

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 clitoridotomía, 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 Organización de 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 subalteridad 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 fístula 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 las 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 morbimortalidad 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 clitoridotomía 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 morbimortalidad 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 morbimortalidad 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: generizan en Occidente al practicarse como episiotomías sobre las mujeres gestantes, y en Oriente medio y África al practicarse como clitoridotomía, 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.figo.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, MariaCaterina (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.reduii.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.