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del INSS (2015, 2016).

En conclusión, para todos los regímenes de financiación las tasas de cesáreas son muy superiores al límite superior de la tasa ideal. Este comportamiento de la tasa de cesáreas, el cual es estructural para todo el sistema de salud, cuestiona la calidad de los cuidados al parto recibidos por las mujeres (Caño 3) e incrementa los riesgos para la salud de las mujeres y las criaturas recién nacidas: para las mujeres, la cesárea incrementa el riesgo de mortalidad materna en más del doble, además de incrementar el riesgo de sufrir complicaciones diversas, entre ellas la infección puerperal, hemorragia, tromboembolismo, lesión de órganos próximos (como la vejiga o los intestinos), histerectomía, síndrome posttraumático y depresión postparto, además de generar repercusiones negativas a largo plazo en los futuros embarazos, como un mayor riesgo de acretismo, rotura uterina, placenta previa o embarazos ectópicos (Villaverde 29; Lumbiganon 496; Coalition for Improving Maternity Services 1-3).

Para las criaturas recién nacidas, la cesárea también presenta mayores riesgos, mostrando test de Apgar con puntuaciones un 50 por ciento más bajas, un riesgo 5 veces mayor de ingreso o de necesitar asistencia respiratoria, de sufrir una lesión por el uso del bisturí o de menor prevalencia de la lactancia materna y las consecuencias negativas asociadas a ello (ídem). A largo plazo, para la criatura recién nacida, el nacimiento por

cesárea se asocia con un riesgo mayor de padecer obesidad, asma, reacciones alérgicas y autismo (Sáez 4; Odent 57; Curran *et al.* 937; Polidano *et al.* 1).

Factores causales vinculados a la sobretasa de cesáreas

Qué factores explican el comportamiento de la tasa de cesáreas en Nicaragua es un dato que actualmente se desconoce. En una investigación de tipo cualitativo realizada en el 2014 en Nicaragua, se analizaron estos factores, siendo agrupados en dos categorías: factores clínicos y no clínicos (Colomar *et al.* 2384). En este estudio, en el cual participaron 17 especialistas en activo en obstetricia o ginecología y 9 personas con responsabilidades en la toma de decisiones en el sector salud, se identificaron una gran variedad de factores no clínicos que están presionando al alza la tasa de cesáreas, entre los que destacaron los factores culturales. El equipo de investigación verificó en esta población de estudio la permanencia de la creencia según la cual la sobretasa de cesáreas está vinculada con los factores económicos y la presión que ejercen las mujeres y sus familias para que los nacimientos tengan lugar por cesárea. Sin embargo, el estudio no incorporó las percepciones ni las experiencias de las mujeres, ni tampoco analizó la tasa de cesáreas en relación con la calidad de los cuidados al parto, por lo que sus conclusiones no permiten entender el problema de la sobretasa de cesáreas en su globalidad.

En relación a los factores clínicos, los estudios médicos indican que en la actualidad, el diagnóstico de prolongación o detención de la primera y segunda fases del parto (dilatación y expulsivo) están entre las indicaciones principales para la cesárea primaria (OMS 2015 3), siendo la primera indicación para la cesárea no programada en EE. UU. (Dekker 1-2). En su guía de cuidados al parto normal de 1996, la OMS vinculaba el fracaso en el progreso de parto con los cuidados inadecuados facilitados a las mujeres. Los cuidados inadecuados o de baja calidad empeoran la experiencia de las mujeres, lo que interfiere en el trabajo de parto, prolongándolo y desencadenando lo que se conoce como “cascada del intervencionismo” (OMS 1996 19), donde el último escalafón es la cesárea. Cabe preguntarse, por tanto, ¿qué cuidados inadecuados están afectando la experiencia de parto de las mujeres en Nicaragua, perjudicando la fisiología del parto y presionando al alza las tasas de cesáreas?

Por su parte, en el año 2014, la OMS emitió una declaración donde se reconocía que la situación en relación con el ejercicio de los derechos humanos (DDHH) de las mujeres durante el parto era alarmante y donde se instaba a investigar en profundidad la violencia obstétrica, cómo prevenirla y cómo erradicarla.

En particular, los DSR⁵ son sistemáticamente vulnerados durante el parto a través de distintas formas de violencia (institucional, verbal, física o simbólica), ya que dentro del modelo actual de atención al parto institucional (hegemónico en la mayor parte de los países del mundo), el ejercicio de estos derechos durante el parto se revela

imposible para las mujeres. “Dado que el placer es un aspecto intrínseco de la sexualidad, el derecho a buscarlo, expresarlo y a determinar cuándo experimentarlo no debe ser negado a persona alguna” (Sharpe principio n.º 4). A través de la autonomía individual y relacional, el placer se hace posible también durante el parto, un espacio para la expresión de la sexualidad no falocéntrica ni heterosexista (Massó 522). Sin embargo, dentro del modelo actual, la imposición de protocolos hospitalarios a las mujeres durante sus partos, imposibilita el ejercicio efectivo de esta autonomía, por lo que en la práctica se impide el ejercicio del derecho al placer.

La sobretasa de cesáreas también está vinculada con la violencia contra las mujeres durante el parto: más allá de las cesáreas innecesarias que son llevadas a cabo por incentivos económicos (Arrieta y Oneto 27, 32) y que son una expresión clara de violencia obstétrica, hay cesáreas de urgencia que terminan siendo necesarias a consecuencia de otras expresiones de la violencia obstétrica, como la administración inadecuada de oxitocina sintética, la percepción de encontrarse en un entorno inseguro, la no facilitación de información oportuna para el autocuidado durante el parto, la privación de apoyo emocional durante todo el parto o en alguna de sus fases o la misma construcción social del parto como un evento de riesgo.

Las distintas manifestaciones de violencia obstétrica interfieren de forma negativa en la salud del parto (Olza 5; Fernández 114-117; Odent 2004 27) afectando la segregación de oxitocina endógena, hormona que se produce principalmente en el hipotálamo y que es crucial para el desarrollo de las contracciones uterinas que posibilitan un parto saludable (Alba *et al.* 27-28; Olza 5). Por tanto, la actual sobretasa de cesáreas en el sistema de salud debe ser estudiada también en relación a la violencia obstétrica que experimentan las mujeres en el marco de la atención al parto realizado dentro de la institución hospitalaria (Hodges 9).

Metodología

Nicaragua no cuenta con estudios donde se vinculen la tasa de cesáreas y la calidad de la atención al parto desde la óptica de las experiencias de las mujeres que han vivido un parto. Es posible encontrar estudios realizados a partir de las historias clínicas y de las percepciones de profesionales y gestores del sector salud (Colomar *et al.* 2384; Narváez 23). Sin embargo, estos trabajos no ofrecen información sobre prácticas inadecuadas que podrían estar presionando al alza la tasa de cesáreas y que parecen estar presentes de forma habitual en la atención al parto institucional. Así lo sugieren entrevistas informales que he mantenido con mujeres con experiencias de parto, con obstetras y con enfermeras. Frecuentemente, las mujeres con experiencias de parto señalan en estas entrevistas haber sufrido tactos traumáticos, procedimientos no consentidos (como la maniobra de Kristeller o la maniobra de Hamilton)⁶ y desprecio hacia ellas o sus acompañantes.

Con la finalidad de revelar la presencia de estas y otras prácticas inadecuadas en la atención al parto, el diseño de esta investigación de tipo exploratorio toma las experiencias de parto y de cesárea de las mujeres como objeto de estudio. El diseño metodológico es de tipo mixto, recopilando datos de tipo cuantitativo y cualitativo. En correspondencia con su naturaleza exploratoria, el tamaño muestral no ofrece resultados estadísticamente significativos a nivel poblacional.

Objetivos general y específicos

El objetivo general de este estudio es explorar la calidad de los cuidados facilitados durante el parto y la cesárea a mujeres residentes en las áreas urbanas de la costa pacífica de Nicaragua. Al respecto, considero el nacimiento puede tener lugar por dos vías distintas:

Parto: Evento fisiológico donde la mujer pare un bebé, este es desplazado debido a la acción de contracciones desde el útero hacia el exterior, a través del cuello uterino y del canal vaginal. Si la mujer adopta una postura fisiológica cuando está pariendo, la gravedad también facilita el desplazamiento del bebé hacia el exterior. El parto es, por tanto, un evento propio de las mujeres y, per se, solo puede ser vaginal.

Cesárea (urgente o programada): El nacimiento se produce a través del abdomen, mediante una cirugía mayor donde se realiza una incisión sobre la pared abdominal y sobre el útero.

Para lograr el objetivo general del estudio, se plantearon cuatro objetivos específicos:

- Obtener una valoración de los cuidados al parto de acuerdo con las experiencias de parto o cesárea de mujeres residentes en las áreas urbanas de la costa pacífica de Nicaragua.
- Estudiar la tasa de cesáreas de la muestra en relación con la tasa ideal de cesáreas, tomando esta tasa como un indicador de resultado y de calidad de los cuidados recibidos durante el parto.
- Verificar en la muestra estudiada la aplicación de las recomendaciones de la OMS para los cuidados al parto.
- Valorar el cumplimiento del derecho al consentimiento informado de las mujeres participantes en relación a los cuidados recibidos durante el parto.

Mujeres participantes en el estudio

Los datos analizados fueron obtenidos a través de un cuestionario aplicado en mayo del 2013 a 24 mujeres que habían tenido una experiencia de parto o cesárea entre el 2008 y el 2013. El 63 por ciento de los nacimientos tuvieron lugar en Managua

y el 29 por ciento en otras cabeceras departamentales. El 8 por ciento de las mujeres no ofreció este dato. Todos los nacimientos se produjeron en instituciones hospitalarias.

En relación a su caracterización socioeconómica, dieciocho de las participantes eran profesionales, tres ejercían actividades no cualificadas, 1 era estudiante y una mujer no ofreció este dato. Veinte mujeres contaban con una edad comprendida entre 20 y 30 años en el momento del nacimiento del bebé y cuatro presentaban entre 31 y 35 años. El 79 por ciento (19 mujeres) no habían parido ni se había sometido a una cesárea con anterioridad.

Figura 4
CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Las participantes fueron identificadas a partir de la técnica de bola de nieve. El tamaño muestral quedó definido por el número de mujeres que decidieron participar en el estudio, cerrando la fase de recogida de datos dos meses después de su inicio. En total participaron 32 mujeres, que tras la depuración de la base de datos, determinó un tamaño muestral de 24 casos.

Para que las mujeres pudiesen ejercer su derecho al consentimiento informado, en el instrumento de recogida de información se indicó que la colaboración en el estudio era completamente voluntaria y se explicó su finalidad, proporcionando medios de contacto adicionales para obtener más información al respecto, si fuese necesario. El compromiso con el tratamiento confidencial de los datos fue establecido expresamente a través de este mismo instrumento.

Instrumento de recolección de información

Como instrumento de recogida de información se elaboró un cuestionario con dieciocho ítems para describir los cuidados recibidos, más siete ítems para caracterizar la muestra y obtener variables de control. De los dieciocho ítems, quince de ellos eran preguntas cerradas tipo test para recabar datos sobre el seguimiento de las recomendaciones de la OMS para los cuidados al parto. Se integró una pregunta semiabierta para describir la posición usada durante el expulsivo, y dos preguntas abiertas para valorar la experiencia de parto o cesárea, solicitando a las participantes una relación de los aspectos que les hubiese gustado cambiar en los cuidados recibidos. De acuerdo con este cuestionario se construyeron 23 variables cuantitativas (21 nominales y 2 ordinales).

Las participantes entregaron el cuestionario por escrito. Con la finalidad de velar por la adecuada comprensión del cuestionario, este instrumento fue sometido a la revisión de dos personas no especializadas en cuidados al parto.

Análisis de los datos

Análisis de la aplicación de las recomendaciones para la atención al parto

El análisis de la aplicación de las recomendaciones de la OMS para los cuidados al parto se realizó comparando los cuidados recibidos por las participantes en el estudio contra una selección de cuidados orientados por la OMS. Este análisis se realizó a través de 11 indicadores contruidos al efecto, comparando el valor observado en la muestra contra el estándar recomendado. Los indicadores seleccionados para efectuar este análisis comparativo fueron los siguientes:

1. Tasa de cesáreas global, distinguiendo por tipo de cesárea (urgente o programada) y por la condición de nacimientos previos.
2. Porcentaje de mujeres con experiencia de parto o nacimiento por cesárea urgente con libertad de movimiento durante la dilatación.
3. Porcentaje de mujeres con experiencia de parto que no parieron en decúbito supino.⁷
4. Porcentaje de mujeres con experiencia de parto que ingirieron líquidos durante la dilatación.
5. Porcentaje de mujeres con experiencia de parto a las que se le aplicó un enema.
6. Porcentaje de mujeres con experiencia de parto a las que se le realizó una episiotomía.
7. Porcentaje de mujeres que sufrieron maniobra de Kristeller, distinguiendo por tipo de nacimiento (parto o cesárea urgente).
8. Porcentaje de mujeres que practicaron el apego precoz.

9. Porcentaje de mujeres acompañadas por un familiar u otro acompañante elegido.
10. Porcentaje de mujeres que se sintieron cómodas y tratadas con calidez durante el parto.
11. Porcentaje de mujeres que declararon haber ejercido el consentimiento informado de los cuidados recibidos.

La selección de los cuidados a analizar se realizó tomando como referencia las orientaciones emitidas por la OMS a través de la “Declaración de Fortaleza sobre las Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento” (1985), y a través del documento “Cuidados en el parto normal: una guía práctica” (1996).

Cuando estos documentos no abordaron con claridad suficiente un cuidado o práctica, o no establecieron un estándar para el indicador, se recurrió a las recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto (2015) y a las Normativas 042, 077, 109, 030 y 111 del Ministerio de Salud de Nicaragua (2008, 2010a, 2010b, 2011, 2013). Parte de los cuidados analizados son propios de las competencias del personal de salud y otros deben ser facilitados por todas las personas cuidadoras presentes en el nacimiento, ya sea familiar o profesional de la salud.

Hay indicadores, como es el caso de la tasa de episiotomías, cuyo cálculo es pertinente solo si se estableció trabajo de parto. En estos casos, he asumido que en todas las cesáreas urgentes siempre se estableció trabajo de parto.

Análisis de las experiencias de las mujeres en la atención al parto

Los datos recogidos en relación a la vivencia del parto fueron analizados aplicando la técnica del análisis del contenido, identificando 5 categorías y 27 temas relacionados con la calidad de los cuidados al parto (Tabla 1). El análisis de los resultados se realizó clasificando la información en dos secciones:

Prácticas que dañan: prácticas que fueron realizadas y que fueron valoradas como negativas o lesivas por las mujeres participantes.

Prácticas que cuidan: cuidados valorados como positivos por las mujeres durante el parto, algunos de los cuales se llevaron a cabo y otros no.

Tabla 1
CATEGORÍAS Y TEMAS IDENTIFICADOS A TRAVÉS DE LA TÉCNICA DEL ANÁLISIS
DEL CONTENIDO

Calidad cuidados	Déficit de cuidados x profesionales- abandono Inadecuados por no incorporar información aportada por la mujer Mix de cuidados en las cesáreas- cuello de botella Trato deshumanizado Tactos inadecuados (demasiado frecuentes/varias personas) Separación madre-bebé Importancia del apoyo afectivo No libertad de movimientos Conducción Inducción Enema No uniformidad en el proceso de atención Maniobra kristeller
Condiciones para los cuidados	Medios mejorables RRHH escasos
Consentimiento informado	Falta del deber de informar No participación de la mujer en las decisiones sobre los cuidados No respeto a la decisión de la mujer Falta del deber de informar adecuadamente o negligencia
Impactos a largo plazo	Miedo al parto
Valoración global de los cuidados	Muy negativa/traumática Muy positiva Negativa No satisfactoria No uniforme Positiva Positiva con matices

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Evaluación de la aplicación de las recomendaciones para los cuidados al parto: Análisis de los indicadores de atención al parto

Vía del nacimiento

El análisis de los resultados cuantitativos inicia con el examen de la tasa de cesáreas en la muestra estudiada, dado su uso como indicador de resultado y de calidad de los cuidados al parto. La tasa global de cesáreas de la muestra alcanzó

el 63 por ciento, muy alejado del umbral máximo de la tasa ideal de cesáreas recomendada por la OMS (Tabla 2), establecido entre el 10 por ciento y el 15 por ciento (OM Declaración 3-4). Esta tasa en la muestra estudiada es similar a la tasa promedio registrada para el régimen de salud de financiación privada en el periodo 2006-2012 (69 por ciento) (INIDE 2013), así como para el régimen contributivo en el 2016 (58 por ciento) (Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)).

Tabla 2
TASA DE CESÁREA MUESTRAL

Indicador	Subindicadores		Estándar	Resultado muestral		
Tasa de cesáreas global (24 partos)	Primíparas (19 partos)	Cesáreas urgentes	5 % ≤ Tasa ideal de cesáreas ≤ 15 %	63 %	63 %	47 %
		Cesáreas programadas				16 %
	Múltiparas (5 partos)	Cesáreas urgentes			20 %	
		Cesáreas programadas			40 %	

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio. Nota: De las 24 participantes, 9 tuvieron experiencias de parto y 13 tuvieron cesáreas.

En las mujeres primíparas (sin partos anteriores), la tasa de cesáreas es también del 63 por ciento. Debido a la pervivencia en la práctica obstétrica del mito “una vez cesárea, siempre cesárea”, este dato es especialmente alarmante, ya que en la práctica supone una indicación absoluta de cesárea para las mujeres con una cesárea previa. Esta máxima fue enunciada en 1916 por Edwin Cragin para advertir sobre la necesidad de evaluar concienzudamente la necesidad de una primera cesárea, dadas las limitaciones de la ciencia médica de la época –sin acceso a antibióticos ni a transfusiones y con cuidados anestésicos e higiénicos muy deficientes– y dados los riesgos mayores que suponía la técnica quirúrgica utilizada en aquel entonces, que era la de la cesárea clásica o vertical (Cunningham 609). Muy pocas cesáreas se hacen en la actualidad usando esta técnica, indicada solamente en situaciones muy específicas. Es evidente además que los recursos y las técnicas de la medicina han evolucionado increíblemente en el último siglo, por lo que la “advertencia” de Edwin Cragin ha dejado de tener sentido.

Sin embargo, en Nicaragua se ha instalado como un mito en la práctica obstétrica, y cada año miles de mujeres siguen siendo innecesariamente sometidas a cesárea. Muestra de ello es el alto porcentaje de mujeres con cesáreas programadas entre las múltiparas: posiblemente, gran parte de estas mujeres tengan una cesárea previa. Así consta también en las conclusiones del estudio llevado a cabo por Alexis Narváez, según el cual la cesárea previa fue la indicación más frecuente para realizar cesárea

en el Hospital Bertha Calderón⁸ en el 2014, alcanzando el 35 por ciento de las cesáreas totales (29) y el 16 por ciento de los nacimientos totales.

En contraste, organismos rectores de la práctica obstétrica en distintos países,⁹ concuerdan en que el Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC) planificado es una opción segura para la mayoría de las mujeres con un historial de cesárea en el segmento inferior del útero.¹⁰

En relación a la oxitocina sintética, tanto los datos recogidos por esta muestra, como el estudio de Alexis Narváez nos indican que su uso es habitual durante el trabajo de parto en Nicaragua: el 67 por ciento de las mujeres participantes con partos fueron medicadas con oxitocina sintética, mientras que en el estudio de Narváez el porcentaje sube hasta el 94 por ciento (29). Además, al 64 por ciento de las mujeres participantes con partos o con cesárea urgente indicaron que los profesionales de salud les rompieron las membranas de forma artificial. La práctica rutinaria de la administración de oxitocina sintética y de la rotura artificial de membranas amnióticas están contraindicadas como medida de prevención del retraso en el trabajo de parto (OMS 2015 17, 20).¹¹ El cuestionario aplicado en este estudio no facilitaba elementos suficientes para valorar si la aplicación de estos procedimientos fue indicada de forma correcta o si se realizaron de manera rutinaria, por lo que no se pueden expresar conclusiones al respecto. Sin embargo, tanto los datos recogidos en esta muestra como los recogidos a través del estudio de Narváez, ponen en cuestión la justificación de estas prácticas.

Sumado a lo anterior, es necesario señalar que el 35 por ciento de las participantes con partos y nacimientos por cesárea urgente no sabían si les habían administrado oxitocina sintética, lo que sugiere la posibilidad de una violación de los derechos a la salud de estas mujeres, al no ser correctamente informadas sobre las prácticas realizadas.

Libertad de movimiento e ingesta de líquidos en la dilatación. Libertad de posición en el expulsivo

En sus recomendaciones para los cuidados al parto normal, la OMS indica que se debe promover y permitir la movilidad de la mujer y la ingesta de líquidos durante la fase de dilatación. También indica que la posición de litotomía (tumbada boca arriba) es la peor para parir por ser la posición que más dificulta el expulsivo (1996 37, 17, 50).

Por el contrario, en la Tabla 3 se observa como ninguna de estas recomendaciones se aplicó de forma satisfactoria en los partos de estas mujeres, siendo el indicador referido a la posición durante el expulsivo, el que presenta el valor más bajo: solo una de cada cuatro mujeres parió en un postura propicia para la fisiología del parto. Además, al 40 por ciento de las mujeres se les restringió el movimiento, y solo el 40 por ciento pudo beber líquidos durante el periodo de dilatación.

Tabla 3
LIBERTAD DE MOVIMIENTO E INGESTA DE LÍQUIDOS EN LA DILATACIÓN.
LIBERTAD DE POSICIÓN EN EL EXPULSIVO

Indicador	Estándar	Resultado muestral
Porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal o cesárea urgente con libertad de movimiento durante la dilatación	100 %	58 %
Porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal que no parieron en posición de litotomía	100 %	25 %
Porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal que ingirieron líquidos durante la dilatación	100 %	38 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Enema, episiotomía y maniobra de Kristeller

El análisis de estos indicadores pone de manifiesto la persistencia de prácticas en la atención al parto sin evidencia científica que las avale, generando perjuicios y riesgos para la mujer o la criatura recién nacida.

Tabla 4
ENEMA, EPISIOTOMÍA Y MANIOBRA DE KRISTELLER

Indicadores	Subindicadores	Estándar	Resultado muestral
Porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal a las que se le aplicó un enema		0 %	20 %
Porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal a las que se le realizó una episiotomía		8 % ≤ Tasa episiotomías selectivas ≤ 30 %	88 %
Porcentaje de mujeres con parto por vía vaginal o cesárea urgente con maniobra de Kristeller	Partos por vía vaginal		44 %
	Partos por cesárea urgente	0 %	22 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Ya en 1996, la OMS indicaba que la aplicación rutinaria de enema era claramente perjudicial o ineficaz (68). Sin embargo, se le aplicó este procedimiento a una de cada

cinco mujeres con experiencia de parto. Resta saber, cuántas de ellas estuvieron conformes con su aplicación.

En relación a la episiotomía, esta es una práctica de cirugía menor en la que se realiza una incisión sobre el perineo de la mujer (entre la vagina y el ano) durante el trabajo de parto, con la finalidad de agrandar el canal vaginal. La episiotomía incrementa la morbilidad materna, aumentando el riesgo de sufrir desgarros en el suelo pélvico de III y IV grado (Landy *et al.*; Hartmann *et al.*). Esta cirugía fue realizada a 9 de cada 10 mujeres con experiencias de parto, lo que evidencia que se trata de una práctica rutinaria por parte del personal del sector salud. Ello contraviene la evidencia científica, que orienta la práctica de la episiotomía de forma selectiva,¹² fijando el estándar entre el 10 por ciento y el 20 por ciento de los partos (OMS 1996 55; Wagner 7), muy alejado del valor registrado en esta muestra.

Por último, vemos también una brecha importante entre el estándar para el indicador de la maniobra de Kristeller, cuya práctica no está respaldada por la evidencia científica, y el valor que este indicador alcanzó en la muestra estudiada: el 33 por ciento de las mujeres con trabajo de parto sufrió esta práctica, de este porcentaje el 44 por ciento para las mujeres con experiencias de parto y del 22 por ciento para las mujeres con cesárea urgente. Esta maniobra ha sido prohibida legalmente en el Reino Unido, Chile y Alemania, debido a los graves riesgos que supone para la salud de la madre (entre ellos rotura uterina, hemorragia y fractura costal) y de la criatura recién nacida (lesiones de órganos internos, hipoxia y parálisis de Erb, entre otros) (Campos 23; Asociación El Parto es Nuestro 1).

Apego precoz, acompañamiento y calidez

El término apego precoz no cuenta con una definición consensuada a nivel interinstitucional, siendo tal vez la más aceptada la definición adoptada por la Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (iHan). Este programa de la UNICEF y la OMS lo define como un cuidado a la salud en el que se coloca a la criatura recién nacida en contacto directo piel con piel con su madre, inmediatamente después del parto y de forma ininterrumpida por lo menos durante una hora (iHan 2016 4). Otros organismos señalan un contacto mínimo de dos horas (MINSA Normativa 108 40).

Además de ser una práctica que cuida (es decir, un cuidado) altamente recomendada por la OMS (1996 23) y con claras evidencias científicas a su favor, el apego precoz es un derecho de las niñas y los niños reconocido en el artículo 9.1 de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CDN), según el cual las criaturas recién nacidas no deben ser separadas de sus madres contra la voluntad de estas.¹³

A pesar de ello, en la muestra estudiada solo la mitad de las mujeres recibieron este cuidado durante el parto (Tabla 5). Como era de esperar, los porcentajes más

altos de apego precoz se dieron en las experiencias de parto, no encontrándose ningún caso de cesárea programada con práctica de apego precoz.

Según los datos muestrales, el 50 por ciento de las mujeres con experiencias de parto por cesárea urgente declararon haber tenido contacto piel con piel con su bebé. Sin embargo, entrevistas informales mantenidas con mujeres con experiencias de cesárea urgente que no participaron en este estudio, sugieren la posibilidad de que este valor no esté reflejando la práctica habitual durante este procedimiento quirúrgico. Es posible que la imprecisión del término “piel con piel” y la falta de una definición más detallada dentro del cuestionario hayan conducido a sobredimensionar este subindicador.

Tabla 5
APEGO PRECOZ, ACOMPAÑAMIENTO Y CALIDEZ

Indicador	Subindicadores	Estándar	Resultado muestral	
Porcentaje de mujeres que practicaron el apego precoz	Vía vaginal	100 %	50 %	78 %
	Cesárea urgente			50 %
	Cesárea programada			0 %
Porcentaje de mujeres acompañadas por un familiar u otro acompañante elegido	Vía vaginal	100 %	78%	86 %
	Cesárea urgente			75 %
	Cesárea programada			67 %
Porcentaje de Mujeres que se sintieron cómodas y tratadas con calidez durante el parto		100 %		100 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

El acompañamiento de personas integradas en las redes familiares o comunitarias de la mujer es otra de las recomendaciones de la OMS (1996 23). Entre las mujeres de la muestra que solicitaron apoyo familiar o social durante el parto o la cesárea, una de cada cuatro no pudo ejercer el derecho a recibir este tipo de cuidados no profesionales. Nuevamente, se observa que en los nacimientos por cesárea la implementación de las recomendaciones estudiadas es menos frecuente. Así mismo, destaca que el 25 por ciento de las mujeres no solicitase el apoyo de acompañantes no profesionales. Este estudio no recogió datos suficientes para explicar este hallazgo.

Desde un punto de vista más comprehensivo, esta recomendación se erige además como uno de los pilares de la atención al parto, puesto que el parto forma parte de la sexualidad de las mujeres, siendo una parte de su vida privada y familiar, por lo que es su derecho decidir sobre las prácticas y conductas sexuales que desean realizar

durante el mismo, tanto a nivel individual como relacional. Esto quiere decir que las mujeres tienen derecho a decidir qué personas quieren que participen en sus partos. El derecho a la libertad sexual abarca tanto la capacidad de decidir cómo vivir nuestra sexualidad, como con qué personas experimentarla (Federación Internacional de Planificación de la Familia art 4, 5, 7).

Desde los aportes de la ética de los cuidados a la ética biomédica, el principio de la autonomía se enfoca desde una perspectiva más amplia, en la que los vínculos relacionales son de especial importancia para la vivencia del parto: la concepción liberal del sujeto independiente, de la que emana el concepto de autonomía procedente del mundo anglosajón, no facilita la implementación de medidas que permitan establecer una relación satisfactoria entre el personal de salud y las mujeres que están pariendo, pues cuando estas son aisladas de su contexto familiar y social dentro de la institución hospitalaria, son privadas de los vínculos relacionales que precisamente les confieren la autonomía necesaria para transitar con confianza por este periodo vital en el que la vulnerabilidad –cualidad intrínseca a la naturaleza humana– se hace especialmente presente (Delgado 2012 29-32, 2017 98; Feito 2011 1, 5-6). El entendimiento de la atención al parto desde el enfoque de la autonomía relacional, permite comprender mejor como la privación o limitación del apoyo familiar y social durante el parto, acrecienta la vulnerabilidad de las mujeres dentro del entorno hospitalario, pues “lo que realmente hace posible la autonomía no es la separación de los demás, sino más bien las relaciones, los vínculos” (Delgado 2012 28).

Además de las dimensiones materiales y morales del cuidado, también su dimensión afectiva o emocional nos impela a integrar el apoyo familiar y comunitario como un pilar dentro del modelo de atención al parto. La violencia que de forma implícita emana de la negación de los aspectos afectivos y emocionales de los cuidados a la salud normativizados desde el modelo biomédico de salud y el paradigma tecnocrático de atención al parto (Poblete y Valenzuela 2007 501; Cabral 2002 79-80, 2008 581), ha sido uno de los aspectos que ha motivado el nacimiento de distintos movimientos ciudadanos por la humanización de la atención al parto a nivel mundial. En el ámbito de las políticas públicas, y desde un enfoque más global, el modelo del cuidado social o *social care* ha surgido como una propuesta alternativa al actual esquema organizativo de los cuidados. Este modelo, desarrollado en sus orígenes por Mary Daly y Jane Lewis, entiende los cuidados desde una perspectiva transversal, no fragmentada y multidimensional, y considera que la responsabilidad de su provisión es tanto una responsabilidad colectiva de la sociedad como una responsabilidad moral de las personas, por lo que su sostenimiento requiere integrar todas las actividades y relaciones implicadas en el sostenimiento de las necesidades físicas y emocionales de las personas (Palomo 343, 344).

Por último, el apoyo afectivo y un ambiente cálido y agradable fomentan el bienestar físico y emocional de la mujer y mejoran la experiencia del parto (OMS 1996 67, 22).

En sintonía con los hallazgos de Michelle Sadler (2004 21-24), este estudio revela que a pesar de los déficits en el seguimiento de las recomendaciones para la atención al parto, todas las mujeres de la muestra declararon haberse sentido cómodas y tratadas con calidez durante el parto.

Consentimiento informado

Con la finalidad de crear las condiciones que permitan el ejercicio del principio de autonomía tal y como es entendido desde la ética biomédica angloamericana, se ha promovido la implementación del consentimiento informado en la relación establecida entre pacientes y personal médico. De acuerdo con la regulación de esta práctica en los artículos 8.4 y 8.8 de la Ley General de Salud (Asamblea Nacional de la República de Nicaragua 2002), en este estudio se entiende que las mujeres ejercieron su derecho al consentimiento informado cuando el personal de salud facilitó la información necesaria para comprender los riesgos e indicaciones de los tratamientos recomendados y sobre sus alternativas, y cuando su consentimiento para aplicar dichos tratamientos fue solicitado expresamente.

Los datos indican que solo un 11 por ciento de las mujeres de la muestra declararon que los cuidados y procedimientos médicos realizados fueron aplicados tras cumplir ambos requisitos (Tabla 6). Como se observa en la Tabla 6, el 58 por ciento de las mujeres indicó que se le informó sobre los cuidados y procedimientos médicos indicados, y el 68 por ciento expresó que el personal de salud solicitó su consentimiento, pero solo el 11 por ciento declaró que se habían producido ambas circunstancias al mismo tiempo, condición necesaria para entender la realización efectiva del consentimiento informado.

Tabla 6
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Indicador	Subindicadores	Estándar	Resultado muestral
Porcentaje de mujeres que declararon haber recibido los cuidados al parto bajo el consentimiento informado	Porcentaje de mujeres que declararon haber sido informadas sobre los cuidados recibidos	100 %	58 %
	Porcentaje de mujeres que declararon que su consentimiento fue solicitado		68 %

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del estudio.

Resultados cualitativos: La valoración de las mujeres sobre sus experiencias de parto

Prácticas que dañan

Dentro de las prácticas que dañan, las participantes pusieron el acento sobre todo en dos prácticas: los tactos vaginales y la maniobra de Kristeller.

Los tactos vaginales se realizan para determinar el inicio y el avance de la dilatación. La OMS pauta su realización cada cuatro horas señalando que en cualquier caso “se deben priorizar los deseos y preferencias de las mujeres reduciendo al mínimo el número total de tactos vaginales” (2015 14), pues es un procedimiento invasivo y molesto que además puede causar dolor. Dentro del marco normativo del MINSA no se encontraron orientaciones normativas al número de tactos vaginales.

Dos de las participantes se refirieron a los tactos vaginales como una práctica que habían rechazado, pero que no pudieron impedir. Una de estas mujeres (Caso 13) señaló que los tactos vaginales realizados por el personal de salud habían sido traumáticos: “Ante todo [la experiencia del nacimiento fue] dolorosa e incómoda, lo más traumático para mí fue la revisión para la dilatación que fue cada dos horas y la raquídea para la cesaría” (Caso 13). En el Caso 2, la mujer se refiere a la práctica de tactos vaginales por parte de varios miembros del personal médico, lo que contraría las buenas prácticas para la atención al parto: los tactos vaginales deben ser realizados por una sola persona ya que su utilidad para medir el avance de la dilatación está limitada por la subjetividad propia del procedimiento (FAME 1). En este caso, la mujer usó comillas para reproducir los motivos aducidos por los profesionales que la atendieron: “Durante el proceso de labor hubo intervención de varios médicos, cada uno hacia tacto para “llevar control de dilatación”” (Caso 2).

La maniobra de Kristeller⁴⁴ también fue señalada como una de las maniobras más traumáticas para las mujeres. Así lo indica una de las participantes que, dentro de la experiencia de un parto inducido, rechazó sobre todo la maniobra de Kristeller: “a pesar de que fue parto inducido, me hubiese gustado cambiar algunas cosas, principalmente la maniobra Kristeller” (Caso 20).

Una de las mujeres indicó que el trato recibido durante la fase del expulsivo había sido deshumanizante: “En el proceso de dilatación me trataron con amabilidad y respeto, pero en la sala de partos fui totalmente ignorada por doctores y enfermeras. La oxitocina y la episiotomía eran innecesarias. Tampoco me gustó que en la sala de partos fuera tratada como el objeto que trae el producto” (Caso 1).

Por su parte, una de las mujeres describió como traumática su experiencia en el marco de una cesárea programada con cesárea anterior, sin llegar a explicar el motivo: “la primera no fue así, está fue muy traumática” (Caso 22).

También se recogió un caso de abandono por parte del personal médico y de enfermería, incumpliendo su deber de cuidar a la mujer durante el parto: “las primeras 6 horas que me mandaron sola a caminar fueron dolorosas, de intranquilidad y angustia pues no había nadie diciéndome que hacer, explicándonos lo que pasaba” (Caso 8).

Prácticas que cuidan

Entre las prácticas que cuidan, el apego precoz fue considerado por las mujeres como uno de los cuidados más relevantes para vivir una experiencia de nacimiento satisfactoria: “me hubiese gustado que dejaran al bebé conmigo luego de la operación” (Caso 11), “Me hubiese gustado... [el] contacto con el bebé en cuanto salga” (Caso 1), “tardaron demasiado en enseñarme al bebé” (Caso 6).

Cuatro de las participantes (el 17 por ciento de la muestra) destacaron la importancia del apoyo emocional, tanto por parte del personal de salud como por parte de las familias: “este proceso es siempre doloroso y estresante, pero con el apoyo recibido tanto del médico que te atiende como de la familia en especial del esposo se hace menos tenso” (Caso 13), “Considero importante la compañía de la pareja o algún familiar durante el parto, decisión que debería ser respetada” (Caso 21).

En relación a la importancia del consentimiento informado

Finalmente, las participantes en este estudio indicaron que la autonomía sobre su propio cuerpo, el derecho a vivir y decidir sobre su parto y el derecho a ser informadas sobre su salud, eran esenciales para vivir el nacimiento de un bebé como una experiencia de vida positiva, siendo la vulneración de estos derechos una fuente importante de ansiedad durante el parto.

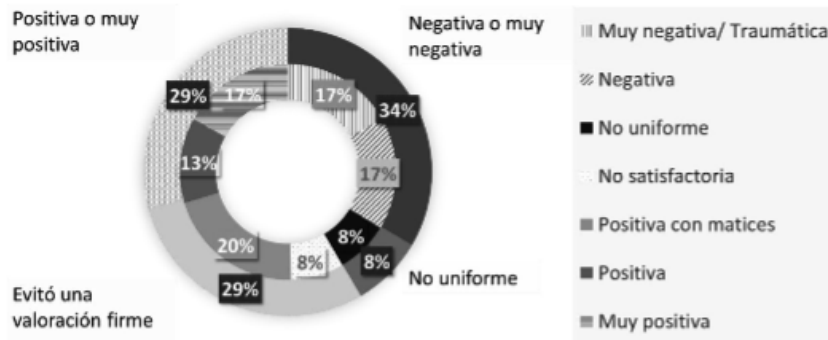
Más allá del indicador sobre el ejercicio del consentimiento informado, el cual como vimos era muy bajo, a través de las preguntas abiertas las mujeres remarcaron la imposibilidad de decidir sobre los cuidados y las prácticas realizadas durante el parto o la cesárea. En algunos casos, las mujeres indicaron que los profesionales de la salud no habían respetado sus decisiones, forzándolas a recibir prácticas que ellas habían rechazado expresamente: “Estresante, fue una cesárea y como me cubría una manta la mitad del cuerpo no sabía lo que sucedía. Lo más feo fue que al sacar al bebé uno no puede ver lo que le están haciendo los doctores antes de mostrarlo a la madre” (Caso 11), “fue una angustia saber que me iban a cesarear y ni me daban explicación del por qué” (Caso 12), “LO QUE HICIERON FUE COMUNICAR TODO A MI ESPOSO QUE ESTUVO PRESENTE, NO SENTI QUE ME PIDIERON CONSENTIMIENTO” (Caso 8),¹⁵ “Un poco traumática, porque tuve que pelear con la anestesia para no dormirme” (Caso 6).

Valoración global de la experiencia del parto

El 29 por ciento de las participantes en este estudio valoraron su experiencia de parto o cesárea como buena o muy buena y el 33 por ciento la valoró como negativa o muy negativa. Una mujer mostró indicios de sufrir trastorno de estrés postraumático: “la experiencia que tuve con la cesárea no me gusto creo que fue más tenso, doloroso y traumático tanto que me da temor tener otro bebé” (Caso 13).

El 29 por ciento de las mujeres evitó ofrecer una valoración abiertamente positiva o negativa. La metodología utilizada en esta investigación no permite comprender por qué estas mujeres no pudieron realizar una valoración firme sobre su experiencia de parto o cesárea.

Figura 5
VALORACIÓN GLOBAL DE LA EXPERIENCIA DEL PARTO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del estudio.

Por último, el 8 por ciento de las mujeres (2 mujeres) declaró que la experiencia fue irregular a lo largo de las fases del parto, siendo en un caso positiva durante la fase de dilatación y negativa durante el expulsivo, y viceversa en el otro caso.

Conclusiones

La sobretasa de cesáreas es un problema público de naturaleza multicausal vinculado con la existencia de factores que afectan gravemente al ejercicio de DSR de las mujeres.

Los resultados de esta investigación exploratoria hablan de un cumplimiento claramente insatisfactorio de las recomendaciones para los cuidados al parto emitidas

por la Declaración de Fortaleza en 1985 y por la OMS en 1996. De los 11 indicadores analizados, solo uno se cumplió satisfactoriamente y solo dos presentaron un desfase entre el estándar y el valor muestral menor al 25 por ciento.

Las mujeres que participaron en este estudio señalaron que el contacto piel con piel (entendido como la no separación de la criatura recién nacida), el apoyo afectivo y el respeto al consentimiento informado eran cuidados de gran relevancia para vivir una experiencia positiva durante el parto o la cesárea.

Los datos recogidos en relación a la falta de aplicación del consentimiento informado y a la realización de tactos vaginales traumáticos y de episiotomías rutinarias, nos indican que la violencia obstétrica fue habitual en la atención al parto de estas mujeres. Destaca asimismo la gran cantidad de mujeres que realizaron el expulsivo en posición de litotomía, que es en principio la posición menos propicia para parir. Ello hace sospechar sobre la existencia de restricciones importantes a la agencia de las mujeres para decidir en qué postura quieren parir, y sobre la extensión del control que el personal de salud realiza sobre el parto, a pesar de que ser este un proceso fisiológico propio de las mujeres.

Finalmente, menos de un tercio de las mujeres de la muestra calificaron su experiencia de parto como buena o muy buena.

Los resultados de este estudio indican que para entender los motivos que subyacen bajo la sobretasa de cesáreas en Nicaragua, es necesario estudiar los factores que inciden en la toma de decisiones sobre la vía del nacimiento, incluyendo aquellos vinculados con los aspectos sociales, culturales y políticos de la atención al parto, además de los aspectos económicos y técnicos. Para ello, considero necesario llevar a cabo una investigación con una metodología mixta que permita determinar en qué medida los cuidados al parto en Nicaragua se apegan a las recomendaciones orientadas por la OMS y qué factores están limitando la calidad de estos cuidados. Los cuidados al parto deben ser examinados desde una perspectiva cualitativa –no solo cuantitativa– analizando cómo las políticas públicas y los distintos actores presentes en el parto (mujeres con experiencias de parto o cesárea, sus familias, redes comunitarias, personal de salud, instituciones hospitalarias y medios de comunicación, entre otros) reconstruyen o limitan los preceptos culturales que afectan a la toma de decisiones sobre los cuidados al parto y la vía de nacimiento.

Este estudio debe llevarse a cabo desde la óptica de la teoría del biopoder, según la cual la relación entre pacientes y personal médico se inscribe dentro de un sistema social relacional de poder particular en el que, para el caso de la atención al parto, participa una variable fundamental en el análisis sociopolítico: el género.

En conjunto, dada la relevancia de este problema de salud pública –en especial para el bienestar de las mujeres y las criaturas recién nacidas en su sentido más amplio–, su vinculación con la mortalidad y morbilidad materna y neonatal prevenible, y su impacto social a múltiples niveles al mermar el empoderamiento de las mujeres

gestantes, se apela a la comunidad investigadora a abordar las barreras que a lo interno de cada país están limitando el acceso de las mujeres gestantes a cuidados de calidad.

Los avances logrados en otros países en materia de DSR vinculados al parto, señalan que para lograr cambios significativos en esta área, es preciso que las mujeres y las comunidades participen en el sistema de salud reclamando su derecho a recibir cuidados de calidad durante el parto. Para coadyuvar en este proceso, es necesario que la comunidad investigadora contribuya a la construcción de otros imaginarios del parto, desgranando sus significados, y facilitando el acceso de los actores sociales a este conocimiento. Esta labor, necesaria pero no suficiente para lograr el cambio social que se precisa para que las mujeres accedan a sus derechos también durante el parto, permitiría a la ciudadanía imaginar otra realidad posible, y luchar por ella.

Notas

- 1 Este estudio no hubiera sido posible sin la participación de las mujeres que participaron facilitando sus experiencias de parto y sin el apoyo de la Lic. Rebeca Benavente durante la fase de campo.
- 2 Un avance de este estudio fue presentado dentro del XV Congreso Centroamericano de Sociología, celebrado entre el 12 y el 14 de octubre del 2016 por la Asociación Centroamericana de Sociología (ACAS), en la Universidad Centroamericana, en Managua (Nicaragua).
- 3 A través del Mapa de padecimientos de salud de Nicaragua, publicado por el Ministerio de Salud de Nicaragua (<http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua>), se pueden obtener cifras sobre las altas hospitalarias realizadas por "Parto por cesárea" y por "Parto" en el 2016 y 2017: para el año 2016 esta fuente indica que se dieron 74.892 altas hospitalarias por parto y 32.445 por parto por cesárea, y 96.935 altas hospitalarias por parto y 37.290 por parto por cesárea para el 2017. No he utilizado estos datos para calcular la tasa de cesáreas pues considero que la información que los acompaña es insuficiente para construir una metodología de cálculo rigurosa. Por ejemplo, no es posible identificar si las mujeres que fueron dadas de alta por "Parto prematuro, trabajo de parto prolongado y hemorragia postparto" (la tercera causa de hospitalización de las mujeres embarazadas) o "Embarazo múltiple, desproporción cefalopélvica y polihidramnios" (séptima causa) tuvieron un parto vaginal o un nacimiento por cesárea.
- 4 Las estadísticas de ENDESA 2011/2012 (elaborada por el Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE)), nos dicen que por tipo de proveedor, la tasa promedio más alta de cesáreas para el periodo 2006-2012 se produjo en los hospitales privados, donde se situó en el 78 por ciento de los partos totales.
- 5 En el apartado 34 del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, los DSR se describen como aquellos que permiten vivir una sexualidad plena en condiciones seguras, incluyendo el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre la sexualidad (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Organización de las Naciones Unidas (ONU)).
- 6 La maniobra de Kristeller consiste en "realizar presión sobre el fondo uterino durante el expulsivo, bien con una mano, dos o el antebrazo, con el fin de acortar la duración del mismo"

expulsando el feto al exterior (Asociación el parto es nuestro 2012). Por su parte, la maniobra de Hamilton se realiza con el fin de madurar el cuello del útero para provocar el inicio del trabajo de parto y consiste en introducir un dedo dentro del orificio del cuello del útero, realizando un giro completo sobre la base del útero con el fin de despegar las membranas de la bolsa amniótica de la base del útero (González-Boubeta y Cid-González 27).

- 7 También conocida como postura ginecológica.
- 8 Hospital público con servicios de referencia nacional en salud materna. El Hospital Bertha Calderón forma parte de la red de establecimientos del MINSA y atiende a población del régimen no contributivo.
- 9 Estos organismos son: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) y el National Institutes of Health (NIH).
- 10 En la actualidad, el PVDC está contraindicado para las mujeres que han sufrido rotura uterina previa o con una cicatriz de cesárea clásica o vertical, y en cualquier caso para las mujeres con otras contraindicaciones absolutas para el parto, como la posición fetal transversa o la placenta previa total, las cuales se aplican independientemente de la presencia de una cicatriz uterina (RCOG 2015 6).
- 11 Ya en 1996 la OMS consideraba que la rotura rutinaria de membranas amnióticas era una práctica sobre la que no existía una evidencia clara para sostener su aplicación y que la estimulación con oxitocina sintética se utilizaba inadecuadamente (2015 17, 20).
- 12 En la actualidad, la necesidad de realizar episiotomías, aún de forma selectiva, es muy controvertida. Algunos estudios indican que esta debe realizarse bajo las siguientes indicaciones: parto complicado (parto de nalgas, sospecha de posible distocia de hombro), parto instrumental, cicatrices de mutilación de los genitales femeninos o de desgarros de tercer o cuarto grado mal cicatrizados y riesgo de pérdida del bienestar fetal (Molina-Reyes 103).
- 13 El artículo 9.1 de la CDN reconoce que "Los Estados Partes velarán por que el niño no sea separado de sus padres contra la voluntad de éstos, excepto cuando, a reserva de revisión judicial, las autoridades competentes determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que tal separación es necesaria en el interés superior del niño" (Unicef Comité español).
- 14 En la muestra estudiada, la maniobra de Kristeller se le realizó al 33 por ciento de las mujeres con experiencia de parto y con cesárea urgente.
- 15 Se respeta el uso de las mayúsculas efectuado por la mujer que aportó este testimonio.

Bibliografía

- Alba, Concepción *et al.* *Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
- INSS. *Anuario Estadístico 2014*. Managua: INSS, 2015. https://www.inss.gob.ni/images/anuario_estdistico_2014.pdf
- INIDE. *Anuario Estadístico 2015*. Managua: INIDE, 2016. <http://www.inide.gob.ni/Anuarios/Anuario%20Estadistico%202015.pdf>

- Arrieta, Alejandro y Andrés Oneto. "¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesáreas?" *Proyecto Mediano. Auspiciado por El Programa Investigación ACIDI-DRC, 2007.* Asociación el parto es nuestro. "Dossier STOP Kristeller: fundamentación jurídica". *El parto es nuestro*. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/dossier-stop-kristeller-fundamentacion-juridica>
- Asociación el parto es nuestro. "Campaña de información y sensibilización sobre la maniobra de Kristeller". *El parto es nuestro*, diciembre del 2012. <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campana-de-informacion-y-sensibilizacion-sobre-la-maniobra-de-kristeller>
- Cabral, José Augusto. "New tendencies in medicalization". *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (2008): 579-587.
- Cabral, José Augusto. "Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico". *Saúde e sociedade*, 11.1 (2002): 67-84.
- Campos, Paula. "Colegio De Matronas: "La violencia obstétrica existe, pero la ejerce el Estado"". *Diario Uchile*, 12 de octubre del 2014. <http://radio.uchile.cl/2014/10/12/colegio-de-matronas-la-violencia-obstetrica-existe-pero-la-ejerce-el-estado/>
- Caño, África et al. *Papel de la matrona en la disminución de la tasa de cesáreas*. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada, 2017. Recuperado de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/actividad_docente_e_investigadora/i_jornada_partos/8_papel_matrona_disminucion_cesareas.pdf
- Carroli, Guillermo y Luciano Mignini. "Episiotomy for Vaginal Birth." *The Cochrane database of systematic reviews*, 1 (2009): CD000081. PMC. 17 de julio del 2018. <http://cochranelibrary-wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000081.pub2/full>
- CEPAL, NU. *Consenso Montevideo sobre población y desarrollo*. CELADE, septiembre del 2013. Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- Coalition for Improving Maternity Services. *The Risks of Cesarean Section: A Coalition For Improving Maternity Services Fact Sheet*. Raleigh, 2010. <http://www.motherfriendly.org/resources/documents/therisksofcesareansectionfebruary2010.pdf>
- Colomar, Mercedes et al. "Mode Childbirth Low Risk Pregnancies Nicaraguan Physicians 'Viewpoints'". *Maternal child health journal*, 18.10 (2014): 2382-2392.
- Cunningham, F. Gary et al. *Williams Obstetrics*. Brasil: McGraw Hill, 2014.
- Curran, Eileen A., et al. "Association between obstetric mode of delivery and autism spectrum disorder: a population-based sibling design study". *JAMA psychiatry*, 72.9 (2015): 935-942. <https://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamapsychiatry.2015.0846>
- Dekker, Rebecca. "Friedman's Curve Failure Progress: A Leading Cause Unplanned C-sections". *Evidence Based Birth*, 28 de agosto del 2013. <https://evidencebasedbirth.com/friedmans-curve-and-failure-to-progress-a-leading-cause-of-unplanned-c-sections/>
- Delgado, Janet. "Vulnerabilidad y fragilidad. La importancia de los vínculos". *Bioética De La Maternidad. Humanización, Comunicación Y Entorno Sanitario* (1.ª ed.). Margarita Boladeras Cucurella y Josefina Goberna Tricas (Coords.). Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 2017. 91-100. www.publicacions.ub.edu/ejecuta_descarga.asp?codart=08628&cc=&mp=43L41o31B75I&formato=PDF

- Delgado, Janet. "Autonomía relacional. Un nuevo enfoque para La bioética". Tesis de maestría. Universidad de Educación a Distancia, 2012. e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:m asterFilosofiaFilosofiaPractica-Jdelgado/Documento.pdf
- INIDE. *Encuesta Nicaraguense Demografía y Salud 2011/12*. Managua: INIDE, 2013. www.inide.gob.ni/imagesnew/checkmark.gif
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. "La dilatación. Prácticas habituales". *Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso*. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2007. 35-44. www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal?currentitemid=3788
- Feito, Lydia. "El concepto de la autonomía en la medicina occidental". *Bioética & debat: tribuna abierta Institut Boyja de Bioètica*, 17.62 (2011): 1-6.
- Fernández, Francisca. "¿Qué es La violencia Obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos". *Dilemata*, 18 (2015): 113-128.
- González-Boubeta, Roberto y Carla Cid-González. "Maduración cervical: aceleración de un proceso natural". *Matronas Profesión*, 8.1 (2007): 24-29.
- Gibbons, Luz *et al.* "The global Numbers costs additionally needed unnecessary caesarean sections performed year overuse barrier universal coverage". *World health Report*, 30 (2010): 1-31.
- Hartmann, Katherine *et al.* "Outcomes routine episiotomy. Systematic review". *Jama*, 293.17 (2005): 2141-2148.
- Hodges, Susan. "Abuse hospital-based birth settings?" *The Journal perinatal education*, 18.4 (2009): 8.
- "Pasos para ser IHAN- Hospitales. 10 PASOS EN HOSPITALES". *iHan*, www.ihan.es/que-es-ihan/pasos/pasos-para-ser-ihan-hospitales/. Fecha de último acceso: 18 de julio del 2018
- Landy, Helain J. *et al.* "Characteristics associated with severe perineal and cervical lacerations during vaginal delivery". *Obstetrics and gynecology*, 117.3 (2011): 627.
- Nicaragua. Ley No.423, Ley General Salud. Managua: *Gaceta Diario Oficial* 91 (2002): 3473-3488. <http://deviunn.asamblea.gob.ni/iunp/docspdf/gacetas/2002/5/g91.pdf>
- "Mapa de padecimientos de salud de Nicaragua". *Mapasalud.minsa.gob.ni*. <http://mapasalud.minsa.gob.ni/mapa-de-padecimientos-de-salud-de-nicaragua>. Fecha de último acceso: 24 de febrero del 2018.
- Massó, Ester. "DESEO LACTANTE: Sexualidad y política en el lactivismo contemporáneo". *Antropología Experimental*, 13 (2013): 515-529.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. *Normativa 109, Protocolo para La Atención las Complicaciones Obstétricas*. Managua: MINSA, 2013.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. *Normativa 108, Guía Clínica Para La Atención Del Neonato*. Managua: MINSA, 2013.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. *Normativa 077, Protocolo para El abordaje las patologías más frecuentes del Alto Riesgo Obstétrico*. Managua: Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, 2011.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. *Normativa 042, Norma Humanización del Parto Institucional*. Managua: MINSA, 2010.
- Ministerio de Salud de Nicaragua. *Normativa 030, Guías Cuidado Enfermería. Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido*. Managua: GRUN, 2010.

- Molina-Reyes, Cristina, *et al.* "Implantación de una política de episiotomía selectiva en el Hospital de Baza. Resultados materno-fetales". *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 54.3 (2011): 101-108.
- Narváez, Alexis Rafael. "Indicaciones cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua año 2014". 2015.
- Odent, Michel. "El nacimiento los mamíferos humanos". *Obstare El mundo la maternidad*, 15 (2004): 23-29.
- Odent, Michel. "La visión de la investigación en la salud primal". *I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa*. Jerez de la Frontera: Asociación Nacer en Casa, 2010: 56-58. <http://nacerencasa.org/i-congreso-internacional-de-parto-y-nacimiento-en-casa-jerez-de-la-frontera-2000>
- Olza, Ibone. "PTSD obstetric violence." *Midwifery today international midwife*, 105 (2013): 48-9.
- OMS. *Cuidados en el parto normal. Una guía práctica*. Ginebra: OMS, 1996.
- OMS. "Recomendaciones la OMS sobre el nacimiento: Declaración Fortaleza. Tecnología Apropiaada para El parto". *Lancet*, 2 (1985).
- OMS. *Prevención y erradicación la falta respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: OMS, 2014.
- OMS. *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra: OMS, 2015.
- OMS. *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf
- Palomo, María Teresa. "El 'care', un debate abierto: de las políticas de tiempos al 'social care'". *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, 4 (2009): 325-355.
- Poblete, Margarita y Sandra Valenzuela. "Cuidado humanizado: un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios". *Acta Paul Enferm*, 20.4 (2007): 499-503.
- Polidano, Cain, Anna Zhu y Joel C. Bornstein. "The relation between cesarean birth and child cognitive development". *Scientific reports*, 7.1 (2017): 11483. <https://www.nature.com/articles/s41598-017-10831-y>
- Gupta, JK, GCS Smith y RR Chodankar. "Birth after previous caesarean birth" *Greentop guideline*, 45. Londres: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists RCOG, 2015. www.rcog.org.uk/womens-health/clinical-guidance/birth-afterprevious-caesarean-birth-green-top-45
- Sadler, Michelle, María Elena Acuña y Alexandra Obach. *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Catalonia, 2004.
- Sáez, Cristina. "Congreso en Barcelona. Los niños nacidos por cesárea tienen más riesgo de alergias". *La Vanguardia*. 15 de marzo de 2015. www.lavanguardia.com/ciencia/20150315/54428157306/cesarea-alergias-microbiota-asma-lactancia-materna.html
- Federación Internacional de Planificación de la Familia. "Derechos Sexuales. Una declaración IPPF." Londres: Federación Internacional de Planificación de la Familia, octubre del 2008.
- UNICEF Comité Español. *Convención sobre los Derechos del Niño*. Madrid: UNICEF Comité Español, junio del 2006.
- Lumbiganon, Pisake *et al.* "Method delivery Pregnancy outcomes Asia WHO global Survey maternalPerinatalhealth2007-08." *Lancet*, 375.9713 (2010): 490-499. [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)61870-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)61870-5/fulltext)

- Villaverde, María Victoria. "Variaciones en la utilización de la cesárea en los hospitales públicos del Sistema Nacional de Salud". Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza, 2009. zaguan.unizar.es/record/5233/files/TESIS-2010-051.pdf
- Wagner, Marsden. "La visión de la investigación en la salud primal". *I Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en Casa*. Jerez de la Frontera: Asociación Nacer en Casa, 2010: 6-10. <http://nacerencasa.org/i-congreso-internacional-de-parto-y-nacimiento-en-casa-jerez-de-la-frontera-2000>

María Augusta Rodrigues Ribeiro. Investigadora social de origen hispano-portugués, formada como economista especializada en género, desarrollo humano y desarrollo socioeconómico. Actualmente, realiza un doctorado en el Programa de Estudios Interdisciplinarios de Género de la Universidad Autónoma de Madrid (España). Ha colaborado con la Universidad Centroamericana en el campus de Managua (Nicaragua) en la docencia de análisis y evaluación de políticas públicas y de género y equidad social. Como consultora independiente, ha prestado servicios especializados en el ciclo de gestión de proyectos y programas de intervención social a instituciones del gobierno de Nicaragua, organismos de cooperación gubernamental, organizaciones del tercer sector y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

Contacto: mar.rodriques01@predoc.uam.es

ORCID: 0000-0002-5753-4631

6.3 Artículo II: *Respuesta a la Crisis del Zika en Nicaragua: Análisis Crítico Feminista*

Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 45: 269-296, 2019
ISSN: 2215-4175 / DOI: 10.15517/AECA.V45I0.39901

**RESPUESTA A LA CRISIS DEL ZIKA EN NICARAGUA:
ANÁLISIS CRÍTICO FEMINISTA**

*THE RESPONSE TO THE ZIKA CRISIS IN NICARAGUA:
CRITICAL FEMINIST ANALYSIS*

María Augusta Rodrigues Ribeiro

Recibido: 04/03/2019 - Aceptado: 22/07/2019

Resumen

La transversalización del enfoque de género se incorpora al marco legal nicaragüense en el 2008. En correspondencia, el Gobierno nicaragüense ha promovido una estrategia de comunicación social articulada con el derecho a una vida sin violencia. Este artículo analiza la implementación de estas medidas con ocasión de la epidemia del zika desarrollando un análisis crítico feminista de los discursos del Gobierno y medios de comunicación privados durante el año 2016. Se concluye que ambos actores fortalecieron la estructura patriarcal de las relaciones sociales al reforzar los mandatos de género, obviar la responsabilidad del sector privado y obstaculizar el acceso a información clave para el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, lo cual afectó al logro de los objetivos de prevención del zika y de la violencia de género.

Palabras clave: políticas de salud, transversalización del enfoque de género, derechos sexuales reproductivos, medios de comunicación, relaciones de poder.

Abstract

The gender mainstreaming was incorporated into the Nicaraguan legal framework in 2008. Accordingly, the Nicaraguan Government has promoted a social communication strategy based on the right to a life without violence. This article analyzes the implementation of these measures during the Zika epidemic, carrying out a critical feminist analysis of government and private media discourses in 2016. The analysis concludes that both actors strengthened the patriarchal structure of social relations by reinforcing gender mandates, obviating the responsibility of the private sector in prevention and hindering access to key information for the exercise of sexual and reproductive rights, which would have affected the performance of prevention policies on gender violence and Zika.

Keywords: health policies, gender mainstreaming, reproductive sexual rights, media, power relations.

Introducción

El combate a la violencia de género se ha convertido en un objetivo prioritario para la agenda pública de los países latinoamericanos y caribeños, entre ellos Nicaragua (Comisión Económica para América Latina y el Caribe; Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional). Sin embargo, uno de los espacios de propagación de las violencias del género son, de hecho, las propias políticas públicas. Gestadas a través del juego en la arena política, las políticas públicas nunca son neutras al género –así como tampoco lo son a la clase social o la raza–, por lo cual la distribución de poder que opera a través de ellas tiene la capacidad de reproducir o combatir la violencia de género a nivel estructural y cultural. Por ello, la integración transversal del enfoque de género en las políticas públicas aparece como una condición necesaria para erradicar la violencia de género.

Este potencial para subvertir o reproducir el orden social de género y las violencias que lo sostienen es especialmente relevante en el área de salud: las percepciones sobre lo que es propio o “natural” de cada sexo y los sesgos de género presentes en las políticas de salud dan lugar a problemáticas de gran repercusión aunque no siempre bien posicionadas en la agenda pública. Dentro de estas problemáticas destacan, en el caso de las mujeres, las relacionadas con su salud sexual y reproductiva, por estar esta vinculada a la reproducción social y biológica de la población y, por tanto, a la permanencia o transformación de las instituciones patriarcales. En Nicaragua, el aborto terapéutico ocupa un lugar prominente dentro de estas problemáticas.

También en los cuidados, la transversalización del enfoque de género aparece como una condición fundamental para lograr la igualdad sexual en el cuidado y a nivel económico, político y social. En ese sentido, los estudios de género son concluyentes en señalar que las diferencias biológicas no determinan las desigualdades de género, sino que estas son explicadas por factores sociales, políticos y económicos que han fluctuado a lo largo de la historia y que han producido un régimen caracterizado por un reparto desigual e injusto de las responsabilidades y derechos en los cuidados, definidos por Tronto y Fisher como:

Una actividad característica de la especie humana que incluye todo lo que podemos hacer para mantener, continuar y reparar nuestro “mundo” de tal modo que podamos vivir lo mejor posible. Este mundo incluye nuestros cuerpos, nuestras individualidades y nuestro entorno, que intentamos mantener en una red compleja que sostiene la vida” (citado en Martín-Palomo 62).

A partir del 2015, se integra dentro de este marco la infección por el virus del Zika al producir trastornos neurológicos y malformaciones congénitas; entre estos destacan el síndrome de Guillain-Barré en las personas adultas y la microcefalia en las criaturas no nacidas infectadas durante el primer trimestre de gestación. La transmisión

del virus tiene lugar por vía sexual, por vía vertical o materno-fetal durante el embarazo, por transmisión sanguínea y a través de la picadura de un mosquito infectado. Su principal vector es el *Aedes aegypti*, endémico en Centroamérica.

En respuesta a este riesgo nace en el año 2015 la política de prevención de la infección por el virus del Zika, la cual se integra en Centroamérica con la política de prevención del dengue, el chikungunya o la fiebre amarilla, por estar todas asociadas al mismo vector. En este contexto, en el presente artículo¹² propongo analizar en qué medida se transversalizó el enfoque de género en el abordaje comunicacional de la crisis del zika en Nicaragua, con el fin de valorar la adopción de medidas género-transformativas en la comunicación social de los actores públicos y privados, tal como prevé el artículo 27 de la Ley 648 de Igualdad de Derechos y Oportunidades, en su apartado primero.³ Como veremos, si bien las políticas explícitas abogan por la igualdad de género en el país, las estructuras cognitivas y las relaciones de poder que subyacen en algunos de los discursos más penetrantes de la sociedad nicaragüense refuerzan la desigualdad. El análisis muestra como este factor limitó la eficacia de las medidas desplegadas para la prevención de la violencia de género y de la infección por zika.

Antecedentes

Sobre cuidados, desigualdades y salud

Contrariamente a las posiciones esencialistas y diferencialistas, la historia de los cuidados es clara en señalar el origen común del capitalismo liberal y el actual orden de los cuidados, de cuya desigualdad se sirvió para originar y alimentar la acumulación del capital que lo posibilitó. Varias autoras establecen claramente dicha vinculación, la cual precisó de un nuevo orden moral para su sostenimiento y estabilización (Carrasco *et al.*; Federici). Se produjo así un cambio radical en el modelo de división sexual del trabajo y las identidades de género, desarrollándose en Europa, entre el siglo XVII y el siglo XVIII, el mito de la maternidad hegemónica presa del instinto biológico y el del hombre hongo –en palabras del filósofo inglés Thomas Hobbes– que surge de la tierra y mágicamente alcanza plena madurez libre de ataduras personales (Carrasco *et al.*; Federici; Hobbes, citado en Pateman; Pérez Orozco).

Con el desarrollo del capitalismo mundial, el colonialismo y la globalización, la adopción de este nuevo contrato sexual –junto con su par, el contrato social– se extendió por todo Occidente, pero no de manera homogénea, pues a la par de la diferencia sexual, en la Modernidad se construyeron otras diferencias generadoras de alteridades, necesarias para sostener el mito del hombre blanco, autónomo, letrado y propietario (Narotzky; Pérez Orozco; Castro-Gómez). En los regímenes del cuidado latinoamericanos, la otredad fue encarnada por “las mujeres indígenas, negras, mestizas y todas aquellas que han sido subalternizadas por ser consideradas no blancas”

(Quiroga 173). Esto generó particularidades en la región, entre las que destaca la contratación del servicio doméstico como la forma más importante de empleo femenino. A su vez, ello condujo a la construcción de significados distintos para los cuidados en las sociedades latinoamericanas, asidos al servicio doméstico y a las relaciones de servidumbre que operaron en el mismo, desarrollando un sesgo marcadamente racial, étnico y de clase (Lerussi).

Lejos de desaparecer, estos significados siguen presentes, reproduciéndose y transformándose a través de la colonialidad del ser en el lenguaje y los discursos, marcando las experiencias de los sujetos (Lerussi; Maldonado-Torres). Pero también, a través de la colonialidad del género, donde la interseccionalidad de raza/clase/sexualidad/género es un aspecto básico en el análisis de la desigualdad y la conformación del sistema moderno-colonial de género (Lugones).

Así las cosas, si bien hablamos de un régimen de cuidados con una estructura familista y feminizada en Occidente, la desigualdad en el reparto de los cuidados no es culturalmente uniforme. En el caso de Nicaragua, la literatura destaca el papel central de la participación comunitaria, lo cual se vincula con diversos factores estructurales, entre ellos: “una dependencia muy fuerte de la solidaridad como forma de enfrentar crisis, junto con un fuerte paradigma de participación comunitaria en el cuidado, en particular entre hogares y comunidades de bajos recursos económicos”; además de las políticas del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN) (en el gobierno y en oposición) y la dependencia de los servicios públicos sociales con respecto al trabajo voluntario o comunitario (Werner *et al.*; Martínez Franzoni y Voorend; Martínez Franzoni *et al.*).

Por tanto, la familia es un pilar básico en el régimen de cuidados nicaragüense, pero también lo son las “formas de organización local (...) [conformándose un] régimen de cuidado (...) altamente dependiente del trabajo no remunerado, predominantemente femenino” (Martínez Franzoni y Voorend 158). Este régimen, asentado sobre la desigualdad de género, la naturalización de los cuidados y la fragilidad del Estado, es socialmente injusto al no repartir las responsabilidades de los cuidados entre los actores, somete a las mujeres a la sobrecarga de trabajo y refuerza los roles de género, lo cual es una barrera al acceso de las mujeres a los derechos humanos, entre ellos el derecho a la salud, el autocuidado y la igualdad económica y política, entre otros (Arenas-Monreal *et al.*; Martínez Franzoni y Voorend; Martínez Franzoni *et al.*; Molyneux, 1988).

Al mismo tiempo, la participación comunitaria es un factor fundamental para avanzar en el bienestar social en Nicaragua. En ese sentido, la integración de la red comunitaria es una estrategia básica del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MO-SAFC), adoptado por el Ministerio de Salud de la República de Nicaragua (MINSa) en el 2008. Alineada con la Declaración de Alma Ata y la Declaración de Astana, esta estrategia permite el “abordaje sistemático e integral de la respuesta social a problemas endémicos y epidémicos”, lo cual posibilita el acceso de las comunidades más alejadas

a cuidados de calidad para la salud, ante la realidad de una red estatal que sigue siendo deficiente e insuficiente (Im *et al.*; Naciones Unidas; Organización Panamericana de la Salud, 2017; Werner *et al.*). Un ejemplo paradigmático de participación comunitaria lo constituye la Estrategia de las Casas Maternas, la cual ha permitido reducir la mortalidad materna, la desnutrición infantil y la mortalidad perinatal y neonatal gracias a la participación de las parteras y otros actores comunitarios. El éxito de esta estrategia fue reconocido por las Naciones Unidas mediante la concesión del Premio América en el 2011 (Im *et al.*; Instituto Nacional de Información de Desarrollo de Nicaragua; Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Por tanto, también en Nicaragua, los cuidados realizados por mujeres –en su rol familiar o comunitario– han contribuido y siguen contribuyendo de forma trascendental y protagónica al sostenimiento de la salud y la vida.

En el particular de las epidemias asociadas al vector *Aedes aegypti*, son varios los estudios que han analizado cómo la división sexual del trabajo ha determinado un mayor involucramiento de las mujeres en la eliminación de los criaderos de mosquitos, una actividad clave en la prevención (Mosquera *et al.*; Organización Panamericana de la Salud, 2016; Whiteford). Así también, los roles y estereotipos de género determinan diferentes factores de riesgo a la hora de contraer las infecciones transmitidas por el vector, interactuando el género con otros determinantes estructurales (como la clase social, la raza y la edad) y los demás determinantes sociales de salud, definidos como las circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluyendo el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (Arenas-Monreal *et al.*; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud). Por tanto, en el caso del zika –al igual que para el dengue o el chikungunya–, la discriminación, la desigualdad económica y la pobreza afianzan tanto los riesgos como los impactos sobre la salud (Phelan y Gostin).

En cuanto a las políticas para la redistribución del cuidado, los avances en Latinoamérica han sido escasos, exceptuando a Uruguay, que ha emprendido una política activa para el desarrollo de un sistema nacional de cuidados donde se integran familias, comunidades, mercado y Estado (Marco Navarro y Nieves Rico). Esta política, inspirada en el modelo *social care* de Daly y Lewis, enfrenta condicionantes específicos en la región latinoamericana denominados por Durán como la problemática de los tres “d” o “tres desafíos”: la desconfianza (por la ineficacia o corrupción), la diversidad (heterogeneidad de sistemas administrativos entre zonas rurales y urbanas, orientación ideológica, etc.) y la desigualdad (de clase, etnia, género, status ciudadano, etc.). En Nicaragua, estos desafíos siguen plenamente vigentes (Martínez Franzoni y Voo-rend). Entre estos destacan el divisionismo político y la sacralidad de los intereses de la oligarquía local –característicos del Estado nicaragüense (Pérez Baltodano)–, los que permanecen como dos grandes rémoras al desarrollo de un sistema de bienestar social incluyente y suficiente.

La comunicación en las políticas públicas: el giro pragmático

A finales de los años 60, Peter Berger y Tomas Luckmann sentaron las bases para estudiar la realidad como una construcción social, producto de la interacción entre actores públicos y privados con distinto posicionamiento en la arena política. Dentro de esta construcción social, las políticas públicas son explicadas como construcciones teóricas producto de un “modelo causal” o “teoría del cambio social”, donde los actores perfilan conjuntamente –aunque en distinto grado– hipótesis causales y de intervención. En estas la “imputación de responsabilidades” no es una decisión neutral, sino que se ve afectada por juicios de valor. Así, el problema es definido desde un cierto marco de entendimiento (*frame*) en el que es percibido en un tiempo y lugar específicos (Subirats Humet *et al.*).

En este marco, la mediatización y la “acción corporativista silenciosa” (Subirats Humet *et al.* 139)⁴ permiten a los actores mejor posicionados afectar la definición de la hipótesis causal, manipulando la designación de los grupos objetivos y los beneficiarios finales, “esfumando” sus responsabilidades y desviando costos. Es lo que la teoría del *framing* entiende como encuadre: una manera determinada de enfocar los acontecimientos sociales, en la que los medios deciden qué aspectos son más relevantes, les asignan una interpretación causal y un juicio moral y expresan sus expectativas frente al devenir de las políticas (Entman, citado en Humanes).

Para el pragmatismo, la importancia de la comunicación –entendida en su sentido más amplio– va todavía más allá: Dewey comprendió su trascendencia para la construcción de los problemas públicos y, en general, para la existencia misma de los colectivos sociales, de la sociedad misma: “aprender a ser humano es desarrollar mediante la reciprocidad de la comunicación el sentido real de ser un miembro individualmente distintivo de una comunidad” (Del Castillo 11). Una sociedad en la que las consecuencias de las interacciones entre los individuos y sus actividades sean conocidas plenamente, es para Dewey la condición posibilitadora de la democracia popular. Así, la comunicación se torna esencial para la constitución de una opinión pública, al posibilitar la interpretación y valoración de las consecuencias de la acción colectiva (Redondo). Por tanto, para el pragmatismo, los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad en la construcción de los problemas públicos y la calidad de la democracia.

En el análisis, el pragmatismo no se enfoca en las fuerzas macro o en las coerciones a los actores, sino en las operaciones cognitivas y discursivas micro, jugando el poder un papel central: “en una política pública siempre está en juego el poder (...) [en ella, cualquier] cambio es portador de una posibilidad de redistribución de recursos que puede generar consecuencias en términos de poder” (Dewey, 2004, 148-149). Por ello, Boltanski propone “una sociología de la crítica más micro que se interesa primeramente en como los individuos construyen, en sus prácticas de los discursos críticos

y de justificación, los acuerdos y desacuerdos principales que hacen posible las cooperaciones y los conflictos” (Boltanski, citado en Zittoun 16).

En la actualidad, los medios de comunicación –cada vez más insertos en redes de capital transnacionales– muestran una habilidad creciente para el control y la manipulación de masas. Así lo señala una investigación de amplio alcance realizada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en el 2004, donde los líderes políticos latinoamericanos identificaron los medios de comunicación como el segundo actor con mayor poder político en Latinoamérica después de los grupos económicos y el sector financiero, quienes a su vez controlan el capital de los primeros cada vez más.

En Nicaragua, destacan en prensa los diarios *La Prensa* (LP) y *El Nuevo Diario* (END) –ambos fundados por la familia Chamorro en los años veinte y ochenta del siglo XX, respectivamente–, consultados en el espacio web por el 68.2 % y el 55.5 % de las personas con acceso a internet (CuarteroAgurcia).⁵ Por ello, el análisis de la producción mediática de LP y END reviste gran interés para el análisis de las políticas públicas nicaragüenses, el que no puede obviar su oposición al Gobierno sandinista y al FSLN, ni la hegemonía política e ideológica de la familia Chamorro en la sociedad nicaragüense: son los Chamorro una acaudalada “familia de notables [que] ha suministrado cinco presidentes de la República” y cuya “persistencia en el poder [constituye] un caso típico de la continuidad histórica de las oligarquías centroamericanas” (“Familia Chamorro”; Casaús Arzú).

Tras los grupos económicos y financieros, y los medios de comunicación, emerge el Poder Ejecutivo como tercer actor con mayor poder político (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). En Nicaragua este es liderado por el FSLN, que declara su compromiso con la igualdad de derechos rechazando la discriminación de clase, género y raza (Frente Estudiantil Revolucionario). El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN) asume formalmente estos principios en su modelo de gobierno, definiendo como prioridades estratégicas la equidad social y de género. Mientras los indicadores referidos a la pobreza han mostrado una evolución positiva –al reducirse del 48.3 % al 24.9 % de la población en el periodo 2005-2016, según cifras del GRUN, y del 48 % al 30 % en el periodo 2005-2014, según cifras del Banco Mundial–, los avances en igualdad de género que reflejan los indicadores internacionales⁶ han sido objeto de controversia (Blandón; Im *et al.*; Instituto Nacional de Información de Desarrollo de Nicaragua; Vidaurre Arias).

Enfrentando la violencia de género a través del *gender mainstreaming*

El rechazo social que produce la violencia de género ha dado pie a una larga trayectoria de investigaciones que convergen en señalarla como un elemento de sostén y reproducción de la desigualdad en el ejercicio del poder. En este marco teórico,

la estrategia principal para combatir la violencia de género fija la igualdad de género como objetivo prioritario, transformando las condiciones socioculturales que sustentan esta violencia, esto es, los estereotipos, roles, expectativas e identidades que definen al género.

Por tanto, más allá de las medidas para el abordaje de la violencia directa, es necesario transformar los estereotipos y roles de género presentes en el conjunto de las instituciones y modificar las condiciones estructurales de acceso a los recursos. Esta es la estrategia de transversalización del enfoque de género o *gender mainstreaming*, según la cual es condición fundamental para combatir la violencia de género integrar la dimensión política de las políticas públicas. Es decir, desarrollar su potencial transformador con respecto al reparto del poder en relación al género (García Prince).

Dentro del marco legal nicaragüense, el principio de igualdad es protegido por el artículo 27 de la Constitución Política de 1987, donde se establece que todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección sin discriminación por motivo de sexo, posición económica o credo político, entre otras. Más expresamente, el artículo 48 establece la “igualdad absoluta entre el hombre y la mujer”, reafirmando la responsabilidad del Estado en la eliminación de las barreras que coartan el derecho a la igualdad y a la participación efectiva de las mujeres en la vida política, económica y social del país.

Para desarrollar este articulado constitucional, se aprueba en el 2008 la Ley 648, “Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades”, cuyo objeto es promover la igualdad y equidad en el goce de los derechos humanos entre mujeres y hombres desde la administración pública y demás poderes del Estado (art. 1). Este texto legal –clave en el marco normativo nicaragüense– norma en su artículo 27 la integración del enfoque de género en la comunicación social, orientando a los medios a promover la igualdad de género y a evitar mensajes discriminatorios o donde se reproduzcan roles y estereotipos tradicionales.⁷

Esta norma se instrumentaliza a través de la Política de Estado para el Fortalecimiento de la Familia Nicaragüense y Prevención de la Violencia (PEFFPV), publicada por el GRUN en el 2014 a través del Decreto N.º 43. Esta apunta a la eliminación de conductas estereotipadas, mensajes violentos, discriminatorios, sexistas y excluyentes en la comunicación social. Sin embargo, no hace referencia alguna a los roles de género ni integra medidas género-transformativas. Por ello, desde una perspectiva crítico feminista, la PEFFPV se revela como un instrumento insuficiente para prevenir la violencia de género: promover una “educación para la promoción de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres” no implica necesariamente educar en la transformación de los roles de género o en la corresponsabilidad de género en el cuidado.

En relación al sector privado, la PEFFPV establece la creación de una alianza de medios y la elaboración conjunta de una estrategia de producción de contenidos, estimulando la participación de los medios en acciones que eliminen conductas

estereotipadas.⁸ Sin embargo, la implementación de este tipo de medidas afronta barreras políticas significativas, pues el país se ve afectado por una importante fractura social y política que hunde sus raíces en la guerra civil de los ochenta y que Pérez Baltodano sitúa en la misma independencia del país, en 1821. Tras el estallido de violencia producido entre abril y julio del 2018, donde fueron asesinadas 254 personas –bajo formas extremas de tortura en múltiples casos, lo que revela el nivel de odio y polarización alcanzado–, la fractura social y política se ha extremado. Este factor seguirá enturbiando las políticas públicas del país a largo plazo (Comisión de la Verdad, Justicia y Paz; Pérez Baltodano).

En cuanto a los derechos sexuales y reproductivos (DSR), el alcance de la Ley 648 es limitado: establece solamente la obligación por parte del Estado de implementar educación sexual y reproductiva “en el marco del respeto a la dignidad humana” y brindar servicios integrales de salud sexual y reproductiva (arts. 25.1, 23.8 y 25.2). Al respecto, el análisis de las políticas para la sexualidad y la reproducción indica que no hay un correlato entre los logros en igualdad de género en las esferas económica y política⁹ y algunas de las políticas ligadas al ámbito de los DSR. En ese sentido, es paradigmática la prohibición al aborto terapéutico, aprobada por todos los diputados de la Asamblea Nacional durante los últimos meses de la presidencia de Enrique Bolaños (Comunicación e Información de la Mujer; Im *et al.*).

El análisis extenso de estas políticas permite observar que los déficits en DSR han estado presentes en todos los Gobiernos formados tras el triunfo de la Revolución Popular Sandinista, en 1979 (Pizarro; Martínez Franzoni y Voorend; Largaespada Frederdsdorff; Granelli). En el caso particular del aborto terapéutico, si bien esta figura estuvo contemplada dentro del código penal hasta el 2006, el acceso al derecho siempre fue sumamente precario, tal como ilustra el conocido caso de Rosita, que trascendió a la prensa internacional en 2003: una niña violada a los 9 años, a la que el MINSA negó el acceso al aborto terapéutico (Blanco; Pizarro). En el periodo 1990-2002, el Gobierno nicaragüense llegaría a aplicar una política de criminalización y persecución policial contra personas involucradas en abortos clandestinos, lo cual tuvo impactos declarados sobre la razón de mortalidad materna del país (Mann; Pizarro).

La literatura coincide en señalar que uno de los factores que están limitando el acceso a estos DSR en Latinoamérica es la segmentación de los derechos humanos en espacios naturalizados bajo el dominio de lo “público” y lo “privado”, heredada de la episteme colonial y moderna de la que surge la concepción de “ciudadanía” (Molyneux, 1985). No se le escaparía a Dewey detenerse sobre esta dicotomía, falsa y estéril, estructurante de la realidad y los problemas sociales, defendiendo que “lo privado nunca puede ser exclusivamente privado, porque [...] toda interacción siempre tiene repercusiones públicas” (Redondo 25). Por ello, en la sociología pragmática se entiende que no existen tales espacios, públicos y privados, sino un *continuum* (Nardacchione y Hemilse Acevedo).

Metodología

Hipótesis preliminar y objetivo de investigación

Esta investigación surge de la observación no sistemática de los discursos mediáticos producidos en 2016 en Nicaragua con ocasión de la crisis del zika, proceso que me llevó a plantear como hipótesis preliminar la presencia generalizada de un enfoque de género negativo en la arena política del país (García Prince). Para verificar esta hipótesis, en la presente investigación fijé como objetivo analizar los discursos desarrollados en 2016 en Nicaragua con ocasión de la crisis del zika en el ámbito de la comunicación social, valorando sus impactos sobre la igualdad de género, la prevención de la violencia de género y la prevención de la infección por zika.

Para ello, asumo una posición hermenéutica y parto desde una perspectiva crítico feminista, la cual se caracteriza por:

(1) perseguir la transformación efectiva de las condiciones de sumisión femenina, (2) entender la violencia de género como un instrumento para sostener la desigualdad socio-sexual y (3) no esencializar la femineidad ni la masculinidad, es decir, entender las identidades femeninas y masculinas como construcciones sociales alineadas con el orden sexual desigualitario que las configura, y no como un resultado natural (Posada Kubissa 66).

Enfoque metodológico y estrategia

Siguiendo a Van Dijk –una de las figuras exponentes en el análisis crítico del discurso (ACD)– son tres los componentes a analizar en el discurso: la estructura discursiva y semiótica, la estructura cognitiva y las macroestructuras políticas y sociales (re)producidas o (des)contruidas a través del discurso. En esta perspectiva analítica, el abuso del poder y la desigualdad social son el eje del análisis fundamental (Van Dijk).

En el ACD, el sexismo, el racismo o el clasismo son ideologías socialmente compartidas e integradas en la estructura cognitiva, los cuales generan modelos mentales sesgados con potencial para afectar la construcción social del género, la raza y la clase. Si controlan los discursos, estas ideologías alteran las condiciones de acceso a los recursos e interaccionan con las políticas públicas (Lazar). En lo que se refiere al género, estos sesgos están vinculados al androcentrismo, la insensibilidad a las diferencias de género y la aplicación de dobles estándares. En cuanto a los análisis críticos feministas del discurso, la interseccionalidad del género con otras categorías sociales, como la clase social o la raza, aparece como un aspecto básico del análisis (Lazar).

Tomando estas premisas teóricas en consideración, acoté el análisis a los productos comunicacionales elaborados por las instituciones de gobierno y por los principales medios de comunicación en prensa web y escrita del país, dada su representatividad de los grupos de poder nacionales y por presentar entre ellos una posición política confrontativa.

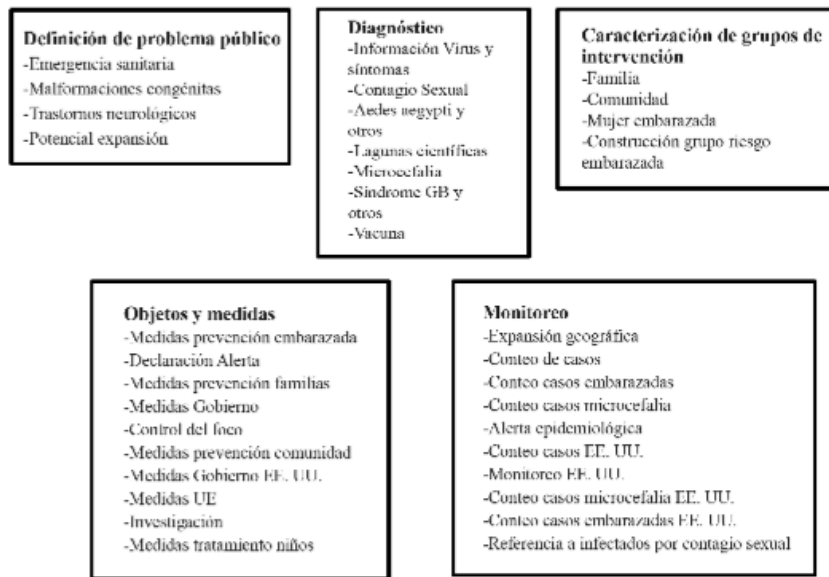
La muestra a analizar fue seleccionada a partir de cuatro criterios: en primer lugar, la fecha de publicación, que quedó comprendida entre el 14 de marzo y el 2 de septiembre del 2016; en segundo lugar, la temática de los textos, que se centró en la epidemia del zika; y, por último, la fuente y la vía de publicación, acotando los textos a los publicados en el espacio web por el GRUN y por los medios de prensa de mayor alcance en el espacio web en Nicaragua: END y LP.¹⁰

La interdisciplinariedad metodológica que caracteriza los estudios críticos del discurso permite la puesta en uso de diversas técnicas de análisis. En esta investigación son utilizadas tanto el análisis textual, intertextual y contextual del discurso, como el análisis del contenido. Por esta razón, aunque los ACD suelen realizarse sobre muestras pequeñas con la finalidad de alcanzar niveles significativos de detalle (Luxtán Serrano y Azpiazu Carballo), la aplicación del criterio de saturación en esta investigación, junto con la extensión del tamaño muestral hasta alcanzar una peso proporcional entre los tres participantes seleccionados, determinó un tamaño muestral de treinta textos: diez producidos por END, diez por LP y diez por el Gobierno central (el MINSA mayoritariamente) (Anexo 1). Estos fueron seleccionados por estricto orden de aparición tras buscar el término “zika” dentro de los dominios gov.ni, elnuevodiario.com.ni y laprensa.com.ni.

En su análisis, los discursos fueron relacionados con los contextos sociales y comunicativos en los que se enmarcan. Posteriormente, se analizaron sus estructuras: el léxico, la sintaxis, las metáforas, las implicaciones y presuposiciones, la descripción de los actores y las identidades (Van Dijk), interpretándolos a la luz de la teoría feminista.

Paralelamente, se codificó y se categorizó la información por medio del uso del software QDA MINER LITE v1.4.6 y se estructuró de acuerdo con el ciclo de las políticas públicas. Ello dio lugar a cinco categorías macro: definición del problema público, diagnóstico, caracterización del grupo de intervención, objetivos y medidas y monitoreo.¹¹ Tras finalizar este proceso, se obtuvieron 43 subcategorías (Figura 1). Para valorar la relevancia de las categorías creadas, se calculó el porcentaje del tamaño del texto dedicado a cada categoría en relación al tamaño textual total. Este indicador se calculó para la muestra en su conjunto y por cada actor, lo que permitió analizar las similitudes, coincidencias y diferencias entre los discursos de los actores seleccionados.

Figura 1
MAPA DE CATEGORÍAS RESULTANTE DEL ANÁLISIS CUALITATIVO



Fuente: Elaboración propia.

Resultados

Definición del problema público

El primer hallazgo en relación con la hipótesis causal de la política señala grandes diferencias entre los actores al definir el grupo objetivo y beneficiario, lo cual revela una construcción diferente del problema público. Estas diferencias se observan, en primer lugar, en el espacio que cada actor dedicó a las mujeres embarazadas, familias, comunidades y sector privado. Así, mientras el Gobierno consideró a la familia y a la comunidad como grupos objetivo de la política, los medios de comunicación centraron la atención en la mujer embarazada, a la cual dedicaron un espacio ocho veces mayor (el 5.50 % del texto producido por los medios de comunicación) que el dedicado a la familia y a la comunidad en su conjunto (1.40 %).

Esta diferencia se observa asimismo en el tratamiento de la noticia, ya que los actores privados enfocaron la infección del zika como una problemática que afecta sobre todo a las mujeres embarazadas, en quienes depositan el riesgo:

“podemos hablar de una epidemia que se ha instalado, y el riesgo principal está en nuestras hermanas embarazadas” (Caso 18).

“si bien el riesgo para las mujeres embarazadas “es relativamente bajo, es significativo en el primer trimestre” de gestación” (Caso 24).

En el Caso 18, el cual corresponde a una noticia elaborada por el diario LP, el medio cita declaraciones de la actual vicepresidenta del país, Rosario Murillo. Sin embargo, los actores públicos no reprodujeron dicha cita, por lo cual la divergencia en el tratamiento de esta noticia ejemplifica las diferencias en el enfoque comunicacional de los actores estudiados.

Considero que este enfoque en la construcción del problema público afectó negativamente la eficacia en el control del vector implicado en la transmisión del Zika y de otros virus asociados a este mismo vector, causantes de infecciones como el dengue, el chikungunya o la fiebre amarilla. La infección por el virus del Zika es un problema de salud pública que afecta a toda la población, pues amenaza el disfrute de sus capacidades humanas. Sin embargo, son afectadas con mayor gravedad las personas que estuvieron expuestas durante la etapa de gestación. Para las criaturas no nacidas, el riesgo crece ante cada nuevo contagio, por lo que la política de prevención debe dirigirse a toda la población y no solo a las mujeres embarazadas, quienes no tienen mayores riesgos que el resto de la población adulta cuando son infectadas.

Por su parte, este énfasis de los actores privados en el binomio madre-hijo, que se observa también en el uso del término “hijos de madres infectadas durante el embarazo” (casos 22 y 25), focaliza la atención sobre las mujeres embarazadas infectadas y su conducta y les asigna una responsabilidad en el desarrollo y prevención de la infección que está mucho más vinculada con la gestión medioambiental que realizamos todos los actores conjuntamente, antes que con la capacidad de las mujeres embarazadas para evitar las infecciones asociadas al *Aedes aegypti* en entornos insalubres.

En síntesis, los medios de comunicación privados destacaron el binomio madre-hijo y designaron a las mujeres embarazadas como el actor social afectado y como las principales responsables de evitar la transmisión del virus al feto que están gestando, obviando los determinantes sociales de salud implicados en la salud materno-infantil.

Este tratamiento de los actores privados evidencia dos sesgos que generan implicaciones negativas de cara al logro de la igualdad de género. En primer lugar, se observa una hiperrepresentación de las mujeres en su condición de embarazadas,

enfaticando en ellas la función reproductiva. Las mujeres y las criaturas no nacidas también pueden infectarse a raíz de una relación sexual sin protección con una pareja sexual infectada. Sin embargo, estos medios nunca se refirieron a la sexualidad y a la reproducción de los hombres como un factor vinculado al desarrollo de la infección en la etapa intrauterina. Ello refiere una naturalización de la maternidad al centrar en la mujer la condición de género en su función reproductiva, aspecto que no se produce en el caso del hombre.

En segundo lugar, los medios privados depositan en estas mujeres la responsabilidad del cuidado de esa nueva vida, reafirmando y reforzando el reparto desigual de roles en el sistema sexo-género y asentando los estereotipos de género, donde el cuidado de la vida se construye como una responsabilidad feminizada.

Por otro lado, ni los actores públicos ni los privados consideraron a las empresas como actores de la política, a pesar de que la Organización Panamericana de la Salud identificó al sector privado como responsable de la implementación de medidas de prevención en la región, junto con los demás grupos objetivos: autoridades, sector público, ONG, familias y personas. Considero que esta invisibilización del sector privado como grupo objetivo de la política le permitió evadir los costos asociados a la implementación de las medidas de prevención, trasladándolos a los demás actores.

Diagnóstico

En cuanto al diagnóstico del problema público que realizaron los actores públicos y privados, hay que señalar que el contagio sexual del virus apenas recibió atención: los medios de comunicación privados hicieron referencia a esta vía de contagio solamente en tres ocasiones, dedicando un espacio equivalente al 0.10 por ciento de su producción textual a este tema; mientras que los actores públicos no hicieron ninguna referencia a este tema. En conjunto, los textos analizados apenas abordan el vínculo entre la transmisión sexual del virus y la transmisión materno-fetal: un aspecto muy relevante, ya que podría aumentar las complicaciones fetales (Sánchez). Al respecto, como se ha señalado anteriormente, ningún actor hizo referencia al papel de las parejas sexuales de las mujeres embarazadas en la propagación del virus y prevención de la infección.

Se aprecia en este caso un sesgo de infrarrepresentación de los hombres como copartícipes en la aplicación de medidas de prevención, lo cual relaciono con el peso de los valores patriarcales sobre la construcción de los roles de género. Considero que ello afectó negativamente la eficacia de las políticas para la igualdad de género y para la prevención de la infección por zika, pues no nombrar expresamente a los hombres como actores responsables en el control del vector y en la prevención de la transmisión sexual del virus, disminuyó el potencial de las medidas de prevención tomadas por –la mitad de– la población, al carecer estas de un principio de corresponsabilidad de género.

Además, reafirmó los privilegios masculinos, desprendiendo a los hombres de toda responsabilidad de cara al cuidado, lo cual incluía tanto medidas de prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS), como labores de limpieza para la eliminación de criaderos del *Aedes aegypti*.

Este enfoque de género perpetuó una construcción del género típicamente patriarcal, caracterizada por la ausencia de responsabilidad masculina en el cuidado de la vida y por la patologización de los cuerpos femeninos y la responsabilidad culposa del género femenino, al enfocar injustamente el riesgo sobre las mujeres gestantes.

Por otro lado, no se encontró ninguna referencia a las desigualdades económicas y su impacto sobre la capacidad de las familias para hacer frente a las medidas de prevención y protección contra el zika.

Caracterización del grupo objetivo

Mientras los actores públicos obviaron completamente las vinculaciones entre el virus y la sexualidad humana, los actores privados abordaron este tema enfocándolo mayormente en las mujeres, a quienes dedicaron un espacio casi tres veces mayor que al hombre (1.90 % frente al 0.70 % de la producción textual de estos medios). Se aprecia en ello una hiperrepresentación de la sexualidad de las mujeres, lo cual vinculo con el control que las instituciones patriarcales mantienen sobre la sexualidad femenina.

Este hallazgo se mantiene si nos enfocamos en el análisis del contenido de estas noticias, las cuales están referidas a las investigaciones realizadas en torno al virus del Zika. En estas se refiere que la presencia del virus se analizó en los hombres en varios fluidos corporales (orina, saliva y esperma), mientras que en las mujeres solo se analizó su presencia en el flujo vaginal. Es decir, en el caso del hombre se analizan varios fluidos, porque todos son relevantes, pero en el caso de la mujer solo se estudia el flujo vaginal. Se observa también en este caso un sesgo asociado a la visión androcéntrica de la salud, donde los problemas de salud se construyen desde la visión y experiencia del hombre, lo cual determina su selección como sujeto de investigación.

En cuanto al tratamiento de la sexualidad femenina que realizaron los actores privados, esta fue manifiestamente patológica. Así, en el Caso 30 puede leerse “La vagina es un ‘nicho’ para el Zika”, lo cual reproduce la visión hegemónica de la medicina occidental sobre esta parte del aparato genital femenino: la vagina es leída en clave peyorativa y como un foco de peligro (Rodríguez y Néné).

En estos textos se refiere la verificación de la presencia del virus en el semen masculino 188 días después de la manifestación de la infección, sin aportar información sobre cuánto tiempo podría permanecer en los fluidos vaginales. Sin embargo, mientras ofrecieron datos precisos y evitaron el uso de adjetivos cuando se refirieron a la sexualidad masculina, en el caso de la sexualidad femenina los medios refirieron suposiciones sin base científica y describieron los genitales femeninos en clave patológica:

“El virus del Zika se detectó en el esperma de un italiano seis meses después de los primeros síntomas de la infección, lo que duplica el tiempo máximo de duración registrado hasta el momento, según un estudio del instituto Spallanzani en Roma (...) El análisis detectó que, 91 días después de los primeros síntomas, el virus seguía presente en la orina, la saliva y el esperma. Al 134° día, solo el esperma daba aún positivo. Y, el 188° día, es decir seis meses después de los primeros síntomas, la muestra de esperma seguía dando positivo” (Caso 18).

“la vagina podría ser un lugar donde el Zika virus puede replicarse por un periodo largo. La vagina podría ser una reserva para el virus en humanos, pero hay que investigar más” (Caso 30).

Por su parte, el análisis de estos casos indica que en el momento en el cual se diseñó la muestra de análisis (septiembre del 2016), ya se había estudiado cuánto tiempo permanecía el virus en el organismo masculino, no así en el femenino, lo que nuevamente señala la presencia de sesgos de género en la investigación en salud relacionados con la visión androcéntrica característica de la civilización occidental.

Por último, en los textos producidos por los medios privados se identificó un sesgo de estereotipificación múltiple que se manifestó en el enfoque aplicado a los primeros casos de bebés nacidos con microcefalia en Nicaragua y Florida (Estados Unidos), al ser las mujeres situadas bajo categorías raciales y de clase social:

“También señaló que se están realizando otras pruebas a la paciente para descartar otras infecciones, porque resultó también positiva para virus de herpes” (Caso 16).

“El Departamento de Salud del estado de Florida (EE. UU.) confirmó este martes el primer caso de microcefalia en un bebé ligado al virus del Zika, contraído por una mujer haitiana que dio a luz en este estado. Las autoridades sanitarias señalaron que la mujer infectada, cuya identidad no fue facilitada, contrajo el virus del Zika en su país de origen, por lo que se trata de un caso importado” (Caso 15).

El medio no solo refiere que la mujer residente en Florida se infectó en el extranjero, una información que resulta relevante para valorar el riesgo de infección en la población estadounidense, sino que primeramente hace referencia a su nacionalidad haitiana, el país más pobre de Latinoamérica, un dato que por el contrario considero accesorio al principal. Con respecto al caso nicaragüense, el medio no informa solamente que la mujer se está haciendo más pruebas para verificar si la microcefalia está vinculada con la infección del zika: se filtra información personal sobre su salud señalándola como portadora del virus del herpes, violando su derecho a la privacidad y marcándola con el estigma de las ETS.

En ambos casos, considero que este enfoque generó impactos que interfirieron negativamente en las políticas analizadas. Por un lado, supone una estereotipación de los casos de microcefalia, induciendo a la población a asociar el riesgo de contraer la infección con la pertenencia a colectivos sociales específicos: mujeres haitianas negras, empobrecidas y migrantes, o bien, mujeres nicaragüenses que practican sexualidades estigmatizadas. Considero que este enfoque resultó en una reducción del celo aplicado por la población en las medidas de prevención, además de reforzar la discriminación hacia estos colectivos.

Por otro lado, este enfoque mediático contribuyó a reforzar la construcción patriarcal de los roles de género, pues al caracterizar a las mujeres infectadas como pertenecientes a grupos sociales excluidos –negras, pobres o practicantes de sexualidades “sospechosas”–, se salvaguarda el mito de la maternidad mariana: subliminalmente, el enfoque de los medios privados transmite el ideal de la buena madre, quien no infecta a sus criaturas durante la gestación, reafirmando el mito de la “madre sacrificada y entregada a su hijo en todos los sentidos de su vida” (Romero Meza; Gómez López y Pérez Orozco).

Objetivos y medidas

El análisis de los textos sugiere que los sesgos de género presentes en la etapa de definición del problema público condujeron a diseñar paquetes de medidas insuficientes para abordar con eficacia la crisis del zika. Destaca así la ausencia de medidas destinadas al sector privado y a la prevención de la infección en poblaciones vulnerables. Como se ha señalado previamente, un abordaje eficaz del zika y demás infecciones transmitidas por el *Aedes aegypti* exige la corresponsabilidad de todos los actores implicados –también del sector privado, al poder infectarse las personas en su lugar de trabajo– y el abordaje de los determinantes sociales de salud implicados en el control del vector.

También destaca la ausencia de medidas de prevención contra la transmisión sexual del virus. Los medios privados de comunicación hicieron referencia a la posibilidad de contagio sexual, pero en ningún momento, ningún actor, refirió el uso de anticonceptivos de barrera durante las relaciones sexuales para hacer efectivo el ejercicio de los DSR en un contexto de alerta epidemiológica.

Con respecto al derecho al aborto, en los textos analizados tampoco se problematizó su discusión en el caso de las mujeres que sufrieron la infección durante el primer trimestre de gestación, tema que fue objeto de fuertes debates en Latinoamérica. La atención mediática sobre este tema se concentró durante el mes de febrero del 2016 –por lo que cayó fuera del periodo de estudio, establecido entre el 14 de marzo y el 2 de septiembre– a raíz de las declaraciones del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) Zeid Ra’ad Al Hussein, quien defendió el derecho al aborto seguro en Latinoamérica en el marco de la crisis del zika (Alto Comisionado para

los Derechos Humanos). Teniendo en cuenta esta salvedad, considero que el mutismo de los actores sobre este aspecto durante los cinco meses y medio que se extendió el periodo de recogida de la muestra debe relacionarse con la preminencia de los roles y mandatos de género vinculados al patriarcado, donde la maternidad es construida como norma en la mujer.

El análisis de las medidas de prevención por actor también reveló diferencias importantes en los discursos analizados: en el caso de los actores públicos, las medidas de prevención fueron orientadas a las familias (20.20 % del texto generado por el Gobierno) y a la comunidad (15.10 %), mientras que el espacio dedicado a las mujeres embarazadas es minoritario (0.20 %). Sin embargo, los actores privados refieren medidas de prevención orientadas principalmente a las mujeres embarazadas (1.20 % del texto generado por los medios de comunicación), seguidas de las familias (1.10 %) y la comunidad (0.90 %).

Monitoreo

Finalmente, en relación al monitoreo de las políticas públicas se pudo identificar la presencia de prácticas de colonialidad en los textos producidos por los actores privados, los cuales enfocaron el seguimiento de la epidemia en EE. UU., obviando en gran medida su evolución en Centroamérica, a pesar de ser esta última información mucho más relevante para valorar los riesgos de contraer la infección en Nicaragua. En particular, los medios de comunicación dedicaron un 5.70 % de su producción textual a informar sobre la evolución de la epidemia en EE. UU. Por el contrario, el espacio dedicado a Centroamérica fue cinco veces menor (1.20 %). Este hallazgo no se observó en el caso de los actores públicos.

Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos del análisis contrarían la hipótesis preliminar del estudio, la cual planteaba la presencia generalizada de un enfoque de género negativo en la cobertura comunicacional de la crisis del zika. En contraste, el análisis detenido revela importantes diferencias entre los discursos analizados. Así, en relación al discurso producido por los actores públicos, los hallazgos señalan que estos textos presentaron un enfoque neutro al género: aunque presentan algunos rasgos de las políticas “género en el desarrollo” o *gender mainstreaming*, al no verter estereotipos de género, no persiguen un objetivo género-transformativo. A nivel práctico, ello supone una autoexclusión de los actores públicos en la construcción de los roles de género. Es decir, el enfoque neutro al género termina creando un espacio de cesión de la política de género –central para el desarrollo humano– a las fuerzas del mercado y demás actores privados. Como indico en los antecedentes, la PEFPPV no integra un objetivo género-transformativo, lo que explica este resultado.

En cuanto a la comunicación desarrollada por profesionales y medios privados, se observa un discurso que reforzó los roles de género al señalar a las mujeres embarazadas como un grupo de riesgo de la infección por el virus del Zika y responsabilizarlas de las medidas de prevención. Así, acorde con el rol tradicional de cuidadoras, las mujeres fueron designadas por estos actores como responsables directas de la protección de las capacidades humanas de las futuras generaciones. Se observa, por tanto, que en relación a la comunicación privada no se están aplicando las medidas previstas dentro de la Ley 648: el discurso elaborado por estos medios es sexista, racista y colonialista, y promueve estereotipos de género, raza y clase, lo cual refuerza la desigualdad. En base a ello, considero que estos contenidos contribuyeron a la reedificación de una estructura de relaciones de poder desigual a lo interno de la sociedad nicaragüense. Al respecto, no se evidencia el establecimiento de la alianza de medios promovida por la PEFFPV.

También en el grado de corresponsabilidad del cuidado se observan diferencias entre los actores estudiados: mientras los actores privados conciben el cuidado como una responsabilidad privada y feminizada, para los actores públicos el cuidado constituye una responsabilidad social compartida entre familias, comunidades y Estado. Por tanto, en los actores públicos se observa la adopción de un modelo de cuidado con cierto grado de socialización, aunque parcial, pues no integra la corresponsabilidad de género ni la participación del sector privado, un aspecto –coincidente con los actores privados– indicativo del peso preponderante de los intereses del capital privado por encima del bienestar social, lo que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como un factor determinante de la inequidad sanitaria.

Con respecto al ejercicio efectivo de los DSR, destaca el silencio de los actores en relación a la prevención de la transmisión sexual del virus, lo que dificultó el acceso a información clave para prevenir la infección y asegurar la salud materno-infantil (Souza *et al.*). Además, obstaculizó el acceso al derecho a decidir si concebir o no en un contexto de alerta epidemiológica por una infección de transmisión sexual conocida. De igual manera, obvió la responsabilidad de las parejas sexuales en la prevención de la transmisión del virus a las criaturas no nacidas –las más vulnerables a la infección–, lo que supuso negar la responsabilidad masculina en el cuidado de la vida.

Por otro lado, el silencio en relación al uso de anticonceptivos de barrera debe relacionarse también con la reafirmación del mandato social de la maternidad, lo cual se advierte en la ausencia de una discusión sobre la regulación actual del aborto en Nicaragua, un tema que en ningún momento fue objeto de mención. Si bien las mujeres embarazadas no tienen mayores riesgos de salud que el resto de la población adulta cuando desarrollan la infección, los impactos socioeconómicos de la epidemia sí son decididamente más profundos para ellas: en el marco de un régimen de cuidados feminizado y en gran medida familista, serán ellas quienes asuman principalmente los

costos económicos y emocionales que supone el cuidado de personas con trastornos vinculados a la infección del zika, lo que magnifica una vulnerabilidad económica –en las mujeres y criaturas bajo su cuidado– ya de por sí elevada en virtud de las barreras que afectan a la participación económica femenina (Daly y Lewis; Quiroga Díaz).

Sin embargo, ninguno de estos aspectos fue problematizado, lo cual sugiere que los actores dan por hecho que ellas asumirán estos costos y que las decisiones reproductivas no están en la esfera de sus derechos. Ello explicaría la ausencia de un debate sobre la regulación actual del aborto en un contexto de crisis, lo que revela el grado de naturalización de los estereotipos y roles de género y la estabilidad de las desigualdades sociales que estos generan.

En relación al conjunto de las desigualdades sociales, esta investigación señala dificultades en los actores para reconocer los determinantes sociales implicados en la crisis, lo que sugiere la posibilidad de un déficit de medidas para abordar el gradiente social de salud (Borrell y Malmusi). Si parte de las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud conllevan adquirir repelentes, mosquiteros y cedazos (2016), surge la inquietud sobre la capacidad de las familias empobrecidas para asumir los costos que conlleva implementar dichas medidas, situación que estaría afectando al 18 % de la población nicaragüense que vive en condiciones de pobreza y al 6.9 % que vive en condiciones de pobreza extrema (Instituto Nacional de Información de Desarrollo). Sin embargo, los actores no se refirieron en ningún momento a esta problemática, ni aportaron información sobre la existencia de medidas específicas destinadas a estos sectores de la población. La posibilidad de una concentración de personas afectadas entre los grupos poblacionales más vulnerables se convertiría así en un factor generador de desigualdad social que, a largo plazo, perjudica tanto los objetivos de salud pública, como los objetivos de desarrollo del país en otras áreas de política pública (Borrell; Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud).

Finalmente, los resultados señalan la presencia de valores antidemocráticos en los actores privados, los cuales reprodujeron estereotipos racistas, colonialistas y sexistas en su discurso, elementos que contribuyen a la creación de subjetividades e intersubjetividades en las que las personas somos clasificadas en función de categorías sociales que determinan nuestra significación dentro del sistema-mundo. Es decir, en los términos empleados por Judith Butler, qué vidas merecen ser lloradas y qué vidas son prescindibles.

En conjunto, es previsible que los sesgos identificados hayan impactado negativamente en la lucha contra la violencia de género, al fomentar la desigualdad de género en las responsabilidades derivadas del cuidado de la vida y apuntalar la violencia cultural y estructural. Asimismo, posiblemente hayan limitado la capacidad de los actores sociales para contener la expansión del virus, cuya infección presenta secuelas a largo plazo que todavía siguen siendo estudiadas (Souza *et al.*). Por tanto, los hallazgos de esta investigación indican que la permanencia de la ideología de género tradicional

en la sociedad nicaragüense limita la profundización de las políticas para el desarrollo humano, por lo que el cuestionamiento de los roles de género se convierte en una tarea ineludible dentro de la agenda social y política del país.

Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos a través del presente análisis, considero que el discurso *gender mainstream* desarrollado en Nicaragua con motivo de la epidemia del zika durante el 2016, reforzó los roles de género. Tanto la neutralidad de género reflejada en los contenidos producidos por los actores públicos, como el sexismo exhibido por los actores privados en su producción mediática, conduce a una reafirmación del rol tradicional de las mujeres como cuidadoras, responsables directas de la protección de las capacidades humanas.

En específico, la investigación ha permitido constatar el silencio de ambos actores en relación con el uso de métodos anticonceptivos de barrera para prevenir la infección, lo cual limita el derecho de las personas a decidir si concebir o no y cuándo. Considero que este sesgo refuerza el mandato social de la maternidad y promueve la elusión de la responsabilidad masculina en la prevención de la transmisión sexual del virus y en el cuidado de la vida en general.

Es de destacar asimismo la completa ausencia del sector privado como responsable de las medidas de protección contra la picadura del mosquito *Aedes aegypti*, de forma que se negó su responsabilidad en el control del vector y se toleró el traslado de los costos de la política a los demás actores.

En los discursos analizados tampoco fueron abordados los determinantes sociales implicados en el control de la infección, no refiriendo ningún tipo de medida para garantizar el acceso de las familias empobrecidas a los recursos requeridos para la implementación de las recomendaciones.

Por último, entre los discursos construidos por los actores públicos y privados, identifiqué dos diferencias importantes: por un lado, los actores privados reprodujeron estereotipos racistas, colonialistas y sexistas que no se observaron en los contenidos elaborados por los actores públicos y que generaron un sesgo por estereotipificación múltiple de las personas afectadas por la infección. En particular, en lo que se refiere al género, la investigación señala que los medios privados depositaron el riesgo en las mujeres embarazadas, patologizaron el cuerpo y la sexualidad de las mujeres, reflejaron una visión androcéntrica de la salud, hiperrepresentaron a las mujeres en sus funciones sexuales y reproductivas y vertieron estereotipos sexistas.

Por otro lado, los discursos señalaron diferencias importantes en relación con el modelo de cuidados concebido por los actores: mientras los medios de comunicación privados depositaron la responsabilidad de los cuidados principalmente en las mujeres embarazadas –seguidas por las familias y las comunidades–, los actores públicos

enfocaron las medidas de prevención en las familias y comunidades, de manera que resultó anecdótico el espacio dedicado a las mujeres gestantes. Considero que ello refiere una concepción más social del modelo de cuidados en los actores públicos, aunque parcial, al no integrar el eje de género ni al sector privado.

En conjunto, los sesgos identificados impactaron negativamente en la lucha contra la violencia de género al reforzar los estereotipos y roles de género tradicionales, lo cual fortaleció el sistema sexo-género. Es decir, al apuntalar la violencia cultural y estructural bajo las que se sostiene la violencia de género. Asimismo, los discursos analizados redujeron la capacidad de todos los actores sociales para apercibirse responsables de la prevención de la infección, lo que sugiere la conformación de una política pública de eficacia insuficiente para el control del vector y la contención de la expansión del virus.

Notas

- 1 Un avance de este estudio fue presentado en el II Congreso Nacional de Ciencias Políticas, celebrado en Managua el 29 y el 30 de septiembre del 2016, en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- 2 En la elaboración de este trabajo he contado con la revisión de colegas, especialistas y legos en estudios de género. A todas estas personas quiero transmitirles mi agradecimiento por los aportes realizados, los cuales han permitido mejorar sustancialmente la versión original del artículo.
- 3 El artículo 27 de la Ley 648, dispone en su primer apartado lo siguiente: “los medios de comunicación social, agencias de publicidad, así como los comunicadores y comunicadoras, procurarán una labor social de promoción de la igualdad de derechos entre mujeres y hombres, evitando la proyección de imágenes, mensajes, información, noticias, lenguaje, entre otros, que discriminen o reproduzcan roles y estereotipos de subordinación o desventajas de las mujeres con respecto a los hombres”.
- 4 Término bajo el que Subirats Humet *et al.* describen la situación donde “ciertas administraciones y autoridades políticas mantienen relaciones de «clientelismo» con diversos actores privados o paraestatales”.
- 5 De acuerdo con los datos publicados por Cuartero Argucia para el 2017, la prensa web nicaragüense presentaría una situación de oligopolio, en ese sentido, dos editoriales ocupan este segmento de mercado en la industria cultural: la Editorial Nuevo Amanecer (*El Nuevo Diario, Diario Metro y Q'*) y la Editorial La Prensa (*La Prensa y Hoy*). Fuera de estos grupos, “otros medios” serían consultados por un 15.5 % de internautas, sin aportar el estudio mayor detalle sobre los estos.
- 6 Estos son el índice de desigualdad de género del PNUD, que indica una reducción del 16 % en la desigualdad de género para el periodo 2005-2017, descendiendo desde un valor de 0.542 al 0.456; y el índice de la brecha de género elaborado por el Foro Económico Mundial, que para el periodo 2006-2018 cuantifica el avance en igualdad de participación política en un 200 % –aumentando el subíndice de empoderamiento político del 0.192 al 0.576– y en un 47 % el avance en participación económica; este subíndice aumenta del 0.463 al 0.679. En educación y

salud, este índice cuantifica la brecha como prácticamente nula. El valor global del índice ha mejorado un 23 % desde el 2006 hasta el 2018, creciendo desde 0.657 hasta el 0.809.

7 Ver Nota 3.

8 En la segunda línea de acción del componente de comunicación social, la estrategia de prevención orienta el: “Diseño e implementación de una estrategia comunicacional a favor de los derechos de las mujeres a una vida libre de violencia, así como estimular la participación de los medios de comunicación en acciones que eliminen conductas estereotipadas que alienan, permiten, fomentan y toleran la violencia contra las mujeres, niñas, niños y adolescentes en todas sus modalidades”.

Mientras que la línea de acción tres señala la: “Generación de alianzas con los medios de comunicación a fin de promover su participación para inhibir y eliminar la producción de contenidos que replican, exacerbaban y fomentan actitudes, conductas y percepciones estereotipadas de género que discriminan y subordinan a las mujeres; y logren desarrollar contenidos basados en el respeto, dignidad, igualdad y rechazo a los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres y produzcan campañas de información, sensibilización y toma de conciencia sobre el tema”.

9 Ver Nota 6.

10 Estos diarios pueden consultarse en los siguientes enlaces: <https://www.elnuevodiario.com.ni/> y <https://www.laprensa.com.ni/>

11 En los textos analizados no se encontraron referencias a la evaluación de la política, ya que en el momento en el cual se realizó el estudio (septiembre del 2016), la política del zika todavía se hallaba en fase de implementación.

Bibliografía

- “Familia Chamorro”. *Biografías y Vida*. Recuperado de http://www.biografiasyvidas.com/biografia/c/chamorro_familia.htm
- Arenas-Monreal, Luz, et al. Aportes y desafíos del enfoque género en el estudio de las enfermedades transmitidas por vector. *Salud Pública México* 57/1(2015): 66-75.
- Berger, P. L. y Thomas L. *La construcción social de la realidad*. 1968. Trad. Silvia Zuleta. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.
- Blanco, C. (22 de febrero de 2003). La niña nueve de nueve años violada aborta en una clínica privada de Managua. *El País*. Recuperado de https://elpais.com/diario/2003/02/22/sociedad/1045868404_850215.html
- Blandón, María Teresa. Relación del movimiento de mujeres y feminista con el movimiento y gobierno sandinistas de Nicaragua durante los últimos 40 años. *Monograma. Revista Iberoamericana de Cultura y Pensamiento*, 2.1 (2018): 97-128.
- Borrell, C. y Davide M. La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, 24/ 1 (2010): 101-108.
- Borrell, C. Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud. *Epidemiología para periodistas y comunicadores*, Coord. Gonzalo Casino y Esteve Fernández. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteve, 2015. 33-37.

- Carrasco, C. *et al.* Introducción. El trabajo de cuidados: antecedentes históricos y debates actuales. *El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas*. Ed. Cristina Carrasco *et al.* Madrid: Los Libros de Catarata, 2011. 13-96.
- Casaús Arzú, M. E. La Metamorfosis De Las Oligarquías Centroamericanas. *Revista Mexicana De Sociología*, 54/3 (1992): 69-114.
- Castro-Gómez, S. Ciencias sociales, violencia epistémica y el problema de la “invención del otro”. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Ed. Edgardo Lander. Buenos Aires: CLACSO, 2000. 88-98.
- Comisión de la Verdad, Justicia y Paz. *Resumen ilustrado*. Managua, 2019. Recuperado de <https://www.cvjpp.org.ni/home/informes>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Informe anual 2013-2014. El enfrentamiento de la violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: Naciones Unidas, 2014.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2009.
- Comunicación e Información de la Mujer AC. Se penaliza en Nicaragua el aborto terapéutico, *CN cimacnoticias*, 27 octubre 2006. <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/56160>
- CuarteroAgurcia. *Hábitos de los Usuarios Nicaraguenses en Internet 2017*. Managua, 2017.
- Daly, M. y Jane L. El concepto de “social care” y el análisis de los Estados de Bienestar contemporáneos. *El trabajo de cuidados. Historia, Teoría y Políticas*. Ed. Cristina Carrasco *et al.* Madrid: Los Libros de Catarata, 2011. 225-251.
- Del Castillo, R. Erase una vez en América. *La opinión pública y sus problemas*. John Dewey. Madrid: Ediciones Morata, 2004. 11-55.
- Dewey, J. *Democracia y educación: una introducción a la filosofía de la educación*. Madrid: Ediciones Morata, 1998.
- Dewey, J. *La opinión pública y sus problemas*. Madrid: Ediciones Morata, 2004.
- Durán, M. A. Alternativas Metodológicas en la Investigación sobre el Cuidado. *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*, Ed. ONU Mujeres. México: Naciones Unidas, 2018. 24-42.
- Federici, S. *Calibán y la bruja. Mujeres, cuerpo y acumulación originaria*. Madrid: Traficantes de Sueños, 2010.
- Foro Económico Mundial. *The Global Gender Gap Report 2018*. Ginebra. 2018.
- Frente Estudiantil Revolucionario. *Programa Histórico del Frente Sandinista de Liberación Nacional (FSLN)*. Managua: FSLN, 1972.
- García Prince, E. *Políticas de Igualdad, equidad, mainstreaming de género ¿De qué estamos hablando?: Marco conceptual*. San Salvador: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2008.
- Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. *Plan Nacional de Desarrollo Humano 2012-2016 (a seguir transformando Nicaragua)*. Managua, 2012.
- Gómez López, M. E. y Pérez Orozco, A. Resolviendo la vida, renegociando los cuidados: Una lectura feminista de las prácticas de cuidados en Matagalpa. *Las resistencias nuestras de cada día: Subversiones cotidianas a las violencias simbólicas y materiales*. Ed. Ana Victoria Portocarrero y Edurne Larracochea. Managua: UCA, 2016. 122-174.
- Granelli, R. *La penalización del aborto en Nicaragua. Una práctica de femicidio de Estado* (Tesis de maestría). Universidad de Granada, 2011.

- Humanes, M. L. El encuadre mediático de la realidad social. Un análisis de los contenidos informativos en televisión. *Zer-Revista de Estudios de Comunicación*, 6/11 (2001).
- Im, F. et al. *Nicaragua. Paving the way to faster growth and inclusion. Systematic Country Diagnostic*. Banco Mundial, Corporación financiera internacional, 2017.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo de Nicaragua. *Reporte de Pobreza y Desigualdad-EMNV 2016*. Managua: INIDE, 2016.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo y Ministerio de Salud. *Encuesta Nicaraguense de Demografía y Salud ENDESA 2011/12. Informe Final*. Managua: INIDE, 2014.
- Largaespada Fredersdorff, C. *Igualdad de género, pobreza, políticas de conciliación entre los ámbitos productivo y reproductivo. Un estudio de caso sobre Nicaragua*. Managua: United Nations Fund for Population Activities, 2006.
- Lazar, M. Feminist Critical Discourse Analysis: Articulating a Feminist Discourse Praxis. *Critical Discourse Studies* 4.2 (2007): 141-164.
- Lerussi, R. Trabajo doméstico y migraciones de mujeres en Latinoamérica. El caso de las nicaragüenses en Costa Rica. Punteo para un enfoque de reflexión y acción feministas. *Anuario Estudios Centroamericanos* 33-34 (2008): 183-203.
- Lugones, M. Colonialidad y género. *Tejiendo otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Ed. Yuderkys Espinosa Miñoso, et al. Popayán (Cauca): Universidad del Cauca, 2014. 57-73.
- Luxán Serrano, M. y Azpiazu Carballo, J. *Módulo III Metodología para la implementación la igualdad. Tema 4: Metodologías de Investigación Feminista*. Emakume eta gizonen Berdintasunaren gaineko Masterra / Máster en Igualdad de Mujeres y Hombres. Donostia: Universidad del País Vasco, 2016.
- Maldonado-Torres, N. Sobre la colonialidad del ser: contribuciones al desarrollo de un concepto. *El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global*. Ed. Santiago Castro-Gómez y Ramón Grosfoguel. Bogotá: Siglo del Hombre Editores, 2007. 127-167.
- Mann, E. S. *Familialism in Nicaragua: Reproductive and Sexual Policy Regimes, 1979-2002. Meeting ISA's Research Committee 19*, Chicago, 2005.
- Marco Navarro, F. y Nieves Rico, M. Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional. *Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura*. Coord. Laura Pautassi y Carla Zibecchi. Buenos Aires: Biblos, 2013. 27-58.
- Martínez Franzoni, Juliana et al. *The Political Social Economy Care Nicaragua. Familialism Care Exclusionary Social Policy Regime*. Ginebra: NN.UU., 2010.
- Martínez Franzoni, J. y Voorend, K. *Venticinco años de cuidados en Nicaragua 1980-2005: Poco estado, poco mercado, mucho trabajo*. San José: Guayacán, 2012.
- Martín-Palomo, M. T. Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Zerbitzuan: Revista servicios sociales*, 48 (2010): 57-69.
- Ministerio de Salud de la República de Nicaragua. Anexo al Presupuesto General de la República 2018. Marco Presupuestario de Mediano Plazo 2018 - 2021. *Proyecto de Presupuesto General de la República 2018*. Ed. MHCP. Managua: GRUN, 2018. 280-304.
- Molyneux, Maxine. Mobilization without emancipation? Women's interests, the state, and revolution in Nicaragua. *Feminist Studies*, 11/2 (1985): 227-254.
- Molyneux, Maxine. The Politics of Abortion in Nicaragua: Revolutionary Pragmatism - or Feminism in the Realm of Necessity? *Feminist Review*, 29 (1988): 114-132.

- Mosquera, Mario *et al.* Comunicación, movilización y participación: lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre dengue (FD). *Investigación & Desarrollo* 14/1 (2006): 120-151.
- Nardacchione, G. y Hemilse Acevedo, M. Las sociologías pragmático-pragmatistas puestas a prueba en América Latina. *Revista Argentina de Sociología*, 9-10/17-18 (2013): 86-118.
- Narotzky, S. *Antropología económica*. Barcelona: Melusina, 2004.
- Nicaragua. Decreto No. 43-2014, del 30 de julio, por el que se publica la Política de Estado para el fortalecimiento de la familia nicaragüense y prevención de la violencia (PEFFPV). *La Gaceta*, núm. 142, 31 julio 2014, pp. 6269-6273.
- Nicaragua. Ley No. 648 Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades. *La Gaceta. Diario oficial*, núm. 51, 12 marzo 2008, pp. 1668-1674.
- Nicaragua. Texto de la Constitución Política de la Republica de Nicaragua con sus reformas incorporadas. *La Gaceta. Diario oficial*, núm. 32, 18 febrero, 2014, pp. 1254-1284.
- Naciones Unidas. Declaración Astana. *Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Astana (Kazajstán): OMS y UNICEF, 2018.
- Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. *Defender los derechos de las mujeres es esencial en la respuesta al Zika*-Alto Comisionado para los DD HH. ACNUDH, 5 febrero 2016. Recuperado de <https://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=17014&LangID=5>
- Organización Panamericana de la Salud. *Nicaragua galardonada con Premio América 2011 por reducción la mortalidad materna*. 2011. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=6011:2011-nicaragua-galardonada-premio-america-2011-reduccion-mortalidad-materna&Itemid=135&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. *Salud en Las Américas, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington, D.C.: OMS, 2017.
- Organización Panamericana de la Salud. *Preguntas frecuentes sobre el control de vectores del virus del Zika*. 2016. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=33882&Itemid=270&lang=en
- Pateman, Carole. 'God Hath Ordained to Man a Helper': Hobbes, Patriarchy and Conjugal Right. *British Journal of Political Science* 19/4 (1989): 445-463.
- Pérez Baltodano, Andrés. Mi renuncia al Consejo Editorial. *Confidencial*. 2019. <https://confidencial.com.ni/mi-renuncia-al-consejo-editorial/>
- Pérez Orozco, A. *Subversión feminista de la economía: aportes para un debate sobre el conflicto capital-vida*. Madrid: Traficantes de sueños, 2014.
- Phelan, A. y Lawrence O. G. The Human Rights Dimensions of Zika. *Academic impact*. NN.UU. 2016. <https://academicimpact.un.org/content/human-rights-dimensions-zika>
- Pizarro, A. M. *Derechos sexuales y reproductivos. Mortalidad materna en Nicaragua*. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMMLC), 2006.
- Posada Kubissa, L. Otro género de violencia. Reflexiones desde la teoría feminista como teoría crítica. *Asparkia: investigació feminista*, 19 (2008): 57-71.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *La democracia en América Latina: hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos*. Ed. Fernando Esteves. Buenos Aires: Aguilar, Altea, Taurus, Alfaguara, 2004.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Gender Inequality Index (GII). *Human Development Reports*. 2018. Recuperado de <http://hdr.undp.org/en/indicators/68606>

- Quiroga Díaz, N. Tejiendo otro modo: Feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala. Ed. Yuderkys Espinosa Miñoso *et al.* Popayán (Cauca): Universidad del Cauca, 2014. 161-178.
- Redondo, I. *The Public and its problems. Opinión pública y comunicación en la obra de John Dewey.* Universidad de Navarra, 2005. Recuperado de <http://www.unav.es/gep/Dewey/OpinionPublicaComunicacion.pdf>
- Rodrigues, S. B. y Néné, M. "The place of episiotomy in history: A sore review." *Journal of Nursing Education and Practice*, 9 (2019): 122-128.
- Romero Meza, M. Maternidades feministas; Experiencias y reflexiones en construcción. *Las resistencias nuestras de cada día: Subversiones cotidianas a las violencias simbólicas y materiales.* Ed. Ana Victoria Portocarrero y Edurne Larracochea, Managua: UCA, 2016. 54-89.
- Sánchez, A. "Dinámica del Virus de Zika en los fluidos corporales y riesgo de transmisión sexual en una zona no endémica". *Enfermedades Emergentes*, 17/2 (2018): 99-100.
- Souza, I. *et al.* Late Neurological Consequences of Zika Virus Infection: Risk Factors and Pharmaceutical Approaches. *Pharmaceuticals*, 12/2 (2019). DOI: 10.3390/ph12020060.
- Subirats Humet, J. *et al.* *Análisis y Gestión de Políticas públicas.* Barcelona: ARIEL, 2008.
- Van Dijk, T. A. Análisis crítico del discurso. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 30 (2016): 203-222.
- Vidaurre Arias, A. (25 de febrero de 2019). Buena nota Nicaragua en informe Gender Gap es una burla. *El Nuevo Diario.* Recuperado de <http://www.elnuevodiario.com.ni/nacionales/486516-gender-gap-oea-crisis-nicaragua>
- Werner, D. *et al.* *Cuestionando la solución: Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil.* HealthWrights, 2000. <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/index.htm>
- Whiteford, L. M. The Ethnoecology Dengue Fever. *Medical Anthropology Quarterly*, 11/2 (1997): 202-223.
- Zittoun, Ph. Hacia un enfoque pragmático de la acción pública. *Mundos Plurales - Revista Latinoamericana De Políticas Y Acción Pública*, 3, 1(2016): 9-32.

María Augusta Rodrigues Ribeiro. Investigadora social de origen hispanoportugués, formada como economista especializada en género, desarrollo humano y desarrollo socioeconómico. Actualmente, realiza un doctorado en el Programa de Estudios Interdisciplinarios de Género de la Universidad Autónoma de Madrid (España). Ha colaborado con la Universidad Centroamericana en el campus de Managua (Nicaragua) en la docencia de análisis y evaluación de políticas públicas y de género y equidad social. Como consultora independiente, ha prestado servicios especializados en el ciclo de gestión de proyectos y programas de intervención social a instituciones del gobierno de Nicaragua, organismos de cooperación gubernamental, organizaciones del tercer sector y Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC).

Contacto: mar.rodrigues01@predoc.uam.es
 ORCID: 0000-0002-5753-4631

CAPÍTULO 6. COPIA COMPLETA DE LOS ARTÍCULOS

296

María Augusta Rodríguez Ribeiro

ANEXO 1

	Título	Fecha	Web
1	Nicaragua declara alerta epidemiológica para intensificar lucha contra el dengue, chikungunya y Zika	05/05	MINSA
2	Informan sobre forma aparentemente más benigna del virus Zika en Nicaragua	29/06	MINSA
3	MINSA reitera las medidas de prevención para evitar el dengue, chikungunya, Zika y demás enfermedades que tienden a incrementarse con las lluvias	06/06	MINSA
4	6 mujeres que han tenido Zika han dado a luz bebés saludables	25/07	MINSA
5	Eliminar los criaderos de zancudos para prevenir el dengue	14/03	MINSA
6	En Nicaragua siguen naciendo bebés sanos de madres que tuvieron Zika	04/08	MINSA
7	La UE apoya la investigación sobre el virus del Zika	10/06	CINICYT
8	MINSA llama a reforzar las medidas de prevención del dengue	25/07	MINSA
9	Lucha antiepidémica se intensifica en el barrio Walter Ferreti	18/07	MINSA
10	Sigue la batalla contra el Aedes aegypti en Managua	23/08	MINSA
11	El Zika en aumento acelerado	29/07	La Prensa
12	Identifican segundo mosquito transmisor de Zika en Brasil	21/07	La Prensa
13	Más de 700 casos de Zika en el país	28/07	La Prensa
14	Pipitos vigilantes ante aumento de microcefalia por Zika	26/08	La Prensa
15	Primer caso de microcefalia ligado a Zika en Florida	28/06	La Prensa
16	Primer caso de microcefalia por Zika en Nicaragua	09/08	La Prensa
17	Virus del Zika sin pausa en el país	04/08	La Prensa
18	Virus del Zika: 1.211 casos en Nicaragua	12/08	La Prensa
19	Zika sigue siendo una emergencia	02/09	La Prensa
20	EE. UU. Alerta sobre viajes a Miami por Zika	01/08	La Prensa
21	EE. UU. Se queda sin fondos para combatir el Zika	30/08	END
22	La infección congénita del Zika puede provocar sordera en los niños	30/08	END
23	Nicaragua acumula 1661 casos de Zika	30/08	END
24	Siguen sin respuesta las dudas científicas respecto al Zika y sus efectos	02/09	END
25	Un tercio de la humanidad vive en zonas de riesgo de propagación del Zika	01/09	END
26	Así evoluciona el Zika en Nicaragua	07/05	END
27	Casos de Zika en Nicaragua aumentan a casi 700	26/07	END
28	Dengue y Zika atacan más en Nicaragua	23/07	END
29	El rash no es sinónimo de tener Zika	25/07	END
30	La vagina es un "nicho" para el Zika, según un estudio	25/08	END

Anuario de Estudios Centroamericanos, Universidad de Costa Rica, 45: 269-296, 2019 / ISSN: 2215-4175

6.4 Artículo III: *La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de «mutilación genital femenina»*

MONOGRÁFICO

Investigaciones Feministas

ISSN-e: 2171-6080

<http://dx.doi.org/10.63791> EDICIONES
COMPLUTENSE

La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de «mutilación genital femenina»

María Augusta Rodrigues Ribeiro¹

Recibido: Marzo 2019 / Revisado: Octubre 2019 / Aceptado: Marzo 2020

Resumen. En la primera mitad del siglo XX la episiotomía se asentó como un procedimiento rutinario dentro del paradigma tecnocrático de atención al parto. Los estudios sobre su efectividad se iniciaron medio siglo después sin encontrar evidencias claras de su efectividad. En la actualidad, sigue practicándose ampliamente en gran cantidad de países, por lo que diversos autores la han considerado una mutilación genital femenina. Este artículo tiene por objetivo profundizar en esta aseveración, analizando su práctica en relación a la construcción social del género y la institución de la maternidad. El análisis, desarrollado en base a una investigación bibliográfica, revela la episiotomía como una práctica de género constitutiva del patriarcado moderno, cuya génesis en el siglo XVIII se enmarca en la producción del dispositivo de sexualidad teorizado por Foucault. Además, el doble discurso que surge de su legitimización occidental, la sitúa como una tecnología disciplinaria de dominación colonial y de género.

Palabras clave: Mutilación genital femenina; tecnocracia; relaciones de poder; patriarcado; imperialismo.

[en] Routine episiotomy as a cultural gender practice: other case of «female genital mutilation»

Abstract. In the first half of the 20th century, episiotomy became a routine procedure within the technocratic paradigm of childbirth care. Studies on its effectiveness began half a century later without clear evidence of its benefits. Today, it is still widely practiced in many countries, so several authors have considered it female genital mutilation. This article aims to deepen this assertion by analyzing its practice in relation to the social construction of gender and the institution of motherhood. The analysis, developed on the basis of bibliographic research, reveals episiotomy as a gender practice constitutive of modern patriarchy, whose genesis in the 18th century is framed around the elaboration of the dispositif of sexuality theory by Foucault. In addition, the double discourse that arises from its western legitimization situates it as a disciplinary technology of colonial and gender domination.

Keywords: Female genital mutilation; technocracy; power relations; patriarchy; imperialism.

Sumario. 1. Introducción. 2. La episiotomía: entre la práctica médica y la intervención ritual. 3. La episiotomía como técnica disciplinante: la expansión interclasista del dispositivo de la sexualidad. 4. La intersección con la raza en el análisis de las intervenciones rituales sobre los genitales femeninos. 5. La importancia de la episiotomía en el ritual de la atención al parto: la iniciación a la maternidad. 6. Conclusiones. Referencias bibliográficas.

Cómo citar: Rodrigues Ribeiro, M. A. (2020). La episiotomía como práctica cultural de género: otro caso de «mutilación genital femenina», en *Revista de Investigaciones Feministas* 11(1), 77-87.

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el panorama actual de atención al parto como un mix de escenarios con pocas intervenciones que llegan demasiado tarde, y escenarios donde se efectúan demasiadas intervenciones, innecesarias y demasiado pronto (2018b, V). Ciertamente, la OMS considera el parto como un proceso fisiológico que puede desarrollarse sin complicaciones y sin intervenciones clínicas. Sin embargo, las intervenciones obstétricas son una constante en el modelo hegemónico de atención al parto (1996, 7-8; 2018b, 1, 8).

Así, y aunque la mortalidad materna se ha reducido, Tunçalp *et al.* señalan que el éxito en la política del parto institucional no ha logrado los resultados esperados, trasladándose a las instituciones de salud una parte im-

¹ mar.rodrigues01@predoc.uam.es
Universidad Autónoma de Madrid, España

portante de la morbilidad materna y perinatal (2015, 1). En este contexto, la mala calidad de los cuidados se ha convertido en un obstáculo fundamental para acabar con la mortalidad y morbilidad evitables (2015, 1). Se enmarca aquí el problema de medicalización del parto, más común en los países de ingresos medios y altos, pero no exclusivo de estos: el uso rutinario de prácticas ineficaces y potencialmente dañinas también está muy extendido en entornos de recursos limitados, ampliando con ello la brecha de equidad en salud (OMS, 2018b, 8; Tunçalp *et al.* 2015, 1045; Oladapo *et al.* 2018, 918).

Entre las intervenciones obstétricas más habituales, la episiotomía ha jugado en mi opinión un protagonismo especial. Es esta una cirugía menor realizada para ensanchar la abertura de la vagina mediante una incisión en el periné, la que se practica bajo el supuesto de que reduce el riesgo de desgarros perineales graves en ciertos escenarios, o para asegurar el bienestar de las criaturas recién nacidas en caso de sufrimiento fetal. Inicialmente planteada sólo para emergencias obstétricas, en los años veinte del s. XX la episiotomía empezó a practicarse como medida «profiláctica» sobre los cuerpos de las mujeres gestantes occidentales en base a la experiencia clínica de especialistas europeos y norteamericanos (Clesse *et al.*, 2019, 4-5). Se asienta así en los años cincuenta en Estados Unidos (EEUU), a finales de los setenta en los demás países anglosajones (Canadá, Inglaterra y Australia), y a partir de mediados de los ochenta en el resto de Occidente (2019, 5-6).

El primer estudio no se realiza hasta 1983, encontrando que los supuestos beneficios atribuidos a su práctica rutinaria no se sostienen. Esta revisión de estudios clínicos, desarrollada por Stephen Thacker y David Banta, inicia una línea de investigación que prosigue en la actualidad y que ha demostrado sistemáticamente los daños provocados por la cirugía. Como se verá en el siguiente apartado, a día de hoy sigue sin existir evidencia científica que corrobore su efectividad (OMS, 2018a, 150-151). Sin embargo, los instrumentos de regulación de la práctica clínica de mayor peso a nivel internacional no contrarían su práctica, confiándola al juicio clínico en caso de sufrimiento fetal o parto instrumental.

En respuesta a la controversia entre sus daños y beneficios, la OMS sugirió en 1996 un umbral del 10 % como el porcentaje de partos que podría requerir una episiotomía (1996, 55). En base a una revisión sistemática de literatura centrada en el análisis estadístico de las tasas internacionales y su evolución temporal, Clesse *et al.* han confirmado que las tasas están muy por encima de dicho umbral y que todavía es un procedimiento quirúrgico generalizado, siendo practicado de forma extensiva en muchos países, especialmente durante el primer parto (2018, 14). A nivel internacional su práctica está descendiendo, exceptuando a países no occidentales, pobremente industrializados y de Asia Oriental (2018, 13-14), pero sólo tres países mantienen tasas por debajo de la tasa máxima objetivo: Suecia, Islandia y Dinamarca (2018, 11). Por otro lado, destaca el déficit en disponibilidad y sistematización de información, siendo necesario valorar la evolución de la práctica en relación al incremento de cesáreas, las que a nivel mundial se han duplicado en el periodo 2000-2015 (Boerma *et al.*, 2018, 1341; Clesse *et al.*, 2018, 14-150). Si el descenso en episiotomías se explica por el incremento en cesáreas, ello no supondría una mejoría en términos de salud materno-infantil y de acceso a derechos sexuales y reproductivos.

La distancia entre las tasas reales y la tasa máxima objetivo ha sido explicada por Davis-Floyd (1994, 336), Goer (1995, 275-293) y Pizzini (1989, 8) por su carácter ritual, siendo descrita por Wagner – quien fuera Director del área de Salud Materna e Infantil de la OMS– como una forma moderna de «Mutilación Genital Femenina» (MGF) (1999, 1977). La OMS define la MGF como un procedimiento que, de forma intencional y por motivos no médicos, altera o lesiona los órganos genitales femeninos (2018a). Es decir, lo que distingue una incisión en el periné que es una episiotomía, de otra incisión que es una MGF, es para la OMS la presencia de una finalidad médica.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia considera que son al menos 200 millones de niñas y mujeres las afectadas por MGF como la clitoridomía, la clitoridectomía o la infibulación, concentrándose esta práctica en 30 países situados en las regiones occidental, oriental y nororiental de África, Oriente Medio, Asia y migrantes de estas áreas (2016, 2). Valoradas como una práctica atroz desde el marco cultural occidental (Ortega, 2019, 136), las comunidades que practican estas intervenciones rituales sobre los genitales –femeninos y masculinos– las consideran necesarias para la integración social y beneficiosas para la salud² (La Barbera, 2010, 476-478; Jiménez *et al.*, 2013, 399-402).

La episiotomía también es considerada beneficiosa para la salud de las mujeres gestantes y las criaturas recién nacidas, desde nuestro marco cultural, habiéndosele atribuido múltiples beneficios en el pasado, y aún en el presente (Jiang *et al.*, 2017, 8). Sin embargo, ya en 1996 la OMS establecía que «no existe ninguna evidencia de que el uso indiscriminado de episiotomía tenga efectos beneficiosos» (1996, 55).

Veintitrés años después, las Naciones Unidas (ONU) finalmente ha reconocido la episiotomía como «un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante» cuando «no es necesari[a] o se hace sin (...) consentimiento informado de la madre» (2019, 11), siendo definido este como un proceso de comunicación interactivo entre mujeres y personal de salud donde las primeras son informadas adecuada y comprensiblemente, decidiendo libremente «sin amenazas o alicientes impropios (...) si los beneficios que les

² Ortega (2019, 136-140) y La Barbera (2010, 470-472) señalan que al adscribir el término MGF a las prácticas rituales tradicionales realizadas por comunidades africanas y musulmanas, su uso habitual produce subalternidad y alteridad en estas poblaciones, por lo que La Barbera propone en su lugar el término «intervención ritual sobre los genitales femeninos».

proporciona un procedimiento, compensan los riesgos y molestias que puedan sufrir» (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia [FIGO], 2012b, 317-318).

Dado que «las mujeres y los hombres tienen (...) derecho a la integridad de su cuerpo», «la mutilación médicamente nociva de partes del cuerpo, asociada al sexo de una persona o a sus funciones sexuales, tal como sucede con la mutilación sexual femenina, es éticamente inaceptable» (2012 b, 319). En consonancia, la ONU describe la episiotomía rutinaria como «una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer» practicada durante la atención al parto en las instituciones de salud, la que es conocida como violencia obstétrica (2019, 7, 11). Así, la episiotomía rutinaria pasa a ser considerada por la ONU como una práctica de:

«maltrato y (...) violencia contra las mujeres (...) durante la atención del parto [que se inscribe dentro] de las violaciones que se producen en el contexto más amplio de la desigualdad estructural, la discriminación y el patriarcado. (...) consecuencia [...] de la falta de respeto a la igual condición de la mujer y a sus derechos humanos» (ONU, 2019, 6).

La demora de esta declaración –casi cien años después de la publicación del exitoso artículo de DeLee, que extendió la práctica liberal de la episiotomía– no es casual, sino que debe enmarcar en el ejercicio del biopoder y del patriarcado. En el caso particularísimo del parto, la hegemonía del discurso biomédico y el paradigma tecnocrático ha sometido a las mujeres gestantes a un intensivo régimen disciplinario bajo la amenaza permanente del riesgo obstétrico. La internalización de esa sumisión al biopoder – que Arguedas distingue como poder obstétrico³ – supone una de las condiciones necesarias para sostener y proseguir con la aplicación de dicho régimen, dentro del cual la episiotomía constituye una técnica disciplinaria más (Arguedas, 2014, 156; Davis-Floyd, 2001, s5-s10; Montes, 2007, 48-49, 245).

Romper el encantamiento de este poder obstétrico, requiere explorar los significados de la episiotomía como práctica cultural, analizando la evolución de su sostén discursivo a lo largo de la historia. Para ello, en este artículo propongo cuestionar la episiotomía como procedimiento médico, profundizando en su análisis como intervención ritual. Para este fin, sigo las orientaciones metodológicas de Joan Scott en cuanto a las transformaciones en las relaciones de género en relación al poder, abarcando los símbolos y mitos presentes en la práctica de la episiotomía, las doctrinas médicas que la sustentan, las instituciones sociales implicadas, y sus impactos sobre la identidad de género. Estos cuatro elementos actúan de forma interrelacionada en la construcción del género, por lo que se analizan integralmente (Scott, 1996, 289-292).

Integro asimismo las perspectivas metodológicas de Michel Foucault en relación al análisis del funcionamiento de los dispositivos de poder, quien plantea que los discursos deben ser interrogados por «su productividad táctica (qué efectos recíprocos de poder y saber aseguran) y su integración estratégica (cuál coyuntura y cuál relación de fuerzas vuelve necesaria su utilización en tal o cual episodio de los diversos enfrentamientos que se producen)» (Foucault, 1998, 124).

Durante la investigación, de tipo bibliográfico, se han tomado como fuentes de información estudios clínicos y estadísticos en obstetricia, matronería y enfermería, instrumentos de regulación de la práctica clínica y literatura científica procedente de la sociología, filosofía o antropología. La selección de las fuentes consultadas se realizó en base a la inclusión en bases de datos especializadas de los siguientes términos en español e inglés: «episiotomía», «Mutilación genital femenina», «género», «raza», «poder», «paradigma tecnocrático», «modelo biomédico», «parto», «patriarcado», «colonialidad», «dispositivo», «biopoder» y «biopolítica». Las bases de datos exploradas fueron Google Académico, CUIDEN®, ResearchGate, Pubmed, Medline, Cochrane Library, Embase, Wiley Online Library, Biomed Central, Springer, NHS Evidence y GLOWM, cesando la búsqueda al satisfacer el criterio de saturación en las categorías analizadas, lo que se logró tras examinar ciento dieciséis documentos.

2. La episiotomía: entre la práctica médica y la intervención ritual

La episiotomía no es, como dicen, un cortecito de nada o un piquete de zancudo⁴. Interrumpe y compromete muchas de las estructuras que conforman el periné, entre ellas la piel, mucosa vaginal, tejido conjuntivo subcutáneo y musculatura superficial y profunda, existiendo la posibilidad de lesionar las ramas del nervio pudendo, el nervio principal del periné (Cunningham *et al.*, 2014, 550-552).

En consecuencia, la episiotomía está asociada a una morbilidad considerable. Al ser un procedimiento quirúrgico, sus complicaciones incluyen sangrado, dolor y malestar producido por la herida, su sutura y cicatrización (Jiang *et al.* 2017, 8). Además, una revisión sistemática de ensayos controlados aleatorios (ECA) llevó

³ Arguedas define poder obstétrico como una «forma de poder disciplinario enmarcada dentro del ámbito de la capacidad reproductiva de las mujeres (...) [que] se ejerce en un territorio género-específico: los cuerpos que pueden embarazarse y parir. La microfísica del poder que se hace presente en este ejercicio produce unos cuerpos dóciles y sexuados; son los cuerpos que, en la estructura social del patriarcado, requieren de un disciplinamiento particular para encauzar la economía de la reproducción, para lo cual ese poder obstétrico dispone de ciertas tecnologías disciplinarias» (2014, 156).

⁴ Así se la refiere popularmente en algunos países de América Latina, comparándola con la picadura de un mosquito.

a Hartmann *et al.* a asociarla con la dispareunia (2005, 2147), y en una revisión de estudios clínicos Homsí *et al.* encontraron complicaciones como la curación anatómica insatisfactoria, desarrollando marcas cutáneas, asimetría o estrechamiento excesivo del introito (Homsí *et al.* en Jiang *et al.* 2017, 8). Homsí *et al.* concluyeron también que la evidencia es sólida en cuanto a la predisposición a desarrollar laceraciones perineales severas, las que están fuertemente asociadas con la dehiscencia de la episiotomía y la formación de fistula rectovaginal (Jiang *et al.* 2017, 8).

En otra revisión sistemática de estudios clínicos y estándares de práctica clínica, Dudding *et al.* también encontraron una fuerte asociación con la frecuencia elevada de trauma del esfínter anal, una causa común de incontinencia fecal (2008). Con respecto a la morbilidad a largo plazo, OMS (2018b, 151) y Hartman *et al.* (2005, 2144-2147) consideran que la evidencia es muy incierta o inexistente.

Por otro lado, la episiotomía también aumenta el riesgo de mortalidad materna por sepsis y hemorragia postparto, dos causas habituales de muerte materna en el mundo (Lucas *et al.*, 2012, 56, 59; Rubio, 2018, 147). De hecho, un estudio observacional retrospectivo desarrollado en España encontró que «la episiotomía se asocia a mayores pérdidas de [hemoglobina] en comparación con cualquier grado de trauma perineal espontáneo, incluido los de mayor severidad» (Rubio, 2018, 147).

En cuanto a sus beneficios, la revisión sistemática más reciente de ECA –realizada por Jiang *et al.* (2017)– lleva a la OMS a señalar que no se dispone de evidencia sobre la efectividad de la episiotomía, razón por la cual no emite ninguna recomendación sobre su uso –ni siquiera durante las emergencias obstétricas como el parto instrumental vinculado al sufrimiento fetal– y se limita a enfatizar que su práctica rutinaria no está recomendada (2018b, 150-151). Hace más de una década, Hartmann *et al.* habían llegado a la misma conclusión, afirmando claramente que las mujeres no obtenían beneficio alguno para su salud (2005, 2147).

En síntesis, tal como han señalado otros autores desde hace décadas, nos encontramos ante una cirugía obstétrica que se practica sin beneficios probados bajo la creencia de que podría mejorar la salud materno-fetal (Goer 1995, 275-293; Lyon, 2008; Wagner, 1999, 1977). En respuesta a este vacío de investigación, la última guía de cuidados intraparto de la OMS formula la siguiente prioridad en investigación primaria: ¿la episiotomía selectiva basada en indicaciones claramente definidas mejora los resultados del parto frente a la no episiotomía? (2018b, 172).

No obstante, las agencias de regulación de estándares clínicos indican realizarla en caso de nacimiento instrumental o sospecha de compromiso fetal, señalando siempre que la cirugía está fuertemente asociada con una mayor frecuencia de traumatismo perineal grave (FIGO, 2012a, 114; *The Royal College of Midwives*, 2012, 5).

En cuanto a la práctica clínica, Clesse *et al.* consideran que la episiotomía sigue constituyendo una práctica habitual en gran número de países (2018, 14). En lo que respecta a la tasa en primíparas, estos autores sólo identificaron 35 países con datos desde 1994, manteniendo todas las tasas por encima del 10 %, el estándar máximo (OMS, 1996, 55). El 89 % de los países presentan tasas por encima del 40 %, el 71 % por encima del 50 %, y el 46 % por encima del 80 % (2018, 5-12, 14).

En Iberoamérica, las tasas en primíparas oscilan entre el 100 % para Guatemala (año 2001) y el 65.3 % para Argentina (1996), y las tasas globales entre 72.90 % para Portugal (2010) y 27.7 % para Brasil (2017)⁵, superando en todos los casos la tasa máxima objetivo en al menos el 177 % (Clesse *et al.*, 2019, 5-9; Leal *et al.*, 2019, 6). Dentro de Europa, las tasas globales oscilaron entre el 75 % para Chipre y el 4.9 % para Dinamarca en el 2010 (Alexander *et al.*, 2013, 101).

La variabilidad en las tasas está presente también a lo interno de cada sistema de salud, en función del itinerario de atención. En Reino Unido se han documentado variaciones entre el 19.3 % para los partos hospitalarios atendidos por obstetras y el 5.4 % para los partos realizados en casa y acompañados por matronas (*Birthplace in England Collaborative Group*, 2011, 11). Así mismo, existen diferencias en las tasas en función de la etnicidad, siendo más habitual en Brasil y EEUU practicar episiotomías sobre mujeres blancas no hispanas en comparación con mujeres negras, indígenas y latinas (Declercq *et al.*, 2013, 47; Leal *et al.*, 2017, 5-8). *Listening to Mothers* identificó que en EEUU era menos frecuente practicar episiotomías con consentimiento informado cuando la mujer gestante era blanca no hispana, mientras que en Brasil el personal de salud percibe la episiotomía como un indicador de calidad en la atención al parto (Declercq *et al.*, 2013, 47; Leal *et al.*, 2017, 6-10).

En conjunto, estos datos reflejan las fuertes limitaciones a la integración de la evidencia científica y quebrantan el supuesto del juicio clínico científico y objetivo guiando la toma de decisiones médicas sin interferencia de otros factores (Alexander *et al.*, 2013, 101; Clesse *et al.*, 2019, 11-11; OMS, 2018b, 150).

3. La episiotomía como técnica disciplinante: la expansión interclasista del dispositivo de la sexualidad

Al analizar paralelamente la evolución histórica de los distintos itinerarios de atención al parto y el desarrollo del dispositivo de la sexualidad en las sociedades europeas –con especial atención a las diferencias interclasis-

⁵ Esta cifra corresponde a una evaluación transversal en instituciones públicas de salud del proyecto Red Cigüeña, iniciado en 2011 por el Ministerio de Salud de Brasil (Leal *et al.*, 2019). Después de Brasil, los países con tasas globales más bajas serían Argentina con un 28.50 % (año 1996) y España con un 43% (2010).

tas (Foucault, 1998, 149-155) – la episiotomía se revela como una técnica disciplinaria inscrita dentro del paradigma tecnocrático de atención al parto, en el cual las prácticas, los tiempos y los cuidados son normativizados desde el biopoder. La coincidencia temporal en la segunda mitad del s. XVIII del albor de ambos fenómenos – la episiotomía y el dispositivo de la sexualidad – no puede pasar desapercibida.

Al respecto, Foucault advierte: «El personaje invadido en primer lugar por el dispositivo de sexualidad, uno de los primeros en verse “sexualizado”, fue, no hay que olvidarlo, la mujer “ociosa”» (147). Varios factores sugieren que es también sobre estas mujeres, pertenecientes a la burguesía y aristocracia europeas, sobre quienes se inicia la práctica de la episiotomía en el s. XVIII.

Primeramente, es en este siglo cuando los hombres se afianzan definitivamente en la atención al parto, pero no de todas las clases, sino de las clases pudientes. Surge entonces el fórceps y la episiotomía como procedimientos obstétricos, en 1721 y 1742 respectivamente, siendo Sir Fielding Ould – matron irlandés – el primero en describir la episiotomía. Durante los siglos XVIII y XIX, este procedimiento será propuesto en diversas ocasiones en Europa Occidental y EEUU para partos dificultosos con la finalidad de prevenir el daño perineal y proteger la vida de la criatura recién nacida (Clesse *et al.*, 2019, 2-4).

Cuando el médico (el «experto») empieza a atender partos, esta actividad deja de considerarse un oficio sucio para convertirse en una lucrativa actividad reservada sólo para el sexo masculino, el único con posibilidad de dominio sobre la ciencia y la tecnología que se hace posible a través de ella, sintetizada en procedimientos como el parto por fórceps o la misma episiotomía (Ehrenreich y English, 1973, párr. 63-64; Rich, 1978, 134-148, 151, 167). Más allá de la labor social de algunos de estos expertos, el afán de poder profesional y económico subyace bajo su actuación, lo que explica los crímenes cometidos por algunos médicos de renombre que experimentaron sobre mujeres proletarias y negras, torturándolas, para desarrollar técnicas de cirugía, instrumentos o modelos de atención que luego serían puestos en práctica sin peligro sobre los cuerpos de las mujeres nobles y burguesas. Este fue el caso de Marion Sims en el s. XIX y de Joseph DeLee en EEUU en el s. XX (Kline, 2017, párr. 12).

Tras doscientos años de marginación a las parteras –sospechosas habituales de la cacería de brujas practicada entre los siglos XVI y XVII– inicia de esta manera la colonización del útero (Ehrenreich, 1993, 575-577), pero no sobre todos los úteros, sino sobre los úteros –y los perinés– de las mujeres nobles y burguesas. La política sexual no es unitaria, apunta Foucault. En un inicio: «Más que de una represión del sexo de las clases explotables, se trató del cuerpo, del vigor, de la longevidad, de la progenitura y de la descendencia de las clases dominantes» (Foucault, 1998, 149). Así lo señalan en cuanto al parto las fuentes analizadas: entre el XVIII y mediados del s. XX coexistieron diversos modelos de atención con marcadas diferencias interclasistas, siendo atendidos la gran mayoría de los partos por parteras empíricas (exclusivamente, en el caso de las mujeres campesinas), mientras que en las clases privilegiadas era frecuente la contratación de médicos (Ehrenreich y English, 1973, párr. 6, 11, 40-43; Kline, 2017, párr. 18).

Con respecto a la episiotomía, las fuentes consultadas no aportan información suficiente para determinar las características de las mujeres operadas durante los siglos XVIII y XIX, pero considero probable que su realización fuese más frecuente sobre las mujeres nobles y burguesas. En la partería tradicional, se protegía la integridad del periné: las parteras sólo hacían uso de sus manos. Mientras, los médicos abusaban del uso del fórceps. En esta etapa la asepsia todavía no ha sido descubierta, por lo que la episiotomía es indicada solamente para intentar salvar la vida de la criatura en el caso de partos dificultosos, precisamente los partos que se confían a los médicos (Rich, 1978, 140, 144-148).

Es posible que debido a la destreza y mayor hábito en su ejecución, estos médicos emplearan la episiotomía de forma más liberal sobre sus pacientes habituales. El dominio de la ciencia expresado a través de la aplicación de técnicas quirúrgicas era valorado entonces –como ahora– como una atención de mayor calidad, y mayor valor (Davis-Floyd, 2001, s8-s10). Por último, hay que recordar que es también sobre estas mujeres sobre las que se realizan las clitoridectomías, histerectomías y ovariectomías practicadas entonces por la medicina europea para tratar problemas de salud propios de las «mujeres ociosas». Es decir, dentro del modelo biomédico de salud, los órganos sexuales y reproductivos de estas mujeres eran ya abordados desde la patología (2001, s6).

Para entender cómo se extendió esta técnica disciplinaria al resto del cuerpo social, es necesario conocer cómo afectó la revolución industrial al modelo de atención al parto. Durante los siglos XVII y XVIII, en las ciudades de los países industrializados las mujeres proletarias se vieron forzadas a recurrir a la atención médica proporcionada en hospitales insalubres. El hospital es – en dicho momento – el último recurso para ellas, debido a las altas tasas de mortalidad materna por septicemia que caracterizaban este itinerario de atención. Ello cambia en la segunda mitad del s. XIX gracias al descubrimiento de la asepsia, poniendo fin a dos siglos de epidemia por fiebre puerperal (Rich, 1978, 138-153).

La expansión de la biopolítica a todo el cuerpo social se produce entonces: pero no sólo porque la asepsia lo hace posible, sino también porque es en este momento cuando la reproducción social del proletariado adquiere importancia para asegurar la disponibilidad de mano de obra estable y competente para el sostenimiento del orden económico y político (Foucault, 1998, 153-156, 170-171):

Ese bio-poder fue (...) un elemento indispensable en el desarrollo del capitalismo; éste no pudo afirmarse sino al precio de la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción (...) necesitó el crecimiento de unos

y otros, su reforzamiento al mismo tiempo que su utilizabilidad y docilidad; requirió métodos de poder capaces de aumentar las fuerzas, las aptitudes y la vida en general, sin por ello tornarlas más difíciles de dominar. (1998, 170)

Como se verá en el quinto apartado, la episiotomía como técnica disciplinaria contribuyó eficazmente a este objetivo desplegándose sobre todo el cuerpo social e intensificando y extendiendo el control biomédico sobre la reproducción social. Surgen así a finales del siglo XIX las primeras voces partidarias de una práctica más liberal de la episiotomía a ambos lados del Atlántico, destacando entre ellas los obstetras Ralph Pomeroy y Joseph DeLee en EEUU, quienes proponen la práctica sistemática de la episiotomía para todas las primíparas (Schoon, 2001, 667). DeLee recomienda el uso de fórceps con episiotomía mediolateral para todas las primíparas para evitar lesiones cerebrales en la criatura (DeLee, 1920, 41-43). En 1920, este obstetra publica un artículo en el primer número de la revista *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, prescribiendo sus prácticas e irradiando una evidente misoginia: afirma que la reconstrucción de la vagina permite restaurar las condiciones virginales, logrando un canal vaginal «*too nearly perfect*» (39, 43-44).

La posición de DeLee fue determinante en la ordenación y estandarización del modelo de atención al parto bajo el paradigma tecnocrático, dentro del cual la episiotomía se incorpora como una medida profiláctica bajo los siguientes supuestos: previene la laceración perineal, acorta el parto, reduce la morbilidad infantil y previene complicaciones ginecológicas (Clesse *et al.*, 2019, 4-5; Goer, 1995; Kline, 2017, párr. 6-8, 12, 16, 18).

En lo que respecta al cuidado del periné, la institucionalización de la episiotomía rutinaria supuso el abandono del modelo de cuidado social presente en la matronería desde el año 98 d.C. En este paradigma, la integridad del periné era un objetivo clave de los cuidados. El cambio en la visión del parto propicia el abandono de estas técnicas y la superación de dicho paradigma por el paradigma tecnocrático. Tras una revisión de tratados y manuales obstétricos, Dahlen *et al.* señalan que a partir de dicho momento, el periné se convertirá en un foco de miedo, una entidad patológica y un espacio para la intervención quirúrgica (2011, 108-109).

4. La intersección con la raza en el análisis de las intervenciones rituales sobre los genitales femeninos

Como apunta del Valle Murga, las culturas de género atraviesan y son atravesadas por estructuras de poder, afectando la construcción de identidades subjetivas (2003, 44). Sin duda, estas estructuras de poder asimétricas están incidiendo en la posición política que la OMS ha asumido con respecto a la episiotomía, pues reconociendo desde 1996 que no existe evidencia científica clara y robusta sobre su efectividad, sigue sin contrariar su práctica. En este caso, el *status quo* de la institución médica es preservado frente a las mujeres, sus necesidades y derechos (Arguedas, 2017, 67; Davis-Floyd, 1994, 335-336).

Sin embargo, en este caso, la postura de la OMS también se ve atravesada por las asimetrías de poder presentes en otro binarismo: el que estructura y normativiza las relaciones entre los polos civilizatorios surgidos de la modernidad, donde el hombre blanco (sujeto) subordina a la otredad, india, mestiza o negra (Segato, 2016, 91-96).

Al analizar cómo la colonialidad del poder/saber genera representaciones contrapuestas de las MGF practicadas por la cultura occidental y las practicadas por las culturas africanas y musulmana – racionalidad/barbarie, ciencia/superstición – es posible apreciar la posición de este organismo en relación a la episiotomía como una resistencia cultural vinculada a la necesidad de producir y mantener un discurso diferenciador que mantenga la hegemonía política y cultural de la civilización occidental y sus instituciones frente a la otredad (Bidaseca, 2014, 79-83).

Sirve a este propósito el muy conveniente silencio y olvido histórico sobre las intervenciones tradicionales practicadas por la medicina occidental sobre los genitales femeninos desde el siglo VI a.C. en Europa, y hasta la primera mitad del s. XX en ambos lados del Atlántico. En particular, el análisis de la literatura médica permitió a Sheehan describir la clitoridectomía como un procedimiento habitual en los textos médicos hasta finales del siglo XIX (1981, 12-13, 15).

En la Inglaterra victoriana, el clítoris fue considerado un órgano sin sentido, fuente de severos y múltiples desviaciones de salud, cuya estimulación producía histeria, epilepsia y finalmente idiotez o muerte (1981, 11). Apatía, inapetencia del coito marital, deseos de escapar del hogar, indiferencia ante las implicancias sociales de la vida doméstica... los entonces considerados desórdenes femeninos fueron firmemente vinculados con la masturbación, a la cual la clitoridectomía venía a poner solución (1981, 11-12). Otras autoras consideran que la medicina nunca ha cesado las intervenciones sobre los genitales femeninos sin finalidad médica, recodificadas y revestidas de nuevos significados y discursos distintos a los exhibidos en el s. XIX (La Barbera, 2010; Ortega, 2019; Rodríguez 2014), rastreando Rodríguez (2014) la práctica de la clitoridectomía en EEUU a lo largo de todo el siglo XX, ahora con el objetivo de dirigir la respuesta sexual femenina al sexo heterosexual conyugal. Sin embargo, la OMS no adscribe estas intervenciones como MGF, sino sólo las practicadas en África y Oriente Medio.

Por su parte, la episiotomía emerge en el siglo XX en Occidente como la intervención ritual moderna por excelencia, institucionalizada y fomentada en su práctica rutinaria durante la mayor parte del siglo XX. Al

igual que con las intervenciones tradicionales practicadas por la medicina occidental, el discurso que ha sostenido la episiotomía también ha variado desde su aparición, adaptándose al cambiante contexto sociopolítico y cultural. La investigación clínica ya ha demostrado que la episiotomía no previene la laceración perineal ni evita las complicaciones ginecológicas como se aducía en sus inicios, persistiendo aún el vacío de conocimiento en cuanto a la posibilidad de que la episiotomía reduzca la morbilidad neonatal por sufrimiento fetal (OMS, 2018b, 150).

En un inicio se consideraba que prevenía las hemorragias intracraneales en la criatura, las que se creían producto de la compresión del periné (DeLee, 1920, 41-42). Por el contrario, en la actualidad el periné es la barrera que impide el nacimiento expedito de la criatura, causando o exacerbando el sufrimiento fetal, argumento que ya había sido expuesto por Ould en 1742, usando la metáfora del bolso que impide la emergencia de la cabeza de la criatura (Dahlen *et al.*, 2011, 107). Así, en la práctica clínica, el «periné poco elástico o muy resistente, muy musculoso, muy corto (...), delgado y de musculatura atrofica o vagina poco elástica» – a juicio del personal de salud – o la primiparidad, siguen siendo indicaciones de episiotomía en muchos entornos asistenciales, también dentro de España (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, s.f.).

Por tanto, si para las comunidades de África y Oriente Medio el clítoris es la entidad peligrosamente mortal (La Barbera, 2010, 478; Jiménez *et al.*, 2013, 402), en Occidente lo es el periné, no sólo para la mujer misma sino también para la criatura (Dahlen *et al.*, 2011, 108).

Se observa por tanto un giro estratégico en los discursos referidos a las intervenciones sobre los genitales femeninos entre los s. XIX y XX en Occidente, permaneciendo la morbilidad de la criatura como el riesgo supremo que sigue sosteniendo la episiotomía. Ello ha posibilitado el sostenimiento de un doble discurso que ha dotado estas intervenciones de una doble funcionalidad, operando al mismo tiempo dentro del dispositivo de la sexualidad y dentro del dispositivo de la colonialidad del poder: generalizan en Occidente al practicarse como episiotomías sobre las mujeres gestantes, y en Oriente medio y África al practicarse como clitoridomía, clitoridectomía, infibulaciones y otras formas sobre las niñas y púberes; y al mismo tiempo, racializan, pues al operar bajo formas y discursos distintos en ambos polos civilizatorios, se construyen como identidades contrapuestas la otredad –que mutila a las mujeres y debe ser dominada– y el sujeto civilizado, moral y moralizante, que domina la ciencia, salva a las mujeres y a las criaturas del riesgo obstétrico y ejerce el poder de nombrar y significar dentro del sistema mundo (Bidaseca, 2014, 81-83; Talpade, 2008, 123-125). Así, cohabita el discurso de la mutilación, asociada a las culturas africanas y musulmana (La Barbera, 2010, 471), y el de la episiotomía, asida al modelo biomédico de salud como producto de la civilización occidental.

Por otra parte, en lo que se refiere a la especial severidad con la que se aplica esta técnica disciplinante en América Latina, debe subrayarse la articulación histórica del biopoder en esta región en base a una matriz colonial sobre la que se conformaron los Estados nación latinoamericanos surgidos del proceso colonizador (primero metropolitano y después republicano) y que compiten con otras formas de poder no estatales. En esta configuración histórico-espacial de las relaciones de poder, la episiotomía no sólo refuerza el binarismo de género –como veremos en el próximo apartado–, sino que expresa/exhibe el poder del Estado a través de la sujeción de los cuerpos de las mujeres reproductoras a sus biopolíticas (Segato, 2016, 66-70, 96-102).

5. La importancia de la episiotomía en el ritual de la atención al parto: la iniciación a la maternidad

Como MGF, la episiotomía valida y reproduce una serie de mensajes y significados que deben ser estudiados para desentrañar su impacto sobre las relaciones de poder, la construcción del género y la institución de la maternidad. Además, las identidades subjetivas tienen «una base reflexivo-corporal, material, física, performativa; es decir, (...) la identidad está absolutamente encarnada» (Esteban, 2006, 15), por lo que la trascendencia de la episiotomía en relación a su impacto sobre la subjetividad de las mujeres debe analizarse, sobre todo teniendo en cuenta que los estudios indican que muchas veces la cirugía se realiza sin consentimiento, o directamente violando la voluntad expresa de las mujeres (Declercq *et al.*, 2013, 36; OMS, 2018b, 152-153). Más concretamente, en base a una revisión de estudios cualitativos, Downe *et al.* indicaron que las mujeres operadas declaran estar mal informadas sobre los motivos por los que se les practicó la episiotomía, y que rara vez se les pide permiso, siendo esta una evidencia altamente confiable (OMS, 2018b, 153).

Al respecto, es necesario iniciar este análisis examinando los efectos del procedimiento sobre el proceso fisiológico del parto. En base a distintas revisiones sistemáticas de estudios cualitativos, la OMS considera que las mujeres gestantes temen ser operadas de episiotomía o cesárea (evidencia altamente confiable), un temor que en los países de ingresos bajos y medianos constituye probablemente una barrera significativa al parto institucional (2018b, 151, 152). Al ser socializados en este modelo de parto –que no da salud, sino que resta, que no da placer, sino sufrimiento– nuestra cultura sume a las mujeres gestantes en el miedo al parto, perjudicando su evolución (Olza, 2017, 174-175). Por otro lado, la postura de litotomía –aún tradicional durante el expulsivo (OMS, 2018b, 131) – reduce la eficacia de las contracciones al interferir negativamente con el reflejo automático del pujo. Esta postura ralentiza el deslizamiento del bebé al posicionar el canal del parto hacia arriba, dificultando la coronación (Davis-Floyd, 1994, 335-336). Ello genera la percepción errónea de

que es el periné el que está impidiendo el avance de la criatura (Burgo, 2001), ante lo cual el personal de salud se adviene al buen uso de su juicio clínico y realiza la episiotomía bajo sospecha de pérdida de bienestar fetal por «periné resistente».

Tras la episiotomía, la cabeza de la criatura sale al exterior. La mujer, agotada, cortada y angustiada –emoción exacerbada por la intensificación escénica del momento– experimenta física y emocionalmente su dependencia vital para con la institución hospitalaria (CCM, 2001; Davis-Floyd, 1994, 332-335). Alienada, acepta y justifica la cascada de intervenciones, en la que la episiotomía es una de las más efectistas, por realizarse en la inminencia del nacimiento y bajo la amenaza de muerte neonatal (Davis-Floyd, 1994, 335-336).

Se completa así el robo del parto: el nacimiento es deconstruido a través de los procedimientos rituales hospitalarios, e invertido y reconstruido como un proceso tecnocrático. Al «capturar» este proceso fisiológico e integrarlo dentro del rito de atención al parto –monopolizado por la institución biomédica– el paradigma tecnocrático posibilita que la institución hospitalaria se apropie de su efectividad para transmitir los valores centrales de la civilización occidental (Davis-Floyd 1994, 341). Entre ellos, destaco la defectibilidad intrínseca del cuerpo de las mujeres y su imposibilidad para parir, validando la creencia de que las mujeres dependen de la institución para poder parir (Davis-Floyd, 1994, 332-334). Davis-Floyd señala que en la iniciación a la maternidad dentro de este modelo de atención, uno de los mensajes más profundos es que la vida sólo es posible a través de las instituciones. El mensaje es aún más impactante en el caso de la mujer gestante, porque ella es la verdadera creadora de vida. Sin embargo, se muestra que no son ellas quienes hacen posible la vida, sino la institución, perdiendo las mujeres gestantes una oportunidad especialmente significativa (y excepcional) para su empoderamiento (1994, 326). En su lugar, el parto se convierte en muchas ocasiones en una experiencia frustrante, y en otras traumatizante (Montes, 2007, 308; Olza, 2013).

Desde el punto de vista de la reproducción social, la episiotomía tiene además un sentido ritual especial. Pizzini la describe como una huella física de la ceremonia de iniciación a la maternidad, practicada por las personas cuyo mandato social es traer bebés al mundo. A través del corte ritual sobre el órgano sexual femenino, se escenifica la conversión de la mujer en madre (1989, 8).

También Davis-Floyd la considera central en la iniciación a la maternidad, señalando que la ritualización de las dificultades físicas y mentales forma parte de muchos ritos de iniciación que involucran transiciones importantes hacia nuevos roles sociales. La ritualización permite romper los sistemas de creencias de los iniciados, dejándolos abiertos al nuevo aprendizaje y a la construcción de nuevas categorías cognitivas (1994, 324-325). Al respecto, los estudios realizados en distintos países indican que en el corte y su sutura, a menudo no se aplica suficiente anestesia, intensificando el dolor (Montes, 2007, 302-303; Pizzini, 1898, 9). ¿Qué significa esta práctica de violencia obstétrica? Clesse *et al.* la vincularon con la construcción de género, pues el dolor es minimizado en las mujeres (2019, 11). El análisis señala que esta práctica retroalimenta la construcción del género en dos sentidos: por un lado, el sufrimiento acentúa la intensidad física y psíquica del rito, favoreciendo la mayor adherencia de los mensajes (La Barbera, 2010, 477; Davis-Floyd, 1994, 333-335); por otro lado, la episiotomía y su sutura tiñen de dolor el primer contacto visual entre las mujeres gestantes y las criaturas, cargando la vivencia de la maternidad con la experiencia del sacrificio (Montes, 2007, 324; Rich, 1978, 180-181).

En su análisis sobre la institución de la maternidad, Rich consideró el sacrificio como una de sus valores característicos en Occidente (1978, 36-37, 46-49). La cultura heteropatriarcal necesita una madre que acepte y sostenga que la maternidad produce sufrimiento, accediendo a las concesiones que supone con frecuencia la maternidad patriarcal. Dentro de la atención al parto gestionada a través de la tecnocracia, la institución de la maternidad es moldeada en base al mito de la Virgen María: las mujeres son desexualizadas (Davis-Floyd, 1994, 330), purificadas (Montes, 2007, 231-232, 243) –privadas incluso de tocar sus propios genitales bajo el pretexto de la asepsia (Dahlen, 2011, 109)– y sometidas a la violencia obstétrica, el dolor del parto y el sufrimiento producido por las rutinas obstétricas, experiencias que son naturalizadas permaneciendo muchas veces silenciadas (Montes, 2007, 303-305, 323-325).

El sometimiento de las mujeres gestantes al poder obstétrico refuerza la normativización del género y apuntala la estabilidad y continuidad del patriarcado, pues tal como indica Davis-Floyd, una mujer que cree sin fisuras en la ciencia, confía en la tecnología, y se asume incapaz de parir, ya ha aceptado en cierto grado los principios del patriarcado. Tras la experiencia del parto dentro del paradigma tecnocrático, es más probable que esta acepte los dictados de la sociedad, y satisfaga las demandas de sus instituciones, enseñando a su descendencia a hacer lo mismo (1994, 341).

Ello señala la relevancia política del modelo de atención al parto para la normativización de las relaciones sociales, y su potencial estratégico para reforzar o subvertir el orden social de género. Así se explica el intenso y absoluto control al que son sometidas las mujeres gestantes durante el parto: no es solamente la reproducción biológica la que está en juego, sino también – y sobre todo – la reproducción social (Arguedas, 2014, 156-157; Blázquez, 2005, 4-5, 12-13; Foucault, 1998, 127). Al transformar el proceso de atención al parto en un rito cultural monopolizado por la institución médica, la sociedad garantiza que sus valores básicos sean transmitidos a la mujer renacida en el nuevo rol social de madre, a la criatura recién nacida a través de ella y al resto de participantes en el proceso (Davis-Floyd, 1994, 325).

6. Conclusiones

La ONU ha definido la episiotomía como un acto de tortura y una forma de violencia de género cuando se realiza sin consentimiento informado o sin finalidad médica, la que se admite actualmente sólo en caso de partos instrumentales vinculados a sufrimiento fetal (FIGO, 2012a, 114; ONU, 2019, 11).

Por otro lado, los estudios más rigurosos no han probado los supuestos beneficios de la episiotomía en términos de salud materna y neonatal, por lo que se puede afirmar que este procedimiento se practica sin una finalidad médica probada. En base ello, y tomando como referencia la definición de MGF de la OMS (2018a), considero que la episiotomía constituye una MGF, pues su práctica responde a creencias sustentadas dentro del paradigma tecnocrático, y no a un conocimiento científico objetivo.

Desde esta perspectiva, las intervenciones rituales sobre los genitales femeninos se revelan como una práctica común en las culturas de género desarrolladas en distintos patriarcados existentes a lo largo de la historia y en distintos espacios geográficos, cuyo origen se remonta antes del advenimiento del cristianismo y del Islam. Sus códigos y prácticas han variado en Occidente, pero su práctica médica –como episiotomías y otras intervenciones médicas– puede rastrearse desde el s. VI a.C. hasta nuestros días.

El análisis revela que el doble discurso sobre las MGF produce diversos efectos en las relaciones de poder. Primeramente, permite mantener el velo del poder obstétrico sobre los cuerpos de las mujeres gestantes en Occidente, legitimando la perpetuación de una práctica médica que refuerza una construcción de género patriarcal. En segundo lugar, victimiza a las mujeres no occidentales convirtiéndolas en «objetos que se defienden» y negando su capacidad de agencia. Y finalmente, racializa contribuyendo a la perpetuación de la colonialidad. Se constata así la trascendentalidad del género como una forma primaria de estructuración de las relaciones significantes de poder (Scott, 1996, 292; Segato, 2016, 15-16).

El análisis señala la necesidad de considerar la intersección del género con otras categorías sociales en el análisis de las prácticas culturales de género, a fin de no reforzar inadvertidamente discursos clasistas, racistas y colonialistas (Viveros en Scott, 2017, 50'–1h15'; Viveros, 2016, 12). Además, valida lo ya señalado por otras autoras con respecto a la relevancia del análisis de las relaciones de poder expresadas a través de la atención al parto para desentrañar la realización situada de las relaciones de poder y entender su articulación a través del género, la raza y la clase (Arguedas, 2017, 70-71; Davis-Floyd, 1994, 328; Ehrenreich, 1993, 586-587; Rich, 1978, 179-182), revelando el potencial estratégico del modelo de atención al parto para reforzar o subvertir el orden social de género.

Finalmente, la investigación vincula las desigualdades en las tasas a nivel mundial con la aplicación desigual y dinámica del dispositivo de sexualidad. Su patrón expansionista obedece a la extensión del biopoder ejercido por las instituciones patriarcales para mantener el control sobre la reproducción social en la civilización occidental. Mientras, el descenso en su práctica en su foco hegemónico se explica en base a la permanencia de una lógica diferenciadora sobre la que las clases dominantes sustentan sus privilegios sobre las clases dominadas (Foucault, 1998, 155-158).

Referencias bibliográficas

- Alexander, Sophie *et al.* (2013). *European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010*. Euro-Peristat Project.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2014). La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Intercambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1). doi:10.15517/c.a.v11i1.14238.
- Arguedas Ramírez, Gabriela (2017). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, 12(1), 65-89. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/222>.
- Bidaseca, Karina (2014). Mundos (pos)coloniales. Consideraciones sobre la raza, género/sexo, agencia/tiempo y ensayo sobre el Tercer feminismo. *Crítica y Emancipación. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Año VI (11), 63-83.
- Birthplace in England Collaborative Group *et al.* (2011). Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. *BMJ*, 343(d7400). doi:10.1136/bmj.d7400.
- Blázquez Rodríguez, María Isabel (2005). Aproximación a la Antropología de la Reproducción. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, 42, 1-25.
- Boerma, Ties *et al.* (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7.
- Burgo, Carlos (2001). Litotomía en el parto: una práctica cuestionable. *OB STARE: El mundo de la maternidad*, 3, 20-25.
- Clesse, Christophe *et al.* (2018). Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care for Women International*. doi:10.1080/07399332.2018.1445253.
- Clesse, Christophe *et al.* (2019). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women & Health*, 1-15. doi:10.1080/03630242.2018.1553814.

- Cunningham, F. Gary *et al.* (2014). *Obstetricia de Williams* (24ª edición). Nueva York: McGraw-Hill Education/Medical.
- Dahlen, Hannah G. *et al.* (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth*, 24, 105-111. doi: 10.1016/j.wombi.2010.09.002.
- Davis-Floyd, Robbie (1994). The rituals of American Hospital Birth. Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology. En David McCurdy (Ed.): *Conformity and Conflict: Readings in Cultural Anthropology* (8ª edición) (323-343). Nueva York: HarperCollins.
- Davis-Floyd, Robbie (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75(S1), S5-S23. doi:10.1016/S0020-7292(01)00510-0
- Declercq, Eugene R. *et al.* (2013). *Listening to mothers III: Pregnancy and birth*. Nueva York: Childbirth Connection.
- del Valle Murga, Teresa (2003). Contenidos y significados de nuevas formas de cuidado. En Ana Rincón (Coord.): *Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado"* (38-61). San Sebastián: Emakunde /Instituto Vasco de la Mujer.
- DeLee, Joseph B. (1920). The prophylactic forceps operation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1(1), 34-44. doi: 10.1016/S0002-9378(20)90067-4.
- Dudding Thomas *et al.* (2008). Obstetric anal sphincter injury; risk factors, and management. *Annals of Surgery* 247(2), 224-37. Doi: 10.1097/SLA.0b013e318142cdf4.
- Ehrenreich, Barbara y English, Deirdre (1973). *Witches, Midwives, & Nurses: A History of Women Healers*. Disponible en: <https://www.marxists.org/subject/women/authors/ehrenreich-barbara/witches.htm> (consultado el 20 de febrero de 2019).
- Ehrenreich, Nancy (1993). The Colonization of the Womb. *Duke Law Journal*, 43, 492-587. doi:10.2307/1372827
- Esteban, Mari Luz (2006). El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20. doi:10.18294/sc.2006.52.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Nueva York: Autor. Disponible en: https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf (consultado el 20 de febrero de 2019).
- Foucault, M. (1998 [1977]). *Historia de la sexualidad I* (25ª edición). México: siglo xxi editores.
- Goer, Hency (1995). *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. EEUU: Greenwood Publishing Group.
- Hartmann, Katherine *et al.* (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *Jama*, 293(17), 2141-2148. doi:10.1001/jama.293.17.2141. doi:10.1001/jama.293.17.2141
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2012a). Management of the second stage of labor. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 119(2), 111-116. doi:10.1016/j.ijgo.2012.08.002.
- International Federation of Gynecology and Obstetrics (2012b). Recomendaciones sobre Temas de Ética en Obstetricia y Ginecología. Disponible en: <https://www.igo.org/sites/default/files/uploads/wg-publications/ethics/English%20Ethical%20Issues%20in%20Obstetrics%20and%20Gynecology.pdf> (consultado el 7 de noviembre de 2019).
- Jiang, Hong *et al.* (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD000081. doi:10.1002/14651858.CD000081.pub3.
- Jiménez Ruiz, Ismael *et al.* (2013). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería global*, 11(22), 396-410. doi:10.6018/eglobal.11.4.155751.
- Kline, Wendy (2017). *How to Train an Obstetrician: Lessons from the Chicago Maternity Center*. Disponible en: <http://www.processhistory.org/kline-train-obstetrician/> (consultado el 20 de febrero de 2019).
- La Barbera, Maria Caterina (2010). Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXV (2), 465-488. doi:10.3989/rdtp.2010.16.
- Leal, Maria do Carmo *et al.* (2017). A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(Suplemento 1), doi:10.1590/0102-311X00078816.
- Leal, Maria do Carmo *et al.* (2019). Avanços na assistência ao parto no Brasil: resultados preliminares de dois estudos avaliativos. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(7), e00223018. doi:10.1590/0102-311X00223018.
- Lucas, Nuala *et al.* (2012). Sepsis in obstetrics and the role of the anaesthetist. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 21(1), 56-67. doi:10.1016/j.ijoa.2011.11.001.
- Lyon, Deborah S. (2008). Indications and Implications of Episiotomy. En Peter von Dadelszen *et al.* (Eds.): *The Global Library of Women's Medicine (GLOWM)*. Londres: Sapien's Publishing. doi:10.3843/GLOWM.10129.
- Montes Muñoz, María Jesús (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral, Univesitat Rovira i Virgili, España.
- Oladapo, Olufemi *et al.* (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG*, 125, 918-922. doi:10.1111/1471-0528.15237.
- Olza Fernández, Ibone (2013). PTSD and obstetric violence. *Midwifery today with international midwife*, (105), 48-49.
- Olza Fernández, Ibone (2017). *Parir. El poder del parto*. Barcelona: Ediciones B.
- Organización de las Naciones Unidas (2019). *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica (A/74/137)*. Disponible en: <https://undocs.org/es/a/74/137> (consultado el 29 de octubre de 2019).
- Organización Mundial de la Salud (1996). *Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Cuidados en el parto normal: una guía práctica*. Ginebra: Autor.

- Organización Mundial de la Salud (2018a). *Mutilación genital femenina*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (consultado el 20 de febrero de 2019).
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience*. Ginebra: Autor.
- Ortega Sánchez, María Isabel (2019). Retóricas de exclusión en torno a la mutilación genital femenina (MGF). En Nieves Ibeas Vuelta (Coord.): *Mujeres migrantes Prensas de la Universidad de Zaragoza* (pp. 131-143). Zaragoza: Puz.
- Pizzini, Franca (1989). The expectant mother as patient: a research study in Italian maternity wards. *Health Promotion International*, 4(1), 1-10. doi:10.1093/heapro/4.1.1.
- Rich, Adrienne (1978). *Nacida de mujer* (1ª edición). Barcelona: Editorial Noguer.
- Rodriguez, Sarah.W. (2008). *Female circumcision and clitoridectomy in the United States: a history of a medical treatment*. Rochester: Boydell & Brewer.
- Rubio Álvarez, Ana (2018). *Hemorragia postparto: factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto*. Tesis doctoral, Universidad de Castilla – La Mancha, España. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10578/18473> (consultado el 16 de enero de 2019).
- Schoon, Paul (2001). A guest editorial: Episiotomy: Yea or nay. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 56(11), 667-69. doi:10.1097/00006254-200111000-00001
- Scott, Joan (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico En Marta Lamas (Comp.): *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 265-302). México: PUEG.
- Scott, Joan (2017, abril). *El género construye la política, la política construye el género*. Conferencia presentada en el Coloquio Inaugural de los posgrados de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=m5gnD6J5v7s&t=1338s> (consultado el 20 de febrero de 2019).
- Segato, Rita Laura (2016). *La guerra contra las mujeres*. Madrid: Traficantes de sueños.
- Sheehan, Elizabeth (1981). Victorian Clitoridectomy: Isaac Baker Brown and His Harmless Operative Procedure. *Medical Anthropology Newsletter*, 12(4), 9-15. doi:10.1525/maq.1981.12.4.02a00120.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (s.f.). *Episiotomía*. Disponible en: <https://sego.es/mujeres/Episiotomia.pdf> (consultado el 20 de febrero de 2019).
- Talpade Mohanty, Chandra (2008). De vuelta a “Bajo los ojos de Occidente”: La solidaridad feminista a través de las luchas anticapitalistas. En Liliana Suárez Navaz y Rosalva Aída Hernández Castillo (Eds.): *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes* (112-161). Disponible en: <http://www.redui.org/cii/sites/default/files/field/doc/Descolonizando%20el%20feminismo.pdf> (consultado el 20 de febrero de 2019).
- Thacker, Stephen B. y Banta, H. David (1983). Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 38(6), 322-338. doi:10.1097/00006254-198306000-00003
- The Royal College of Midwives (2012). *Care of the Perineum* (Evidence Based Guidelines for Midwifery-Led Care in Labour No. 16). Londres: The Royal College of Midwives Trust.
- Tunçalp, Ö, et al. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—the WHO vision. *BJOG*, 122(8), 1045-1049. doi: 10.1111/1471-0528.1345.
- Viveros Vigoya, Mara (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52, 1-17. doi:10.1016/j.df.2016.09.005.
- Wagner, Marsden (1999). Episiotomy: a form of genital mutilation. *The Lancet*, 353(9168), 1977-1978. doi:10.1016/S0140-6736(05)77197-X.

CAPÍTULO 7. RESUMEN GLOBAL

7.1 Conclusiones

Mediante su participación en *Análisis exploratorio de los cuidados...*, las mujeres profesionales residentes en zonas urbanas de la región del Pacífico señalaron pobreza en la calidad técnica de los cuidados durante su parto o cesárea, constatando *intervencionismo obstétrico* (sobreutilización de las cesáreas con una tasa 4.2 veces superior a la máxima), la realización de prácticas no apegadas a la MBE (fueron operadas por episiotomía el 88 % de las mujeres que parieron), restricción a la libre movilidad (42 %) y a la ingesta de líquidos (62 %), y ausencia de consentimiento informado (89 %). También señalaron pobreza en la calidad relacional de los cuidados, experimentando desprecio, realización de tactos traumáticos y no consentidos, o prácticas de abandono, lo que se tradujo en una valoración negativa o muy negativa de la experiencia para el 34 % de las mujeres y ambivalente para el 37 % (Rodrigues Ribeiro, 2018).

Al relacionar los hallazgos de este primer estudio con los proporcionados por el cuerpo actual de literatura centrada en el análisis de las experiencias de las mujeres (INIDE & MINSA, 2014; Kolodin *et al.*, 2015; Chow Mairena, 2019; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018), se constatan desigualdades en la VO que soportan las mujeres adscritas a distintos grupos poblacionales (sección 5.4 y Anexo E).

Así, para las mujeres participantes en *Análisis exploratorio de los cuidados...* —quienes parieron en instituciones de salud, cuentan con educación técnica o universitaria y residen en zonas urbanas del Pacífico— se practicaron más cesáreas (63 %) que para las mujeres residentes en comunidades rurales del Pacífico (45 %) y que a nivel poblacional (29.7 %), así como más episiotomías (88 %) en relación a las mujeres que parieron y son residentes en comunidades rurales de esta región (45 %) (INIDE & MINSA, 2014, p. 218; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018, pp. 27-28). Estos datos evidencian que el *intervencionismo obstétrico* constituye un problema de salud pública en la región del Pacífico, siendo su incidencia mayor en las áreas urbanas frente a las rurales. A la misma conclusión conducen los indicadores de rotura artificial de membranas (amniorrexis artificial) (64 % para las mujeres urbanas frente a 35 % para las rurales), maniobra de Kristeller (33 % frente a 25 %) y administración de oxitocina sintética (67 % frente a 65 %)¹⁷⁷. Esta conclusión guarda coherencia con los hallazgos de INIDE y MINSA (2014, pp. 218, 569) identificados en base a la ENDESA 2011/2012.

En relación al consentimiento informado, tanto las mujeres participantes en *Análisis exploratorio de los cuidados...* (89 %) como las participantes en el estudio de Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018, pp. 27-28, 86) declararon en su mayoría no ser partícipes de la toma de decisiones respecto a la atención durante su parto¹⁷⁸.

¹⁷⁷ Es probable que este indicador esté infravalorado en *Análisis exploratorio de los cuidados...*, dado que el 35 % de las mujeres que tuvieron cesárea urgente no pudieron establecer si habían sido o no medicadas con esta hormona sintética. Al respecto, Narváez Rojas (2015) encontró que esta es una práctica cotidiana en la atención dentro del sistema no contributivo, observando en base a historias clínicas una tasa del 93.5 % de mujeres medicadas con oxitocina sintética antes del expulsivo en el HBCR (pp. 40, 69).

¹⁷⁸ La metodología de cálculo empleada para determinar este indicador difiere entre *Análisis exploratorio de los cuidados...* y Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018). En este último estudio, las autoras calcularon el indicador por práctica obstétrica, encontrando que la ausencia del consentimiento informado osciló entre el 12 % en la práctica de la cesárea y el 100 % en la del legado.

En cuanto a los impactos de la VO, los hallazgos realizados en *Análisis exploratorio de los cuidados...* verifican impactos como la morbilidad física asociada a la sobreutilización de la cesárea (una de cada dos mujeres) y a la práctica de la episiotomía —que podría llegar a afectar a nueve de cada diez si la investigación futura prueba su ineficacia—, y la morbilidad psicológica que podría llegar a estar presente para una de cada seis mujeres que valoraron su experiencia de parto o cesárea como traumática o muy negativa. En relación a los impactos sobre la salud psicológica, en *Análisis exploratorio de los cuidados...* es destacable también que el 37 % de las mujeres evitase hacer una valoración firme de su experiencia, mostrando ambivalencia. Por el contrario, para las mujeres residentes en comunidades rurales del Pacífico —donde se verificaron prácticas de violencia verbal y tortura, y donde al 36 % se les practicó episiotomía sin consentimiento— la ambivalencia fue generalizada (Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018, p. 56).

Desde la psicología social, Icek Ajzen (2001) ha señalado que la ambivalencia «refleja la coexistencia de disposiciones positivas y negativas hacia un *objeto actitudinal*», la que «puede ser un resultado del mantenimiento de creencias conflictivas entre sí y accesibles simultáneamente dentro del componente cognitivo, o de un conflicto entre cognición y afecto» (pp. 39-40, tp.) (cursivas mías). De acuerdo con Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018, p. 52), la *ambivalencia actitudinal* de las mujeres hacia sus experiencias de parto o cesárea podría estar reflejando un conflicto entre sus expectativas sobre la maternidad —moldeadas por los estereotipos de género vinculados a la maternidad mariana (sección 4.3.2)— y su experiencia vivida durante el parto o la cesárea. La mayor incidencia de este hallazgo en la región del Pacífico para las mujeres rurales frente a las urbanas podría estar reflejando un peso mayor en estos estereotipos (violencia simbólica) y/o una incidencia o intensidad mayor de las prácticas de VO directa para las zonas rurales.

La investigación en el área de la psicología social ha sostenido que la *ambivalencia actitudinal* tiene importantes impactos que a nivel individual van desde el autoengaño y la «mayor susceptibilidad al contexto situacional (...), induciendo a destacar más las consecuencias positivas y menos las negativas en una conducta determinada» (Jonas & Ziegler, 2007, pp. 38-39, tp.), hasta la estabilización de las estructuras de poder a nivel social, al participar los grupos poblacionales subalternizados en la justificación y sostén de las jerarquías de poder (Clow & Ricciardelli, 2011). Por el contrario, las personas que muestran menor grado de ambivalencia tienden a ser más asertivas y a mostrar mayor capacidad de agencia (Jonas & Ziegler, 2007, p. 39).

Interpretada desde la perspectiva de género, esta literatura conduce a plantear que la ambivalencia que experimentaron estas mujeres ante su experiencia de parto o cesárea en la región del Pacífico podría producir impactos individuales y colectivos importantes al aumentar su vulnerabilidad social y su probabilidad de sufrir violencia, generar su autoexclusión de los espacios de acción social y reforzar las estructuras de poder patriarcales.

Por otro lado, también es destacable en *Análisis exploratorio de los cuidados...* el hecho de que el 29 % de las mujeres declararan haber tenido una experiencia de parto o cesárea positiva o muy positiva cuando los indicadores empleados reflejaron la presencia generalizada de VO. A. Castro y Savage (2019) identificaron este mismo fenómeno para el 67 % de las mujeres, dominicanas y mayoritariamente afrodescendientes, que finalizaron su embarazo en la ciudad de Santo Domingo en 2015, dentro del sistema público de salud.

En base al análisis de la literatura, estas autoras identificaron en esta incoherencia la presencia de *preferencias adaptativas*, término empleado en el análisis de las políticas públicas aplicadas en el abordaje de la extrema pobreza o la violencia de género (Elster, 2005; Pereira, 2007; Pérez Zafrilla, 2019) y acuñado por Jon Elster para describir las «preferencias que se generan en las personas en forma no conciente [sic] debido al ajuste de los deseos a las reales posibilidades que se tienen [para] eludir la frustración generada (...) al experimentar voliciones que no pueden satisfacerse» (Pereira, 2007, p. 147). Así, a menos que hubieran experimentado temor por sus vidas o las de sus bebés, las mujeres entrevistadas por A. Castro y Savage (2019) «se mantuvieron positivas sobre sus vivencias en general y agradecidas por la atención médica que recibieron» (pp. 128, 132, tp.).

Al igual que en la *ambivalencia actitudinal*, también en este caso se produciría una inconsistencia entre las expectativas socialmente construidas y la realidad experimentada, produciéndose una *disonancia cognitiva* (Elster, 2005, pp. 247-249). Sin embargo, mientras en la *ambivalencia actitudinal* las mujeres conviven con el conflicto entre las creencias y experiencias a nivel cognitivo, en el fenómeno de *las preferencias adaptativas* las mujeres adaptan inconscientemente sus creencias para crear la ilusión de haber sido bien atendidas, cuando objetivamente fueron violentadas (pp. 248-249).

Si bien A. Castro y Savage (2019) reconocen en las *preferencias adaptativas* una forma de resistencia ante la desigualdad y la injusticia social, las autoras señalan que las perspectivas de la buena o mala atención muestran hasta qué punto las mujeres y el personal de salud asumen los roles que les corresponden dentro de este modelo de atención y cuidados, y aceptan la VO como herramienta de gobernanza reproductiva productora de regímenes morales distintos que hacen posible la estratificación de la reproducción (p. 124), es decir, la desigualdad en la salud y derechos sexuales y reproductivos en base al *género*, la *raza* y la *clase*.

Por tanto, igual que para el caso de la *ambivalencia actitudinal*, también este fenómeno contribuye a la estabilización de las categorías de dominación y a la pervivencia de los sistemas de estratificación social y la reproducción de la desigualdad que estos generan: el sistema de género, el sistema racial y el sistema de clases¹⁷⁹.

En ambos casos, considero que las mujeres afrontan la vivencia del déficit en la libertad de agencia que resulta de la desigualdad en las relaciones de poder (Pereira, 2007, p. 155), el peso de los estereotipos de género vinculados a la maternidad, y su sometimiento a la VO como una forma coercitiva de gobernanza reproductiva (A. Castro y Savage, 2019).

En su conjunto, *Análisis exploratorio de los cuidados...* en relación con la literatura especializada disponible para Nicaragua (sección 5.4 y Anexos D y E) muestran que la VO es una realidad en la atención durante el nacimiento en el país que difiere en prácticas, incidencia e impactos en función del área (urbana o rural) y la región geográfica dónde residen las mujeres y su adscripción racial. Por tanto, los datos disponibles actualmente para el país guardan coherencia con los hallazgos de Boerma *et al.* (2018), Miller *et al.* (2016a) y Leal *et al.* (2017) en referencia a las diferencias en las prácticas de VO que experimentan las mujeres en función de las categorías sociales interseccionadas bajo las que están situadas.

¹⁷⁹ Pereira (2007) y Pérez Zafrilla (2019) han analizado las repercusiones de las *preferencias adaptativas* sobre la eficacia de las políticas públicas enfocadas en reducir la desigualdad social, proponiendo la introducción de medidas destinadas a desarticular la resistencia al cambio que este fenómeno genera en las poblaciones subalternizadas.

No obstante, es necesario tomar en cuenta las diferencias metodológicas existentes entre estos estudios, que inducen a valorar estas conclusiones como exploratorias. Por ello, es preciso emprender investigaciones en el país que aborden —de manera sistemática y en base a una estrategia metodológica homogénea de carácter mixto— la atención, la calidad de los cuidados y las prácticas de VO y sus impactos para las mujeres adscritas a distintas categorías sociales.

Las conclusiones de este primer trabajo apuntaban ya a la necesidad de analizar cómo el sistema de género está impactando en la configuración y operativa del sistema de cuidados en el campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp, y del modelo de atención durante el nacimiento en particular (Rodrigues Ribeiro, 2018, p. 421). Esta disposición orientó el proyecto de investigación doctoral en esta dirección, configurándose como el segundo objetivo específico de esta tesis.

Para su desarrollo, *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...* aplicó un análisis crítico feminista sobre los discursos producidos por instituciones públicas y medios de comunicación privados de prensa web y escrita de gran alcance en el país. En los textos producidos por los medios de comunicación privados, el análisis identificó la contribución de estos actores a la construcción y sostenimiento del sistema de género, observable en un discurso caracterizado por:

- La estereotipificación de los casos de microcefalia —que fueron vinculados a mujeres estigmatizadas y discriminadas— y la salvaguardia de los valores vinculados a la maternidad mariana, característica de la región mesoamericana (sección 4.3.2).
- La ausencia de corresponsabilidad de género y de corresponsabilidad social.
- La focalización de los impactos y las causas de la crisis de salud pública en las mujeres embarazadas.
- La patologización de los órganos y tejidos sexuales y reproductivos de las mujeres —«La vagina es un “nicho”»— y el ejercicio del control social sobre su sexualidad y reproducción.

Así mismo, también las instituciones públicas participaron con su discurso en el sostenimiento del sistema de género, aunque de forma diferente:

- Si bien no vertieron estereotipos de género, tampoco adoptaron un enfoque género-transformador al emplear un enfoque neutro al género.
- Promovieron la socialización del cuidado, pero no la corresponsabilidad de género ni la participación de la empresa privada: para estas instituciones, son corresponsables de la adopción de medidas de prevención las familias, comunidades y Estado, pero no los hombres ni las empresas. Habida cuenta del rol tradicional de las mujeres como cuidadoras en la sociedad nicaragüense (Espinosa, 2012; Martínez Franzoni & Voorend, 2012), este enfoque supone mantener inalterada la desigualdad de género estructural en el sistema de cuidados.
- Las instituciones públicas no hicieron referencia alguna a la transmisión sexual del virus.

En común, ambos actores obviaron hacer mención a las medidas de prevención para la transmisión sexual del virus y prescindieron de problematizar el aborto para las mujeres infectadas en el primer trimestre de embarazo. Estos déficits en el tratamiento de los aspectos sexuales y reproductivos de la infección —a no ser para patologizarlos en la mujer en el caso de los medios de comunicación privados— muestran que, dentro de la estructura cognitiva de estos actores, los DSR no están en la esfera de los derechos de las mujeres. En conjunto, *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...* revela el grado de naturalización de los estereotipos y roles de género

en el país, y, en consonancia, la estabilidad del sistema de género que configura un sistema de cuidados injusto productor de desigualdades de género. En particular, se observa la preeminencia del mandato patriarcal de la maternidad, la reafirmación del rol de las mujeres como cuidadoras y el desprendimiento de los hombres de sus responsabilidades en el sistema de cuidados.

Ambos actores desconocieron también la responsabilidad del sector privado en la prevención de la infección, lo que apunta a la penetración del neoliberalismo en la estructura cognitiva de los actores sociales y políticos del país. Tampoco señalaron la importancia de los DSS vinculados a la crisis (Phelan & Gostin, 2016; PNUD & FICR, 2017, p. 9). Por ejemplo, nadie planteó la posibilidad de que la población afectada se concentrara en mayor medida en los primeros quintiles de ingreso, ni la necesidad de diseñar medidas específicas para la prevención en estos grupos poblacionales.

Para el caso de la crisis del zika en Nicaragua, considero que esta dificultad en reconocer los DSS constituye un sesgo derivado del androcentrismo prevalente en la sociedad y gobierno nicaragüenses y sus políticas públicas, fenómeno que conduce a situar las problemáticas vinculadas a la salud y derechos sexuales y reproductivos como un *problema de mujeres* que no alcanza a dotarse del estatus de problema público —en la estructura cognitiva de los actores— y del que, por tanto, no se perciben sus impactos colectivos (Molyneux, 2001, pp. 8-9).

Ello es especialmente llamativo para las instituciones del gobierno central, pues estas han orientado desde el 2008 la implementación del enfoque biopsicosocial dentro del modelo de salud, haciendo un reconocimiento expreso a la importancia de los DSS (MINSA, 2008a, 2017). También porque el GRUN se ha comprometido con el desarrollo humano integral del pueblo nicaragüense y ha enfatizado la priorización del gasto público hacia las necesidades de la población vulnerable, hecho reconocido por el Banco Mundial cuando observó los «crecientes esfuerzos fiscales hacia el mejoramiento del gasto del sector social» y los resultados producidos por esta política, destacando las «mejoras en casi todos los indicadores de desarrollo humano (...) a un ritmo mucho más acelerado que el de países regionales y comparadores» (P. A. Acosta *et al.*, 2016, p. 10; Banco Mundial & Corporación Financiera Internacional, 2017; UNICEF, 2019).

Sin embargo, al situarse la epidemia del zika bajo el campo de la sexualidad y la reproducción, los impactos y costos de la crisis se adscribieron a la esfera de lo *privado*, y, bajo esta esfera, contemplar los DSS deja de ser pertinente. Por ello, a pesar de amenazar la salud y los derechos de la mitad de la población adulta y de las criaturas que nacen todos los días, la desigual distribución de los impactos y costos de prevención no entraron en consideración para los actores estudiados.

En síntesis, *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...* muestra como el sistema de género se fortaleció a través de los discursos de actores públicos y privados de peso en la arena política del país, reforzando la violencia de género en el campo simbólico, así como la violencia estructural y la desigualdad social en el sistema de cuidados y, por tanto, para el conjunto de las macroestructuras sociopolíticas, económicas y culturales. Relacionando los hallazgos de este trabajo con el Cuadro 5, es posible establecer como, más allá de los actores directamente implicados en la gestión de la atención y los cuidados durante el parto —mujeres que van a parir, familias y personal de salud—, los medios de comunicación y las instituciones públicas tienen la capacidad a través de sus discursos de reforzar, reelaborar y reactualizar los estereotipos, representaciones y roles que producen el género y sostienen la VO, como son la patologización de los tejidos y órganos sexuales y reproductivos de las mujeres, la vigencia de la maternidad mariana, la maternidad como mandato —la identidad entre mujer y madre—, la *privatización* de los costos

del cuidado y las barreras a la corresponsabilidad de género y social, aspectos estos que participan en la construcción del sistema de cuidados confiriéndole su característica injusticia social.

Por otro lado, los discursos construidos a través del tratamiento mediático de la crisis en los medios privados produjeron estereotipificación múltiple en base al *género, raza, clase social y colonialidad*, al priorizar el seguimiento de la evolución de la crisis en EE.UU. (cuyas costas más cercanas se sitúan a 1,500 kilómetros de distancia de la capital nicaragüense) por sobre las Repúblicas vecinas centroamericanas.

En este último aspecto profundiza *La episiotomía como práctica cultural de género...*, entre el riesgo oscilante del relativismo cultural y el esencialismo étnico, o el etnocentrismo y el universalismo generado por la *colonialidad* que homogenizan el género y la opresión.

El análisis llevado a cabo en *La episiotomía como práctica cultural de género...* expone la centralidad del «género [como] una forma primaria de relaciones significantes de poder (...) [, como] el campo primario dentro del cual o por medio del cual se articula el poder» (Scott, 1996, p. 26). A ello se debe precisamente —apunta Rita Segato (2016)— la dificultad de visibilizar y encuadrar la lucha para la transformación de las relaciones de poder: «el papel primitivo, fundacional y permanente de la atmósfera patriarcal, como pedagogía primera, en la manutención y reproducción de todas las otras formas de poder y sujeción —la racial, la imperial, la de la colonialidad, la regional y la económica (...)—[torna al género en el sustrato] sobre [el] que se construye el andamiaje jerárquico que organiza la sociedad» (p. 134).

Por ello, el cuerpo de las mujeres se convierte en un soporte en el que se inscriben las formas de dominio y de soberanía, y el género en un espacio de contienda alrededor del cual se estructuran las demás formas de dominación (Diez Rodríguez, 2014; Segato, 2016, pp. 51-52, 67-68, 2017).

En este sentido, debemos cuestionar la prolificidad en la investigación e iniciativas de acción pública orientadas a erradicar las mutilaciones genitales femeninas (MGF) premodernas practicadas en comunidades de las regiones occidental, oriental y nororiental de África y en Oriente Medio, Asia y migrantes procedentes de estas regiones (Guerra Palmero, 2008; Jiménez Ruiz *et al.*, 2012; La Barbera, 2010; OMS, 2018c; Ortega Sánchez, 2019); y, en contraste, la muy escasa investigación social realizada desde abordajes no biomédicos centrada en los cortes sobre los genitales femeninos practicados por la medicina moderna.

Comprender esta aparente paradoja requiere, considero, contextualizar históricamente el abandono por parte de la medicina moderna de la práctica de las MGF premodernas que figuraron en los textos médicos como procedimientos habituales hasta finales del s. XIX (Sheehan, 1981, pp. 12-13, 15); y, asimismo, interrogarnos sobre este desuso en relación a la popularidad que cobra la episiotomía en las primeras décadas del s. XX en *Occidente* en el marco de la hegemonía lograda en este periodo por el paradigma tecnocrático de atención durante el parto, la que a su vez responde al auge de los estereotipos de género que sostienen este paradigma, entre los que destaca la patologización de los órganos y tejidos sexuales y reproductivos de las mujeres (Clesse *et al.*, 2019; Dahlen *et al.*, 2011).

Sin haber identificado más fuentes especializadas en el estudio de estos acontecimientos históricos, planteo como hipótesis que la coincidencia temporal entre ambos hechos no fue casual, sino que pudo tener lugar en reacción a los impactos culturales y políticos que produjo en *Occidente* la expansión imperialista de las potencias coloniales europeas hacia territorios del continente africano durante la segunda mitad del s. XIX. Así, considero una posibilidad que la transformación dentro de la primera mitad del s. XX en las prácticas, discursos y códigos bajo

los que continuaron realizándose los cortes genitales en *Occidente* —a partir de entonces, como episiotomías rutinarias— está vinculada no solo a la normativización de género y a la profundización del control social de la reproducción, sino también a la construcción dialéctica y recíproca del par *Occidente/barbarie*. Es decir, planteo que la «mutación» de las MGF en *Occidente*, producida por una transformación en la construcción social del género que posibilitó un dominio nuevo en el control social sobre los cuerpos de las mujeres y la reproducción —esto es, el periné—, pudo responder también a la necesidad de dotar de significado las categorías binarias a través de las cuales se ejerce la colonialidad y se conforma el sistema mundo moderno (Segato, 2014, p. 46).

Al igual que las MGF premodernas practicadas por las culturas africanas y musulmana, la episiotomía constituiría así una práctica cultural de género que participa en la construcción social del *género*, la *clase* y la *raza* como categorías sociales que producen desigualdades en salud y derechos sexuales y reproductivos.

Por tanto, los cortes genitales modernos y premodernos, practicados de forma desigual entre distintos grupos poblacionales dentro de cada sistema civilizatorio, y exhibiendo para cada entorno significados culturales específicos, marcan las desigualdades de poder entre estos grupos, que son las que en último término producen las crecientes disparidades en salud sexual y reproductiva entre grupos poblacionales observadas a nivel mundial.

En conjunto, la tesis concluye que la desigualdad en salud y derechos sexuales y reproductivos en Nicaragua responde a la adscripción del campo de la sexualidad y la reproducción a la esfera de lo *privado*, la que faculta y exacerba la discriminación sexista, racista y clasista sobre las mujeres que no ostentan el estatus de ciudadanas modernas por caer fuera de las categorías de la *blanquitud* y *urbanidad*. En tal caso, desintegrar la política sexual y reproductiva que a efectos pragmáticos se observa desplegada a nivel mundial —centrada en el *hacer vivir* a unas mujeres y criaturas, y *dejar morir* a otras— y dotar esta problemática del estatus de problema público —como demandan Rachel Jewkes y Loveday Penn-Kekana (2015) y Betrán *et al.* (2018)— requerirá situar como prioridad desarticular el sistema de género, deshacer el género.

7.2 Aportaciones de la tesis

Si bien la mortalidad materna se ha reducido a nivel global y regional desde 1990, en el primer capítulo de este informe (sección 1.2.1) mostré como la desigualdad en salud y derechos sexuales y reproductivos no ha dejado de aumentar (W. Graham *et al.*, 2016). Para avanzar en la comprensión de este fenómeno, la CDSS (2009) ha urgido a investigar los determinantes de estas desigualdades para comprender la relación entre la estratificación social y los resultados en salud, y cómo interaccionan entre sí esos estratificadores o categorías sociales —*género*, *clase*, *raza*, entre otros— en la producción de la desigualdad en salud (pp. 186, 196).

Al respecto, la literatura especializada en salud y derechos sexuales y reproductivos ha destacado la importancia del sesgo disciplinar y epistemológico en la investigación actual en morbilidad y mortalidad materna, predominando la investigación biomédica centrada en la mirada biologicista y bajo enfoques positivistas y cuantitativos que no facilitan la comprensión de la acción de los determinantes sociales de la morbimortalidad materna (Betrán *et al.*, 2018; Karolinski *et al.*, 2015; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017b).

Esta literatura ha orientado la investigación hacia la problematización de los aspectos políticos, sociales y culturales que prevalecen en los contextos poblacionales donde se produce morbimortalidad materna, VO y sobreutilización de cesáreas; a situar las voces

de las mujeres afectadas en el centro de las pesquisas, integrando también la perspectiva de las familias, comunidades y personal de salud; y a efectuar aproximaciones metodológicas que hagan posible el abordaje interdisciplinario de los determinantes (Acosta Vargas, 2003; Betrán *et al.*, 2018; CDSS, 2009, pp. 178-179; Karolinski *et al.*, 2015; Lowe, 2007; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017b; Savage & A. Castro, 2017).

En este sentido, considero que el mayor aporte de esta tesis reside en mostrar los vínculos entre la construcción social del *género*, la *raza* y la *clase social* que opera dentro del sistema de género y el sistema de cuidados, con el modelo de atención y cuidados durante el epcp producido en base al paradigma tecnocrático de atención y el modelo biomédico de salud. Para el caso particular de Nicaragua, ofrece una aproximación desde los estudios de género al análisis de la incidencia de los determinantes sociales de género, raza y clase sobre el acceso de las mujeres nicaragüenses a la salud y derechos sexuales y reproductivos durante el epcp. En específico, relaciona la VO, morbilidad y mortalidad materna desigual que soportan las mujeres nicaragüenses —en base a sus propios testimonios y a los datos epidemiológicos disponibles— con las distintas categorías de *género*, *raza* y *clase social* a las que están sujetas, y con los déficits desiguales en la calidad técnica y relacional de los cuidados que recibieron durante el parto o cesárea.

Tras relacionar los resultados de *Análisis exploratorio de los cuidados...* con la literatura científica (sección 7.1), este enfoque teórico y metodológico permitió reconocer la *ambivalencia actitudinal* y las *preferencias adaptativas* como impactos de la VO sobre la salud psicológica y la agencia de las mujeres afectadas, y sobre la construcción social de *género* en intersección con la *raza* y la *clase social* (Rodrigues Ribeiro, 2018, p. 420). Aunque estos fenómenos, identificados originalmente por A. Castro y Savage (2019) y Reyes Mercado y Rodríguez Bendaña (2018), apenas han sido estudiados en esta línea de investigación, la literatura muestra que generan impactos significativos a nivel social e individual al reforzar la desigualdad y estabilizar los sistemas de dominación (Clow & Ricciardelli, 2011; Jonas & Ziegler, 2007; Pereira, 2007; Pérez Zafrilla, 2019).

En relación a los aspectos metodológicos más específicos, considero que la tesis destaca por aportar un diseño innovador del indicador de consentimiento informado que facilita una valoración más precisa de esta práctica en la calidad de la atención al cruzar el dato de mujeres que declaran haber sido informadas de los riesgos e indicaciones de los tratamientos recomendados y sus alternativas, con el dato de las mujeres a las que se les solicitó expresamente el consentimiento para aplicar dichos tratamientos (Rodrigues Ribeiro, 2018, p. 417).

El análisis crítico feminista de los discursos contruidos por medios de comunicación e instituciones públicas permitió plasmar cómo actores sociales y políticos que no participan en la gestión directa de la atención y cuidados durante el epcp producen también VO —en este caso simbólica— al patologizar los tejidos y órganos sexuales y reproductivos de las mujeres, proyectar una maternidad mariana y desconocer los DSR de las mujeres mediante la identificación de la maternidad como mandato —la identidad entre mujer y madre—, reforzando y reactualizando con ello el *género*.

Por otro lado, la tesis proporciona un análisis integrador sobre el impacto de la práctica de la episiotomía —que se torna extensiva en virtud de la hegemonía que cobra el paradigma tecnocrático de atención en las primeras décadas del siglo XX (Clesse *et al.*, 2019)— en la construcción social del *género* y en el sostenimiento del sistema de género, sustentando su carácter de MGF en dos aspectos: por un lado, en la ausencia de pruebas que verifiquen

su práctica en base a la MBE y, por otro, en base a los análisis antropológicos llevados a cabo por Davis-Floyd (1994), quien la integró dentro del rito de atención durante el parto por contribuir de forma decisiva a la transmisión de valores culturales centrales de *Occidente* asentados sobre el patriarcado y la *tecnocracia*. Este es un resultado relevante tanto para Nicaragua —donde los datos epidemiológicos muestran que esta práctica se realiza sobre tres de cada cinco mujeres en su primer parto (García-Elorrio *et al.*, 2014)— como para los demás países donde la episiotomía continúa practicándose de forma extensiva.

En base al análisis interdisciplinario de la práctica de la episiotomía como MGF, la tesis plantea que esta posee además significados clasistas, racistas y colonialistas al contribuir a la diferenciación interclasista dentro de las sociedades occidentales, así como a la construcción dialéctica y recíproca de los binomios racionalidad/barbarie, ciencia/superstición, salvador/mutilador... que sostienen la desigualdad en las relaciones de poder que operan entre los polos civilizatorios surgidos de la modernidad. Este planteamiento se desarrolla, por un lado, a partir de los trabajos de Foucault (1998, 1996) y Menéndez (2005, 2016), los que permiten relacionar la expansión y retroceso geográfico, histórico e interclasista de la práctica de esta cirugía (Clesse *et al.*, 2018a, 2019; Declercq *et al.*, 2013, p. 47; Leal *et al.*, 2017, pp. 5-8) con la construcción social de las *clases*, la diferenciación entre *clases sociales* y la transformación de las relaciones interclasistas; y, por otro, en base al análisis de la MGF moderna en oposición a las MGF premodernas que continúan practicándose en comunidades africanas y musulmanas, el que permite comprender los cortes sobre los genitales femeninos como una *tecnología disciplinaria* de dominación colonial, además de género y clase.

Este análisis muestra la potencialidad del modelo de solidaridad feminista o de estudios comparativos feministas propuesto por Chandra T. Mohanty (2008) para «entender las especificidades y diferencias históricas y experienciales de las vidas de las mujeres, así como las conexiones históricas y experienciales entre mujeres de distintas comunidades nacionales, raciales y culturales» (p. 440). Al asumir «como estrategia analítica la distancia y la proximidad (lo específico/lo universal)» de la opresión que tiene lugar a través de la práctica de diferentes cortes sobre los genitales femeninos realizada dentro de sistemas de género distintos y situados en coordenadas socio-espaciales, culturales e históricas concretas:

«cada experiencia histórica [de realización situada de las relaciones de poder] ilumina las experiencias de las otras. Por (...) tanto, el foco no se sitúa solamente en las intersecciones de raza, clase, género, nación y sexualidad en comunidades diferentes de mujeres, sino en las de mutualidad y co-implicación / solidaridad» (p. 439).

Finalmente, considero que otro aporte relevante de la tesis radica en señalar como el paradigma de gestión económica de raíz capitalista neoliberal bajo el que se gestionan dentro del modelo biomédico la atención y los cuidados a las mujeres y criaturas resulta funcional a la disciplina de la medicina como tecnología del biopoder (Betrán *et al.*, 2007, 2018; López, 2016, pp. 129-130; Visser *et al.*, 2018). Este aspecto es verificable en la mortalidad y morbilidad superior que produce el déficit en el acceso oportuno a cuidados de calidad para las mujeres y criaturas adscritas a grupos poblacionales subalternizados y empobrecidos —un *dejar morir*— y en la perpetuación de prácticas intensivas en el uso de tecnología que señalan un *hacer vivir* y revelan qué vidas sí son llorables (Butler, 2010), independientemente de si estas prácticas se realizan aun sin sostén de la MBE y aunque en realidad dañen la salud y mermen los derechos de las mujeres y criaturas, como es el caso de las cesáreas innecesarias [mayor en los entornos

de baja fecundidad (Boerma *et al.*, 2018)], la *normativización* del parto, la episiotomía rutinaria o la MFE en admisión hospitalaria.

En consonancia, esta tesis emplaza al análisis de la gestión de los cuidados durante el epcp bajo los planteamientos y marcos conceptuales aportados por la economía feminista y de los cuidados, por considerar que esta rama de la ciencia económica dispone de instrumentos analíticos capaces de abordar las desafiantes problemáticas de salud pública que producen la gestión actual de la atención. En tal sentido, considero, se había pronunciado ya Audre Lorde a finales de los setenta (2016, diciembre 3) cuando planteó la necesidad de elaborar nuevas epistemologías que permitiesen el desarrollo de herramientas disciplinarias capaces de desmontar la dominación de género y racial:

«¿Qué significa que las herramientas del patriarcado racista se empleen para examinar los frutos de dicho patriarcado? Significa que la amplitud del cambio posible y permitido es escasísima (...) Porque las herramientas del amo nunca desmontan la casa del amo».

7.3 Limitaciones de investigación

La selección de un cuestionario por escrito (Anexo B) como instrumento principal de recogida de información en el diseño de la metodología de investigación empleada en *Análisis exploratorio de los cuidados...* generó limitaciones en los hallazgos obtenidos a través de esta primera investigación. Por un lado, si bien el cuestionario fue sometido a revisión por dos personas nicaragüenses legas en el campo de la obstetricia, el 25 % de los cuestionarios aplicados presentaron datos incoherentes, lo que condujo a su desestimación en el proceso de depuración de datos y a una pérdida en el tamaño muestral, que se redujo de treinta y dos a veinticuatro cuestionarios.

Además de ello, para el caso de la población participante en esta investigación, la experiencia en la aplicación de este instrumento mostró la importancia de establecer contacto directo con las mujeres, las que se expresan haciendo uso de términos culturales propios de su adscripción étnica y social.

Por otro lado, si bien la práctica obstétrica está orientada a nivel internacional por la FIGO y la ACOG —entre otros organismos—, y a nivel nacional por la Sociedad Nicaragüense de Ginecología y Obstetricia, a nivel local la práctica experimenta variaciones culturales imprevistas. Así, el proceso de observación participante desarrollado a lo largo del periodo de investigación (Anexo A, párr. 8) permitió identificar la práctica del *planchado perineal de Piper*, una maniobra que produjo sufrimiento físico y moral intenso a las personas afectadas y que no se sustenta en la MBE, pues no ha sido referida en las recomendaciones de la OMS (1996, 2015a, 2018b) ni de la OPS (2019) para la atención durante el parto, ni *normal* ni *patológico*. Tampoco había identificado precedentes sobre esta práctica en la literatura especializada disponible en 2013, cuando llevé a cabo el proceso de recogida de datos, ni hasta el presente¹⁸⁰.

¹⁸⁰ El *planchado perineal de Piper* es una maniobra en la que el personal de salud dilata manualmente la vagina (Dueñas García & Beltrán Montoya, 2015). No he identificado fuentes donde se describan los beneficios y perjuicios de esta maniobra desde un punto de vista clínico o desde la perspectiva de los DSR, por lo que considero que su práctica no se sostiene en base alguna. Identifiqué dos testimonios que refirieron habersele practicado esta maniobra sin consentimiento informado. En base a ellos, considero que la misma es susceptible de provocar traumatismos perineales y sufrimiento físico, psicológico y moral (Anexo A, párr. 8) (Feito, 2017, p. 9; Montoya Juárez *et al.*, 2006).

Identifiqué además testimonios de coacción por parte del personal de salud a las mujeres durante el postparto inmediato, con el fin de interferir en sus decisiones reproductivas (Anexo A, párr. 4), práctica de VO sobre la que tampoco había identificado precedentes en 2013.

Los estudios publicados durante los últimos siete años han mostrado que la práctica misma de los tactos vaginales, tan cotidiana en el haber obstétrico y presuntamente inocua, está siendo denunciada como VO por parte de las mujeres con vivencias de epcp (Bohren *et al.*, 2015, p. 17; Iglesias *et al.*, 2019, p. 87; A. Lalonde *et al.*, 2019, p. 70; Observatorio de Violencia Obstétrica Chile, 2018, pp. 18-20; Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017a, p. 1149; Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018, p. 29; Šimonović, 2019, p. 13).

Para estas prácticas de VO, por tanto, el cuestionario empleado en *Análisis exploratorio de los cuidados...* no incluía indicadores específicos, por lo que la tesis no aporta datos que permitan valorar su prevalencia¹⁸¹. En suma, estos elementos evidencian la necesidad ineludible de incluir entrevistas abiertas entre los instrumentos de recogida de información para desarrollar investigaciones centradas en la atención y los cuidados durante el epcp. Señalan, además, limitaciones en el acervo de investigación disponible en VO en 2013 y la desconexión entre esta línea de investigación y la centrada en la calidad de los cuidados durante el epcp, factores que también incidieron en las limitaciones señaladas en el diseño metodológico empleado en *Análisis exploratorio de los cuidados...* En este sentido, los avances en investigación y en los campos teórico y político llevados a cabo en la última década¹⁸² han sentado la centralidad de la VO en el análisis sobre la calidad de la atención y los cuidados durante el epcp.

Por otro lado, el instrumento de recogida de información empleado en *Análisis exploratorio de los cuidados...* (Anexo B) tampoco incluía un ítem para captar información sobre el régimen de atención (nota 8), sino solo sobre el hospital donde tuvo lugar el parto o cesárea. Dado que, para Nicaragua, tanto la atención financiada dentro el régimen contributivo como la financiada a través del régimen voluntario se canalizan en parte a través de empresas privadas que operan en el sector salud, esta carencia produjo una pérdida de información que restó profundidad al análisis interseccional de los datos. En correspondencia con la estructura segmentada del sistema de salud por *clases sociales* en el país y en gran parte de Latinoamérica (Bayón *et al.*, 1998; Menéndez, 2005), el proceso de observación participante muestra que es habitual que estas empresas presten una atención diferenciada según el régimen de financiación al que está adscrita la población, destinando áreas mejor acondicionadas a la atención que se financia por el régimen voluntario —la que señala una mayor capacidad económica— en comparación con las destinadas a la atención financiada por el régimen contributivo, mediante el cual se atiende a la población asalariada en la economía formal. Es probable que esta diferenciación —la que dota de significado las categorías sociales, económicas y políticas— produzca desigualdades en salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres atendidas, por lo que se precisa incluir un ítem para recoger este aspecto.

¹⁸¹ Para el caso particular de la práctica de tactos vaginales como VO, los hallazgos recogidos en *Análisis exploratorio de los cuidados...* fueron obtenidos en base a las preguntas abiertas integradas en el instrumento de recogida de información.

¹⁸² Para la inclusión de la VO en la agenda pública, han sido claves en este periodo la publicación de la declaración de la OMS (2014) para la prevención y erradicación de la *falta de respeto* y el *maltrato*, y el informe de la ex Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović (2019), sobre el maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva.

Por último, para la adecuada interpretación de los hallazgos identificados a partir de *Análisis exploratorio de los cuidados...* es necesario considerar que, tras la publicación de este artículo de investigación, se actualizaron dos de las guías utilizadas para establecer el estándar técnico y relacional en la atención y cuidados (MINSA, 2018; OMS, 2018b), produciendo alteraciones en dos estándares:

- La tasa de episiotomías, para la que la OMS (2018b) rechaza en la actualidad definir un estándar, pues «no hay evidencia que corrobore la necesidad de cualquier episiotomía en la atención de rutina» y aún «no se ha establecido la función de la episiotomía en las emergencias obstétricas, como el sufrimiento fetal que requiere un *parto vaginal instrumental*» (p. 150, tp.) (cursivas mías). Es decir, por tratarse de una cirugía cuya práctica no está asida en la MBE.
- La práctica de tactos vaginales, tanto en relación al número y frecuencia de los exámenes como en relación a las condiciones en las que se realizan —si se llevan a cabo priorizando las necesidades de las mujeres y si son practicados o no por una sola persona—. El MINSA (2018, p. 345) ha señalado que llevar a cabo seis o más tactos representa un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones puerperales, mientras que la OMS (2015a, p. 14, 2018b, p. 69, tp.) pauta realizar tactos cada cuatro horas¹⁸³ y señala que «no existe evidencia directa sobre la frecuencia más adecuada (...) para prevenir la morbilidad por infecciones en la madre y el bebé», pudiendo ser necesario realizar exámenes con mayor frecuencia¹⁸⁴.

Con respecto a *Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua...*, considero que las conclusiones de este estudio habrían sido más completas y precisas de haber contado con información más detallada sobre las medidas de política pública implementadas y su focalización según la adscripción de la población a las categorías sociales.

En relación a *La episiotomía como práctica cultural de género...*, esta investigación enfrentó limitaciones vinculadas a las lagunas de conocimiento referidas a la práctica de MGF realizadas por la medicina moderna. Destaca, por un lado, la ausencia de estudios históricos sobre el abandono de las MGF premodernas por parte de la medicina moderna a inicios del siglo pasado (Sheehan, 1981, pp. 12-13, 15), así como en relación a la práctica de la episiotomía por *clases sociales* entre los siglos s. XVIII y XIX, aunque sabemos que —en todo caso— fue minoritaria debido a la alta tasa de infecciones. También generó limitaciones el destacado déficit de investigación respecto a las experiencias e impactos de la episiotomía en base a los propios testimonios de las mujeres operadas, así como de sus significados para el personal de salud que practica la cirugía.

Finalmente, los términos de búsqueda empleados durante el proceso de identificación de fuentes llevado a cabo en *La episiotomía como práctica cultural de género...* no facilitaron la inclusión de estudios centrados en los impactos subjetivos e intersubjetivos de la cirugía

¹⁸³ Los datos disponibles en la actualidad señalan que la duración de la fase activa del trabajo de parto más frecuente es de cuatro horas para los primeros partos y tres para los siguientes, con una duración máxima de doce y diez horas para el 95 % de las mujeres, respectivamente (OMS, 2018b, p. 39). Tomando estos tiempos como referencia, una frecuencia recomendada de un tacto cada cuatro horas implica que, en un trabajo de parto sin complicaciones, podría considerarse una práctica estándar la realización de entre dos a cuatro tactos vaginales como máximo.

¹⁸⁴ En la actualidad, no se disponen de pruebas sobre la eficacia del tacto vaginal en la evaluación del trabajo de parto (Downe *et al.*, 2013).

referidos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres afectadas desde un abordaje no biomédico, aspecto de gran relevancia para el análisis de la episiotomía como MGF. En este sentido, los estudios de Janaína Marques de Aguiar (2010, p. 84) y Diniz y Alessandra S. Chacham (2004, pp. 104-106) —además de los publicados recientemente por He *et al.* (2020) y Aguiar *et al.* (2020)— habrían enriquecido los hallazgos de la tesis esclareciendo los impactos que genera esta cirugía para las mujeres afectadas sobre su salud sexual, psicológica y reproductiva.

7.4 Propuesta de líneas de investigación a priorizar en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

En base a los resultados obtenidos en esta tesis, propongo priorizar para Nicaragua cuatro líneas de investigación. En primer lugar, es preciso un estudio sobre VO que dimensione la prevalencia del fenómeno estudiando su expresión a lo largo de la vida sexual y reproductiva de las mujeres, integrando la concepción, el aborto (espontáneo e inducido), prácticas de control reproductivo y planificación familiar, embarazo, nacimiento (parto o cesárea), postparto y lactancia.

Esta investigación debe abordar los aspectos morales y la calidad técnica y relacional de los cuidados y las preferencias y expectativas de las mujeres, estratificando los datos por quintiles de ingreso, régimen de financiación de la atención¹⁸⁵, área de residencia y departamento, empleando una metodología mixta y participativa que integre a mujeres con experiencias de epcp, personal de salud y equipo de investigación a través de la observación directa. Con respecto a los impactos de la VO, es preciso estudiarlos tanto para las mujeres como para sus criaturas, desde un abordaje biopsicosocial que trascienda los enfoques anclados en el modelo biomédico y que integre los impactos sociales de la problemática —incluyendo el análisis de las preferencias adaptativas y ambivalencia actitudinal—, y hacer un seguimiento de los mismos a corto, medio y largo plazo, lo que requiere integrar la participación de las familias y comunidades.

Si bien el enfoque de investigación a emplear debe ser capaz de identificar la prevalencia de la VO en relación a las categorías sociales, sus formas específicas e impactos diferenciados, de acuerdo con Savage y A. Castro (2017, pp. 23-27), este debe asignar prioridad al estudio del fenómeno en mujeres adolescentes, adscritas a pueblos empobrecidos, originarios o afrodescendientes, debido a su mayor vulnerabilidad social.

En segundo lugar, de acuerdo con Karolinski *et al.* (2015), propongo investigar la MMG en Nicaragua en base a la metodología de las biopsias verbales con el objetivo de captar con más amplitud y profundidad los determinantes sociales de la mortalidad y morbilidad materna en el país. Es preciso investigar los factores que están incidiendo en estos fenómenos para cada población desde «aproximaciones metodológicas que trasciendan los aspectos biomédicos y cuantitativos». En consonancia, Karolinski *et al.* (2015) orientan aplicar:

«una perspectiva cualitativa [que transite] desde el modelo de autopsias verbales al de biopsias verbales, con un criterio anticipatorio que rescate la perspectiva de

¹⁸⁵ En particular, los testimonios recogidos a lo largo del proceso de observación participante (Anexo A, párr. 4) apuntan a la aplicación —en el régimen contributivo y no contributivo del sistema de salud— de prácticas de coacción a las mujeres con la finalidad de sustraer su autonomía sexual y reproductiva y reducir su fecundidad.

las mujeres que superaron una experiencia con riesgo de muerte y la percepción de los equipos de salud» (p. 356).

En tercer lugar, propongo priorizar la investigación de la relación entre la estructura segmentada del sistema de salud de Nicaragua con las dinámicas de poder que tienen lugar en estas relaciones de cuidados y los déficits de calidad en la atención y cuidados, incluyendo para cada régimen de financiación el análisis de los incentivos económicos que producen la práctica de cesáreas innecesarias.

Finalmente, en relación a las sanciones financieras aplicadas a Nicaragua en base a la *Nicaragua Human Rights and Anticorruption Act of 2018* —aprobada por el Congreso de EE.UU. el 20 de diciembre del 2018¹⁸⁶—, Anuradha M. Chenoy (2013) y Dursun Peksen (2014) han subrayado que las medidas coercitivas y unilaterales (UCM por sus siglas en inglés) impactan desproporcionadamente sobre las poblaciones socialmente vulnerables de los países objeto de las medidas —entre ellas, las mujeres y la infancia—, no solo porque los impactos económicos (que perviven durante generaciones) se concentran en estas poblaciones, sino también porque estas medidas generan impactos de género en el ámbito simbólico y en sus estructuras políticas al fomentar el conservadurismo, la radicalización de las posiciones políticas y el rechazo a los valores promovidos por la modernidad occidental. Ello revela la necesidad de estudiar en Nicaragua cómo están afectando estas sanciones a las políticas públicas referidas a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tanto a nivel simbólico como estructural.

Por otro lado, en relación a las problemáticas más generales en el campo de la salud y derechos sexuales y reproductivos a nivel mundial, propongo priorizar tres líneas de investigación. Primeramente, planteo analizar las tácticas desplegadas por el *poder/saber obstétrico* para obstaculizar y retrasar la investigación o implementación de MBE en obstetricia. Propongo analizar este fenómeno en base a las siguientes estrategias metodológicas:

- Para aquellos procedimientos y cuidados cuya eficacia y seguridad están en discusión —como es el caso de la práctica de la episiotomía en partos instrumentalizados¹⁸⁷—, rastrear la calidad metodológica y la presencia de sesgos en estudios recientes y exponer las dificultades que experimentan los proyectos de investigación cuyas hipótesis de trabajo desafían el *intervencionismo obstétrico*.
- Exponer la calidad metodológica de los estudios científicos que contribuyeron a la sobreutilización sostenida de la cesárea, incluyendo el análisis de la presencia de sesgos de género, y la asunción acrítica de sus resultados por parte de los actores implicados en la regulación de la práctica clínica. Analizar, en particular, los estudios que

¹⁸⁶ La *Nicaragua Human Rights and Anticorruption Act of 2018* restringe el acceso del Estado nicaragüense a la asistencia financiera o técnica internacional provista por instituciones financieras internacionales —entre ellas, las afiliadas al Grupo del Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo y el Fondo Monetario Internacional— a excepción de aquella cuyo fin sea atender «las necesidades humanas básicas y promover la democracia» (Congreso de Estados Unidos, 2018, tp.).

¹⁸⁷ Ver Michael C. Klein y Janusz Kaczorowski (2020), Giulia M. Muraca *et al.* (2019) y Muraca y K. S. Joseph (2020) en relación a los cuestionamientos a la calidad de la investigación, y Melania M. Amorim *et al.* (2020), Lena Sagi-Dain, Inna Kreinin-Bleicher, Rabia Bahous, Noga Gur Arye *et al.* (2020) y Sagi-Dain, Kreinin-Bleicher, Bahous y Shlomi Sagi (2020) en cuanto a las dificultades experimentadas para establecer MBE en obstetricia. En este último estudio, el personal de obstetricia participante desplegó estrategias de resistencia que redujeron el tamaño muestral en tal magnitud que los resultados carecen de significación estadística. Estos resultados mostraban un riesgo menor de desgarro en los partos donde se empleaba ventosa y no se practicaba episiotomía, que cuando sí se practicaba.

condujeron a la institucionalización del uso continuo de la cardiografía fetal, la práctica de la cesárea para partos en podálica y la normativización de los tiempos del parto, dado que estas prácticas sostienen la práctica de la cesárea innecesaria en base a investigaciones cuyos resultados son hoy invalidados por la MBE (OMS, 2018b, pp. 42-43; Sartwelle *et al.*, 2017; Vázquez Lara & Rodríguez Díaz, 2015, pp. 79-80).

- En los casos en que la MBE desalienta el *intervencionismo obstétrico*, analizar la imposición de barreras a su implementación¹⁸⁸, incluyendo el despliegue de estrategias discursivas que banalicen los riesgos de las prácticas yatrogénicas —como las cesáreas innecesarias, el empleo de la MFE en admisión, la posición ginecológica durante el parto o la episiotomía rutinaria— con la finalidad de sostener estas prácticas, así como la plasticidad de estos discursos¹⁸⁹. Esta plasticidad, referida por Foucault (1998) como *polivalencia táctica de los discursos*, ha de ser examinada en dos niveles: «su productividad táctica (qué efectos recíprocos de poder y saber aseguran) y su integración estratégica [cuál coyuntura y cuál relación de fuerzas vuelve necesaria su utilización (...)]» (p. 124)¹⁹⁰.

En segundo lugar, los datos y teorías examinados en esta tesis apuntan a la práctica de una política sexual y reproductiva heterogénea, emanada desde el biopoder al mundo global —no enunciada, no conscientemente construida, pero sí observada en sus efectos prácticos—, centrada en el *dejar morir* a los pueblos empobrecidos, originarios o afrodescendientes y *hacer vivir* a los grupos poblacionales de mayor riqueza económica que se suscriben como de ascendencia blanca¹⁹¹. En este sentido, propongo examinar los elementos que compondrían dicha política en el ámbito de la obstetricia: en particular, la concentración de MMMP en pueblos empobrecidos, originarios o afrodescendientes y sus factores causales relacionados con los déficits de calidad y acceso en la atención y los cuidados, las prácticas de VO y el subdesarrollo de la infraestructura pública, relacionando estos factores con las dinámicas de *espacialización de la raza y racialización del espacio*.

Esta línea de investigación debe explorar la segmentación de los sistemas de salud como un factor estructural que operativiza esta política —junto con la segmentación de los mercados,

¹⁸⁸ Por ejemplo, en algunos entornos se han justificado las barreras al parto en posiciones distintas a la ginecológica bajo la justificación de que ello requiere adquirir camas modificadas de costo elevado.

¹⁸⁹ Ver los posicionamientos de Julian N. Robinson (2018), quien pide sentido común para la atención durante el parto *de bajo riesgo*, aduciendo que las recomendaciones actuales de la OMS (2018b) comportan problemas de costos, recursos, legales y de libertad de elección de las mujeres. Ver asimismo D’Alton y Hehir (2015), quienes abogan por abandonar la pretensión de establecer una única tasa máxima de cesáreas a nivel global, argumentando que la tasa óptima será diferente para cada país y que «la comunidad obstétrica debe aceptar el hecho de que se desconoce la tasa de partos por cesárea “adecuada”» (p. 2, tp.). Al contrario que Betrán *et al.* (2018, pp. 1360-1361), quienes encuentran, en base a su revisión sistemática, que son los factores no clínicos los que sostienen en gran medida la sobreutilización de cesáreas, D’Alton y Hehir (2015) resaltan el papel de los factores clínicos —como el peso y la edad de las mujeres— como explicativos de la práctica actual de cesáreas.

¹⁹⁰ En particular, la permanencia del mito «una vez cesárea, siempre cesárea» es muy ilustrativa. Esta máxima, enunciada en 1916 para desalentar la práctica de la cesárea por su —en aquel entonces— muy alto riesgo de morbilidad y mortalidad, está sosteniendo en la actualidad la sobreutilización mediante la práctica de cesáreas reiterativas y yatrogénicas por cesárea previa (Cunningham *et al.*, 2014, p. 609; MCHIP, 2012, p. vii; Rodrigues Ribeiro, 2018, p. 411; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists, 2015, p. 2).

¹⁹¹ En esta línea, Vivero Vigoya (2010) marca la necesidad de «empezar a nombrar la blanquitud como modelo identitario de las elites nacionales con el fin de desplazarla de ese estatus de no marca y no nominación que no es sino un efecto de su dominación» (p. 19).

del sistema educativo y del sistema fiscal, entre otros—, especialmente en aquellas regiones/países caracterizados por la heterogeneidad étnica y cuyos Estados fueron fundados a partir del dominio colonial. Para estos sistemas de atención a la salud, los resultados de esta tesis en conjunto con la literatura especializada [en particular, CLADEM & Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP), 1998, pp. 63-68; Šimonović, 2019, pp. 9-10; Ureste, 2017] muestran la importancia de estudiar las violaciones a la autonomía reproductiva de las mujeres por régimen de atención, examinando la presencia de prácticas coercitivas para operar el control social de la reproducción a través de esterilizaciones, implantación de dispositivos intrauterinos, anticonceptivos de larga duración u otros en mujeres adscritas a pueblos empobrecidos, originarios o afrodescendientes¹⁹².

Otro elemento importante a analizar en esta propuesta lo constituye el tratamiento penal del aborto. CLADEM (2008, pp. 54-58) y el ex Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover (2011), han mostrado que el tratamiento penal del aborto —lejos del discurso *provida* en el que se enmarca— fomenta en la práctica una política de *dejar morir* que se cierne sobre las mujeres que experimentan abortos espontáneos (quienes se exponen a prácticas de VO empleadas como castigo moral) o se someten a abortos inducidos que son inseguros, los que son solicitados por mujeres situadas en los primeros quintiles de ingreso, adscritas a pueblos empobrecidos, originarios o afrodescendientes¹⁹³.

Estas realidades coexisten con el *hacer vivir* a través del sometimiento de las mujeres adscritas a poblaciones dominantes a lesivos y costosos tratamientos de reproducción asistida. También la autonomía sexual y reproductiva de estas mujeres es usurpada y gestionada en base a los intereses del sistema económico capitalista, los Estados modernos y otras instituciones patriarcales, las que por un lado lesionan los derechos de las mujeres que viven procesos de epcp, y por otro erigen la maternidad como esencia de la feminidad plena en la edad adulta (Martí Gual, 2011, pp. 86-87, 103-104, 222-223, 470-474).

Por último, la práctica de la cesárea por régimen de atención, país y región, constituye otro de los elementos clave a examinar dentro de esta biopolítica. Las fuentes analizadas muestran cómo la práctica de la cesárea innecesaria se concentra en las poblaciones dominantes —situadas en los quintiles de ingreso más ricos y cuya atención se canaliza a través del sector privado— mientras que, en determinadas regiones, las poblaciones subalternizadas experimentan subutilización (Boerma *et al.*, 2018; Miller *et al.*, 2016a). En los países donde se produce sobreutilización, la práctica de cesáreas aumenta además cuando la fecundidad poblacional baja (Boerma *et al.*, 2018). Estos datos indican que la práctica de la cesárea obedece también al ejercicio del biopoder, el que, por un lado, asegura el control social sobre los procesos

¹⁹² Menéndez (Identidades Audiovisuales, 2019) ha contrastado el déficit de debate público en torno a estas prácticas de VO en la región latinoamericana frente a la importancia de los movimientos anti- y proabortista (25'35''). También Eduardo Galeano (2004, pp. 18–21) y Zygmunt Bauman (2005, pp. 61-63) cuestionaron el énfasis en las políticas centradas en el aborto para la región latinoamericana y los países en vías de desarrollo en general.

¹⁹³ El aborto terapéutico fue penalizado en Nicaragua en octubre del 2006. Testimonios recogidos durante el proceso de observación participante (Anexo A, párr. 15) señalan que se practican abortos inducidos seguros sin indicación médica en el régimen voluntario. En relación al aborto terapéutico, el MINSA (2018) establece en sus normativas su práctica en caso de embarazo ectópico y molar a través de la Norma 109 «Protocolos para la atención de las Complicaciones Obstétricas» (pp. 53, 86), la que determina manejo medicamentoso o cirugía abierta para interrumpir el embarazo ectópico y legado en el caso de embarazo molar.

reproductivos de las mujeres adscritas a las poblaciones dominantes y, por otro, niega el acceso a una técnica que salva vidas cuando se practica correctamente. Así, la sub- y sobreutilización de la cesárea produce efectos de poder en el plano simbólico al *hacer vivir* a unas poblaciones y *dejar morir* a otras¹⁹⁴.

Finalmente, el análisis situado de la VO, abordando las diferencias en sus prácticas entre los sistemas de salud de países *desarrollados* y las identificadas en los de países sujetos al dominio colonial en el pasado y caracterizados por la heterogeneidad étnica, facilitará elementos para comprender cómo se despliega la política sexual y reproductiva que a efectos prácticos se administra sobre los grupos poblacionales dominantes y subalternizados¹⁹⁵.

7.5 Recomendaciones de política pública para Nicaragua

En base a los resultados de esta tesis, para mejorar el acceso de las mujeres a la salud y derechos sexuales y reproductivos en Nicaragua y seguir reduciendo la MMMP, considero que el país precisa fortalecer sus políticas de género en todos los ámbitos de la política pública, cuidando su complementariedad, y fortalecer, ampliar y profundizar las políticas para garantizar el ejercicio de los derechos a los buenos cuidados priorizando a las poblaciones vulnerables, entre ellas, las mujeres y criaturas en vivencia de procesos de epcp. Más concretamente, es preciso integrar un enfoque de género transformador de las relaciones de género que posibilite la socialización del cuidado enfatizando la corresponsabilidad de género y social de todos los actores sociales y políticos, incluido el sector empresarial como actor responsable de la implementación de medidas de política pública cuando corresponda. En este sentido, ha de monitorearse la implementación de la Norma 042 y la Ley 648 «Ley de Igualdad de Derechos y Oportunidades», aplicando las sanciones pertinentes cuando sea necesario.

En el campo de la salud en específico, es preciso ampliar la formación en género, desigualdades en salud, prevención en violencia de género —incluyendo VO— y derechos para las profesiones vinculadas a la atención y cuidados, así como fortalecer y ampliar las políticas de formación continua del personal en estas áreas temáticas. En base al análisis desarrollado en la sección 2.4, esta medida podría reducir la tasa de cesáreas al 12.8 % en el HBCR y al 14.7 % en el HEODRA, minimizando de forma importante la MMMP para las mujeres y criaturas atendidas en estos hospitales.

Dada la necesidad de contar con instrumentos de política pública que posibiliten una transformación real del modelo de atención y cuidados durante el epcp que trascienda el modelo biomédico y el paradigma tecnocrático que continúa dominando la atención y los cuidados, y en línea con la actualización de las recomendaciones de la OMS (2018b)

¹⁹⁴ Además de la MMMP causada por el empleo inadecuado de la cesárea (por sub- o sobreutilización) (secciones 1.2.3, 1.2.4 y 1.2.6), la práctica de esta cirugía que no se ajusta a la MBE y los discursos y violencias que la acompañan —patologización del parto, empleo simbólico de la tecnología, déficit financiero estructural del sector público, etc.— producen efectos de poder/saber dinámicos ante coyunturas y relaciones de fuerzas determinadas. Por ello es preciso analizar la sub- y sobreutilización de la cesárea observando también su productividad táctica (los efectos recíprocos de poder/ saber que aseguran) y su integración estratégica (cuál coyuntura y cuál relación de fuerzas vuelve necesaria su utilización), tal como orientó Foucault (1998, p. 124) en relación a los efectos de los discursos relacionados al sexo.

¹⁹⁵ Por ejemplo, es preciso constatar en qué medida la judicialización de los partos, la coerción en la administración de analgesia epidural o la sedación no consentida en unas poblaciones y regiones determinadas, coexiste con la falta de acceso a analgesia durante procedimientos quirúrgicos y la negación de la atención en otras.

para una experiencia positiva en la atención durante el epcp, propongo actualizar la Norma 042 en base a un proceso participativo donde se escuchen y sean centrales las voces de las mujeres que han parido y las de las que han sido operadas de cesárea, junto a las de sus familias, comunidades y personal de salud. Para ello, no será suficiente con que estén adecuadamente representadas en el equipo responsable de actualización de la norma, sino que han de adoptarse medidas para establecer dinámicas de poder equilibradas que fomenten la participación efectiva de las mujeres y la no dominación de unos grupos de participantes y discursos sobre otros.

Para la aplicación exitosa de estas medidas, además de la implicación de los gobiernos y las instituciones de salud, la participación de las mujeres es clave: «La comunidad médica por sí sola no puede revertir esta tendencia» (Visser *et al.*, 2018, p. 1286). Ello requerirá la adopción de medidas que socaven las preferencias adaptativas desarrolladas a nivel individual y colectivo (familiar y comunitario) en los entornos afectados por la pobreza y la violencia de género, y aborden los impactos de la ambivalencia actitudinal experimentada por las mujeres víctimas de violencia en estos entornos.

Por otro lado, es preciso recabar más datos y más completos sobre salud materna y perinatal desde una perspectiva integral —es decir, no biomédica, sino biopsicosocial— y desglosarlos por categorías sociopolíticas como área de residencia, régimen del sistema de salud, etnia, edad, número de partos y abortos previos, etc. Además, se requiere fomentar la investigación continua, participativa y de orientación biopsicosocial en esta área a través de los sistemas de monitoreo y evaluación de la calidad en la atención de salud y los cuidados. Los datos cuantitativos proveídos por estos sistemas de información son importantes, pero es necesario también establecer un flujo de información tal que las experiencias de las mujeres con vivencias de parto y cesárea, sus familias, comunidades y las del personal de salud, informen el proceso de toma de decisiones a lo largo de la red del sector salud.

En línea con los datos de Chaves *et al.* (2015), que conducen a situar las deficiencias en atención y cuidados en el ámbito familiar, comunitario y de atención primaria, para que los resultados de estas acciones conduzcan eficazmente a la reducción de la MMMP y al ejercicio de los DSR, se requerirá necesariamente su implementación articulada a lo largo del Sistema Nacional de Bienestar Social.

Además, en cuanto al sistema de salud en su conjunto, es necesario continuar ampliando su cobertura y la calidad de la atención y cuidados a la población, en especial en atención primaria, priorizando las regiones noroeste y Caribe y abordando los fenómenos de la VO y el *intervencionismo obstétrico*.

Por otro lado, el análisis de la sobreutilización de la cesárea ilustra fehacientemente los impactos que la segmentación de los sistemas de salud —realizada en base al acceso al empleo formal— produce en la salud pública y la desigualdad social (secciones 1.2.3, 2.1, 2.4 y 7.2). Las diferencias en la tasa de cesáreas correspondiente a los tres regímenes del sistema de salud de Nicaragua, así como las pruebas cualitativas encontradas en *Análisis exploratorio de los cuidados...* en relación con las identificadas por los demás estudios disponibles para el país (Anexos D y E), apuntan a la existencia de esquemas de incentivos diferenciados por régimen que están afectando de forma determinante la calidad de la atención y cuidados, produciendo VO y afectando la toma de decisiones en la atención y cuidado de tal forma que se practican cesáreas innecesarias, mal indicadas, impactando negativamente la salud de las mujeres y criaturas.

CAPÍTULO 7. RESUMEN GLOBAL

Al afectar la eficiencia y equidad del sistema de salud, este fenómeno genera y potencia problemas de salud pública como la VO, la sobreutilización de cesáreas, MMG y mortalidad materna. Abordar estos fenómenos exige, por tanto, cuestionar la estructura actual del sistema de salud en relación a los objetivos de la política de salud —regidos por la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley General de Salud, la que establece la gratuidad y universalidad del derecho a la salud (ANN, 2002, 2014b) — y promover una reflexión sobre la necesidad de realizar reformas estructurales al sistema que garanticen la toma de decisiones clínicas basadas en la MBE, la calidad de los cuidados profesionales en salud y el ejercicio del derecho a la salud y demás derechos humanos para todas las personas sin distinción.

BIBLIOGRAFÍA

- Abalos, E., Oladapo, O. T., Chamillard, M., Díaz, V., Pasquale, J., Bonet, M., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2018). Duration of spontaneous labour in 'low-risk' women with 'normal' perinatal outcomes: A systematic review. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 223, 123-132. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2018.02.026>
- Acosta Vargas, G. (2003). Vía crucis de la muerte materna. En E. Faur, R. Mercer, & S. Ramos (Eds.), *Mortalidad materna: Un problema de salud pública y derechos humanos* (pp. 22-36). Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). <https://uni.cf/3x7AxYY>
- Acosta, P. A., Almeida, R. K., & Peña, C. L. (2016). *Estudio de Gasto Público Social y sus Instituciones. Nicaragua*. (Documento de trabajo n.º 110557; p. 101). World Bank.
- Agrelo, F., Pascual, L. R., Lobo, B., & Sabulsky, J. (1999). Talla final de mujeres de Córdoba, Argentina, y exploración de la tendencia secular. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 5, 17-22. <https://doi.org/10.1590/S1020-49891999000100003>
- Aguiar, J. M. de. (2010). Violência institucional em maternidades públicas: Hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [Tesis doctoral, Universidade de São Paulo]. <https://doi.org/10.11606/T.5.2010.tde-21062010-175305>
- Aguiar, J. M. de, d'Oliveira, A. F. P. L., & Grilo, C. S. (2020). El parto como "atropellamiento": Ideología médica, visión pesimista del parto normal y violencia obstétrica. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed., Vol. 8, pp. 131-143). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Ajzen, I. (2001). Nature and Operation of Attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 27-58. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.27>
- Alfirevic, Z., Devane, D., Gyte, G. M. L., & Cuthbert, A. (2017). Continuous cardiotocography (CTG) as a form of electronic fetal monitoring (EFM) for fetal assessment during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD006066. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006066.pub3>
- Althabe, F., Belizán, J. M., & Bergel, E. (2002). Episiotomy rates in primiparous women in Latin America: Hospital based descriptive study. *British Medical Journal*, 324, 945-946. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7343.945>
- Alves, R. F., Eulalio, M. do C., & Brobeil, S. A. J. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos: The role of the psychologist in public health. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-12. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arbp/v61n2/v61n2a09.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Society for Maternal-Fetal Medicine, Caughey, A. B., Cahill, A. G., Guise, J.-M., & Rouse, D. J. (2014). Safe prevention of the primary cesarean delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(3), 179-193. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.01.026>
- Amigot Leache, P., & Pujal i Llombart, M. (2009). Una lectura del género como dispositivo de poder. *Sociológica (México)*, 24(70), 115-152. <https://bit.ly/3iWRFLW>
- Amorim, M. M., Delgado, A., & Katz, L. (2020). Letter to the editor: Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2451. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04421-2>
- Anders, V., & Treviño, J. G. (s. f.). Etimología de Episiotomía. En *Diccionario Etimológico Castellano En Línea*. Recuperado 5 de febrero de 2021, de <http://etimologias.dechile.net/>

BIBLIOGRAFÍA

- Anders, V., & Cabrera, C. (s. f.). Etimología de Proletario. En *Diccionario Etimológico Castellano En Línea*. Recuperado 5 de febrero de 2021, de <http://etimologias.dechile.net/>
- Andorno, R. (2012). Principios bioéticos, dignidad y autonomía. *Bioética: Herramienta de las Políticas Públicas y de los Derechos Fundamentales en el Siglo XXI*, 23-43. <https://bit.ly/3BMsx3m>
- Anónimo. (2015). Our Family Secrets. *Annals of Internal Medicine* 163(4), 321. <https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/M14-2168>
- Anselmi, M., Avanzini, F., Moreira, J.-M., Montalvo, G., Armani, D., Prandi, R., Marquez, M., Caicedo, C., Colombo, F., & Tognoni, G. (2003). Treatment and control of arterial hypertension in a rural community in Ecuador. *The Lancet*, 361(9364), 1186-1187. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)12918-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12918-2)
- Arber, S. (1997). Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. *Social Science and Medicine*, 44(6), 773-787. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00185-2](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00185-2)
- Arenas, C., Zepeda, Z., Dico-Young, T., Green, C., Hilton, E., & Vilardo, V. (2017). *Dominican Republic Gender Analysis: A study of the impact of the Zika virus on women, girls, boys and men*. Doctors of the World, Oxfam. <https://cutt.ly/1nsaOyP>
- Arguedas Ramírez, G. (2014). La violencia obstétrica: Propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter.c.a.mbio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169. <https://doi.org/10.15517/c.a.v11i1.14238>
- (2017). Reflexiones sobre el saber/poder obstétrico, la epistemología feminista y el feminismo descolonial, a partir de una investigación sobre la violencia obstétrica en Costa Rica. *Solar*, 12(1), 65-89. <https://doi.org/10.20939/solar.2016.12.0105>
- (2020). Poder obstétrico, aborto terapéutico, derechos humanos y femicidio de Estado: Una reflexión situada en América Latina. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed., Vol. 8, pp. 77-99). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Arguedas Ramírez, G., Berrío Palomo, L. R., Castro, R., Frías, S. M., García Presas, A. L., González, M. F., Herrera Vacaflo, C., Aguiar, J. M. de, Mattioli, M., Muñoz García, G. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Sadler, M., Sesia, P., Diniz, C. S. G., & Sibrian, N. (2020). *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (P. Quattrocchi & N. Magnone, Comps.; 1.ª ed.). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Arrieta Herrera, A., & Oneto La Faye, A. (2007). ¿Quiénes ganan y quiénes pierden con los partos por cesárea? Incentivos Médicos y Derechos Reproductivos. En *Proyecto Mediano Auspiciado por el programa de investigaciones ACIDI-IDRC 2006*. <https://bit.ly/3ePSu8e>
- Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos* (Resolución 217 A (III)). Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/docid/47a080e32.html>
- (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966* (Resolución 2200 A (XXI); Tratados). Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/docid/4c0f50bc2.html>
- (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Resolución aprobada por la Asamblea General* (Resolución A/RES/34/180). Naciones Unidas. <https://www.refworld.org/es/docid/50ab8d9d2.html>

BIBLIOGRAFÍA

- . (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño* (Vol. 1577). ONU. <https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- . (2000). *Declaración del Milenio: Resolución aprobada por la Asamblea General* (Resolución 55/2). Naciones Unidas. <https://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Asamblea Nacional de la República de Nicaragua (ANN). (2002, mayo 17). Ley n.º 423 «Ley General de Salud». *La Gaceta*, 91, 3476-3488. <https://bit.ly/2Vdb8jw>
- . (2006, noviembre 17). Ley n.º 603 «Ley de Derogación al Artículo 165 del Código Penal vigente». *La Gaceta*, 224, 8824. <https://bit.ly/3iMA3m0>
- . (2008, marzo 12). Ley n.º 648 «Ley de Igualdad de Derechos Y Oportunidades y su Reglamento». *La Gaceta*, 51, 1668-1674. <https://bit.ly/2Wrc989>
- . (2014a, enero 30). Ley n.º 779 «Ley integral contra la violencia hacia las mujeres y de reformas a la Ley No. 641, “Código Penal”, con sus reformas incorporadas». *La Gaceta*, 19, 746-761. <https://bit.ly/3l3BJdp>
- . (2014b, febrero 18). Texto de la Constitución Política de la República de Nicaragua con sus Reformas Incorporadas. *La Gaceta*, 32, 1254-1284. <https://bit.ly/36XqLxW>
- . (2014c, junio 24). *Debates de Leyes: «Código de la Familia»*. Debate de Leyes. <https://cutt.ly/4nsaDmf>
- Asociación Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA). (2010). *No olvidamos ni aceptamos: Femicidio en Centroamérica, 2000-2006* (A. Carcedo, Ed.). <https://bit.ly/3l1iVeZ>
- Aßmann, C., & Hermanussen, M. (2013). Modeling determinants of growth: Evidence for a community-based target in height? *Pediatric Research*, 74(1), 88-95. <https://doi.org/10.1038/pr.2013.50>
- Austin, A., Langer, A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2014). Approaches to improve the quality of maternal and newborn health care: An overview of the evidence. *Reproductive Health*, 11 (Supl. 2), S1. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-S2-S1>
- Austveg, B. (2011). Perpetuating power: Some reasons why reproductive health has stalled. *Reproductive Health Matters*, 19 (38), 26-34. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)38583-7](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)38583-7)
- Avorn, J. (2018). The Psychology of Clinical Decision Making—Implications for Medication Use. *New England Journal of Medicine*, 378 (8), 689-691. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1714987>
- Ayres-de-Campos, D., Spong, C. Y., & Chandrachan, E. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.020>
- Balibar, É. (1989). Le racisme: Encore un universalisme. *Mots. Les langages du politique*, 18(1), 7-20. <https://doi.org/10.3406/mots.1989.1445>
- Ballester, R. (2001). La salud de las mujeres: Modelos históricos, saberes y prácticas. *Dossiers feministes*, 5 (*La construcció del cos: una perspective de gènere*), 51-58. <https://bit.ly/3i72qfD>
- Ballesteros Meseguer, C., Martínez, M. E., Meseguer De Pedro, M., Carrillo, C., & Canteras Jordana, M. (2014). *La episiotomía en el marco de la atención al parto normal* (p. 56). Asociación de Matronas de la Región de Murcia. <https://cutt.ly/9nsaBAU>
- Balmori, D., Voss, S. F., & Wortman, M. L. (1990). *Las alianzas de familias y la formación del país en América Latina* (D. Ling, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Banco Mundial. (s. f.). *World Bank Open Data | Data*. Datos de libre acceso del Banco Mundial. Recuperado 7 de enero de 2021, de <https://datos.bancomundial.org/>

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial & Corporación Financiera Internacional. (2017). *Nicaragua. Paving the way to faster growth and inclusion: Systematic Country Diagnostic*. [Systematic Country Diagnostics]. Banco Mundial. <https://doi.org/10.1596/27560>
- Barros, F. C., Victora, C. G., Barros, A. J. D., Santos, I. S., Albernaz, E., Matijasevich, A., Domingues, M. R., Sclowitz, I. K. T., Hallal, P. C., Silveira, M. F., & Vaughan, J. P. (2005). The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: Findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. *The Lancet*, 365(9462), 847-854. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71042-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71042-4)
- Bartra, E. (Comp.). (1998). *Debates en torno a una metodología feminista*. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Bauman, Z. (2005). *Vidas desperdiciadas: La modernidad y sus parias* (P. Hermida Lazcano, Trad.; 1.ª ed.). Paidós.
- Bautista Jiménez, E. R., & López Arellano, O. (2017). Muerte materna en mujeres indígenas de México y racismo de Estado. Dispositivos biopolíticos en salud. *Salud Problema/ Segunda época, año 11(21)*, 28-53. <https://doi.org/10.1029/97GL03261>
- Bayón, C., Roberts, B., & Saraví, G. A. (1998). Ciudadanía social y sector informal en América Latina. *Papeles Latinoamericanos*, 7(13), 73-111. <https://bit.ly/3ymhN9P>
- Belli, L. F. (2013). La violencia obstétrica: Otra forma de violación a los derechos humanos. *Revista Redbioética/UNESCO, Año 4, 1(7)*, 25-34. <http://hdl.handle.net/11336/12868>
- Bellón Sánchez, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, 18, 93-111. <https://bit.ly/3y8VBjc>
- Belmonte, C. (2015). Lección Magistral Andrés Laguna: La exploración del cerebro y la neurobiología española. Aupados a hombros de gigantes. *Educación Médica*, 16(2), 141-148. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2015.09.009>
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Zambrano, J., & Aguilar-Gaxiola, S. (2009). Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 386-395. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01962.x>
- Benoit, S. (2007, junio). *Las herramientas básicas de la epidemiología analítica: Medidas de asociación y significación estadística*. Taller de Investigación Operativa en Tuberculosis, México, D.F. <https://cutt.ly/Snsa8fQ>
- Benton, M., Salter, A., Tape, N., Wilkinson, C., & Turnbull, D. (2019). Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 535. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2687-7>
- Berlinguer, G. (2007). Determinantes sociales de las enfermedades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 1-14. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662007000100003>
- Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-shun, W., Thomas, J., Look, P. V., & Wagner, M. (2007). Rates of caesarean section: Analysis of global, regional and national estimates. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, 98-113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x>
- Betrán, A. P., Temmerman, M., Kingdon, C., Mohiddin, A., Opiyo, N., Torloni, M. R., Zhang, J., Musana, O., Wanyonyi, S. Z., Gülmezoglu, A. M., & Downe, S. (2018). Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *The Lancet*, 392(10155), 1358-1368. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31927-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31927-5)
- Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de*

BIBLIOGRAFÍA

- Metodología de las Ciencias Sociales (Relmecs)*, 9(1), e052.
<https://doi.org/10.24215/18537863e052>
- Biurrun Garrido, A. (2017). *La humanización de la asistencia al parto: Valoración de la satisfacción, autonomía y del autocontrol* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona].
<http://hdl.handle.net/2445/118125>
- Blazkova, B., Pastorkova, A., Solansky, I., Veleminsky Jr., M., Veleminsky, M., Rossnerova, A., Honkova, K., Rossner Jr., P., & Sram, R. J. (2020). The Impact of Cesarean and Vaginal Delivery on Results of Psychological Cognitive Test in 5 Year Old Children. *Medicina*, 56(10), 554. <https://doi.org/10.3390/medicina56100554>
- Blazquez Graz, N., Flores Palacios, F., & Ríos Everardo, M. (Eds.). (2012). *Investigación feminista. Epistemología, metodología y representaciones sociales*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Blázquez Rodríguez, M. I. (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, (42), 1-25. <https://bit.ly/3zINkD2>
- (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: El caso del área 12 de la Comunidad de Madrid* [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/8429>
- Blix, E., Maude, R., Hals, E., Kisa, S., Karlsen, E., Nohr, E. A., de Jonge, A., Lindgren, H., Downe, S., Reinart, L. M., Foureur, M., Pay, A. S. D., & Kaasen, A. (2019). Intermittent auscultation fetal monitoring during labour: A systematic scoping review to identify methods, effects, and accuracy. *PLoS One*, 14(7), e0219573. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219573>
- Blundell, J. (1834). *The Principles and Practice of Obstetrics, as at Present Taught*. E. Cox.
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J. D., Barros, F. C., Juan, L., Moller, A. B., Say, L., Hosseinpoor, A. R., Yi, M., de Lyra Rabello Neto, D., & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *The Lancet*, 392(10155), 1341-1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- Bogin, B., Scheffler, C., & Hermanussen, M. (2017). Global effects of income and income inequality on adult height and sexual dimorphism in height. *American Journal of Human Biology*, 29(2), e22980. <https://doi.org/10.1002/ajhb.22980>
- Bohren, M. A., Hofmeyr, G. J., Sakala, C., Fukuzawa, R. K., & Cuthbert, A. (2017). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD003766. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003766.pub6>
- Bohren, M. A., Vogel, J. P., Hunter, E. C., Lutsiv, O., Makh, S. K., Souza, J. P., Aguiar, C., Coneglian, F. S., Diniz, A. L. A., Tunçalp, Ö., Javadi, D., Oladapo, O. T., Khosla, R., Hindin, M. J., & Gülmezoglu, A. M. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>
- Boladeras Cucurella, M., & Goberna Tricas, J. (Coords.). (2016). Prólogo. En M. Boladeras Cucurella & J. Goberna Tricas (Coords.), *Bioética de la maternidad: Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp.11-19). Edicions de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/111537>
- Boladeras Cucurella, M. (2019). Violencia institucional por incumplimiento de derechos. *Musas*, 4(1), 60-76. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.4>
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2003). *Epidemiología básica*. (2.ª ed.). Organización Panamericana de la Salud (OPS). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3153>

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell, C. (2015). Epidemiología social: La persona, la población y los determinantes sociales de la salud. En Fundación Dr. Antonio Esteve & Asociación Española de Comunicación Científica (Eds.), *Epidemiología para periodistas y comunicadores* (pp. 33-37). Fundación Dr. Antonio Esteve. <https://bit.ly/3eRY21Q>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245-249. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272008000300001>
- Borrell, C., & Malmusi, D. (2010). La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: Evidencias para la salud en todas las políticas. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria* 24 (Supl. 1), 101-108. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.05.005>
- Bourdieu, P. (1997). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción* (T. Kauf, Trad.; Editorial Anagrama).
- (2000). *La Dominación Masculina* (J. Jordá, Trad.). Editorial Anagrama.
- Bowser, D., & Hill, K. (2010). *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth* (p. 57) [Report of a Landscape Analysis]. USAID-TRAction Project, Harvard School of Public Health University Research. <https://bit.ly/3ycJ3HI>
- Boyd, L. C., Johnson, T., Langston, A., Mulready-Ward, C., Peña, J., & Wilcox. (2015). *Pregnancy-associated mortality. New York City, 2006-2010*. New York City Department of Health and Mental Hygiene. <https://on.nyc.gov/3ePdVGh>
- Braidotti, R. (2001). *Sujetos nómades: Corporización y diferencia sexual en la teoría feminista contemporánea* (A. Bixio, Trad.; 1.ª ed.). Paidós. <http://repositorio.filo.uba.ar/handle/filodigital/8268>
- Brenes Narváez, A., & Cruz Rivera, F. (2016). Determinantes de la Informalidad en Nicaragua. *Revista de Economía y Finanzas BCN*, 3, 111-152. <https://bit.ly/3y4JAes>
- Brigidi, S., & Busquets-Gallego, M. (2019). Interseccionalidades de género y violencias obstétricas. *Musas*, 4(2), 37-52. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.3>
- Brosemer, K., Schelly, C., Gagnon, V., Arola, K. L., Pearce, J. M., Bessette, D., & Schmitt Olabisi, L. (2020). The energy crises revealed by COVID: Intersections of Indigeneity, inequity, and health. *Energy Research & Social Science*, 68, 101661. <https://doi.org/10.1016/j.erss.2020.101661>
- Buekens, P. (2001). Sobremedicalización en la atención materna en países en vías de desarrollo. En *Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence collection* (n.º 10; Safe Motherhood Strategies: a Review of the Evidence collection). Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, Comisión Europea, Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Universidad de Amberes & John Snow International (Reino Unido). <https://cutt.ly/Ina4Q5b>
- Bureau for Development Policy. (2011). *A Social Determinants Approach to Maternal Health: Roles for Development Actors* (Discussion Paper, p. 38). PNUD. <https://bit.ly/3kWUq2m>
- Butler, J. (2010). *Marcos de guerra. Las vidas lloradas* (1.ª ed.). Paidós
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P.-A. C., & Rubin, H. R. (1999). Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA*, 282(15), 1458-1465. <https://doi.org/10.1001/jama.282.15.1458>
- Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M., & Albor, C. (2011). ¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud? Una revisión de la literatura internacional. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29, 457-468. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892011000600012>

BIBLIOGRAFÍA

- Cabral Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: A que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902002000100008>
- (2008). Nuevas tendencias de la medicalización. *Ciencia e Saúde Coletiva*, 13 (Supl.), 579-587. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700007>
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: Implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, 25(1), 67-74. <https://doi.org/10.5093/cl2014a6>
- Caramés García, M. T. (2004). Proceso socializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente. En G. Fernández (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas* (1.ª ed., pp. 31-52). Ediciones Abya-Yala.
- Carcedo, A. (2019). Conceptos, Contextos y Escenarios del Femicidio en Centroamérica (2010). En M. Sagot & D. D. Arias (Eds.), *Antología del pensamiento crítico costarricense contemporáneo* (pp. 537-568). CLACSO. <https://doi.org/10.2307/j.ctvtwx1wh.30>
- Carcedo, A., & Sagot, M. (2000). *Femicidio en Costa Rica 1990-1999* (Colección Teórica). Instituto Nacional de las Mujeres (INAMU). <https://bit.ly/3x8UAqb>
- Carrasco, C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana: ¿un asunto de mujeres? *Mientras tanto*, 82, 43-70. <http://www.jstor.org/stable/27820584>
- (2013). El cuidado como eje vertebrador de una nueva economía. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 31(1), 39-56. https://doi.org/10.5209/rev_crla.2013.v31.n1.41627
- Carrasco, C., Borderías, C., & Torns, T. (2011). Introducción. El trabajo de cuidados: Antecedentes históricos y debates actuales. En C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas* (pp. 13-95). Los Libros de la Catarata.
- Casallas, A. L. (2017). A medicina social-saúde coletiva latino-americanas: Uma visão integradora frente à saúde pública tradicional. *Revista Ciências de la Salud*, 15(3), 397-408. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Casaús Arzú, M. E. (1990). La mujer en el contexto centroamericano: El caso de Guatemala. *África América Latina: Cuadernos*, 1, 83-94. <https://bit.ly/2THJOtg>
- (1992). La metamorfosis de las oligarquías centroamericanas. *Revista Mexicana de Sociología*, 54(3), 69-114. <https://doi.org/10.2307/3541009>
- (2014). El mito impensable del mestizaje en América Central. ¿Una falacia o un deseo frustrado de las élites intelectuales? *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 40(0), 77-113. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/anuario/article/view/16631>
- Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance: The fourth wade hampton frost lecture. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a112281>
- Castilhos, W., & Almeida, C. (2020). Discursos sobre el aborto en la epidemia de zika: Análisis de la cobertura de los periódicos O Globo y Folha de S.Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 36 (Supl. 1) e00190518. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00190518>
- Castrillo, B. (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 24, 43-68. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.24.03.a>
- (2020). Notas sobre la gestación de una sociología de la atención médica de embarazos y partos. *Cuestiones de sociología*, 22, e093. <https://doi.org/10.24215/23468904e093>

BIBLIOGRAFÍA

- Castrillo, B., & Hasicic, C. (2020). "Contra una sociología de la salud domesticada"; Entrevista a Roberto Castro Pérez. *Cuestiones de sociología*, 22, e096. <https://doi.org/10.24215/23468904e096>
- Castrillo, M. E. (2013). «Cesáreas: ¿una epidemia justificada o ignorada?» *Un abordaje cuali-cuantitativo* [Tesina]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua - León. <http://hdl.handle.net/123456789/574>
- Castro, A. (2019). Witnessing Obstetric Violence during Fieldwork. *Health and Human Rights*, 21(1), 103-111. <https://bit.ly/3i1JizK>
- Castro, A., & Savage, V. (2019). Obstetric Violence as Reproductive Governance in the Dominican Republic. *Medical Anthropology*, 38(2), 123-136. <https://doi.org/10.1080/01459740.2018.1512984>
- Castro, A., Savage, V., & Kaufman, H. (2015). Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 38(2), 96-109. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10044>
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 4 (7), 7-25. <https://bit.ly/3FTTrfEm>
- Castro, R., & Erviti, J. (2015). *Sociología de la práctica médica autoritaria: Violencia obstétrica, anticoncepción inducida y derechos reproductivos*. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias Universidad Nacional Autónoma de México. http://biblioteca.clacso.edu.ar/Mexico/crim-unam/20170511032438/pdf_1464.pdf
- Castro, R., & Frías, S. M. (2020). Violencia obstétrica en México: Hallazgos de una encuesta nacional de violencia contra mujeres. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed., Vol. 8, pp. 57-76). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Castro, R. P., & Bronfman, M. P. (1993). Teoría Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cadernos Saúde Pública*, 9(3), 375-394. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300024>
- Caton, D. (1996). Who Said Childbirth Is Natural? The Medical Mission of Grantly Dick Read. *Anesthesiology*, 84(4), 955-964. <https://doi.org/10.1097/00000542-199604000-00024>
- Centeno, M. Á. (2009). El Estado en América Latina. *Revista CIDOB d'Afers Internacionals*, 85, 11-31. <https://www.raco.cat/index.php/RevistaCIDOB/article/view/130880>
- Centro Cochrane Iberoamericano (2022, febrero, 17). *Revisiones Cochrane*. <https://es.cochrane.org/es/revisiones-cochrane>
- Cernadas Fonsalías, C., Chávez, G., & Ferrero, L. (2020). "Nuestra pandemia es otra". Violencia de género y distanciamiento social, preventivo y obligatorio ante el COVID 19. Concepciones y prácticas en tensión en el campo de la salud pública. En N. Goren & G. R. Ferrón (Eds.), *Desigualdades en el marco de la pandemia: Reflexiones y desafíos: Vol. I* (pp. 18-21). Universidad Nacional de José C. Paz. <https://www.unpaz.edu.ar/node/3932>
- Chaves, S. da C., Cecatti, J. G., Carroli, G., Lumbiganon, P., Hogue, C. J., Mori, R., Zhang, J., Jayaratne, K., Togoobaatar, G., Pileggi-Castro, C., Bohren, M. A., Vogel, J. P., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Temmerman, M., & Souza, J. P. (2015). Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: Exploring pathways for maternal mortality reduction. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4/5). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9148>

BIBLIOGRAFÍA

- Chenoy, A. M. (2013, abril 5). Gender and Human Rights Violations as structural part of UCMs [Presentación]. *Workshop on the various aspects relating to the impact of the application of unilateral coercive measures on the enjoyment of human rights by the affected populations in the States targeted, Ginebra*. <https://bit.ly/2UHyoYn>
- Chiriboga, D., Garay, J., Buss, P., Madrigal, R. S., & Rispel, L. C. (2020). Health inequity during the COVID-19 pandemic: A cry for ethical global leadership. *The Lancet*, 395(10238), 1690-1691. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31145-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31145-4)
- Chou, D., Tunçalp, Ö., Firoz, T., Barreix, M., Filippi, V., von Dadelszen, P., van den Broek, N., Cecatti, J. G., Say, L., & on behalf of the Maternal Morbidity Working Group. (2016). Constructing maternal morbidity – towards a standard tool to measure and monitor maternal health beyond mortality. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0789-4>
- Chow Mairena, D. (2019). *Factores que influye en el parto domiciliario, comunidad San Francisco y Punta Gorda, Bluefields año 2017* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua]. <https://repositorio.unan.edu.ni/13507/>
- Ciccia, L. (2015). Genes, sinapsis y hormonas; la continuidad de normativas sexistas, racistas y androcéntricas bajo una categorización genética de los cuerpos. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales*, 5, 83-94. <https://bit.ly/3rw74a2>
- Clesse, C., Lighezzolo-Alnot, J., de Lavergne, S., Hamlin, S., & Scheffler, M. (2018a). Statistical trends of episiotomy around the world: Comparative systematic review of changing practices. *Health Care for Women International*, 39(6), 644-662. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1445253>
- (2018b). The evolution of birth medicalisation: A systematic review. *Midwifery*, 66(August), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.003>
- (2019). Socio-historical evolution of the episiotomy practice: A literature review. *Women and Health*, 59(7), 760-774. <https://doi.org/10.1080/03630242.2018.1553814>
- Clesse, C. (2018). *Approche psychodynamique de l'impact de l'épisiotomie: Étude longitudinale chez des femmes primipares* [Tesis doctoral]. Université de Lorraine. <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-02104112>
- Clow, K. A., & Ricciardelli, R. (2011). Ambivalence in stereotypes and attitudes: The implications of possessing positive and negative perceptions. En E. L. Simon (Ed.) *Psychology of Stereotypes* (pp. 243-264). Nova Science Publishers, Inc.
- Cobo, R. (2016). Un ensayo sociológico sobre la prostitución. *Política y Sociedad*, 53(3), 897-914. https://doi.org/10.5209/rev_POSO.2016.v53.n3.48476
- Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde. (2000). *Saúde das Mulheres: Experiência e prática do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde* (C. S. Grilo, M. J. de Oliveira, & R. Rodrigues de Moraes, Eds.). <https://bit.ly/3Bz7roj>
- Colomar, M., Cafferata, M. L., Alemán, A., Castellano, G., García Elorrio, E., Althabe, F., & Engelbrecht, S. (2014). Mode of Childbirth in Low-Risk Pregnancies: Nicaraguan Physicians' Viewpoints. *Maternal and Child Health Journal*, 18(10), 2382-2392. <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1478-z>
- Comelles, J. M. (2004). El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI. En G. Fernández (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas* (1.ª ed., pp. 17-30). Ediciones Abya-Yala.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Una oportunidad para América Latina*

BIBLIOGRAFÍA

- y el Caribe. *Objetivos, metas e indicadores mundiales* (p. 93). CEPAL. <http://hdl.handle.net/11362/40155>
- Comisión Interamericana de Mujeres. (2012). *Segundo Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará: Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI)* (p. 193). Organización de los Estados Americanos (OEA). <https://www.oas.org/es/mesecvi/InformesHemisfericos.asp>
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS). (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud* (p. 247). Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) & Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP). (1998). *Silencio y complicidad: Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú* (p. 112). CLADEM & CRLP. <https://biblioteca.corteidh.or.cr/documento/73961>
- Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) & Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR). (2003). *Con todo al Aire 1. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos* (p. 114). CLADEM. <https://bit.ly/3BJstRZ>
- (2008). *Con Todo al Aire 2. Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*. (p. 203). CLADEM. <https://bit.ly/373CF9r>
- Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)* (E/C.12/2000/4). ONU. <https://www.refworld.org/es/publisher,CESCR,GENERAL,,47ebcc492,0.html>
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). (2020). *Dictamen del Comité en virtud del artículo 4, párrafo 2 c), del Protocolo Facultativo respecto de la comunicación núm. 138/2018*. ONU. <https://n9.cl/s7bv6>
- Committee on Obstetric Practice, ACOG. (2005). ACOG Committee Opinion. Number 326, December 2005. Inappropriate use of the terms fetal distress and birth asphyxia. *Obstetrics and Gynecology*, 106(6), 1469-1470. <https://doi.org/10.1097/00006250-200512000-00056>
- Conferencia Mundial de Derechos Humanos. (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena*. ONU. <https://undocs.org/es/A/CONF.157/23>
- Córdoba Sánchez, C. I. (2016). *La dimensión política del cuidado: Reflexiones para una enfermería contemporánea*. En Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, X Seminario de Enfermería Basada en la Evidencia. "María Teresa Perdomo de Piñeros" *Buenas prácticas en enfermería: Ciencia, ética y liderazgo* (pp. 10-12). Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. <https://cutt.ly/Xna7X3B>
- Cornejo Valle, M., & Blázquez Rodríguez, M. I. (2014). ¿Nuevas perspectivas con respecto al riesgo? La promoción de la salud y el bienestar desde la salud holística. En Universitat Rovira i Virgili (Ed.), *Periferias, fronteras y diálogos: Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español* (pp. 4218-4238). Universitat Rovira i Virgili. <https://bit.ly/2VayrKv>
- Costantine, M. M., & Saade, G. R. (2012). The first cesarean: Role of «fetal distress» diagnosis. *Seminars in Perinatology*, 36(5), 379-383. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.04.023>

BIBLIOGRAFÍA

- Coxon, K., Sandall, J., & Fulop, N. J. (2014). To what extent are women free to choose where to give birth? How discourses of risk, blame and responsibility influence birth place decisions. *Health, Risk & Society*, 16(1), 51-67. <https://doi.org/10.1080/13698575.2013.859231>
- Cross, S., Bell, J. S., & Graham, W. J. (2010). WHO | What you count is what you target: The implications of maternal death classification for tracking progress towards reducing maternal mortality in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 147-153. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.063537>
- Crossette, B. (2005). Reproductive Health and the Millennium Development Goals: The Missing Link. *Studies in Family Planning*, 36(1), 71-79. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2005.00042.x>
- Cruz Roja Canadiense & Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR). (2013). *Maternal, Newborn and Child Health in the Americas: A report of the commitments to women's and children's health* (p. 75). FICR. <https://bit.ly/3p4CmEg>
- Cunliffe, V. T. (2016). The epigenetic impacts of social stress: How does social adversity become biologically embedded? *Epigenomics*, 8(12), 1653-1669. <https://doi.org/10.2217/epi-2016-0075>
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., & Sheffield, J. S. (2014). *Williams Obstetrics* (24.^a ed.). McGraw Hill Professional.
- Curran, E. A., Cryan, J. F., Kenny, L. C., Dinan, T. G., Kearney, P. M., & Khashan, A. S. (2016). Obstetrical Mode of Delivery and Childhood Behavior and Psychological Development in a British Cohort. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(2), 603-614. <https://doi.org/10.1007/s10803-015-2616-1>
- Curran, E. A., Dalman, C., Kearney, P. M., Kenny, L. C., Cryan, J. F., Dinan, T. G., & Khashan, A. S. (2015). Association between obstetric mode of delivery and autism spectrum disorder: A population-based sibling design study. *JAMA Psychiatry*, 72(9), 935-942. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0846>
- Curran, E. A., O'Neill, S. M., Cryan, J. F., Kenny, L. C., Dinan, T. G., Khashan, A. S., & Kearney, P. M. (2015). Research review: Birth by caesarean section and development of autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(5), 500-508. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12351>
- Curtin, M., Savage, E., & Leahy-Warren, P. (2020). Humanisation in pregnancy and childbirth: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1744-1757. <https://doi.org/10.1111/jocn.15152>
- Cyrulnik, B. (2005). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida* (T. Fernández & B. Egibar, Trads.; 5.^a ed.). Editorial Gedisa.
- Dahlen, H. G., Homer, C. S. E., Leap, N., & Tracy, S. K. (2011). From social to surgical: Historical perspectives on perineal care during labour and birth. *Women and Birth*, 24(3), 105-111. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2010.09.002>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe*. (n.º 14; Arbetsrapport, p. 67). Institutet för Framtidsstudier. <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- D'Alton, M. E., & Hehir, M. P. (2015). Cesarean Delivery Rates: Revisiting a 3-Decades-Old Dogma. *JAMA*, 314, 2238-2240. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.15948>

BIBLIOGRAFÍA

- Daly, M., & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British Journal of Sociology*, 51(2), 281-298. <https://doi.org/10.1111/j.1468-4446.2000.00281.x>
- Davis-Floyd, R. (1994). The rituals of American hospital birth. En D. McCurdy (Ed.), *Conformity and conflict: Readings in cultural anthropology* (pp. 323-340). <https://bit.ly/3kN9PCz>
- (2001). The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 75(SUPPL. 1), 5-23. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00510-0](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00510-0)
- Davis-Floyd, R., & Sargent, C. (1996). Introduction. *Medical Anthropology Quarterly*, 10(2), 111-120. <https://www.jstor.org/stable/649323>
- de Torres, D. (2000). *Visiones y visitas de Torres con don Francisco de Quevedo por la Corte* (Edición digital). Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. <https://cutt.ly/2na5c88>
- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). *Listening to MothersSM III: Pregnancy and Birth* (n.º 1; p. 75). Childbirth Connection. <https://bit.ly/3BxPR4H>
- Dekker, R. (2017). Friedman's Curve and Failure to Progress: A Leading Cause of Unplanned Cesareans. En *Evidence Based Birth*. <https://bit.ly/3xWrHP3>
- del Río Lozano, M. (2014). *Desigualdades de género en el cuidado informal y su impacto en la salud* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. <http://hdl.handle.net/10481/34181>
- DeLee, J. B. (1920). The prophylactic forceps operation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1(1), 34-44. [https://doi.org/10.1016/S0002-9378\(20\)90067-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9378(20)90067-4)
- Delgado Rodríguez, J. (2012). *Autonomía relacional: Un nuevo enfoque para la bioética* [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. <https://bit.ly/2TBFb3K>
- Devane, D., Lalor, J. G., Daly, S., McGuire, W., Cuthbert, A., & Smith, V. (2017). Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD005122. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005122.pub5>
- Di Cesare, M. (2009). Interacciones entre transición demográfica y epidemiológica en Nicaragua: Implicancias para las políticas públicas de salud. En *Población y Desarrollo* (n.º 79; Población y Desarrollo, p. 72). CEPAL. <http://hdl.handle.net/11362/12860>
- Dietz, M. G. (2005). Desde La Teoría: Las discusiones actuales de la teoría feminista (C. Olivares Mansuy, Trad.). *Debate Feminista*, 32, 179-224.
- Díez Rodríguez, Á. (2014). *La imagen de la mujer como propaganda de guerra: Víctimas, instigadoras, testigos y oposición*. XI Encuentro de Género y Comunicación, La Habana. <https://www.alainet.org/es/active/74156>
- Diniz, S. G. (2001). *Entre a técnica e os direitos humanos: Possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto* [Tesis doctoral]. Universidade de São Paulo. <https://bit.ly/2V6uDdx>
- (2005). Humanização da assistência ao parto no Brasil: Os muitos sentidos de um movimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 627-637. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232005000300019>
- Diniz, S. G., & Chacham, A. S. (2004). "The Cut Above" and "the Cut Below": The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. *Reproductive Health Matters*, 12(23), 100-110. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(04\)23112-3](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(04)23112-3)
- Dobreé, P., & Quiroga Diaz, N. (Eds.). (2019). *Luchas y alternativas para una economía feminista emancipatoria* (1.ª ed.). Centro de Documentación y Estudios / Articulación Feminista Marcosur. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

BIBLIOGRAFÍA

- Dogba, M., & Fournier, P. (2009). Human resources and the quality of emergency obstetric care in developing countries: A systematic review of the literature. *Human Resources for Health, 7*, 7. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-7-7>
- Domínguez Alcón, C., Kohlen, H., & Tronto, J. (2018). *El futuro del cuidado. Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera*. (1.ª ed.). Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent Colección Digital Profesionalidad. <https://bit.ly/3zliv1p>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care. *JAMA, 260*(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Doom, J. R., & Gunnar, M. R. (2013). Stress physiology and developmental psychopathology: Past, present, and future. *Development and Psychopathology, 25*(4 Pt 2), 1359-1373. <https://doi.org/10.1017/S0954579413000667>
- Douglas, M. (1996). *Natural Symbols* (2.ª ed.). Routledge. <https://cutt.ly/qmphKnn>
- Downe, S. (2014). O que é o parto normal e qual é a sua importância? En M. J. Schouten & J. White (Eds.), *O Parto Normal: Experiências de Portugal e além-fronteiras: Atas dum seminário, Lisboa, 28 de Fevereiro de 2013* (pp. 103-119). Centro de Investigação em Ciências Sociais (Universidade do Minho). <https://bit.ly/373Mzbj>
- (2018). *Co-creating maternity care Past, present, future BOTH/AND not EITHER/OR*. All Ireland Midwifery Conference, Dublin. <https://bit.ly/3iDubeU>
- Downe, S., Finlayson, K., Oladapo, O. T., Bonet, M., & Gülmezoglu, A. M. (2018). What matters to women during childbirth: A systematic qualitative review. *PLoS ONE, 13*(4), e0194906. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194906>
- Downe, S., Finlayson, K., Tunçalp, Ö., & Gülmezoglu, A. M. (2016). What matters to women: A systematic scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 123*(4), 529-539. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13819>
- Downe, S., Gyte, G. M. L., Dahlen, H. G., & Singata, M. (2013). Routine vaginal examinations for assessing progress of labour to improve outcomes for women and babies at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 7*, n.º CD010088. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010088.pub2>
- Dueñas García, O. F., & Beltrán Montoya, J. J. (2015). *Manual de obstetricia y procedimientos medicoquirúrgicos* (1.ª ed.). McGraw-Hill Interamericana. <https://cutt.ly/wmphEP3>
- Durán, M. Á. (2018). Alternativas metodológicas en la investigación sobre el cuidado. En M. Ferreira (Coord.), *El trabajo de cuidados: Una cuestión de derechos humanos y políticas públicas* (pp. 43-52). ONU Mujeres. <https://cutt.ly/vna6rZW>
- Ehrenreich, B., & English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras: Una historia de sanadoras*. Editorial La Sal. <https://bit.ly/3AHA4zd>
- Ehrenreich, N. (1993). The colonization of the womb. *Duke law journal, 43*(3), 492-587. <https://doi.org/10.2307/1372827>
- Elster, J. (2005). En favor de los mecanismos (N. Loza Otero, Trad.). *Sociológica (México), 20*(57), 239-273. <https://bit.ly/3qXpMJb>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Espinosa, I. (2012). Capítulo 3. ¿Cuánto tiempo se destina en Nicaragua a los cuidados y quiénes lo hacen? En J. Martínez Franzoni & K. Voorend (Eds.), *Veinticinco años de cuidados en Nicaragua 1980-2005: Poco estado, poco mercado, mucho trabajo no remunerado* (1.ª ed., pp. 37-68). Guayacán. <https://cutt.ly/7na6ys9>

BIBLIOGRAFÍA

- Esteban, M. L. (2003). El trabajo feminista en el ámbito de la salud. *Mujeres y salud*, 11-12, 10-12. http://matriz.net/mys-1112/articulos/art_1112_01.html
- (2004). Cuidado y salud: Costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. En EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer (Ed.), *Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado"* (pp. 63-84). Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. <https://cutt.ly/zna6ixM>
- (2006). El estudio de la salud y el género: Las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud Colectiva*, 2(1), 9-20. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.52>
- (2007). Antropología, sistema médico-científico y desigualdades de género en salud. En M. L. Esteban, J. L. Uria, M. López, E. Sánchez, A. Mendoza, J. C. Rumero, I. Markez, & J. L. Albizu (Eds.), *Introducción a la Antropología de la Salud. Aplicaciones teóricas y prácticas* (1.ª ed., pp. 69-88). OSALDE: Asociación por el derecho a la salud.
- (2017). Los cuidados, un concepto central en la teoría feminista: Aportaciones, riesgos y diálogos con la antropología. *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 22(2), 33—48. <https://raco.cat/index.php/QuadernselCA/article/view/333111>
- Farquhar, C. (2018). Evidence-based medicine—The promise, the reality. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 58(1), 17-21. <https://doi.org/10.1111/ajo.12768>
- Fassler, C. (Coord.) (2012). *Mesa de diálogo: Políticas de salud y cuidados. Una mirada desde el género*. Udelar. FCS: Red Género y Familia: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA): Trilce. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9467>
- Faur, E., Mercer, R., & Ramos, S. (Eds.). (2003). *Mortalidad materna: Un problema de salud pública y derechos humanos*. UNICEF. <https://uni.cf/36YP3HO>
- Fauveau, V., & de Bernis, L. (2006). "Good obstetrics" revisited: Too many evidence-based practices and devices are not used. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 94(2), 179-184. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.05.020>
- Federici, S. (2010). *Calibán y la bruja*. (V. Hendel & L. Sebastián, Trans.). Traficantes de Sueños. <https://cutt.ly/MnsqNOW>
- (2019). Comunes y comunidad ante las desposesiones del neoliberalismo. En P. Dobreé & N. Quiroga Diaz (Eds.), *Luchas y alternativas para una economía feminista emancipatoria* (1.ª ed., pp. 49-62). Centro de Documentación y Estudios / Articulación Feminista Marcosur. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Feito, L. (2005). La Ética del Cuidado como modelo de la ética enfermera. *Metas de enfermería*, 8(8), 14-18. <https://bit.ly/3i6jLoM>
- (2016). Atención humanizada a la salud reproductiva de las mujeres. En M. Boladeras Cucurella & J. Goberna Tricas (Coords.), *Bioética de la maternidad: Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp. 71-82). Edicions de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/111537>
- (2017). Vulnerabilidad. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30 (Supl. 3), 7-22. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0199>
- Fernández, I. (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata. Revista de Filosofía*, 33, 191-198. <https://bit.ly/3x8eLV5>
- Fernández del Castillo, I. (2003). La asistencia al parto: Tecnología versus naturaleza. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*, 71, 59-66. <https://bit.ly/3BHjAs1>
- (2014). *La nueva revolución del nacimiento* (1.ª ed.). Ob Stare.
- Fernández Guillén, F. (2015). ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata*, 18, 113-128. <https://bit.ly/2Wtlc8A>

BIBLIOGRAFÍA

- Filippi, V., Chou, D., Barreix, M., & Say, L. (2018). A new conceptual framework for maternal morbidity. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 141(S1), 4-9. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12463>
- Flores Ángeles, R. L., & Tena Guerrero, O. (2014). Maternalismo y discursos feministas latinoamericanos sobre el trabajo de cuidados: Un tejido en tensión. *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, 18(50), 27-42. <https://doi.org/10.17141/iconos.50.2014.1426>
- Fogle, B. M., Tsai, J., Mota, N., Harpaz-Rotem, I., Krystal, J. H., Southwick, S. M., & Pietrzak, R. H. (2020). The National Health and Resilience in Veterans Study: A Narrative Review and Future Directions. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.538218>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2019). *Programa de Cooperación Nicaragua 2019-2023*. UNICEF. <https://uni.cf/3i00oh4>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2018). *Evaluación del Programa de país de Nicaragua 2013-2017 Informe Final* (p. 83) [Informe de Evaluación]. UNFPA. <https://n9.cl/m9kam>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), International Confederation of Midwives (ICM) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *El estado de las parteras en el mundo 2014: Hacia el acceso universal de la salud, un derecho de la mujer* (p. 218). UNFPA. <https://bit.ly/2TwfWzP>
- Fortney, J. A., & Smith, J. B. (1999). Medición de la morbilidad materna. En M. Berer & S. Ravindran (Eds.), *Safe Motherhood Initiative: Critical Issues. Reproductive Health Matters*. Blackwell Science.
- Fortuna, L. R., Tolou-Shams, M., Robles-Ramamurthy, B., & Porche, M. V. (2020). Inequity and the disproportionate impact of COVID-19 on communities of color in the United States: The need for a trauma-informed social justice response. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(5), 443-445. <https://doi.org/10.1037/tra0000889>
- Foucault, M. (1991). *Saber y Verdad*. (J. Vareta & F. Alvarez-Uría, Eds., Trads.). Las Ediciones de La Piqueta.
- (1996). *La vida de los hombres infames* (J. Varela & F. Alvarez-Uría, Eds., Trads.). Editorial Altamira. <https://n9.cl/yyrj7>
- (1998). *Historia de la Sexualidad I: La Voluntad de Saber* (U. Guiñazú, Trad.; 25.ª ed.). Siglo XXI de España Editores.
- (2002). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión* (A. Garzón del Camino, Trad.; 1.ª ed.). Siglo XXI Editores Argentina.
- Freyermuth Enciso, G. (2016). Determinantes sociales en la mortalidad materna en México. *Revista CONAMED*, 21(1), 25-32. <https://bit.ly/3rwMjLj>
- Friedman, E. A. (1954). The graphic analysis of labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 68(6), 1568-1575. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(54\)90311-7](https://doi.org/10.1016/0002-9378(54)90311-7)
- Gaitán Mercado, T., Chávez Madrigal, D., Paz Rivera, A., & Vallejos, Y. (s. f.). *Sílabus Diplomado en Salud Comunitaria Enfermería, V MÓDULO: «Estrategias de Maternidad Segura Y AIEPI COMUNITARIO»*. <https://bit.ly/3rHZXLJ>
- Galeano, E. (2004). *Las venas abiertas de América Latina* (76.ª ed.). Siglo XXI Editores Argentina.
- Galland, L. (2014). The Gut Microbiome and the Brain. *Journal of Medicinal Food*, 17(12), 1261-1272. <https://doi.org/10.1089/jmf.2014.7000>
- Galtung, J. (1998). *After Violence: 3R, Reconstruction, Reconciliation, Resolution: Coping with Visible and Invisible Effects of War and Violence* Transcend. <https://cutt.ly/Onstz2N>

BIBLIOGRAFÍA

- García Arregui, A. (2019). *Psicoprofilaxis y Educación Maternal. Historia de la preparación al parto en España* [Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. <http://hdl.handle.net/10803/667136>
- García-Calvente, M. del M., del Río Lozano, M., & Marcos Marcos, J. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25(SUPPL. 2), 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.006>
- García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I., & Eguiguren, A. P. (2004). El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl.1), 132-139. <https://doi.org/10.1157/13062262>
- García-Elorrio, E., Alemán, A., Cafferata, M. L., Colomar, M., Tomasso, G., Lacayo, Y., Espinoza, H., Villadiego, S., Engelbrecht, S., & Althabe, F. (2014). A multifaceted intervention to increase prophylactic oxytocin use during the third stage of labor and to reduce routine episiotomies in Nicaragua. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127(1), 31-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.04.019>
- García Sainz, C. (2008). Entre ciencia y vida cotidiana. El cuidado de las personas como objeto de conocimiento. En C. Torres (Ed.), *Sociología y realidad social. Libro homenaje a Miguel Beltrán Villalva* (pp. 725-742). Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Gebhardt, G. S., Fawcus, S., Moodley, J., Farina, Z., & National Committee for Confidential Enquiries into Maternal Deaths in South Africa. (2015). Maternal death and caesarean section in South Africa: Results from the 2011-2013 Saving Mothers Report of the National Committee for Confidential Enquiries into Maternal Deaths. *South African Medical Journal*, 105(4), 287-291. <https://doi.org/10.7196/samj.9351>
- Gianaros, P. J., & Manuck, S. B. (2010). Neurobiological Pathways Linking Socioeconomic Position and Health. *Psychosomatic medicine*, 72(5), 450-461. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e1a23c>
- Giard, R. (2019). Electronic Fetal Monitoring (EFM): An Unsuitable Diagnostic Tool Based on Wrong Assumptions. *JAMA*, 322(7), 611-612. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.8918>
- Gibbons, L., Belizán, J. M., Lauer, J. A., Betrán, A. P., Merialdi, M., & Althabe, F. (2010). *The Global Numbers & Cost of Additional Needed and Unnecessary Caesarean Sections Performed per Year, Oversee as a Barter to Universal Coverage* (Background Paper, n.º 30; p. 31). OMS. <https://bit.ly/3yf1FqB>
- Global Burden of Disease (GBD) 2015 Maternal Mortality Collaborators. (2016). Global, regional, and national levels of maternal mortality, 1990–2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1775-1812. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31470-2)
- Goberna Tricas, J. (2012). Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. *ENE Revista de enfermería*, 6(1), 71-78. <https://bit.ly/3BJFJGf>
- (2016). El nacimiento de la burguesía y la pérdida de poder de las matronas. En M. Boladeras Cucurella & J. Goberna Tricas (Coords.), *Bioética de la maternidad: Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp. 41-55). Edicions de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/111537>
- (2019). Violencia obstétrica: Aproximación al concepto y Debate en relación a la terminología empleada. *Musas*, 4(2), 26-36. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num2.2>
- Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN). (2008). *Plan Nacional de Desarrollo Humano 2008-2012*. GRUN. <https://cutt.ly/fnst5tc>

BIBLIOGRAFÍA

- (2014, julio 31). Decreto n.º 42-2014 «Reglamento a la Ley 779, Ley integral contra la violencia hacia las mujeres y de reformas a la Ley No. 641, “Código Penal”, con sus reformas incorporadas». *La Gaceta*, 143, 6263-6269. <https://bit.ly/3x0UPn0>
- Goer, H. (1995). *Obstetric Myths Versus Research Realities: A Guide to the Medical Literature*. Greenwood Publishing Group.
- Goer, H., & Jukelevics, N. (2010). *The Risks of the Cesarean Section* (p. 8). Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). <https://cutt.ly/unsyif8>
- Gómez, J. J. (2009, abril 29). *Bases de una Política Pública de Salud orientada hacia SALUD PARA TODOS*. PAHO-USAID – 4.º Curso Internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud en América Latina - Nicaragua 2009, OPS/OMS, Managua. <https://cutt.ly/Mnsypgh>
- González Vélez, A. C., & Diniz, S. G. (2016). Inequality, Zika epidemics, and the lack of reproductive rights in Latin America. *Reproductive Health Matters*, 24(48), 57-61. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.11.008>
- Gopalan, C. (1989). Women and nutrition in India: Some practical considerations. *Bulletin of the Nutrition Foundation of India*, 10(4), 1-8. <https://bit.ly/3BQfEoE>
- Goren, N., Jerez, C., & Figueroa, Y. (2020). ¿Los cuidados en agenda? Reflexiones y proyecciones feministas en época de COVID-19. En N. Goren & G. R. Ferrón (Eds.), *Desigualdades en el marco de la pandemia: Reflexiones y desafíos: Vol. I* (pp. 7-11). Universidad Nacional de José C. Paz. <https://www.unpaz.edu.ar/node/3932>
- Graham, E. M., Pfetersen, S. M., Christo, D. K., & Fox, H. E. (2006). Intrapartum electronic fetal heart rate monitoring and the prevention of perinatal brain injury. *Obstetrics and Gynecology*, 108 [3 (parte 1)], 656-666. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000230533.62760.ef>
- Graham, W. J., Foster, L. B., Davidson, L., Hauke, E., & Campbell, O. M. R. (2008). Measuring progress in reducing maternal mortality. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 22(3), 425-445. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2007.12.001>
- Graham, W., Woodd, S., Byass, P., Filippi, V., Gon, G., Virgo, S., Chou, D., Hounton, S., Lozano, R., Pattinson, R., & Singh, S. (2016). Diversity and divergence: The dynamic burden of poor maternal health. *The Lancet*, 388(10056), 2164-2175. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31533-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31533-1)
- Grandi, C. (1995). La medicina basada en la evidencia: El Grupo Colaborativo Cochrane del Embarazo y Nacimiento. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá*, XIV (3), 106-108. <https://bit.ly/2THZIUu>
- Gressick, K., Gelpi, A., & Chanroo, T. (2019). Zika and abortion in Brazilian newspapers: How a new outbreak revived an old debate on reproductive rights. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 20-23. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1586818>
- Grover, A. (2011). *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nota del Secretario General*. (A/66/254; p. 20). ONU. <https://digitallibrary.un.org/record/710175>
- Saavedra Guajardo, E. (2020). Embarazo adolescente y resiliencia: Reflexiones a través de una revisión. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 9(1), 49-60. <https://doi.org/10.32544/psicologia.v9i1.739>
- Guerra Palmero, M. J. (2008). Culturas y género: Prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*, 38, 61-76. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2008.i38.403>
- Gurman, T., Ballard Sara, A., Villanueva Lorenzo, F., Luis, D., Hunter, G., Maloney, S., Fujita-Conrads, R., & Leontsini, E. (2020). The role of gender in Zika prevention behaviors in

BIBLIOGRAFÍA

- the Dominican Republic: Findings and programmatic implications from a qualitative study. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 14(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0007994>
- Guyatt, G., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., Irvine, J., Levine, M., Levine, M., Nishikawa, J., Sackett, D., Brill-Edwards, P., Gerstein, H., Gibson, J., Jaeschke, R., Kerigan, A., Neville, A., Panju, A., Detsky, A., ... Tugwell, P. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA*, 268(17), 2420-2425. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490170092032>
- Guzmán Miranda, O., Caballero Rodríguez, T., & Vázquez Huitrón, B. A. (2009). En torno a la definición de la autogestión comunitaria. *Santiago. Revista de la Universidad de Oriente* (119), 22-35. <https://bit.ly/2VgbxkW>
- Hardee, K., Gay, J., & Blanc, A. K. (2012). Maternal morbidity: Neglected dimension of safe motherhood in the developing world. *Global Public Health*, 7(6), 603-617. <https://doi.org/10.1080/17441692.2012.668919>
- Harrison, M. S., Pasha, O., Saleem, S., Ali, S., Chomba, E., Carlo, W. A., Garces, A. L., Krebs, N. F., Hambidge, K. M., Goudar, S. S., Kodkany, B., Dhaded, S., Derman, R. J., Patel, A., Hibberd, P. L., Esamai, F., Liechty, E. A., Moore, J. L., Wallace, D., ... Goldenberg, R. L. (2017). A prospective study of maternal, fetal and neonatal outcomes in the setting of cesarean section in low- and middle-income countries. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 96(4), 410-420. <https://doi.org/10.1111/aogs.13098>
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J., & Lohr, K. N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: A systematic review. *JAMA*, 293(17), 2141-2148. <https://doi.org/10.1001/jama.293.17.2141>
- He, S., Jiang, H., Qian, X., & Garner, P. (2020). Women's experience of episiotomy: A qualitative study from China. *BMJ Open*, 10(7), e033354. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
- Hermanussen, M., & Scheffler, C. (2016). Stature signals status: The association of stature, status and perceived dominance - a thought experiment. *Anthropol Anz*, 73(4), 265-274. <https://doi.org/10.1127/anthranz/2016/0698>
- Hernández Garre, J. M., De Maya Sánchez, B., & Echevarría Pérez, P. (2020). Etno-obstetricias hospitalarias mixtas: Redes clínicas de transición hacia la humanización asistencial. *Cultura de los Cuidados*, 24(58), 178-195. <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.58.16>
- Hernández Garre, J. M., & Echevarría Pérez, P. (2014). La parte negada del parto institucionalizado: Explorando sus bases antropológicas. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, LXIX (2), 327-348. <https://doi.org/10.3989/rntp.2014.02.004>
- (2016). Sociología del parto. Conflictos asistenciales en el marco del «paradigma tecnocrático». *Revista Internacional de Sociología*, 74(1), 1-13. <https://doi.org/10.3989/ris.2016.74.1.025>
- Herrera Vacaflo, C. (2020). Género, responsabilidad penal y castigo: ¿cómo el derecho penal comprende a la violencia en la salud materna? En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed., Vol. 8, pp. 31-56). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Hodges, S. (2009). Abuse in Hospital-Based Birth Settings? *Journal of Perinatal Education*, 18(4), 8-11. <https://doi.org/10.1624/105812409x474663>
- Holgado, I. (2014). Entrevista a Verena Stolcke. *Revista de Estudios Sociales*, 49, 210-215. <https://doi.org/10.7440/res49.2014.16>

BIBLIOGRAFÍA

- Hooker, J. (2010). The Mosquito Coast and the Place of Blackness and Indigeneity in Nicaragua. En Lowell Gudmundson & Justin Wolfe (Eds.), *Blacks & Blackness in Central America: Between Race and Place* (pp. 246-277). Duke University Press.
- Hoyert, D. L., & Miniño, A. M. (2020). Maternal Mortality in the United States: Changes in Coding, Publication, and Data Release, 2018. En *National Vital Statistics Reports* (n.º 2; Vol. 69, p. 18). National Center for Health Statistics. <https://bit.ly/2UHOHD1>
- Hulme, D. (2010). Reproductive Health and the Millennium Development Goals: Politics, Ethics, Evidence and an 'Unholy Alliance'. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1545907>
- Hulton, L. A., Matthews, Z., & William Stones, R. (2000). *A framework for the evaluation of quality of care in maternity services*. University of Southampton. <http://eprints.soton.ac.uk/id/eprint/40965>
- (2007). Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social Science & Medicine*, 64(10), 2083-2095. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.01.019>
- Identidades Audiovisuales. (2019, septiembre 23). *CLASE MAGISTRAL EDUARDO MENÉNDEZ UCT 2019* [Video]. Youtube. <https://bit.ly/3laKC4W>
- Iglesias, S., Conde, M., González, S., & Parada, M. E. (2019). ¿Violencia obstétrica en España, realidad o mito? 17.000 mujeres opinan. *Musas*, 4(1), 77-97. <https://doi.org/10.1344/musas2019.vol4.num1.5>
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica: La Expropiación de la Salud* (Barral Editores, Ed.).
- Inch, S. (1982). *Birthrights: Parents' Guide to Modern Childbirth*. Hutchinson.
- Iniciativa Salud Mesoamérica. (2011). *Informe Costeo de Atención Materno Infantil: Nicaragua* (NI-G1001; Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, p. 39). Banco Interamericano de Desarrollo. <https://bit.ly/3ztX3Nm>
- Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE). (s. f.). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2011/12 (ENDESA 2011/12) - Base de Datos*. <https://www.inide.gob.ni/Home/dataBasesENDESA>
- (2007). *Estimaciones y Proyecciones de Población Nacional, Departamental y Municipal. Revisión 2007* (p. 123). INIDE. <https://bit.ly/3zrnJhG>
- Instituto Nacional de Información y Desarrollo (INIDE) & Ministerio de Salud (MINSAL). (2014). *Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud ENDESA 2011/12: INFORME FINAL* (p. 768). INIDE. <https://bit.ly/3ru2sRE>
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). (2009). *Anuario Estadístico 2008* (p. 251) [Anuario estadístico]. INSS.
- (2019). *Anuario Estadístico 2018* (p. 384) [Anuario estadístico]. INSS. https://inss-princ.inss.gob.ni/images/anuario_estadistico_2018.pdf
- Iriart, C., Waitzkin, H., Breilh, J., Estrada, A., & Merhy, E. E. (2002). Medicina social latinoamericana: Aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(2), 128-136. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000800013>
- Irwin, S., & Jordan, B. (1987). Knowledge, Practice, and Power: Court-Ordered Cesarean Sections. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(3), 319-334. <https://doi.org/10.1525/maq.1987.1.3.02a00060>
- Izquierdo, M. J. (2004). Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado. En EMAKUNDE/Instituto Vasco de la Mujer (Ed.), *Congreso Internacional Sare 2003: "Cuidar cuesta: Costes y beneficios del cuidado"* (pp. 119-154). Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer. <https://bit.ly/3hW8fMJ>

BIBLIOGRAFÍA

- Jardim, D. M. B., & Modena, C. M. (2018). La violencia obstétrica en el cotidiano asistencial y sus características. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0), e3069. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069>
- Jerez, C. (2014). Clase y género en las propuestas de la “Humanización” del parto: Un análisis desde la Antropología feminista. *Zona Franca. Revista del Centro de Estudios Interdisciplinario sobre Mujeres, Año XXII* (23), 83-92. <http://hdl.handle.net/2133/6470>
- Jesús Reyes, D. D., & González Almontes, E. (2014). Elementos teóricos para el análisis del embarazo adolescente. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 17, 98-123. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2014.17.07.a>
- Jewkes, R., & Penn-Kekana, L. (2015). Mistreatment of Women in Childbirth: Time for Action on This Important Dimension of Violence against Women. *PLOS Medicine*, 12(6), e1001849. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001849>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Jiménez Rodrigo, M. L. (2014). Las políticas de salud vistas desde el género: Una aproximación a partir del examen de los planes de control del tabaquismo. *Investigaciones Feministas*, 5(0), 289-316. https://doi.org/10.5209/rev_infe.2014.v5.48136
- Jiménez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. del M., & Pina Roche, F. (2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 11(4), 396-410. <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.155751>
- Jonas, K., & Ziegler, R. (2007). Attitudinal ambivalence. En M. Hewstone, H. Schut, J. de Wit, K. V. D. Bos, & M. Stroebe (Eds.), *The Scope of Social Psychology: Theory and Applications (A Festschrift for Wolfgang Stroebe)* (pp. 29-42). Psychology Press.
- Juan, M. (1991). Crear el nacimiento: La medicación de los conflictos en la reproducción. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 53, 29-51. <https://bit.ly/3rBgsZS>
- Kajdy, A., Feduniw, S., Ajdacka, U., Modzelewski, J., Baranowska, B., Sys, D., Pokropek, A., Pawlicka, P., Kaźmierczak, M., Rabijewski, M., Jasiak, H., Lewandowska, R., Borowski, D., Kwiatkowski, S., & Poon, L. (2020). Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine*, 99, e21279. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000021279>
- Karolinski, A., Mercer, R., Micone, P., Ocampo, C., Salgado, P., Szulik, D., Swarcz, L., & Corte, V. R. (2015). Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(4-5), 351-359. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/351-359/>
- Keag, O. E., Norman, J. E., & Stock, S. J. (2018). Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 15(1), e1002494. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002494>
- Ki-moon, B. (2010). *Estrategia mundial de salud de las mujeres y los niños* (OMS, Ed.). OMS. <https://cutt.ly/bnsiQIO>
- Kirkengen, A. L., Ekeland, T.-J., Getz, L., Hetlevik, I., Schei, E., Ulvestad, E., & Vetlesen, A. J. (2016). Medicine’s perception of reality – a split picture: Critical reflections on apparent anomalies within the biomedical theory of science. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(4), 496-501. <https://doi.org/10.1111/jep.12369>

BIBLIOGRAFÍA

- Kitzinger, S. (2003). Sheila Kitzinger's Letter from Europe: The Politics of Birth. *Birth*, 30(3), 203-205. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536X.2003.00246.x>
- Klein, M. C., & Kaczorowski, J. (2020). Routine use of episiotomy with forceps should not be encouraged. *CMAJ*, 192(8), E190. <https://doi.org/10.1503/cmaj.74132>
- Kolodin, S., Rodríguez, G., & Alegría-Flores, K. (2015). *Asuntos de familia: Estudio cualitativo sobre las redes sociales durante el embarazo y parto en Mesoamérica: Chiapas (México), Guatemala, Panamá, Honduras y Nicaragua* (IDB-MG-240; Iniciativa Salud Mesoamérica 2015, p. 240). Banco Interamericano de Desarrollo. <https://bit.ly/3zwsbMi>
- Kramer, H., & Sprenger, J. (1975). *Malleus Maleficarum* (El martillo de los brujos) (F. Maza, Trad.). Ediciones Orión. <https://www.aapdp.com.ar/material/malleus-maleficarum/>
- Krieger, N. (2001). Teorías para la epidemiología social en el siglo XXI: una perspectiva ecosocial (R. González, Trad.). *International Journal of Epidemiology*, 30, 668-677. <https://bit.ly/3kZEsvC>
- (2002). Glosario de Epidemiología Social. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(5/6), 480-490. <https://cutt.ly/Insi9xX>
- (2008). Proximal, distal, and the politics of causation: What's level got to do with it? *American Journal of Public Health*, 98(2), 221-230. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.111278>
- (2012). Methods for the Scientific Study of Discrimination and Health: An Ecosocial Approach. *American Journal of Public Health*, 102(5), 936-944. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300544>
- Kukura, E. (2018). Obstetric violence. *Georgetown Law Journal*, 106(3), 721-801. <https://bit.ly/3Bwojg5>
- Kuruville, S., Schweitzer, J., Bishai, D., Chowdhury, S., Caramani, D., Frost, L., Cortez, R., Daelmans, B., Francisco, A. de, Adam, T., Cohen, R., Alfonso, Y. N., Franz-Vasdeki, J., Saadat, S., Pratt, B. A., Eugster, B., Bandalí, S., Venkatachalam, P., Hinton, R., ... Bustreo, F. (2014). Success factors for reducing maternal and child mortality. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 533-544. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.138131>
- La Barbera, M. (2010). Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 65(2), 465-488. <https://doi.org/10.3989/rdtp.2010.16>
- La Parra, D., & Tortosa, J. M. (2003). Violencia estructural: Una ilustración del concepto. *Documentación social*, 131(131), 57-72. <http://hdl.handle.net/10045/23375>
- La Voz del Sandinismo. (2018, febrero 2). Rechazan médicos propuesta de reforma a la Ley del Nacimiento Humanizado. En *La Voz del Sandinismo*. <https://cutt.ly/mnsoeQQ>
- Lagarde y de los Ríos, M. (2012). *El feminismo en mi vida: Hitos, claves y topias* (1.ª ed.). Gobierno del Distrito Federal, Instituto de las Mujeres del Distrito Federal. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Laine, C., Taichman, D. B., & LaCombe, M. A. (2015). On Being a Doctor: Shining a Light on the Dark Side. *Annals of Internal Medicine*, 163(4), 320. <https://doi.org/10.7326/M15-1144>
- Lalonde, A., Herschderfer, K., Pascali-Bonaro, D., Hanson, C., Fuchtnner, C., & Visser, G. H. A. (2019). The International Childbirth Initiative: 12 steps to safe and respectful MotherBaby-Family maternity care. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 146(1), 65-73. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12844>
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians | National Collaborating Centre for Determinants of Health*. Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare. <https://bit.ly/3eR3mTj>

BIBLIOGRAFÍA

- Lalor, J., Ayers, S., Calleja Agius, J., Downe, S., Gouni, O., Hartmann, K., Nieuwenhuijze, M., Oosterman, M., Turner, J., Karlsdottir, S. I., & Horsch, A. (2021, marzo 28). Balancing restrictions and access to maternity care for women and birthing partners during the COVID-19 pandemic: A commentary. *Authorea*. <https://doi.org/10.22541/au.161689510.05966705/v1>
- Lazar, M. M. (2007). Feminist Critical Discourse Analysis: Articulating a Feminist Discourse Praxis. *Critical Discourse Studies*, 4(2), 141-164. <https://doi.org/10.1080/17405900701464816>
- Leal, M. do C., Gama, S., Pereira, A. P., Pacheco, V., Carmo, C., & Santos, R. (2017). The color of pain: Racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cadernos de saúde pública*, 33, (Supl. 1), e00078816. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
- Leboyer, F. (1978). Birth Without Violence. *India International Centre Quarterly*, 5(3), 155-162. <https://www.jstor.org/stable/23001286>
- Lee, S., & Kim, J. (2020). A country report: Impact of COVID-19 and inequity of health on South Korea's disabled community during a pandemic. *Disability & Society*, 35 (9), 1514-1519. <https://doi.org/10.1080/09687599.2020.1809352>
- Lemus, J. E. (2013). Recensión. El legado náhuat-pipil de María de Barata. *Revista científica*, 14, 263-266. <http://hdl.handle.net/11715/359>
- Lindquist, S. A. I., Shah, N., Overgaard, C., Torp-Pedersen, C., Glavind, K., Larsen, T., Plough, A., Galvin, G., & Knudsen, A. (2017). Association of Previous Cesarean Delivery with Surgical Complications after a Hysterectomy Later in Life. *JAMA Surgery*, 152(12), 1148-1155. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.2825>
- Lipina, S. J., & Segretin, M. S. (2015). 6000 días más: Evidencia neurocientífica acerca del impacto de la pobreza infantil. *Psicología Educativa*, 21(2), 107-116. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2015.08.003>
- Lipsitz, G. (2007). The Racialization of Space and the Spatialization of Race: Theorizing the Hidden Architecture of Landscape. *Landscape Journal*, 26(1), 10-23. <https://www.jstor.org/stable/43323751>
- López, C. (2016). «Hacer vivir, dejar morir» en la era de la gubernamentalidad. Acerca de la actualidad y de los alcances del enfoque foucaultiano de la biopolítica. *Revista de Filosofía*, 72, 123-137. <https://bit.ly/3rx8Jfu>
- López Gómez, A., & Castro, R. (Eds.). (2010). *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República, Facultad de Psicología: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. <https://www.crim.unam.mx/web/node/409>
- López-Jaramillo, P., Sánchez, R. A., Díaz, M., Cobos, L., Bryce, A., Parra-Carrillo, J. Z., Lizcano, F., Lanas, F., Sinay, I., Sierra, I. D., Peñaherrera, E., Benderky, M., Schmid, H., Botero, R., Urina, M., Lara, J., Foos, M. C., Márquez, G., Harrap, S. et al. (2014). Consenso latinoamericano de hipertensión en pacientes con diabetes tipo 2 y síndrome metabólico. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 26(2), 85-103. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2013.11.008>
- Lopez-Ruiz, M., Benavides, F. G., Vives, A., & Artazcoz, L. (2017). Informal employment, unpaid care work, and health status in Spanish-speaking Central American countries: A gender-based approach. *International Journal of Public Health*, 62(2), 209-218. <https://doi.org/10.1007/s00038-016-0871-3>
- Lorde, A. (2016, diciembre 3). Las herramientas del amo nunca desmontarán la casa del amo – Audre Lorde. *Sentipensares Fem*. <https://bit.ly/2WiTo6E>

BIBLIOGRAFÍA

- Lowe, N. K. (2007). A Review of Factors Associated with Dystocia and Cesarean Section in Nulliparous Women. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52(3), 216-228. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2007.03.003>
- Löwy, I. (2019). *Zika no Brasil: História recente de uma epidemia*. Editora FIOCRUZ. <https://portal.fiocruz.br/livro/zika-no-brasil-historia-recente-de-uma-epidemia>
- Lozoff, B., Jordan, B., & Malone, S. (1988). Childbirth in Cross-Cultural Perspective. *Marriage and Family Review*, 12(3/4), 35-60. https://doi.org/10.1300/J002v12n03_04
- Llobera Cifre, R., Ferrer Pérez, V. A., & Chela Álvarez, X. (2019). Violencia obstétrica. La perspectiva de mujeres que la han sufrido. *Investigaciones Feministas*, 10(1), 167-184. <https://doi.org/10.5209/infe.60886>
- Magnone Alemán, N. (2011a). Los derechos sexuales y reproductivos en el parto: Una mirada desde la perspectiva de la Humanización. *Fronteras* (n.º esp.), 29-37. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/25670>
- (2011b, septiembre). *Derechos sexuales y reproductivos en tensión: Intervencionismo y violencia obstétrica*. X Jornadas de Investigación de la Facultad de Cs. Sociales, UdelaR, Montevideo. <https://afar.info/biblio/public/2691.pdf>
- Magnone, N., & Viera, M. (2015). Aportes desde una ética feminista para el abordaje social: Reproducción y autonomía en foco. *Fronteras*, 8, 133-144. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7252>
- Maine, D., Akalin, M. Z., Ward, V. M., & Kamara, A. (1997). *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna*. Universidad de Columbia. <https://bit.ly/2Vcrb0Q>
- Maldonado-Torres, N. (2003). Sobre la Colonialidad del Ser: Contribuciones al Desarrollo de un Concepto. En S. Castro-Gómez & R. Grosfoguel (Comps.), *El giro decolonial: Reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global* (pp. 127-167). Siglo del Hombre Editores. <https://bit.ly/3i2rqEC>
- Mardomingo Sanz, M. J. (2015). Epigenética y trastornos psiquiátricos. *Pediatría Integral*, XIX (8), 524-531. <https://bit.ly/3rAlsgd>
- Martí Gual, A. (2011). *Maternidad y Técnicas de Reproducción Asistida. Un análisis, desde la perspectiva de género, de los conflictos y experiencias de las mujeres usuarias* [Tesis doctoral, Universidad Jaume I]. <http://hdl.handle.net/10803/32098>
- Martín Palomo, M. T. (2009). Domesticar el trabajo: Una reflexión a partir de los cuidados. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 13-44. <https://doi.org/10.5209/CRLA.33399>
- (2010). Autonomía, dependencia y vulnerabilidad en la construcción de la ciudadanía. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales*, 48, 57-69. <https://doi.org/10.5569/1134-7147>
- Martínez Franzoni, J., & Voorend, K. (2012). *Veinticinco años de cuidados en Nicaragua 1980-2005: Poco estado, poco mercado, mucho trabajo no remunerado* (Guayacán, Ed.; 1.ª ed.). Guayacán. <https://cutt.ly/jnspnY7>
- Martis, R., Emilia, O., Nurdiati, D. S., & Brown, J. (2017). Intermittent auscultation (IA) of fetal heart rate in labour for fetal well-being. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD008680. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008680.pub2>
- Massó Guijarro, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: Calostro, cuerpo y cuidado. *DILEMATA*, 5(11), 169-206. <https://bit.ly/372gPn6>
- (2011). La lactancia materna como catalizador de revolución social feminista (o apretando las clavijas al feminismo patriarcal): Calostro, cuerpo y cuidado. *XLVIII Congreso de Filosofía Joven: "Filosofías subterráneas"*, 17. <https://doi.org/10.5211/9788415271697.ch14>

BIBLIOGRAFÍA

- Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP). (2012). *Formative Research to Assess the View of Health Care Providers in Nicaragua on the Mode of Childbirth in "Low-Risk" Pregnancies*. Jhpiego. <https://bit.ly/3y8i0NF>
- Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group (MMEIG). (2015). *Maternal mortality in 1990-2015: Nicaragua* (p. 5). OMS. <https://n9.cl/qpqog>
- (2019). *Maternal mortality in 2000-2017: Nicaragua* (p. 10). OMS. https://www.who.int/gho/maternal_health/countries/nic.pdf
- Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI). (2015). *Segundo Informe de Seguimiento a la Implementación de las Recomendaciones del Comité de Expertas del MESECVI* (n.º 2; p. 146). Comisión Interamericana de Mujeres. <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-segundoinformesequimiento-es.pdf>
- Mena-Tudela, D., Iglesias-Casás, S., González-Chordá, V. M., Cervera-Gasch, Á., Andreu-Pejó, L., & Valero-Chilleron, M. J. (2020a). Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(21), 7726. <https://doi.org/10.3390/ijerph17217726>
- (2020b). Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(1), 199. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010199>
- Méndez, J. E. (2016). *Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (A/HRC/31/57)*. ONU: Consejo de Derechos Humanos. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10361.pdf>
- Menéndez, E. L. (2005). El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*, 1, 9-32. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652005000100002>
- (2016). El modelo médico hegemónico: Transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 0(3), 84-119. <https://doi.org/10.17345/aec3.84-119>
- (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2615>
- Mies, M. (1998). *Patriarchy and Accumulation on a World Scale: Women in the International Division of Labour* (2.ª ed.). Zed Books.
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., Ciapponi, A., Colaci, D., Comandé, D., Diaz, V., Geller, S., Hanson, C., Langer, A., Manuelli, V., Millar, K., Morhason-Bello, I., Castro, C. P., Pileggi, V. N., Robinson, N., Skaer, M., Souza, J. P., Vogel, J. P., & Althabe, F. (2016a). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388 (10056), 2176-2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- (2016b). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*, 388 (10056), Supplementary appendix. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa). (2008a). *Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC)*. MINSa. <https://bit.ly/3x6Ps5F>
- (2008b). *Normativa 013: Habilitación de Establecimientos Proveedores de Servicios de Salud* (MINSa, Ed.). MINSa. <https://n9.cl/pungl>
- (2010). *Normativa 042: Norma de Humanización del Parto Institucional* (MINSa, Ed.). MINSa. <https://n9.cl/sgne3>

BIBLIOGRAFÍA

- . (2012). *Normativa 104: Plan de Parto para la Maternidad Segura. Manual de Organización y Funcionamiento y Guía de Capacitación para Personal de Salud* (MINSa, Ed.). MINSa. <https://cutt.ly/nnk1ut4>
- . (2017). *Plan Plurianual de Salud 2015-2021*. MINSa. <https://bit.ly/3x5JrGo>
- . (2018). *Normativa 109: Normas y protocolos para la atención de las complicaciones obstétricas. (Actualización)* (MINSa, Ed.; 2.ª ed.). MINSa. <https://n9.cl/8nu1h>
- . (2019a). *Mapa de Mortalidad Materna 2016 – 2017 – 2018 – Junio 2019* (p. 139). MINSa
- . (2019b). Marco Presupuestario de Mediano Plazo 2019-2022: Ministerio de Salud. En MHCP (Ed.), *Presupuesto General de la República 2019* (pp. 293-317). GRUN. <http://www.hacienda.gob.ni/hacienda/presupuesto2019/anexo3.html>
- . (2020). *Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua 2017, 2018, 2019 y 2020*. Mapa Nacional de La Salud En Nicaragua. <https://bit.ly/3y6ftDH>
- . (2021). Marco Presupuestario de Mediano Plazo 2021-2024: Ministerio de Salud. En MHCP (Ed.), *Proyecto de Presupuesto General de la República 2021* (pp. 294-318). GRUN. <http://www.hacienda.gob.ni/hacienda/presupuesto2021/anexo3.html>
- Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) & Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). *Exclusión en Salud en Nicaragua* (p. 115). MINSa
- Ministerio de Transporte e Infraestructura. (2019). *Red Vial de Nicaragua 2018*. Ministerio de Transporte e Infraestructura. <https://bit.ly/3x3odcd>
- Miranda, M. L., Maxson, P., & Edwards, S. (2009). Environmental contributions to disparities in pregnancy outcomes. *Epidemiologic Reviews*, 31(1), 67-83. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxp011>
- Mitsuhiro, S. S., Chalem, E., Barros, M. M., Guinsburg, R., & Laranjeira, R. (2006). Teenage pregnancy: Use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28, 122-125. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200009>
- Mohanty, C. T. (2008). De vuelta a Bajo los ojos de Occidente: La solidaridad feminista a través de las luchas anticapitalistas. En L. Suárez Navaz & R. A. Hernández Castillo (Eds.), *Descolonizando el Feminismo: Teorías y Prácticas desde los Márgenes* (pp. 404-467). Editorial Cátedra. <https://bit.ly/3zNGhIT>
- Molyneux, M. (1985). Mobilization without emancipation? Women's interests, the state, and revolution in Nicaragua. *Feminist Studies*, 11(2), 227-524. <https://doi.org/10.2307/3177922>
- . (2001). Género y ciudadanía en América Latina: Cuestiones históricas y contemporáneas. *Debate Feminista*, 23, 3-66. <https://www.jstor.org/stable/42624626>
- Montaño Virreira, S. (2010). El cuidado en acción. En S. Montaño Virreira & C. Calderón Magaña (Coords.), *El cuidado en acción: Entre el derecho y el trabajo* (pp. 13-68). Naciones Unidas.
- Montes Muñoz, M. J. (2007). Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. [Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. <http://hdl.handle.net/10803/8421>
- Montoya Juárez, R., Schmidt Río-Valle, J., & Prados Peña, D. (2006). En busca de una definición transcultural de sufrimiento; una revisión bibliográfica. *Cultura de los Cuidados Revista de Enfermería y Humanidades*, 20, 117-120. <https://doi.org/10.14198/cuid.2006.20.16>
- Moore, H. L. (2009). *Antropología y feminismo* (J. García Bonafé, Trad.; 5.ª ed.). Ediciones Cátedra.

BIBLIOGRAFÍA

- Muraca, G. M., & Joseph, K. S. (2020). The authors respond to “Routine use of episiotomy with forceps should not be encouraged”. *CMAJ* 192 (8) e191-e192. <https://doi.org/10.1503/cmaj.74565>
- Muraca, G. M., Liu, S., Sabr, Y., Lisonkova, S., Skoll, A., Brant, R., Cundiff, G. W., Stephansson, O., Razaz, N., & Joseph, K. S. (2019). Episiotomy use among vaginal deliveries and the association with anal sphincter injury: A population-based retrospective cohort study. *CMAJ*, 191(42), e1149-e1158. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190366>
- Murgatroyd, C., Quinn, J. P., Sharp, H. M., Pickles, A., & Hill, J. (2015). Effects of prenatal and postnatal depression, and maternal stroking, at the glucocorticoid receptor gene. *Translational Psychiatry*, 5(5), e560. <https://doi.org/10.1038/tp.2014.140>
- Murialdo Miniello, V. (2020). *La construcción cultural del parto respetado en Madrid* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/62537/>
- Narotzky, S. (1995). Mujer, mujeres, género: Una aproximación crítica al estudio de las mujeres en las Ciencias Sociales. En *Monografías*. Editorial CSIC-CSIC Press.
- (1998). La sexualidad procreadora de las mujeres: Representaciones melanesias. *Endoxa: Series Filosóficas*, 1(10), 357-367. <https://doi.org/10.5944/endoxa.10.1998.4915>
- (2004). *Antropología Económica. Nuevas tendencias*. Melusina.
- Narváez Rojas, A. R. (2015). *Indicaciones de cesárea en el Hospital Bertha Calderón Roque, Managua año 2014* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. <http://repositorio.unan.edu.ni/1181/1/63415.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2019). *Caesarean section* (Clinical guideline n.º CG132; p. 47). National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg132>
- (2017). *Intrapartum care for healthy women and babies*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations#expediting-birth>
- National Institutes of Health. (s. f.). Cuidados posoperatorios para una episiotomía. En *MedlinePlus enciclopedia médica*. Recuperado 5 de febrero de 2021, de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000483.htm>
- National Institutes of Health Consensus Development Conference Panel. (2010). National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8–10, 2010. *Obstetrics & Gynecology*, 115(6), 1279-1295. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181e459e5>
- Navarro, V. (2004). Commentary: Is capital the solution or the problem? *International Journal of Epidemiology*, 33(4), 672-674. <https://doi.org/10.1093/ije/dyh179>
- Nedelsky, J. (1993). Reconceiving Rights as Relationship. *Review of Constitutional Studies*, 1(1), 1-26. <https://ssrn.com/abstract=2045687>
- Needham, C., & Carr, S. (2009). *Co-production: An emerging evidence base for adult social care transformation* (n.º 31; p. 25). Social Care Institute for Excellence. <https://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/>
- Nelson, K. B., Dambrosia, J. M., Ting, T. Y., & Grether, J. K. (1996). Uncertain value of electronic fetal monitoring in predicting cerebral palsy. *The New England Journal of Medicine*, 334(10), 613-618. <https://doi.org/10.1056/NEJM199603073341001>
- Nelson, K. B., Sartwelle, T. P., & Rouse, D. J. (2016). Electronic fetal monitoring, cerebral palsy, and caesarean section: Assumptions versus evidence. *The BMJ*, 355. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6405>

BIBLIOGRAFÍA

- Nelson, R. L., Furner, S. E., Westercamp, M., & Farquhar, C. (2010). Cesarean delivery for the prevention of anal incontinence. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010(2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006756.pub2>
- Congreso de Estados Unidos (2018). *Nicaragua Human Rights and Anticorruption Act of 2018*. <https://bit.ly/3BFRXiV>
- Nogueiras García, B. (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: Discursos y prácticas (España, 1975-2013)* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/49892/1/T40529.pdf>
- Novoa Jurado, A. J., Molina Durán, F., & Luna Maldonado, A. (2004). Reconstrucción del pensamiento médico: Fundamentos del pragmatismo clínico. *Medicina Clínica*, 193(9), 345-351. <https://doi.org/10.1157/13066027>
- Nowak, M. (2010). *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment—Addendum—Study on the phenomena of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment in the world, including an assessment of conditions of detention (A/HRC/13/39/Add.5)*. ONU: Consejo de Derechos Humanos. <https://undocs.org/pdf?symbol=en/A/HRC/13/39/Add.5>
- Nussbaum, M. (2009). Las capacidades de las mujeres y la justicia social. *Debate Feminista*, 39, 89-129. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2009.39.1421>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29371.52007>
- Odent, M. (2005). El Nacimiento de los Mamíferos Humanos. *Ob stare: El mundo de la maternidad*, 15 (Ejemplar dedicado a: Somos mamíferos), 23-29.
- Oladapo, O. T., Tunçalp, Ö., Bonet, M., Lawrie, T. A., Portela, A., Downe, S., & Gülmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: Transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(8), 918-922. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15237>
- Olsen, O., & Clausen, J. A. (2012). Planned hospital birth versus planned home birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000352.pub2>
- Olza, I. (2020, noviembre 18). *El impacto de la forma de nacer en el futuro de la civilización. Consecuencias a largo plazo de las alteraciones neurobiológicas perinatales*. [Presentación]. La forma de nacer y su impacto a corto, mediano y largo plazo, Montevideo (Uruguay). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20827.18729>
- Omran, A. R. (1971). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49(4), 509-538. <https://doi.org/10.2307/3349375>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (s. f.). *Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)*. The Global Health Observatory. Recuperado 6 de enero de 2021, de <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent/monitor>
- (1978). *Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6-12 de junio 1978; Alma Ata, USSR*. OMS. <https://cutt.ly/1nsfAsy>
- (1985). *Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Tecnología apropiada para el parto*. (Associació Catalana Pro Alletament Matern, Trad.). OMS. <http://www.nacimientosrespetado.com/decretos/oms1.pdf>
- (1996). *Cuidados del Parto Normal: Una guía práctica*. OMS. <https://bit.ly/3BIW8e0>

BIBLIOGRAFÍA

- . (2005). Capítulo 5. Los recién nacidos cobran más importancia. En *Informe sobre la salud en el mundo 2005: ¡Cada madre y cada niño contarán!* (pp. 85-109). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43133>
- . (2007). *Addressing sex and gender in epidemic-prone infectious diseases*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43644>
- . (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008 la atención primaria de salud: Más necesaria que nunca* (p. 125). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>
- . (2011). *Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44692>
- . (2013). *Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No transmisibles 2013-2020 (Proyecto revisado y actualizado)*. OMS. <https://n9.cl/ess0h>
- . (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud: Declaración de la OMS*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134590>
- . (2015a). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/179906>
- . (2015b). *Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM)*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/153544>
- . (2015c). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/161444>
- . (2015d). Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015: estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA y el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas: sinopsis (p. 12). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204114>
- . (2018a). *Declaración de Astaná: Conferencia mundial sobre atención primaria de salud: Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/328128>
- . (2018b). *Intrapartum care for a positive childbirth experience*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
- . (2018c). Mutilación Genital Femenina. En *Centro de prensa/Notas descriptivas*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- . (2019). *Trends in maternal mortality 2000 to 2017: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division* (p. 104). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327595>
- . (2020). *Global Health Observatory data repository*. <https://apps.who.int/gho/data/node/main>
- . (2021). *Violence against women prevalence estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341337>
- Obregón Gutiérrez, N. (2016). Humanización del parto y cambios asistenciales: Perspectiva de los profesionales. En M. Boladeras Cucurella & J. Goberna Tricas (Coords.), *Bioética de la maternidad: Humanización, comunicación y entorno sanitario* (pp. 127-136). Edicions de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/111537>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995* (p. 232). ONU. <https://n9.cl/v4jl>

BIBLIOGRAFÍA

- . (2008). *Lista oficial de los indicadores de los ODM. Vigente a partir de 15 de enero de 2008* (pp. 15-17). ONU. <https://bit.ly/3rCdvZ7>
- . (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015* (p. 72). ONU. <https://bit.ly/2VhjpTz>
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (1995). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994* (p. 188). ONU. <https://www.refworld.org/es/docid/4ad4349b2.html>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2002). *Módulo de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE): Salud y enfermedad en la población* (2.ª ed.). OPS. <https://n9.cl/9hyea>
- . (2003). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 1* (Publicación Científica n.º 554; p. 1158). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6282>
- . (2007). *Salud en las Américas 2007. Volumen I-Regional* (p. 482). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3009>
- . (2017). *Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: Panorama regional y perfiles de país* (p. 260). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>
- . (2018a). *Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: Informe final*. (CE162/INF/12; p. 12). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49240>
- . (2018b). *Plan de acción para la salud de la mujer, el niño, la niña y adolescentes 2018-2030*. (CD56/8, Rev. 1; p. 37). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49609>
- . (2019). *Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos* (OPS, Ed.; 2.ª ed.). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51987>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2016). *Indicadores Básicos: Situación de Salud en las Américas 2016* (p. 20). OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31288>
- Organización de los Estados Americanos (OEA). (1994). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)*. <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Ortega Sánchez, M. I. (2019). Retóricas de exclusión en torno a la Mutilación Genital Femenina (MGF). En N. Ibeas (Coord.), *Mujeres migrantes: (De)construyendo identidades en tránsito* (1.ª ed., pp. 131-143). Universidad de Zaragoza, Pressas Universitarias de Zaragoza.
- Ortiz Gómez, T., & Sánchez, L. (1995). La experiencia escrita de las matronas S.XVII- XVIII. En P. Ballarín & C. Martínez (Eds.), *Del patio a la plaza. Las mujeres en las sociedades mediterráneas* (pp. 249-255). Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/14695>
- Osorio Rauld, A., & Reig Cruañes, J. (2020). It's Always Been Business First: Breve análisis del discurso de las organizaciones empresariales españolas y chilenas ante las políticas para frenar el impacto del COVID-19. *Ecuador Debate*, 110, 95-112. <http://hdl.handle.net/10469/17109>
- Oyarce, A. M., Ribotta, B., & Pedrero, M. (2010). *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: Aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural* (Documento de proyecto n.º 347; p. 71). CEPAL. <http://hdl.handle.net/11362/3797>

BIBLIOGRAFÍA

- Patten, P. (2018, marzo 10). Garantizar que las supervivientes a la violencia sexual relacionada con los conflictos se incluyan en la Agenda para el Desarrollo Sostenible. *Crónica ONU. Naciones Unidas*. <https://n9.cl/ut3x5>
- Pechtel, P., Lyons-Ruth, K., Anderson, C. M., & Teicher, M. H. (2014). Sensitive periods of amygdala development: The role of maltreatment in preadolescence. *NeuroImage*, *97*, 236-244. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2014.04.025>
- Peksen, D. (2014, mayo 23). *Socio-Economic and Political Consequences of Economic Sanctions for Target and Third-Party Countries*. [Presentación]. Presentations and Statements of the Workshop on the Impact of the Application of Unilateral Coercive Measures on the Enjoyment of Human Rights by the Affected Populations, in Particular Their Socioeconomic Impact on Women and Children, in the States Targeted (Geneva, 23 May 2014), Ginebra. <https://bit.ly/3rBacRT>
- Pereira, G. (2007). Preferencias adaptativas: Un desafío para el diseño de las políticas sociales. *Isegoría*, *36*, 143-165. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2007.i36.63>
- Pérez Orozco, A. (2006). *Perspectivas feministas en torno a la economía: El caso de los cuidados* (Consejo Económico y Social, Ed.). Consejo Económico y Social.
- (2013). *La sostenibilidad de la vida en el centro... ¿y eso qué significa?* IV Jornadas Economía Feminista de la Universidad Pablo de Olavide, Vic (Barcelona).
- (2019). El conflicto capital-vida. En P. Dobreé & N. Quiroga Diaz (Eds.), *Luchas y alternativas para una economía feminista emancipatoria* (1.ª ed., pp. 119-139). Centro de Documentación y Estudios / Articulación Feminista Marcosur. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Pérez Orozco, A., & García, M. (2014). *Por qué nos preocupamos de los cuidados* (M. Elizalde, Ed.). Centro de Capacitación de ONU Mujeres.
- Pérez Zafrilla, P. J. (2019). Preferencias adaptativas: Un obstáculo pendiente para la renta básica. *Veritas: revista de filosofía y teología*, *44*, 29-48. <https://bit.ly/3qOi3wT>
- Phelan, A., & Gostin, L. O. (2016, abril 4). *The Human Rights Dimensions of Zika*. United Nations Academic Impact; United Nations. <https://bit.ly/3kYngPX>
- Picchio, A. (2005). La Economía Política y la Investigación Sobre las Condiciones de Vida. En G. Cairó Icéspedes & M. Mayordomo Rico (Eds.), *Por una economía sobre la vida. Aportaciones desde un enfoque feminista* (pp. 17-34). Icaria Editorial.
- Pita Fernández, S., Vila Alonso, M. T., & Carpente Montero, J. (1997). Determinación de factores de riesgo. *Cadernos de atención primaria*, *4*, 75-78. <https://bit.ly/3iNnmHD>
- Pizzini, F. (1989). The expectant mother as patient: A research study in Italian maternity wards. *Health Promotion International*, *4*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1093/heapro/4.1.1>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) & FICR. (2017). *Evaluación del impacto socioeconómico del virus del Zika en América Latina y el Caribe: Brasil, Colombia y Surinam como estudios de caso* (p. 100). PNUD. <https://cutt.ly/snsgNBF>
- Poblete-Troncoso, M., & Valenzuela Suazo, S. (2007). Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios. *Acta Paulista de Enfermagem*, *20*(4), 499-503. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000400019>.
- Popkin, B. M. (1993). Nutritional Patterns and Transitions. *Population and Development Review*, *19*(1), 138-157. <https://doi.org/10.2307/2938388>
- Pretlove, S. J., Thompson, P. J., Toozs-Hobson, P. M., Radley, S., & Khan, K. S. (2008). Does the mode of delivery predispose women to anal incontinence in the first year postpartum? A comparative systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *115*(4), 421-434. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2007.01553.x>

BIBLIOGRAFÍA

- Puleo, A. H. (1996). Filosofía y género. *Asparkia*, 6, 7-18. <https://bit.ly/3l0jGVt>
- Quidé, Y., Tozzi, L., Corcoran, M., Cannon, D. M., & Dauvermann, M. R. (2020). The Impact of Childhood Trauma on Developing Bipolar Disorder: Current Understanding and Ensuring Continued Progress. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 16, 3095-3115. <https://doi.org/10.2147/NDT.S285540>
- Quijano, A. (1992). Colonialidad y Modernidad/Racionalidad. *Perú Indígena*, 13(29), 11-20. <https://bit.ly/3oaDly8>
- Quintero, P. (2005). Apuntes antropológicos para el estudio del control social. *AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana*, (42). <https://bit.ly/3spUmKV>
- Rance, S., McCourt, C., Rayment, J., MacKintosh, N., Carter, W., Watson, K., & Sandall, J. (2013). Women's safety alerts in maternity care: Is speaking up enough? *BMJ Quality and Safety*, 22(4), 348-355. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001295>
- Rangel-Flores, Y., & Martínez-Ledezma, A. (2017a). (In) visibilizaciones de violencia obstétrica en las percepciones de indígenas de la región centro norte de México. *Atas - Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 1145-1154. <https://bit.ly/3iQCdRB>
- (2017b). La investigación en morbilidad materna extrema «near miss» en América Latina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 34(3), 505-511. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.343.2792>
- Real Academia Española (RAE). (s. f.). *Diccionario de la lengua española | Edición del Tricentenario*. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. Recuperado 3 de febrero de 2021, de <https://dle.rae.es/>
- Reed, R., Sharman, R., & Inglis, C. (2017). Women's descriptions of childbirth trauma relating to care provider actions and interactions. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1197-0>
- Rede de Humanização do Nascimento e do Parto. (1993). *Carta de Campinas. Ato de fundação*. <https://bit.ly/3BMi5IO>
- Reid, B., & Taylor, J. (2007). A feminist exploration of Traveller women's experiences of maternity care in the Republic of Ireland. *Midwifery*, 23(3), 248-259. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2006.03.011>
- Red Latino Americana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento (RELACAHUPAN). (2003). *Caminos para la humanización del parto y el nacimiento*. <http://www.nacimientosrespetado.com/decretos/latinoamerica2.pdf>
- Requejo, J. H., Bryce, J., Barros, A. J., Berman, P., Bhutta, Z., Chopra, M., Daelmans, B., Francisco, A. de, Lawn, J., Maliqi, B., Mason, E., Newby, H., Presern, C., Starrs, A., & Vitoria, C. G. (2015). Countdown to 2015 and beyond: Fulfilling the health agenda for women and children. *The Lancet*, 385(9966), 466-476. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60925-9)
- Reyes Mercado, J. F., & Rodríguez Bendaña, I. de los Á. (2018). *Actitudes sobre la atención al parto en mujeres de las comunidades Guillermo Roncalis Chamorro, José Benito Escobar y La Escoba N°2 del municipio de Diriomo* [Tesis de licenciatura]. Universidad Centroamericana.
- Rich, A. (2019). *Nacida de mujer. La maternidad como experiencia e institución* (A. Becciu & G. Adelstein, Trads.; 1.ª ed.). Traficantes de Sueños. <https://bit.ly/3x4Aptq>
- Richardson, E., Alvarez, E., & Ifafore-Calfee, T. (2018). Lessons From Zika Policies to Improve Gender Equity. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 6(4), 139-140. <https://doi.org/10.15171/ijtmgh.2018.25>

BIBLIOGRAFÍA

- Ricoy Lorenzo, C. (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação (Santa Maria, Rio Grande Do Sul, Brazil)*, 31(1), 11-22. <https://bit.ly/3oxXByC>
- Robinson, J. N. (2018). WHO recommendations, dollars and sense. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(9), 1068-1068. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15284>
- Rodrigues Ribeiro, M. A. (2018). Análisis exploratorio de los cuidados al parto en Nicaragua desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 44, 399-427. <https://doi.org/10.15517/aeca.v44i0.34187>
- (2019). Respuesta a la crisis del zika en Nicaragua: análisis crítico feminista. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 45, 269–296. <https://doi.org/10.15517/AECA.V45I0.39901>
- (2020). La episiotomía como práctica cultural de género: Otro caso de mutilación genital femenina. *Investigaciones Feministas*, 11(1), 77–87. <https://doi.org/10.5209/infe.63791>
- Rojas, D. (2020). «Héroes de la salud»: La romanización de la precariedad y el riesgo. *Bioética Complutense*, 39, 45-51. <https://bit.ly/3BlHg7>
- Romero, R., & Korzeniewski, S. J. (2013). Are infants born by elective cesarean delivery without labor at risk for developing immune disorders later in life? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 208(4), 243-246. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2012.12.026>
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. (2015). *Green-top Guideline No. 45: Birth After Previous Caesarean Birth*. (n.º 45; p. 31). Royal College of Obstetrician and Gynaecologists. <https://bit.ly/3y6ovjS>
- Rubio Álvarez, A. (2018). *Hemorragia postparto: Factores de riesgo asociados y modelo predictivo del riesgo de sangrado excesivo postparto* [Tesis doctoral, Universidad de Castilla – La Mancha]. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ruiz, M. T., & Verbrugge, L. M. (1997). A two way view of gender bias in medicine. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51(2), 106-109. <https://www.jstor.org/stable/25568422>
- Ruiz-Berdún, L. (2014). Carmen Barrenechea, la conciencia feminista de una matrona del siglo XIX en “La ciudad de la muerte”. *Storia delle Donne*, 10, 163-181. <https://doi.org/10.13128/SDD-15578>
- (2018). Análisis histórico de la violencia obstétrica. En M. Boladeras & J. Goberna-Tricas (Coords.), *El concepto «Violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento* (pp. 31-38). Editorial Tecnos. <https://cutt.ly/Mnshi2t>
- Ruiz-Berdún, L., & Olza, I. (2016). The past and the present of obstetric violence in Spain. En A. L. Pereira & J. R. Pita (Eds.), *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental* (pp. 97-104). Centro de Estudos Interdisciplinares do Século XX da Universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/46242>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Sadler, M. (2004). «Así me nacieron a mi hija». Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. En M. E. Acuña, M. Sadler, & A. Obach, *Nacer, Educar, Sanar; Miradas desde la Antropología del Género*. Cátedra UNESCO Género. Catalonia.
- (2020). Despertando las metáforas que dormían en la ciencia. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización,*

BIBLIOGRAFÍA

- experiencias, medición y estrategias* (1.^a ed., Vol. 8., p. VII-XXI). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Sadler, M., Leiva, G., & Olza, I. (2020). COVID-19 as a risk factor for obstetric violence. *Sexual and reproductive health matters*, July, 28 (1) 1-3. <https://doi.org/10.1080/26410397.2020.1785379>
- Sadler, M., Santos, M. J.D.S., Ruiz -Berdún, D., Leiva Rojas, G., Skoko, E., Gillen, P., & Clausen, J. A. (2016). Para além do desrespeitos e do abuso: As dimensões estruturais da violência obstétrica. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.04.002>
- Sadler Spencer, M. (2016). Etnografías del Control del Nacimiento en el Chile Contemporáneo. *Revista Chilena de Antropología*, 33, 45-57. <https://doi.org/10.5354/0719-1472.2016.43388>
- Sáenz, M. J. (2020). Reformulaciones recientes de la autonomía individual liberal: Autonomías relacionales, no soberanas y vulnerabilidad. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía Del Derecho*, 43, 237-257. <https://doi.org/10.7203/CEFD.43.17458>
- Sagi-Dain, L., Kreinin-Bleicher, I., Bahous, R., Arye, N. G., Shema, T., Eshel, A., Caspin, O., Gonen, R., & Sagi, S. (2020). Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (EPITRIAL). *International Urogynecology Journal*. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04332-2>
- Sagi-Dain, L., Kreinin-Bleicher, I., Bahous, R., & Sagi, S. (2020). In reply: Letter to the editor: Is it time to abandon episiotomy use? A randomized controlled trial (epitrial). *International Urogynecology Journal*, 31(11), 2453. <https://doi.org/10.1007/s00192-020-04453-8>
- Sakai-Bizmark, R., Ross, M. G., Estevez, D., Bedel, L. E. M., Marr, E. H., & Tsugawa, Y. (2021). Evaluation of Hospital Cesarean Delivery–Related Profits and Rates in the United States. *JAMA Network Open*, 4(3), e212235. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.2235>
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2018). Psiconeuroinmunología: Hacia la transdisciplinariedad en la salud. *Educación Médica*, 19, 171-178. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.12.009>
- Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., & Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015(9), 1-122. [CD004667]. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5>
- Sandall, J., Tribe, R. M., Avery, L., Mola, G., Visser, G. H. A., Homer, C. S., Gibbons, D., Kelly, N. M., Kennedy, H. P., Kidanto, H., Taylor, P., & Temmerman, M. (2018). Short-term and long-term effects of caesarean section on the health of women and children. *The Lancet*, 392(10155), 1349-1357. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31930-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31930-5)
- Sartwelle, T. P., Johnston, J. C., & Arda, B. (2017). A half century of electronic fetal monitoring and bioethics: Silence speaks louder than words. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, 3(21). <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0060-2>
- Sau, V. (2006, mayo 17). *Patriarcado*. Asociación GEA (Grupo de Estudios Antropológicos).
- Savage, V., & Castro, A. (2017). Measuring mistreatment of women during childbirth: A review of terminology and methodological approaches. *Reproductive Health*, 14(1), 138. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0403-5>
- Schiffrin, B. S. (2020). Electronic Fetal Monitoring—Prevention or Rescue? *Frontiers in Pediatrics*, 8, 503. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.00503>

BIBLIOGRAFÍA

- Schraiber, L. B. (2010). Acción técnica y acción moral: El doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para un debate. En A. López Gómez & R. Castro (Eds.), *Poder médico y ciudadanía: El conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional* (pp. 11-26). Universidad de la República, Facultad de Psicología: UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias. <https://www.crim.unam.mx/web/node/409>
- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving. *American Journal of Nursing*, 108 (Suppl.), 23-27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Schwarcz, R., & Fescina, R. (2000). Maternal mortality in Latin America and the Caribbean. *The Lancet*, 356(9248), s11. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)91997-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)91997-4)
- Scott, J. W. (1996). El género: Una categoría útil para el análisis histórico. En M. Lamas (Comp.), *El género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa / Programa Universitario de Estudios de Género.
- Segato, R. L. (2011). Género y colonialidad: En busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. En K. Bidaseca y V. Vazquez Laba (comps.), *Feminismos y Poscolonialidad. Descolonizando el feminismo desde y en América Latina* (2.ª ed., pp. 16-47), Ediciones Godot.
- (2014). Aníbal Quijano y la perspectiva de la colonialidad del poder. En A. Quijano (Ed.), *Des/colonialidad y bien vivir: Un nuevo debate en América Latina* (1.ª ed., pp. 35-72). Universidad Ricardo Palma. Editorial Universitaria. Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder.
- (2016). *La guerra contra las mujeres*. Traficantes de Sueños. <https://bit.ly/379hxyB>
- (2017, marzo 15). "El cuerpo de las mujeres es un lugar en el que se manifiesta el fracaso del Estado" (N. Alabao) [CTXT - Revista Contexto, contexto político, económico y cultural.]. <https://cutt.ly/CnskuMG>
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it*. (p. 127) [Informe final]. WHO Commission on Social Determinants of Health. <https://bit.ly/2VhV4Nu>
- Serajuddin, U., & Hamadeh, N. (2020, julio 1). *Nuevas clasificaciones de los países elaboradas por el Banco Mundial según los niveles de ingreso: 2020-2021*. Banco Mundial Blogs. <https://cutt.ly/EnskzFQ>
- Sesia, P. (2009). Muerte materna y desigualdad social. En En G. Freyermuth Enciso & P. Sesia (Coords.), *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. (1.ª ed., Vol. 2, pp. 201-217). Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social: Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México. <https://cutt.ly/KnskDAo>
- (2020). Violencia obstétrica en México: La consolidación disputada de un nuevo paradigma. En P. Quattrocchi & N. Magnone (Comps.), *Violencia obstétrica en América Latina: Conceptualización, experiencias, medición y estrategias* (1.ª ed., Vol. 8, pp. 3-29). EDUNLa Cooperativa. <https://doi.org/10.18294/9789874937506>
- Seyfang, G. (2003). Growing cohesive communities one favour at a time: Social exclusion, active citizenship and time banks. *International Journal of Urban and Regional Research*, 27(3), 699-706. <https://doi.org/10.1111/1468-2427.00475>
- Semmelweis, I. (1988). Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal. En C. Buck, Nájera, Enrique, L. Alvaro, & Terris, Milton (Eds.), *El desafío de la epidemiología: Problemas y*

BIBLIOGRAFÍA

- lecturas seleccionadas* (pp. 47-63). Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34153>
- Sheehan, E. (1981). Victorian Clitoridectomy: Isaac Baker Brown and his Harmless Operative Procedure. *Medical Anthropology Newsletter*, 12(4), 9-15. <https://doi.org/10.1525/maq.1981.12.4.02a00120>
- Sigerist, H. E. (1945). *Civilization And Disease*. Cornell University Press. <http://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.175835>
- Šimonović, D. (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención del parto y la violencia obstétrica* (A/74/137; Informes al 74º período de sesiones de la Asamblea General, p. 26). Naciones Unidas. <https://undocs.org/es/A/74/137>
- Singer, P. (2003). De compras por el supermercado genético. *Isegoría*, 27, 19-40. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2002.i27.552>
- Smith, K. E., & Pollak, S. D. (2020). Early life stress and development: Potential mechanisms for adverse outcomes. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 12, 34. <https://doi.org/10.1186/s11689-020-09337-y>
- Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. (Social Determinants of Health Discussion Paper n.º 2; Debates, Policy & Practice, Case Studies, p. 79). OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- Souza, J. P., Gülmezoglu, A. M., Vogel, J., Carroli, G., Lumbiganon, P., Qureshi, Z., Costa, M. J., Fawole, B., Mugerwa, Y., Nafiou, I., Neves, I., Wolomby-Molondo, J.-J., Bang, H. T., Cheang, K., Chuyun, K., Jayaratne, K., Jayathilaka, C. A., Mazhar, S. B., Mori, R., ... Say, L. (2013). Moving beyond essential interventions for reduction of maternal mortality (the WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health): A cross-sectional study. *The Lancet*, 381(9879), 1747-1755. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60686-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60686-8)
- Souza, J. P., Tunçalp, Ö., Vogel, J. P., Bohren, M. A., Widmer, M., Oladapo, O. T., Say, L., Gülmezoglu, A. M., & Temmerman, M. (2014). Obstetric transition: The pathway towards ending preventable maternal deaths. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(4), 1-4. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12735>
- Souza, J. P. (2013). Mortalidade materna e desenvolvimento: A transição obstétrica no Brasil. *Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia*, 35(12), 233-235. <https://doi.org/10.1590/S0100-72032013001200001>
- Spangler, S. A. (2012). Assessing skilled birth attendants and emergency obstetric care in rural Tanzania: The inadequacy of using global standards and indicators to measure local realities. *Reproductive Health Matters*, 20(39), 133-141. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(12\)39603-4](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(12)39603-4)
- Steer, P. J. (2018). Electronic fetal monitoring is more important than freedom of maternal position in labour. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 125(7), 893-893. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.15023>
- Stolcke, V. (2014). ¿Qué tiene que ver el género con el parentesco? *Cadernos de Pesquisa*, 44(151), 176-189. <https://doi.org/10.1590/198053142848>
- Thacker, S. B. & Banta, H. D. (1983). Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 38(6), 322-338. doi:10.1097/00006254-198306000-00003
- Tasa-Vinyals, E., Mora Giral, M., & Raich, R. M. (2015). Sesgo de género en medicina: Concepto y estado de la cuestión. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 113, 14-25. <https://ddd.uab.cat/record/132811>

BIBLIOGRAFÍA

- The World We Want. (2013). *Health in the post-2015 agenda: Report of the global thematic consultation on health*. The World We Want. Naciones Unidas. <https://bit.ly/3zCa9lr>
- Thomas, C. (2011). Reconstruyendo los conceptos de cuidados. En C. Carrasco, C. Borderías, & T. Torns (Eds.), *El trabajo de cuidados: Historia, teoría y políticas* (p. 145-176). Los Libros De La Catarata.
- Thompson, W. S. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, 34(6), 959-975. <https://www.jstor.org/stable/2765883>
- Thomson, G., & Downe, S. (2008). Widening the trauma discourse: The link between childbirth and experiences of abuse. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 268-273. <https://doi.org/10.1080/01674820802545453>
- Tita, A. T. N., Landon, M. B., Spong, C. Y., Lai, Y., Leveno, K. J., Varner, M. W., Moawad, A. H., Caritis, S. N., Meis, P. J., Wapner, R. J., Sorokin, Y., Miodovnik, M., Carpenter, M., Peaceman, A. M., O'Sullivan, M. J., Sibai, B. M., Langer, O., Thorp, J. M., Ramin, S. M., & Mercer, B. M. (2009). Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. *New England Journal of Medicine*, 360(2), 111-120. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0803267>
- Tobasía-Hege, C., Pinart, M., Madeira, S., Guedes, A., Reveiz, L., Valdez-Santiago, R., Pileggi, V., Arenas-Monreal, L., Rojas-Carmona, A., Piña-Pozas, M., Gómez Ponce de León, R., & Souza, J. P. (2019). Irrespeto y maltrato durante el parto y el aborto en América Latina: Revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e36. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2019.36>
- Tommaso, M. D., Pinzauti, S., Bandinelli, S., Poli, C., & Ragusa, A. (2019). Continuous electronic fetal heart monitoring versus intermittent auscultation during labor: Would the literature outcomes have the same results if they were interpreted following the NICHHD guidelines? *Advances in Clinical and Experimental Medicine: Official Organ Wroclaw Medical University*, 28(9), 1193-1198. <https://doi.org/10.17219/acem/103843>
- Topalidou, A., Thomson, G., & Downe, S. (2020). Covid-19 and Maternal and Infant Health: Are We Getting the Balance Right? A Rapid Scoping Review. *The Practising Midwife*, 23(7), 36-45. <https://bit.ly/3eVkrvi>
- Tornquist, C. S. (2002a). Armadilhas da Nova Era: Natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 483-492. <https://doi.org/10.1590/s0104-026x2002000200016>
- (2002b). Humanização do parto: Entrevista com Robbie Davis-Floyd. *Revista Estudos Feministas*, 10(2), 389-397. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2002000200008>
- Torns, T. (2008). El trabajo y el cuidado: Cuestiones teórico-metodológicas desde la perspectiva de género. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, (15), 53-73. <https://doi.org/10.5944/empiria.15.2008.1199>
- Triana Ramírez, A. N., & Álvarez Soler, J. A. (2017). Educación médica, modelo hegemónico y atención primaria de salud. Entrevista al doctor Eduardo L. Menéndez. *Praxis & Saber*, 8(18), 267-294. <https://doi.org/10.19053/22160159.v8.n18.2017.7251>
- Tronto, J. C. (1995). Care as a Basis for Radical Political Judgments. *Hypatia*, 10(2), 141-149. <https://doi.org/10.1111/j.1527-2001.1995.tb01376.x>
- Tunçalp, Ö., Were, W. M., Maclennan, C., Oladapo, O. T., Gülmezoglu, A. M., Bahl, R., Daelmans, B., Mathai, M., Say, L., Kristensen, F., Temmerman, M., & Bustreo, F. (2015). Quality of care for pregnant women and newborns—The WHO vision. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 122(8), 1045-1049. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13451>

BIBLIOGRAFÍA

- Unión Europea. (1945). *Carta de las Naciones Unidas*.
<https://www.refworld.org/es/docid/5d7fbce7a.html>
- Ureste, M. (2017, abril 24). Con engaños, chantajes y amenazas: Los casos de anticoncepción forzada en México. *Animal Político*. <https://cutt.ly/lms8Sz3>
- Uriarte Arciniega, J. de D. (2005). La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo. *Revista de Psicodidáctica*, 10(2), 61-79. <http://hdl.handle.net/11162/45490>
- Vacca, L. & Coppolecchia, F. (2012). Una crítica feminista al derecho a partir de la noción de «biopoder» de Foucault. *Páginas de Filosofía*, 13(16), 60-75. <https://bit.ly/377lCnb>
- Valiente González, M. (2018). Facultades lejanas. *Actualización de Medicina de Familia*, 14(3), 122-123. <https://bit.ly/3zGNhYl>
- Valls-Llobet, C. (2009). *Mujeres, salud y poder* (1.ª ed.). Catedra.
- (2010a). La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad. *Aequalitas: Revista jurídica de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres*, 26, 38-45. <https://bit.ly/3kZKCVB>
- (2010b). La salud de las mujeres en la medicina: ¿qué ha cambiado en los últimos diez años? De la invisibilidad al estudio de las diferencias y desigualdades. En Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) (Ed.), *Género y salud. X y XI Jornadas de la Red de Mujeres Profesionales de la Salud* (Vol. 51, pp. 10-14). Instituto de la Mujer (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad). <https://n9.cl/m8xz5>
- van den Broek, N., & Graham, W. J. (2009). Quality of care for maternal and newborn health: The neglected agenda. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(s1), 18-21. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02333.x>
- Vázquez Lara, J. M., & Rodríguez Díaz, L. (Coords.). (2015). *Parte 2. Complicaciones en el trabajo de parto y alumbramiento. Problemas de salud en el puerperio. El recién nacido con problemas de salud: Vol. 5. Enfermería Maternal y del Recién Nacido II* (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Ed.). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Programa_formativo_matrona_V05.pdf
- Vega Solís, C. (2006). *Subjetividades en Tránsito en los Servicios de Atención y Cuidado. Aproximaciones desde el Feminismo* [Informe final]. Diputación de Barcelona. <https://bit.ly/3l37CTC>
- Vilas, C. M. (1992). Asuntos de familia: Clases, linajes y política en la Nicaragua contemporánea. *Desarrollo Económico*, 32(127), 412-437. <https://doi.org/10.2307/3467244>
- Visser, G. H., & Ayres-de-Campos, D. (2015). FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Adjunctive technologies. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(1), 25-29. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.021>
- Visser, G. H. A., Ayres-de-Campos, D., Barnea, E. R., de Bernis, L., Di Renzo, G. C., Vidarte, M. F. E., Lloyd, I., Nassar, A. H., Nicholson, W., Shah, P. K., Stones, W., Sun, L., Theron, G. B., & Walani, S. (2018). FIGO position paper: How to stop the caesarean section epidemic. *The Lancet*, 392(10155), 1286-1287. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32113-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32113-5)
- Viveros Vigoya, M. (2010). *La sexualización de la raza y la racialización de la sexualidad en el contexto latinoamericano actual*. [Ponencia]. III Seminario Internacional sobre Familia "Las Familias: El Reto de la Diversidad", Caldas (Colombia). <http://www.bivipas.unal.edu.co:80/jspui/handle/10720/663>
- (2016). La interseccionalidad: Una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, 52(2016), 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>
- Wagner, M. (1999). Episiotomy: A form of genital mutilation. *The Lancet*, 353, 1977. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X)

BIBLIOGRAFÍA

- . (2001). Fish Can't See Water: The Need to Humanize Birth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75 (Suppl 1), S25-37. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(01\)00519-7](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(01)00519-7)
- . (2006). El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. *Medicina Naturista*, 10(1), 120-132. <https://bit.ly/3zy2T0e>
- Wakley, T. (Ed.). (1828). *The Lancet MDCCCXXVII-VIII: Vol. I*. Elsevier.
- Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). COVID-19: The gendered impacts of the outbreak. *The Lancet*, 395(10227), 846-848. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Werner, D., Sanders, D., Weston, J., Babb, S., & Rodríguez, B. (2000). *Las Políticas de Atención Primaria de Salud y Supervivencia Infantil*. HealthWrights. <http://www.healthwrights.org/content/books/CLS/index.htm>
- Werner, E. (2000, mayo 31). *SRCD (Society for Research in Child Development) Entrevista de Historia Oral* (L. Ferguson; S. Sáez, Trad.) [Entrevista]. <https://cutt.ly/ansddqH>
- White Ribbon Alliance. (2011). Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. En *A Guide for Advocating for Respectful Maternity Care*. USAID. <https://bit.ly/3i83aRD>
- Whiteford, L. M. (1997). The Ethnoecology of Dengue Fever. *Medical Anthropology Quarterly*, 11(2), 202-223. <https://doi.org/10.1525/maq.1997.11.2.202>
- World Health Organization Global Maternal Sepsis Study (GLOSS) Research Group. (2020). Frequency and management of maternal infection in health facilities in 52 countries (GLOSS): A 1-week inception cohort study. *The Lancet. Global Health*, 8(5), e661-e671. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30109-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30109-1)
- Wilmink, F. A., Hukkelhoven, C. W. P. M., Lunshof, S., Mol, B. W. J., van der Post, J. A. M., & Papatsonis, D. N. M. (2010). Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: A 7-year retrospective analysis of a national registry. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 202(3), 250.e1-250.e8. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.01.052>
- Yamin, A. E. (2015, febrero 18). *Introducción a los Derechos Sexuales y Reproductivos: Conceptos y controversias*. Taller Jurídico Regional: Intercambio para la inclusión de estándares de derechos reproductivos en el espacio académico universitario y de incidencia, Lima. <http://clacaidigital.info/handle/123456789/649>
- . (2019). Power, Politics and Knowledge Claims: Sexual and Reproductive Health and Rights in the SDG Era. *Global Policy*, 10, 52-60. <https://doi.org/10.1111/1758-5899.12598>
- Yamin, A. E., & Boulanger, V. M. (2013). Cómo incorporar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en un marco de desarrollo transformacional: Lecciones aprendidas de los objetivos e indicadores de los ODM. *Reproductive Health Matters*, 21(42), 74-85. [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(13\)42727-1](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(13)42727-1)
- Yamin, A. E., Cole, J., Moore Simas, T., & Brown, M. (2007). *Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru: A Rights-Based Approach to Safe Motherhood* (p. 142). Physicians for Human Rights. <https://phr.org/our-work/resources/deadly-delays/>
- Yañez, S. S. (2017). Una genealogía feminista para abordar la maternidad como institución y como experiencia. El legado de Adrienne Rich. *La manzana de la discordia*, 12(1), 61-76. <https://doi.org/10.25100/lamanzanadeladiscordia.v12i1.5477>
- Zamora Calvo, M. J. (2004). Reflejos de mundos ocultos: Inquisidores y demonólogos en los Siglos de Oro. En M. L. Lobato & F. Domínguez Matito (Eds.), *Memoria de la palabra:*

BIBLIOGRAFÍA

- Actas del VI Congreso de la Asociación Internacional Siglo de Oro* (Vol. 2, pp. 1885-1895). Iberoamericana. https://cvc.cervantes.es/literatura/aiso/pdf/06/aiso_6_2_083.pdf
- Zhang, T., Sidorchuk, A., Sevilla-Cermeño, L., Vilaplana-Pérez, A., Chang, Z., Larsson, H., Mataix-Cols, D., & Fernández de la Cruz, L. (2019, febrero 8). Association of Cesarean Delivery With Risk of Neurodevelopmental and Psychiatric Disorders in the Offspring: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open* 2(8), e1910236. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.10236>
- Zibechi, R. (2006). La emancipación como producción de vínculos. En A. E. Ceceña (Coord.), *Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado* (pp. 123-149). CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/22840>
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>

ANEXOS

Anexo A. Hallazgos de la observación participante sobre violencia obstétrica en la atención durante el epcp

A través de la observación participante, se recogieron los siguientes testimonios:

- 1) Dos testimonios de negación de acompañamiento y apoyo familiar durante el proceso de admisión hospitalaria y hasta que el parto fue «diagnosticado» (régimen no contributivo, HBCR, año 2016, t1 y t2). Valoro que esta práctica responde a una lógica en la que el personal de salud considera que, en base al poder que le confiere la institución de salud, le corresponde decidir cuando las mujeres entran o no en *trabajo de parto* y, por tanto, a partir de qué momento corresponde la aplicación de la Norma 42, la que regula los derechos de las mujeres «en estado de embarazo, o durante el parto, o puerperio, así como [los del] recién nacido» (MINSA, 2010, p. 18). Esta práctica supone un incumplimiento de dicha norma y abre la puerta a otras violaciones de DDHH durante la primera fase del parto.
- 2) Una mujer (t2) señaló que durante el proceso de admisión hospitalaria —antes de serle diagnosticado el *trabajo de parto*—, además de serle negado el derecho al acompañamiento, fue agredida mediante la práctica de una retirada manual de las membranas (maniobra de Hamilton), las que ya se habían roto espontáneamente, de forma muy violenta, provocando dolor muy intenso y sangrado abundante, sin haberle informado ni solicitado su consentimiento previamente. Además de ser objeto de una violación de su derecho a la salud, a vivir libre de violencia, a la integridad física, a la información y al consentimiento informado, la mujer afectada por esta práctica sin justificación médica —dado que en dicho momento estaba en *trabajo de parto normal* y con cinco centímetros de dilatación— considera que esta maniobra afectó negativamente el desarrollo de su parto, pues a partir de ese momento la dinámica uterina cambió absolutamente, requiriendo finalmente medicación para la conducción del parto.
- 3) Tres mujeres prestaron testimonio de obstaculización en el acceso a información sobre su salud (t2, t3, t4). En uno de estos casos (régimen voluntario, t2), la ginecoobstetra que atendía el parto intentó engañar a la mujer para practicarle una cesárea dentro del régimen voluntario, alegando falsamente que presentaba fiebre. Esta mujer disponía de su propio termómetro y comprobó que su temperatura era normal, tras lo cual abandonó la clínica privada y acudió al subsistema público (régimen no contributivo), donde parió sin presentar fiebre en ningún momento y sin diagnosticársele infección alguna¹⁹⁶. Otro de los testimonios (régimen voluntario, 2013, t3) refirió que, en un ultrasonido realizado durante las últimas semanas del embarazado dentro de una clínica privada, la ginecoobstetra indicó que la criatura por nacer presentaba

¹⁹⁶ El costo de la cesárea es superior al costo de la atención durante el *parto normal*. Además de la diferencia que supone el mayor valor asignado a la práctica quirúrgica en comparación con el acompañamiento a las mujeres durante el parto, en el área de anestesiología también se perciben réditos, así como para la institución hospitalaria, pues la cirugía requiere hacer uso de espacios dotados de tecnología especializada y son necesarios más días de hospitalización y cuidados específicos durante el postoperatorio. Para el 2011, la Iniciativa Salud Mesoamericana 2015 (2011, pp. 33 y 35) calculaba en 697.62 USD la diferencia entre el costo de un parto (1,390.52 USD) y la cesárea (2,088.44 USD) no complicados.

macrosomía, insistiendo en programar cesárea¹⁹⁷. Tras nacer, la bebé presentaba un peso completamente normal, de 3.1 kg y 50 cm de longitud. El tercer testimonio indicó que el derecho al consentimiento informado fue sistemáticamente violado a lo largo de toda la atención recibida durante el parto (régimen no contributivo, t4).

- 4) Una mujer (régimen no contributivo, t2) prestó testimonio de haber recibido coacciones por parte del personal de salud para insertarle un dispositivo intrauterino (DIU) durante el postparto inmediato. Esta mujer manifestó que, a pesar de rechazar firmemente esta opción, el personal de salud insistió constantemente en insertarle el DIU mientras le practicaba una episiorrafia sin anestesia. Para este caso, considero oportuno tomar en consideración que tanto la colocación del DIU como su retiro es realizado solo por personal de salud especializado, por lo que la colocación del DIU sitúa a las mujeres en una posición de dependencia con respecto al personal de salud para el cuidado de su salud sexual y reproductiva y el control de su reproducción¹⁹⁸.

En otro testimonio (régimen contributivo, t4), una mujer de etnia miskita (afrodescendiente originaria de RACCN) refirió también coacciones por parte del personal de salud durante el postparto inmediato de su segundo parto en un hospital de Managua, con el fin de medicarla con un anticonceptivo inyectable de larga duración, condicionando su alta hospitalaria a su sometimiento al procedimiento. Esta mujer señaló que el personal de salud le sugirió ligarse las trompas manifestando que «con dos hijos era suficiente».

- 5) Dos mujeres prestaron testimonio de haberseles practicado ligadura de trompas tras haber sido operadas cuatro veces de cesárea. En estos testimonios, las mujeres no mostraron rechazo al procedimiento y sugirieron que en su caso la ligadura de trompas había constituido un procedimiento normativo dentro del régimen contributivo (t5 y t6). Otra mujer (t16), menor de treinta y cinco años, refirió haberse sometido voluntariamente a esta operación tras haber sido operada tres veces de cesárea dentro del régimen voluntario. Sin embargo, este testimonio refiere que no fue adecuadamente informada de los posibles riesgos de la operación y, tras esta, padece cefalea, inflamación de las extremidades inferiores y dolores menstruales intensos durante los días previos al inicio de la menstruación.
- 6) Una mujer, menor de treinta y cinco años, declaró habersele practicado ligadura de trompas en el curso de su segunda cesárea, durante el nacimiento de su segundo hijo. Esta mujer indicó que rechazaba el procedimiento pero que lo consintió presionada por su pareja y familia política (t12).
- 7) El término *cancelar* es de uso común para designar la ligadura de trompas. Es habitual que a las mujeres jóvenes se les inquiera por sus decisiones reproductivas: «¿Te cancelaste?» (múltiples testimonios).
- 8) Tres mujeres refirieron haber sido víctimas de tortura física durante distintas fases del parto. Una de estas mujeres (t2) declaró que, además de habersele retirado manualmente las membranas de forma violenta (generando dolor muy intenso y sangrado abundante), sin justificación médica¹⁹⁹ y sin consentimiento, le practicaron

¹⁹⁷ En este caso, la mujer había decidido someterse a una cesárea por estar la criatura en posición podálica y no hallar personal especializado en la atención durante partos en podálica. Sin embargo, había decidido no programar la cesárea, ante lo cual fue presionada de forma recurrente tanto por parte del personal de salud como por parte de la familia para realizar la programación.

¹⁹⁸ CLADEM y CPRL (1998, pp. 65-66) recogen para Perú testimonios de mujeres que muestran la coacción a la que son sometidas cuando solicitan retirar el DIU que llevan implantado.

¹⁹⁹ Las membranas se habían roto previamente, de manera espontánea.

episiotomía sin justificación médica²⁰⁰ y sin consentimiento —aunque expresó su rechazo a la cirugía insistentemente y con gran vehemencia—, le negaron la analgesia durante la episiorrafia y le practicaron un *planchado perineal de Piper* sin consentimiento. Otro de los testimonios (t4) manifestó habersele practicado un *planchado perineal de Piper* y haber sido objeto de prácticas obstétricas durante el postparto que le generaron dolor muy intenso, sin haber recibido información de ningún tipo, ni habersele solicitado consentimiento alguno. Esta mujer declaró «la tratan a una como si no fuera persona». Una tercera mujer (t7) señaló estar tan traumatizada por su experiencia de parto que, en caso de vivir otro embarazo, solicitaría una cesárea para no parir. Esta mujer no precisó en qué régimen del sistema de salud tuvo lugar su parto.

- 9) Una mujer (régimen no contributivo, t8) —sin acompañamiento familiar ni comunitario— prestó testimonio de abandono tras habersele administrado oxitocina sintética, lo que supone un déficit de calidad tanto técnica como relacional de los cuidados durante el parto.
- 10) Dos mujeres prestaron testimonio de haber sido medicadas con oxitocina sintética sin haber sido informadas ni habersele solicitado su consentimiento (t8 y t4).
- 11) Dos mujeres prestaron testimonio de sufrir desgarro de IV grado tras la práctica de episiotomía y maniobra de Kristeller (régimen no contributivo, t9 y t10).
- 12) Tres mujeres prestaron testimonio de habersele practicando maniobra de Kristeller sin mediar información ni consentimiento (régimen no contributivo, t2, t4 y t8).
- 13) Una mujer prestó testimonio de no haber podido evitar ser canalizada de forma rutinaria y parir en posición ginecológica, a pesar de rechazar con vehemencia estas prácticas y realizar una búsqueda activa dentro del sistema de salud para poder vivir un parto respetado, ya fuera en el régimen voluntario, contributivo o no contributivo (t2).
- 14) Una mujer prestó testimonio de habersele practicado un legrado sin anestesia dentro del régimen no contributivo (HBCR), tras un aborto espontáneo (t11), y habersele propuesto pagar un soborno para tener acceso a la anestesia.
- 15) Dos mujeres prestaron testimonio de haber interrumpido su embarazo practicando abortos inducidos dentro del régimen voluntario, sin consecuencias legales (t13 y t14).
- 16) Una mujer que refirió haber sido sometida a una maniobra de Kristeller no consentida durante su primer parto, solicitó esta misma maniobra durante su segundo parto por considerarla una práctica de atención de calidad (t15).
- 17) El nacimiento por cesárea se percibe como protector de la integridad anatómica de la vagina y por ello favorable para el placer sexual de los hombres durante el coito (varios testimonios).
- 18) Mediante su testimonio, un hombre adulto (t17) señaló como creencia popular el que la práctica de la episiotomía favorezca la estimulación masculina durante el coito, pues se percibe que evita la distensión del periné tras el expulsivo. Este mismo testimonio refirió que las mujeres temen la episiotomía por considerarla un riesgo probable de desgarros de III y IV grado.

²⁰⁰ Se trató de un parto espontáneo, sin diagnóstico de *pérdida de bienestar fetal* y criatura recién nacida con test de Apgar 9/10.

ANEXOS

Anexo B. Instrumento de recogida de información empleado en Rodrigues Ribeiro (2018)

En caso de duda contactar a:
Rebeca Benavente larebe18@hotmail.com
María Augusta R. Telf. 8767-8529 (Movistar) mariaagt.rodriguesr@gmail.com

CUESTIONARIO MAMÁS EN BASE A RECOMENDACIONES DE LA OMS

Su participación en este cuestionario es completamente confidencial y voluntaria. Los datos proporcionados a través del mismo serán usados de forma agregada para valorar en qué medida la atención al parto es satisfactoria.

1. VARIABLES DE CONTROL		
1.1. Nombre (voluntario):	1.2. Profesión:	
1.3. Edad durante el parto:	1.3. Fecha parto:	1.4. Hospital y localidad:
1.5. Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea urgente <input type="checkbox"/> Cesárea programada	1.6. Primeriza: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	1.7. Si no es primeriza, su primer parto fue: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea

2. OBSERVANCIA A RECOMENDACIONES OMS	
2.1. Durante el parto, ¿sintió que el ambiente fue cómodo y amable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.2. ¿Le permitieron beber líquidos durante el parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerdo
2.3. Si pidió el acompañamiento del padre o un familiar, ¿respetaron su elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo pedí	2.4. ¿Le aplicaron un enema? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.5. ¿Pidió la epidural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.6. ¿Le administraron la raquídea o epidural? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.7. ¿Realizaron maniobra kristeller (presión sobre el vientre)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.8. ¿Le administraron oxitocina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé.
2.9. ¿Rompieron la bolsa amniótica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.10. ¿Le realizaron episiotomía o piquete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2.11. ¿Tuvo libertad para moverse durante la fase de dilatación del parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	2.13. ¿En qué posición parió?
2.14. Tras el parto, ¿permitieron el contacto piel con piel con el bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.15. ¿Le pidieron su consentimiento para efectuar cualquiera de los procedimientos que le he mencionado (episiotomía, oxitocina, enema, rotura de bolsa, epidural)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.16. ¿Le informaron sobre estos procedimientos, sobre sus indicaciones y riesgos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2.17. Para finalizar, ¿cómo recuerda su experiencia del parto?	
2.18. ¿Le hubiese gustado que fuera diferente? Explique su respuesta.	

ANEXOS

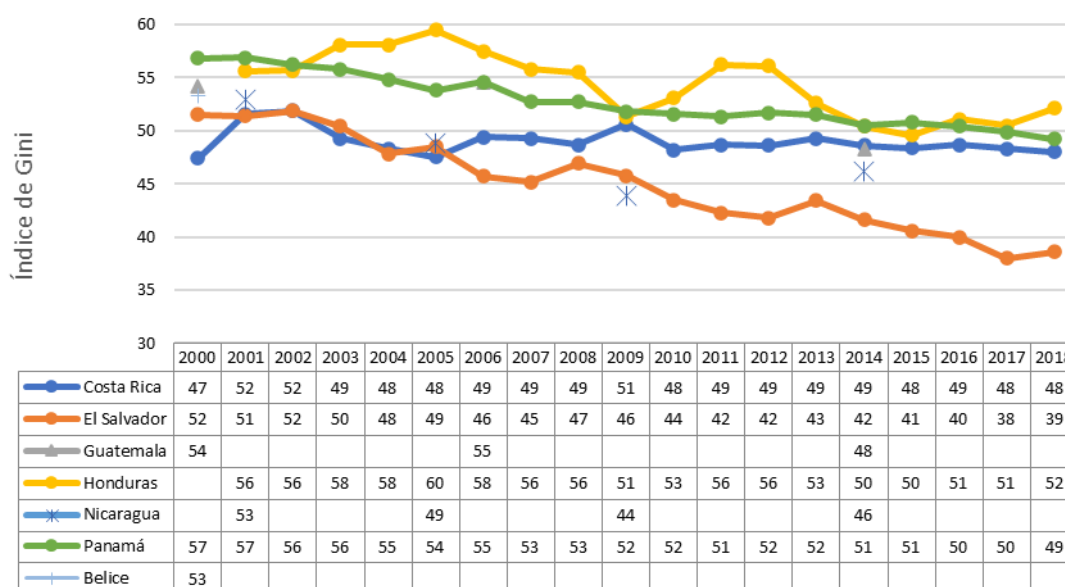
Anexo C. Indicadores socioeconómicos claves en salud para los países centroamericanos

Gráfico 11. Ingreso Nacional Bruto per cápita (\$US internacionales constantes 2017), países del Istmo Centroamericano, 2010-2019



Fuente: elaboración propia en base a Banco Mundial (s. f.).

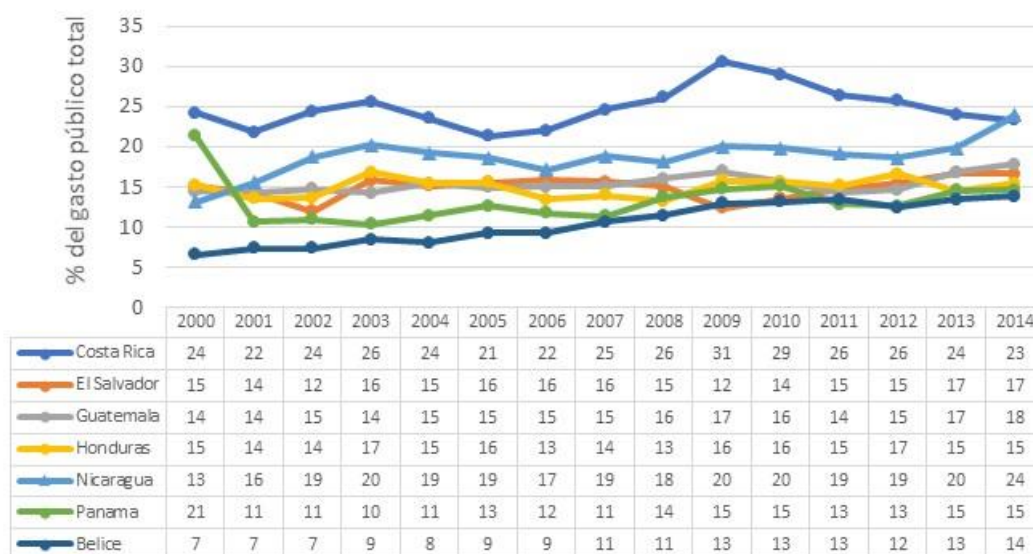
Gráfico 12. Índice de Gini, países del Istmo Centroamericano, 2000-2018



Nota: el dato de Belice corresponde al año 1999. Fuente: elaboración propia en base a Banco Mundial (s. f.).

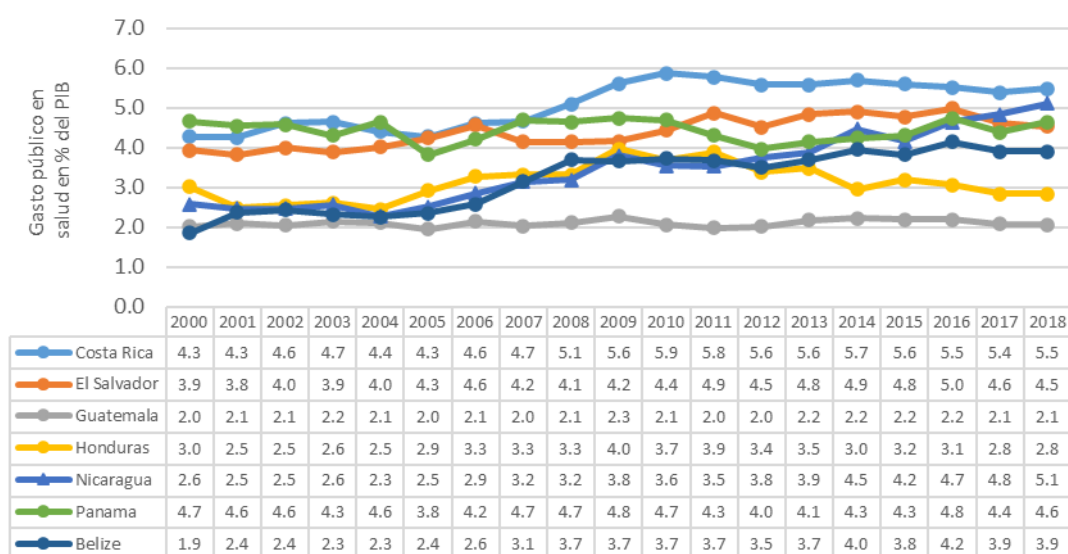
ANEXOS

Gráfico 13. Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total, países del Istmo Centroamericano, 2000-2014



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2020).

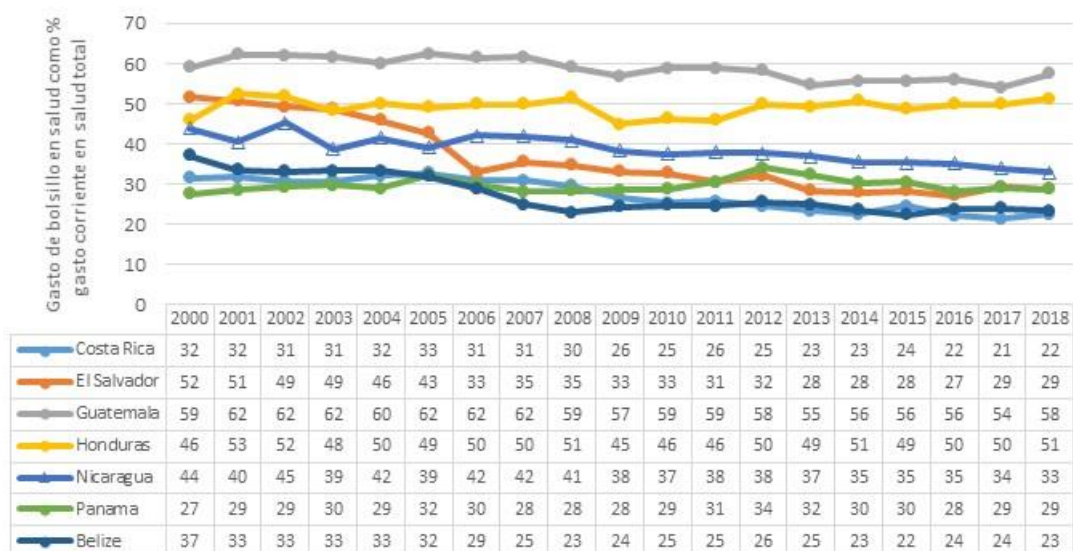
Gráfico 14. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, países del Istmo Centroamericano, 2000-2018



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2020).

ANEXOS

Gráfico 15. Gasto de bolsillo en salud como % del gasto corriente total en salud, países del Istmo Centroamericano, 2010-2018



Fuente: elaboración propia en base a OMS (2020).

Anexo D. Estudios centrados en la atención y cuidados a mujeres durante el epcp en Nicaragua en base a datos recogidos a partir del 2010

Objeto de análisis	Autoría	Metodología	Fuentes primarias	Muestra	Características de la muestra	Instrumento de recogida de datos	Año recogida datos	Año epcp
<i>Sin participación de mujeres con experiencias de parto o cesárea</i>								
Cuidados profes.	M. E. Castrillo (2013)	Mixta	Historias clínicas y experiencias personal de salud	750 historias clínicas y 7 entrevistas proporcionadas por gineco-obstetras	<ul style="list-style-type: none"> Partos ocurridos en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA), hospital secundario de referencia departamental y regional. 	Historia Clínica y entrevista en profundidad	2011	2011
Cuidados profes.	MCHIP (2012)	Cualitativa	Experiencias del personal de salud y gestores hospitalarios	26 entrevistas y 3 grupos focales en los que participaron: 17 gineco-obstetras, 6 gestores hospitalarios y 3 tomadores de decisiones (régimen contributivo y no contributivo)	<ul style="list-style-type: none"> Profesionales en el área de la gineco-obstetricia. Gestores en el área de la salud en las ciudades de León y Managua. Régimen contributivo y no contributivo. 	Grupo focal y entrevista en profundidad	2012	2012
Cuidados profes.	Narváez Rojas (2015)	Cuantitativa	Historias clínicas	Historias clínicas de todas las mujeres con más de 22 semanas de gestación y partos y cesáreas ocurridos dentro del HBCR. Total: 11,329 historias clínicas.	<ul style="list-style-type: none"> 2.1 % sin estudios, 19.8 % primaria, 65.3 % secundaria, 12.8 % formación universitaria. 99.8 % se autoidentificó como mestiza. En el momento del parto, 1.5 % contaba con entre 10-14 años, 28.6 % con entre 15-19 años, 63.8 % con entre 20-64 años y el 6.1 % con entre 35 y 49 años. 	Historia Clínica	2015	2014
Sistema cuidados y	Rodrigues Ribeiro (2019)	Análisis crítico feminista del discurso:	Productos comunicacionales elaborados por	30 textos comunicacionales, en los que se	<ul style="list-style-type: none"> Textos comunicacionales publicados entre el 14 de marzo y 2 de septiembre del 	Ficha de análisis de texto comunicacional	2016	2016

Objeto de análisis	Autoría	Metodología	Fuentes primarias	Muestra	Características de la muestra	Instrumento de recogida de datos	Año recogida datos	Año epcp
sistema de género		análisis textual, intertextual y contextual del discurso, y análisis del contenido. Análisis interseccional	instituciones de gobierno y medios privados de prensa web y escrita	identificaron 5 categorías macro y 43 subcategorías	2016 y centrados en el tratamiento informativo de la epidemia del zika. • La muestra se compone de 10 textos publicados por instituciones públicas, 10 por La Prensa y 10 por El Nuevo Diario.			
<i>Con participación de mujeres con experiencias de parto o cesárea</i>								
Sistema cuidados	INIDE y MINSA (2014)	Cuantitativa	Experiencias de mujeres con partos domiciliarios o partos y cesáreas en el sistema de salud	8,563 entrevistas proporcionadas por mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 44 años	• ENDESA: Encuesta con representatividad estadística a nivel nacional y departamental • 15.4 % sin educación, 43.6 % primaria, 30.1 % secundaria y 10.7 % superior	Entrevista estructurada	2011-2012	2006-2011
Sistema cuidados	Kolodin <i>et al.</i> (2015)	Cualitativa	Experiencias de mujeres con partos domiciliarios o partos y cesáreas en el sistema de salud, personal de salud, familiares y actores comunitarios	Entrevistas proporcionadas por 105 mujeres y 43 hombres integrados en familias y con edades comprendidas entre los 15 y 44 años, 32 personas integradas en la red comunitaria (23 parteras) y 9 en el sistema de salud	• Residentes en comunidades rurales con distancia a un centro de salud menor a dos horas de camino. • Grupos poblacionales indígenas y miskitos. • Municipios con tasa de partos institucionalizados de 45 % o superior. • 4.6 embarazos por mujer	Entrevista semiestructurada, cuestionario y mapeo de actores	2012-2013	2007-2013
Cuidados profes.	Rodrigues Ribeiro (2018)	Estudio exploratorio de tipo cualitativo	Experiencias de mujeres con partos y cesáreas	24 cuestionarios proporcionados por mujeres con	• Residentes en el área urbana de la región del Pacífico. • 75 % formada como profesional.	Cuestionario	2013	2008-2013

Objeto de análisis	Autoría	Metodología	Fuentes primarias	Muestra	Características de la muestra	Instrumento de recogida de datos	Año recogida datos	Año epcp
		integrando indicadores cuantitativos	en el sistema de salud	experiencias de parto y cesárea.	<ul style="list-style-type: none"> • En el momento del parto, 50 % contaba con entre 20-25 años y el 50 % con entre 26 y 35 años. • 11 % tenía más de una experiencia de parto/cesárea. 			
Sistema cuidados	Chow Mairena (2019)	Cuantitativa	Experiencias de mujeres con partos domiciliarios	185 encuestas proporcionadas por mujeres con experiencias de parto domiciliario	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes en dos comunidades del municipio de Bluefields (RACCS), donde 1 de cada 3 partos son domiciliarios. • Ingreso familiar promedio mensual: 11 % con menos de C\$ 1,000, 64 % entre C\$ 1,000.00 - C\$ 3,000 y 25 % con más de C\$ 3,000.00 córdobas. • 38 % sin estudios, 58 % primaria y 4 % secundaria. 	Entrevista semiestructurada	2018	2017
Cuidados profes.	Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña (2018)	Estudio cualitativo integrando indicadores cuantitativos	Experiencias de mujeres con partos o cesáreas en el sistema de salud	20 entrevistas proporcionadas por mujeres con experiencias de parto y cesárea.	<ul style="list-style-type: none"> • Residentes en comunidades rurales de la región del Pacífico. • 38 % primaria, 43 % secundaria, 19 % formación técnica o universitaria. • Al momento de realizar el estudio, 10 % contaba con entre 15 y 19 años, 35 % con entre 20 y 25, 45 % con entre 26 y 35 y el 10 % con entre 35 y 40 años. • 65 % tenía más de una experiencia de parto/cesárea. 	Entrevista semiestructurada	2018	2014-2018

Fuente: elaboración propia.

Anexo E. Relación de los hallazgos de VO en Rodrigues Ribeiro (2018) con estudios previos basados en las experiencias de las mujeres en Nicaragua y publicados a partir del 2010

GRUPOS POBLACIONALES ESTUDIADOS	INIDE y MINSA (2014)	Kolodin <i>et al.</i> (2015)	Chow Mairena (2019)	Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña (2018)	Rodrigues Ribeiro (2018)
	Mujeres con partos domiciliarios a nivel nacional	Mujeres indígenas y mestizas, comunidades rurales, RACCN	Mujeres con partos domiciliarios, comunidades rurales, RACCS	Partos institucionalizados, comunidades rurales, región Pacífico	Partos institucionalizados, zona urbana, región Pacífico
VIOLENCIAS SEÑALADAS POR LAS MUJERES					
VIOLENCIAS NO OBSTÉTRICAS CON IMPACTOS SOBRE LA SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS					
Violencia de género en el ámbito de la pareja		X	X		
Discriminación racial		X			
VIOLENCIA OBSTÉTRICA IMPLÍCITA AL MODELO DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO					
Ausencia generalizada de consentimiento informado				X	X
Limitaciones a la agencia de las mujeres	X	X	X	X	X
Asimetría de poder	X	X	X	X	X
Intervencionismo obstétrico ^a	X	X	X	X	X
Prácticas sin MBE ^b				X	X
Quiebre red social por restricción al acompañamiento familiar/comunitario		X		X	X
Restricción de la movilidad	X		X	X	X
Pobre calidad relacional de los cuidados profesionales		X		X	X
VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE ORIGEN ESTRUCTURAL					
Déficit de conocimientos para el autocuidado		X		X	X
Barreras lingüísticas		X			
Infraestructura vial deficitaria	X	X	X		
Carencia de medios económicos	X	X	X		
Sistema de salud deficitario	X	X	X	X ^e	
VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE ORIGEN SIMBÓLICO					
Construcción social del par <i>normal/patológico</i>				X	
Estereotipos de género ^c				X	X
VIOLENCIA OBSTÉTRICA DIRECTA					
VIOLENCIA VERBAL					
Burlas, sarcasmo, insultos y amenazas		X	X	X	
VIOLENCIA EMOCIONAL					

Censura al comportamiento durante el parto				X	
Juicios a la sexualidad de las mujeres				X	
Abandono				X	X
Demoras injustificadas	X	X		X	
Desprecio a las voces de las mujeres				X	X
Tortura: negación injustificada contacto precoz madre-bebé				X	X
VIOLENCIA FÍSICA					
Restricción ingesta líquidos				X	X
Agresividad en la práctica de los procedimientos				X	X
Tactos traumáticos (reiterados/dolorosos/realizados por varias personas)				X	X
Tortura: cirugías sin anestesia o con anestesia insuficiente				X	
IMPACTOS					
SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS MUJERES AFECTADAS					
Desgarros perianales				X	
Stress psicológico				X	X
Trauma psicológico (rechazo al epcp)				X	X
Cesáreas y episiotomías no consentidas				X	X
Experiencia de parto negativa					X
Ambivalencia				X	X
SISTEMA DE GÉNERO^d					
Construcción social del género				X	X
Normalización del maltrato en atención durante el epcp				X	X
Patologización del parto				X	X
Exclusión social en salud	X	X	X		
Fortalecimiento del paradigma tecnocrático				X	X
Relaciones de poder asimétricas	X	X	X	X	X
SALUD PÚBLICA					
Sobreutilización de cesáreas				X	X
Déficit calidad cuidados profesionales	X	X	X	X	X
Morbilidad materna				X	X
Mortalidad materna y perinatal	X	X	X		
Barreras en el acceso a cuidados profesionales	X	X	X		

Notas:(a) Intervencionismo obstétrico: prácticas rutinarias de administración de oxitocina sintética, rotura de membranas y episiotomía; (b) Prácticas sin MBE: Kristeller, episiotomía rutinaria, rasurado y enema; (c) Estereotipos de género: genitales femeninos contaminantes e infantilización de la mujer; (d) Considero probable que los impactos sobre el sistema de género sean mayores cuanto mayor fue la ambivalencia de las mujeres con respecto a sus experiencias de parto o cesárea; (e) en este caso, los déficits en el sistema de salud no fueron señalados por las mujeres participantes en el estudio, sino por el personal de salud, quien relacionó la débil calidad relacional de los cuidados con la sobrecarga de trabajo (Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña, 2018, p. 90). Fuente: elaboración propia en base a Chow Mairena (2019), INIDE y MINSA (2014), Kolodin et al. (2015), Reyes Mercado & Rodríguez Bendaña (2018) y Rodrigues Ribeiro (2018).

Anexo F. Síntesis de los impactos de las cesáreas innecesarias sobre la salud de las mujeres y las criaturas

La subutilización y sobreutilización de la cesárea incrementan la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Para las mujeres, las cesáreas innecesarias generan 3.7 veces más mortalidad materna en relación al parto (13.3 frente a 3.6 muertes maternas por cada 100,000 criaturas nacidas vivas) y tres veces más MMG (2.7 % frente a 0.9 % en parto planificado), siendo mayores estos riesgos en entornos de escasos recursos. Los riesgos son mayores para la cesárea de emergencia frente a la planificada, y para la cesárea iterativa planificada en comparación con el parto después de cesárea. La cesárea aumenta el riesgo de morbimortalidad en embarazos futuros (Benton *et al.*, 2019; ACOG *et al.*, 2014; Goer & Jukelevics, 2010; Lindquist *et al.*, 2017; Sandall *et al.*, 2018).

Para las criaturas, las cesáreas innecesarias generan a corto plazo un riesgo por morbilidad respiratoria 4.0 veces más alta que el parto, un riesgo de laceración que oscila entre el 1 % y el 2 % (0 % en el parto) y un riesgo de requerir cuidados intensivos 2.2 veces más alta, mientras que en el parto el riesgo por distocia de hombros oscila entre el 1 % y el 2 % (0 % en la cesárea) (ACOG *et al.*, 2014; NICE, 2019).

La privación del parto y el nacimiento por cesárea produce desarrollo inmunológico alterado, alergia, atopia, asma y diversidad microbiana intestinal reducida. Los estudios muestran que nacer por cesárea se asocia con síndrome metabólico en la infancia (Sandall *et al.*, 2018; Tita *et al.*, 2009).

A su vez, se ha observado que la práctica de cesárea por *estado fetal no tranquilizador* no previene el daño neurológico en las criaturas (Ayres-de-Campos *et al.*, 2015; E. M. Graham *et al.*, 2006; K. B. Nelson *et al.*, 2016; Sartwelle *et al.*, 2017).

Se siguen estudiando los riesgos de la cesárea innecesaria y la privación del parto para las criaturas a medio y largo plazo, dado que hay indicios de que la privación del parto incide negativamente en el desarrollo cognitivo infantil (Blazkova *et al.*, 2020; Curran, O'Neill *et al.*, 2015; Curran *et al.*, 2016; T *et al.*, 2019).

Anexo G. Tendencias mundiales en mortalidad y morbilidad materna y perinatal, 1990-actualidad

Los datos muestran una tendencia creciente en desigualdad en salud materna entre países y grupos poblacionales desde los noventa (W. Graham *et al.*, 2016). En los países que acumulan el 95 % de la mortalidad materna a nivel mundial:

- El incremento en la cobertura de emergencias obstétricas no redujo la mortalidad materna en la medida esperada al persistir desigualdades masivas en la cobertura de intervenciones que atañen a los DSR, como la anticoncepción, planificación familiar y atención cualificada en el epcp (Requejo *et al.*, 2015).
- Cuando las intervenciones están disponibles, se producen retrasos y carencias en su implementación, los que producen mortalidad y morbilidad materna y neonatal (Souza *et al.*, 2013).
- En estos países, los cuidados a los que tienen acceso los grupos poblacionales subalternizados dentro de los sistemas de salud se caracterizan por presentar carencias importantes, como falta de suministros, mecanismos de referencia deficitarios y escasa dotación de personal capacitado (Requejo *et al.*, 2015).
- La discriminación que experimentan las mujeres y las barreras a su autonomía imposibilitan el ejercicio efectivo de sus DSR e impide el acceso de las mujeres a cuidados de calidad durante el epcp (Kuruvilla *et al.*, 2014; Requejo *et al.*, 2015).

Los datos de morbilidad materna indican un sufrimiento generalizado de las mujeres en la atención durante el parto y disparidades regionales importantes (W. Graham *et al.*, 2016; Hardee *et al.*, 2012).

Se desconoce relativamente la prevalencia de morbilidad materna a nivel poblacional, lo que se explica por la prominencia de un enfoque de investigación en salud sexual y reproductiva centrado en los factores de riesgo, y no en la experiencia del epcp o en sus impactos sociales y económicos en el ámbito familiar y comunitario (Filippi *et al.*, 2018; Fortney & J. B. Smith, 1999).

Es preciso mejorar la identificación temprana y el manejo oportuno de las infecciones directas (obstétricas) e indirectas (no obstétricas) mediante la implementación de prácticas efectivas *basadas en evidencia* (GLOSS Research Group, 2020).

Las voces de las mujeres que han experimentado MMG —las supervivientes— apenas figuran en investigación. Menos aún desde una perspectiva cualitativa y biopsicosocial que trascienda la mirada biologicista y positivista, capaz de problematizar los determinantes políticos, sociales y culturales que producen la mortalidad materna (Rangel-Flores & Martínez-Ledezma, 2017b).

Anexo H. Tendencias mundiales en la práctica de cesáreas

La cesárea es subutilizada en África Occidental y Central (tasa del 4.1 %) y en África Oriental y del Sur (6.2 %), y sobreutilizada en todas las demás regiones, alcanzando América Latina y el Caribe la tasa más alta (44.3 %) (Boerma *et al.*, 2018).

A nivel global, la tasa de cesáreas alcanzó el 21.1 % de los nacimientos en 2015, excediendo en 6.1 p.p. la tasa máxima objetivo que minimiza la mortalidad y morbilidad materna y perinatal (Boerma *et al.*, 2018).

La variabilidad en la tasa de cesáreas a nivel interregional, a nivel de país, a nivel subnacional y en base a las características socioeconómicas de las mujeres, indica que estas tasas no tienen prácticamente nada que ver con la MBE (Visser *et al.*, 2018).

Las regiones que presentaban sobreutilización de cesáreas en 2000, continuaron incrementando su tasa de cesáreas intrainstitucional. Las regiones donde era subutilizada, continúan presentando subutilización y su tasa intrainstitucional apenas creció, o incluso se redujo (Boerma *et al.*, 2018).

Los incentivos económicos perversos monetarios y no monetarios son un factor causal de la sobreutilización de la cesárea (Boerma *et al.*, 2018; Visser *et al.*, 2018). Se puede enmarcar por tanto esta problemática dentro del conflicto capital-vida, característico del sistema económico capitalista neoliberal vigente.

En los países con sobreutilización de cesáreas, la práctica de la cirugía aumenta cuando la fecundidad poblacional baja (Boerma *et al.*, 2018). Este hallazgo señala la necesidad de contemplar el empleo de la cesárea como un elemento integrado en el dispositivo de la sexualidad.

En países PIMB con subutilización de cesáreas a nivel poblacional, la subutilización en los quintiles de ingresos más pobres, coexiste con la sobreutilización en los quintiles más ricos, generando morbilidad y mortalidad diferenciada por quintil de ingresos (Boerma *et al.*, 2018) (Tabla 3).