

X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 2019.

# De cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso.

Michelle Sadler.

Cita:

Michelle Sadler (2019). *De cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso*. X Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/x.congreso.chileno.de.antropologia/59>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/edE8/sHv>

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

## **De cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso**

Michelle Sadler<sup>96</sup>

**Resumen:** La ponencia presenta resultados del Proyecto FONIS SA13I20259 “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea”. A la luz de los enfoques de *embodiment* o *corporeización*, se habla de cuerpos vividos en el nacimiento en una propuesta por superar la dicotomía cuerpo-emociones presente en la atención tecnocrática del nacimiento, a la luz de las experiencias de parto de mujeres chilenas residentes en la Región Metropolitana que participaron del estudio mencionado. Se presentan dos experiencias de parto para ejemplificar cómo opera la culpa como mecanismo legitimador de las intervenciones obstétricas injustificadas. Se plantea que ante la amenaza que vive el modelo tecnocrático de atención de nacimiento de perder hegemonía, se potencian mecanismos que buscan mantener dicha hegemonía, uno de los cuales sería la transferencia de responsabilidad desde los profesionales de atención de salud hacia las mujeres de actuar (o no actuar) de forma tal de que hacen necesarias las intervenciones obstétricas, y la consecuente internalización de la culpa en las mujeres usuarias.

**Palabras clave:** Parto, Embodiment, Medicalización, Culpa

### **Antecedentes**

En 2016, un grupo de expertos participantes en la Serie de Salud Materna del *Lancet*, plantearon que en el continuum de cuidado -agrego biomédico- de salud materna nos enfrentamos en el mundo a dos situaciones extremas: la de muy poco, muy tarde [too little, too soon]; y de mucho, muy pronto [too much, too soon]. La primera describe situaciones de recursos insuficientes y

---

<sup>96</sup> Departamento de Historia y Ciencias Sociales, Facultad de Artes Liberales, Universidad Adolfo Ibáñez. Correo electrónico: michelle.sadler@uai.cl.

contextos de alta morbilidad materna, mientras la segunda describe la sobre-medicalización del embarazo y parto, con uso excesivo y rutinario de intervenciones obstétricas que causan daño en la salud, costos excesivos para los sistemas de salud, y que se asocia habitualmente al abuso y falta de respeto de las mujeres usuarias (Miller et al., 2016). Los países de ingresos medios y altos se asocian cada vez a esta última situación, especialmente en aquellos contextos en los que el parto es atendido en instituciones de salud.

El problema de la sobre-medicalización de la atención del nacimiento ha sido una preocupación confesa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1985, con la publicación de las *Recomendaciones para la Apropiaada Tecnología del Nacimiento, Declaración de Fortaleza* (1985). Junto con un llamado a usar la tecnología obstétrica con cautela y sólo para aquellos casos necesarios, esta declaración puso énfasis en que la mujer tiene un rol central en todos los aspectos de la atención, incluyendo la participación en el planeamiento, desarrollo y evaluación de la atención; y que los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e implementación de una apropiada atención (OMS, 1985). Desde entonces ha ido creciendo un movimiento de salud pública que busca, por un lado, disminuir las intervenciones obstétricas innecesarias; y por otro, centrar la atención en las necesidades y experiencias de las mujeres usuarias y sus familias. Con respecto a las intervenciones obstétricas excesivas, un cuerpo creciente de literatura plantea que la tecnología obstétrica debe usarse con criterio y restricción debido a los efectos iatrogénicos de dichas intervenciones en la salud materna y neonatal (Dahlen et al. 2013; Peters et al. 2018; Keag, Norman & Stock, 2018), poniendo al parto "normal" en la agenda de salud para el siglo 21. La misma cautela con el uso de la tecnología obstétrica plantea el documento de recomendaciones para la atención del nacimiento más reciente de la OMS titulado *Cuidados Intraparto para una Experiencia Positiva de Parto*. De la mano con insistir en usar la tecnología discretamente, este documento pone el énfasis en la experiencia positiva del parto, definiéndola como aquella que cumple o supera las creencias y expectativas socioculturales y personales previas de la mujer, incluyendo dar a luz a un bebé sano en un ambiente seguro tanto clínica como psicológicamente con cuidado práctico y emocional de parte de un acompañante amoroso y staff clínico técnicamente competente (OMS, 2018). El documento va más allá de la supervivencia de la madre y el bebé --que ha sido el gran foco de las organizaciones de salud durante las últimas décadas-- para enfatizar la importancia de que los mismos prosperen y alcancen su máximo potencial en la salud y la vida. Es por esto que reconoce la excesiva medicalización del proceso de gestación, parto y nacimiento como una práctica grave que tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta de forma negativa su experiencia de parto.

Este problema presenta ribetes dramáticos en América Latina y el Caribe, lo cual queda en evidencia al ser la región con más nacimientos por cesárea del mundo, de un 44.3% en 2015 (Boerma et al., 2018). Chile supera el promedio regional: la tasa de cesárea más citada es la que ha dado la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, que informó una tasa estimada del 46% de los nacimientos por cesárea en Chile en 2015 (OCDE, 2017). Sin embargo, un informe nacional muestra una tasa aún mayor, del 50% para el mismo año -40.9% en salud pública y 69% en salud privada- (INDH, 2016). En 2015, el 99.68% de los nacimientos en Chile fueron atendidos por profesionales de la salud en instituciones de salud -hospitales o clínicas- (INE, 2017), sin alternativas oficiales o reguladas de atención extrahospitalaria. Las intervenciones de rutina

durante el parto son muy altas, como lo demuestran dos estudios. Los estudios de Binfa et al. (2016) y del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile (2018) muestran indicadores similares para el período 2010-2014: entre el 81,5% y el 84% de las mujeres fueron privadas de alimentación durante el parto; las tasas de episiotomía estuvieron entre 56.4% y 58.3%; la ruptura artificial de membranas se reportó en un 48.4% a 59.1% de los partos; el alivio farmacológico del dolor entre el 66.2% y el 71.7%; y los nacimientos en posición de litotomía entre el 79.7% y 80.7%. Estos resultados revelan una cultura de nacimiento altamente medicalizada, que no ha incorporado las recomendaciones internacionales ni nacionales sobre atención del parto.

Desde los años 2007-2008, en el país se impulsa un modelo de parto *personalizado* a partir de directrices del Sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo y del “Manual de Atención personalizada en el Proceso Reproductivo” (MINSAL, 2008). Por *personalizado* nos referimos a aquel modelo en el cual se evitan las intervenciones obstétricas de rutina y se atiende cada caso según sus particularidades, y en el cual las usuarias tienen una mayor participación (MINSAL, 2008). En el mundo este modelo se ha denominado *humanizado*, *integral*, y también *respetado*, sin embargo, privilegiaremos a lo largo de este trabajo el concepto *personalizado* debido a que es el que han adoptado las políticas públicas y programas de salud en Chile. Este modelo contrasta con el que llamaremos modelo *tecnocrático*, reflejando los valores centrales de las sociedades occidentales modernas, a saber: una fuerte orientación hacia la ciencia, alta tecnología, beneficio económico, e instituciones gobernadas por un poder patriarcal (Davis-Floyd, 2001). En la atención de nacimientos esto se traduce en un excesivo uso de tecnología y confianza en ella como fuente de conocimiento autorizado, en la primacía de intereses económicos, y organización jerárquica del cuidado donde el personal médico detenta la autoridad.

Al observar los indicadores generales de atención obstétrica y estudios disponibles en el país apreciamos un panorama desalentador: aparentemente las políticas no han tenido gran impacto y el modelo de atención tecnocrático prima. El estudio de Binfa y colegas (2016) concluye que las mujeres no están recibiendo un cuidado basado en la evidencia.

En este contexto altamente medicalizado se hace relevante indagar en cómo las mujeres viven e interpretan las trayectorias de atención obstétrica, y en qué medida integran o resisten los constructos de la biomedicina tecnocrática en sus propias experiencias de parto. Para dicho análisis resulta central incorporar aportes de los estudios sociales sobre el cuerpo, que lo sitúan al centro del interés social, y visibilizan los intereses y condiciones o estructuras sociales que buscan asegurar la jurisdicción sobre el cuerpo y regular su comportamiento. Estos aportes dan forma al paradigma de corte fenomenológico conocido como *embodiment* o *corporalización*, el cual enfatiza el proceso y la contingencia, y ofrece una comprensión dinámica y compleja de los seres humanos como inseparables de su expresión física (Lock & Farquhar, 2007), superando la idea de que lo social se inscribe en el cuerpo para “hablar de lo corporal como auténtico campo de la cultura [...] y subrayar su dimensión potencial, intencional, intersubjetiva, activa y relacional” (Esteban 2004, p.21). Por *embodiment*, Csordas (1998) alude a la perspectiva de ser/estar en el mundo, ya que posibilita hablar de una experiencia vivida, permitiendo captar el sentido de la existencia inmediata, es decir, como presencia temporal e histórica y con un depósito de significados.

## Metodología

La presente ponencia emana del proyecto “Percepciones y prácticas sobre la operación cesárea: estudio exploratorio en salud pública y privada para la elaboración de recomendaciones que contribuyan a la disminución de la tasa de cesárea en Chile” (2014-2015), financiado por el Fondo Nacional Chileno de Investigación y Desarrollo en Salud (Proyecto FONIS SA13I20259). El objetivo general del proyecto fue el de explorar las percepciones y prácticas en torno a la operación cesárea en mujeres gestantes y hasta un año tras el nacimiento de sus hijos/as, matronas(es) y obstetras de los sistemas de salud público y privado de la Región Metropolitana. El estudio utilizó metodología mixta: se aplicó una encuesta a mujeres que hubieran vivido al menos una cesárea en los últimos 10 años en los sistemas de salud público y privado; se realizaron 45 entrevistas semi-estructuradas y 4 grupos de discusión.

La estrategia de selección de casos utilizada en el estudio fue el muestreo por conveniencia, que, como indica su nombre, alude a la selección de casos que más convienen a la investigación. En el marco de dicho muestreo, se privilegió una selección de casos: a) oportunista, es decir, la muestra se fue escogiendo según la disponibilidad de casos y siguiendo los temas nuevos que fueron emergiendo durante la investigación, sacando ventaja de lo inesperado y enfatizando lo inductivo (Miles & Huberman, 1994); y b) de máxima variación, que tiene como propósito capturar y describir los temas centrales o las principales características que tipifican una realidad humana relativamente estable (Sandoval, 1996). En este sentido, se incluyeron mujeres y profesionales de salud que tuvieran desde una clara preferencia por la cesárea hasta una clara preferencia por el parto vaginal. A medida que se fueron reclutando casos y realizando entrevistas, se fue intencionado la selección de nuevos casos según la heterogeneidad de perfiles y experiencias (de gestación y parto en caso de las mujeres; de atención de parto en caso de los profesionales) que se presentaran. Todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas textualmente para la realización del análisis narrativo de contenido. Con respecto a las consideraciones éticas del estudio, se contó con la aprobación de los Comités de Ética de los Servicios de Salud Metropolitano Norte y Sur-Oriente. En el proceso de investigación se aplicaron documentos de consentimiento informado que todas las participantes revisaron y firmaron.

En este trabajo se desarrollan brevemente dos experiencias de parto de mujeres (entrevistas realizadas hasta un año tras el nacimiento de sus hijos), una en salud privada y otra en pública, y se analizan los casos a la luz de los testimonios de todas las mujeres y profesionales de atención de salud del estudio.

## Resultados

En un capítulo reciente (Sadler, 2018) analizamos cuatro de las experiencias de parto de mujeres entrevistada en el marco del proyecto FONIS recién descrito, mujeres a quienes llamamos Rosa, Macarena, Alicia y Olga. El nombre de esta ponencia toma el título de ese capítulo -“del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso”-, aludiendo a una diversidad de formas de vivir el proceso de nacimiento de sus hijos e hijas. En Rosa, el temor a los riesgos del parto vaginal la lleva

a solicitar una cesárea, mientras que Macarena, Alicia y Olga anhelan un parto vaginal. Macarena invierte la percepción de riesgo con respecto a Rosa, considerando la cesárea más riesgosa y el parto vaginal como *lo más natural*, y como *debiese ser*. Alicia, por su parte, también menciona que desea un parto *lo más natural posible*, y consideraba importante que sus hijos vivieran la *experiencia del canal de parto*, vinculada con *abrirse el camino* en la vida. Olga, con el mismo deseo de Alicia de un parto lo menos intervenido posible, vive una primera experiencia de parto vaginal con muchas intervenciones, lo que la lleva a optar por un segundo parto en casa donde pueda vivir su *convicción* de que su *cuerpo podía parir* por sí mismo.

Desarrollaremos a continuación parte del caso de Alicia y agregaremos la experiencia de parto de Mónica, dos casos que nos interesan para profundizar en una dimensión que nos parece de gran relevancia para analizar las formas en que la medicalización opera: la transferencia de responsabilidad desde el personal de salud hacia las mujeres, que algunas mujeres internalizan como culpa, mientras otras la resisten y rebaten.

En el caso de Alicia, atendida en salud privada, en su segundo parto es el personal médico que le insiste en la necesidad de una inducción, de la cual ella dudaba debido a que no había cumplido las 40 semanas de gestación. Se había instalado ya la posibilidad de una cesárea debido a que en la ecografía de los ocho meses aparecía una doble circular al cuello: si bien el ecografista le manifestó que no había motivo de preocupación, fue su obstetra quien se mostró inquieto y adelantó la opción de la cesárea. Alicia relata que

*lo que está en juego es la vida de tu hija y me sentí como súper desempoderada, como decir bueno me entrego, tengo que confiar en alguien, confiaré en mi equipo, pero también estoy viendo que están siendo absolutamente exagerados (...) igual me sentía bien a la deriva y también como se instaló esta cesárea yo entendía que iba a ser totalmente innecesaria, tenía esa sensación, sentía esa tensión.*

El médico propuso programar una inducción de parto para la semana 37, pero frente a la insistencia de Alicia la fueron posponiendo hasta la semana 39, cuando ya no le dieron otra opción más que la de inducir el parto. Realizaron una inducción ocitócica, luego administraron anestesia epidural, y más tarde realizaron rotura artificial de membranas mientras continuaban administrándole ocitocina. En el proceso de Alicia, como ella misma explica, el equipo médico había decidido que le iba a practicar la cascada de intervenciones obstétricas a pesar de la solicitud de ella de que, en lo posible, no se interviniera. La dilatación fue ocurriendo de forma muy lenta, y Alicia relata que la matrona

*empezó con un discurso a culparme a mí de por qué no había, por qué yo no me estaba dilatando, entonces fue como un proceso de culpabilización bien heavy (...) en todas las horas, el cansancio, todo tipo de emocionalidad, empezó con esta onda de que tú no estás soltando la guagua, no estás permitiendo que esta guagua salga, y yo pensé y tú pelota estás obligando a esta guagua que nazca y la estás obligando a salir, la guagua no estaba lista para nacer, no estaba lista, pero en un minuto esto se transformó en un tema mío, y que yo la retenía (...) Entonces todo este escenario se empezó a transformar en que yo tenía un tema con el control, empezó a cambiar de responsabilidad y de repente nos encontramos*

*con que la responsabilidad era mía por mi exceso de control, de no soltar, y este cuerpo mío que retiene.*

El médico insistía en que Alicia no lo iba a lograr,

*ahí ya me cayó como todo el cansancio, toda la tensión y caí en un llanto absoluto (...) y me dice **hemos llegado a esta situación en que hemos hecho todos los intentos, lo más sano para esta guagua es una cesárea, y yo le dije no, yo no quiero una cesárea.***

La matrona le pidió más tiempo al doctor, administró más ocitocina artificial y el trabajo de parto empezó a progresar más rápidamente, hasta que su hija nació por parto vaginal. En este caso, el cuerpo de Alicia *que retiene* se transforma en el responsable de que el trabajo de parto no progrese, lo cual para Alicia corresponde a una contradicción absoluta, pues se la llevó a aceptar el inicio artificial del trabajo de parto, es decir, fue el equipo médico el que produjo la situación a la que llegaron.

Vamos ahora a un caso en que la protagonista sí se siente culpable. Mónica tuvo a su primer hijo a los 28 años, atendiendo su embarazo en salud pública. Durante los controles gestacionales había planteado a los profesionales de salud que la atendían su deseo de tener un parto sin anestesia, a lo que le habían respondido que era muy riesgoso, que “se podía cansar y al momento de pujar no tener la fuerza necesaria para hacerlo”; la ginecóloga incluso le había recomendado la inducción artificial por ser primeriza,

*ya que disminuía los riesgos y la incertidumbre; me dijo que programando el parto iba a tener más descanso porque no iba a ser tan agotador y me dijo **queremos que tú estés íntegra cuando nazca tu hija para que le puedas dar de mamar entonces esto te va a cortar el sufrimiento, el cansancio, el agotamiento y todo eso. Según ella era mucho más seguro que dejarlo al azar.***

A las 40 semanas le sugieren la inducción y ella acepta. Tras ingresar al hospital le hacen un tacto que describe como asqueroso, doloroso y humillante. Tras unas cuatro horas desde la admisión, Mónica describe que las matronas “como que se miraron y se dieron el visto bueno y ahí empezó una a abrir y me metió la mano súper fuerte súper adentro (...) y a mí me dolía.” Preguntó qué había pasado y le dijeron que la bolsa se había roto; ella preguntó si se la habían roto ellas a lo que respondieron: “estamos ayudando para que se apure porque no estás progresando rápido”. Se sintió humillada: “me sentí súper mal, pero no tanto de dolor lloré, sino que por lo que había pasado (...) me sentí asquerosa y pasada a llevar, penca. Me puse a llorar hartito me acuerdo.” Intentaron ponerle dos veces la epidural y “no me tomaba la anestesia.” Tras el tercer intento sintió que hizo efecto, bajó el dolor y logró descansar y dormir un rato. Despertó cuando una profesional de salud pasó a chequear el monitor

*yo lo único que supe fue que entró, vio el monitor y dijo ah, era lo que yo sospechaba, y llamó afuera y llegaron como cinco personas gritando: **¡Urgencia, urgencia!** La chica me dijo **voy a poner mi mano en tu vagina porque a la guagüita se le está aplastando el cordón con la cabecita y ahí no llega mucho oxígeno, así que te vamos a llevar a urgencia.***

Mónica recuerda su camilla avanzando velozmente por el pasillo, el personal de salud corriendo a su lado y a la matrona con la mano dentro de su vagina. Le pusieron una máscara y se durmió. Relata: “desperté dos horas después con una enfermera con mi hija en brazos”. Luego se enteró de que lo que ocurrió fue un prolapso de cordón, que

*el cordón se salió junto con su cabecita y se le estaba aplastando y eso le impide que le llegue oxígeno entonces tienen que hacer la cesárea de urgencia. (...) Después yo informándome del prolapso del cordón leí que hay factores comunes como por ejemplo la rotura de bolsa intencional porque el líquido ahí sale a través de una punción y se expulsa el líquido; entonces como es tan violento el líquido arrastra al cordón también.*

Se enteró por el relato de su pareja que tras la cesárea sufrió una reacción alérgica (no supieron a qué) y un paro cardíaco, y tuvieron que inyectarle adrenalina y reanimarla. Tras explicarle lo sucedido tras la cesárea, la ginecóloga le dijo “lo importante es que estás bien tú y tu guaguüita”. Mónica dice haber sentido mucha rabia, pues no relevaban todo lo que había vivido y sufrido durante la atención.

*Yo en ese momento no tenía idea que el prolapso de cordón y la rotura de bolsa tenían que ver; me dio rabia el hecho de que para justificar la inducción todos me decían que iba a ser para mejor, para mayor tranquilidad, para menos sorpresas; y fue para peor, yo encuentro que fue mucho peor. (...)*

Y aparece la culpa. Algunos meses tras el parto, a Mónica le han diagnosticado una depresión postparto, está tomando medicamentos antidepresivos y en su relato aparece varias veces la palabra culpa:

*siempre aparece ahora el por qué, por qué accedí, por qué lo hice, por qué no seguí el instinto, por qué no le di más tiempo a mi hija para que se sintiera más preparada para salir, por qué les hice caso, por qué me sentí tan presionada... siento que a lo mejor esto va a tener repercusiones psicológicas en su vida, no sé, no sé... me siento culpable. Es que debería haberme informado, debería haberlo hecho, las mamás se supone que tienen que informarse; yo hice como el protocolo de qué era lo que pasaba semana a semana y al parto yo sabía que tenía que ir no más y parir, pujar y parir.*

En ambos casos nos encontramos ante inducciones artificiales que las mujeres consideran haber sido injustificadas. En el caso de Alicia, en la amenaza constante de practicarle una cesárea la matrona explícitamente la culpa de estar reteniendo a su hija; culpa que Alicia no asume. A pesar de resistirse a la transferencia de responsabilidad por lo que está ocurriendo, Alicia se siente incapacitada de actuar en contra del sistema:

*En el momento del parto entras en la máquina de salchichas del sistema medicalizado y del protocolo, no sales de ahí (...) Yo me sentí con la sensación de incapacidad propia de enfrentarme al sistema, porque en el fondo también lo que está entre medio es la vida de la guagua, y ellos hablan desde una autoridad absoluta, te lo ponen así.*

Aquella incapacidad que Alicia relata de enfrentarse al sistema, Mónica la internaliza como culpa. Se siente culpable de no haber dudado, de no haberse informado más, de haber aceptado



la insistencia médica de realizar una inducción artificial. En ambas está el reconocimiento de los excesos de la medicalización, de la intervención obstétrica excesiva, del poder médico que se impone sobre sus propias sensaciones, emociones, o *instinto*, como lo llama Mónica.

## Conclusiones

Los dos casos presentados son parte de un corpus de cientos de testimonios que hemos analizado en el marco del estudio FONIS descrito y de otros estudios en el país, que nos permiten situar la culpa como un poderoso mecanismo que opera en la atención del parto como legitimador de los excesos y abusos obstétricos. Los profesionales de atención de salud en muchos casos se escudan transfiriendo a las mujeres la responsabilidad de actuar (o no actuar) de forma tal de que hacen necesarias las intervenciones obstétricas. Esto se hace más patente en testimonios de los años recientes, mientras se va instalado el modelo personalizado de atención del nacimiento y hay mayor demanda del mismo y conciencia usuaria de sus beneficios. El supuesto que subyace a este hallazgo, entonces, es que ante la amenaza que vive el modelo tecnocrático de atención de nacimiento de perder hegemonía, se potencian mecanismos que buscan mantener dicha hegemonía, uno de los cuales sería esta transferencia de responsabilidad. Por ejemplo, los inadecuados “estilos de vida” de las usuarias (que las llevan a mayor prevalencia de patologías que justifican las intervenciones) o sus decisiones en torno a la reproducción (retardo de la maternidad), serían responsables de muchas intervenciones. Por otra parte, la desinformación o incluso ignorancia de las mujeres con respecto a los beneficios del parto personalizado serían otro factor relevante. Como ejemplo, al preguntar a un obstetra por las razones que identifica para el exceso de intervenciones obstétricas en nuestro país, responde: “El primer punto es la mala calidad de los médicos que atienden a esas mujeres, y la segunda es la tontería de la mujer, la incapacidad intelectual y cultural de distinguir lo que es buena de mala medicina, porque no tienen los elementos de juicio ni la inteligencia necesaria para discernir”. Mónica encarna esta sentencia; su culpa es la de no haberse informado más, la de no haber dudado de la recomendación médica.

Si bien no hemos profundizado en las formas complejas que toma la transferencia de responsabilidad desde profesionales de atención de salud hacia las usuarias y en el rol de la culpa como mecanismo que legitima y perpetúa la medicalización injustificada del parto, planteamos que juegan un rol central en la persistencia del modelo tecnocrático. Esta transferencia escuda a los practicantes biomédicos y sitúa de diversas formas en las mujeres la responsabilidad por falencias estructurales del sistema.

## Referencias bibliográficas

- Binfa L, Pantoja L, Ortiz J, Gurovich M, Cavada G. (2016).** Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, (35), 53-61.
- Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY et al. (2018).** Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections. *Lancet*, (392), 1341-1348.
- Csordas, T. (1998).** Embodiment as a Paradigm for Anthropology, *Ethos*, 8(1), 5-49.
- Dahlen, Hannah et al. (2013).** The EPIIC hypothesis: Intrapartum effects on the neonatal epigenome and consequent health outcomes. *Med Hypothes*, 80(5), 656-662.
- Davis-Floyd, R. (2001).** The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, (75), 5-23.
- Esteban, M. (2004).** *Antropología del cuerpo: género, itinerarios corporales, identidad y cambio*. Barcelona, España: Bellaterra.
- INDH, Instituto Nacional de Derechos Humanos, Chile. (2016).** Situación de los derechos humanos en Chile: Informe Anual 2016. Santiago, Chile: INDH.
- INE, Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2017).** Anuario de estadísticas vitales 2015. Santiago, Chile: INE.
- Keag OE, Norman JE, Stock SJ. (2018).** Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 15 (1), e1002494.
- Lock, M. y Farquhar, J. (2007).** *Beyond the Body Proper: Reading the Anthropology of Material Life*. Durham: Duke University Press.
- Miles, M y Huberman M. (1994).** Data management and analysis methods, en *Handbook of Qualitative research*, eds. Norman Denzin e Yvonna Lincoln. Londres: Sage, 428-44.
- Miller, S. Abalos, E, Chamillard M. et al. (2016).** Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet*, 388 (10056), 2172-2192. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31472-6
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2008).** *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. Santiago, Chile: Ministerio de Salud.
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile. (2018).** *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. Santiago, Chile: OVO Chile.
- OMS, Organización Mundial de la Salud. (1985).** Appropriate Technology for Birth. *Lancet*, (2),436-437.
- \_\_\_\_\_(2018). *Cuidados Intraparto para una Experiencia Positiva de Parto*. OMS.
- OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. (2017).** *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. París, Francia: OECD Publishing.
- Peters LL, Thornton C, de Jonge A et al. (2018).** The effect of medical and operative birth interventions on child health outcomes in the first 28 days and up to 5 years of age: A linked data population-based cohort study. *Birth*, (00), 1-11.

**Sadler, M. (2018).** Cuerpos vividos en el nacimiento: del cuerpo muerto de miedo al cuerpo gozoso. En Cordero Fernández M., Moscoso-Flores P. y Viu A. (eds.). *Rastros y Gestos de las Emociones; Desbordes Disciplinarios* (pp. 199 -245). Santiago, Chile: Cuarto Propio.

**Sandoval, E. (1996).** La formulación y el diseño de los procesos de investigación social cualitativos, en *Investigación cualitativa*, ed. Enrique Sandoval. Bogotá, Colombia: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior.