

# Nombrando la episiotomía de rutina por lo que es: mutilación genital femenina. Aportes conceptuales desde experiencias de parto en Chile

*Naming routine episiotomy for what it is: female genital mutilation. Conceptual contributions from childbirth experiences in Chile*

Michelle Sadler

## RESUMEN

Durante el siglo XX, la episiotomía se expandió como práctica en la atención obstétrica del parto. En la actualidad, tras más de tres décadas de sólida evidencia científica que recomienda no practicarla en forma rutinaria, sigue realizándose en números alarmantemente elevados. El presente artículo analiza el sentido cultural que posee la episiotomía como rito dentro del parto tecnocrático, en base a testimonios de parto vertidos por mujeres en la Primera Encuesta sobre el Nacimiento en Chile, realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile en el año 2017. Estos testimonios demuestran que la episiotomía se practica en la mayoría de los casos en forma rutinaria, sin consentimiento, y que deja graves secuelas en la salud física, mental y en la vida sexual de las mujeres; lo que nos lleva a afirmar que se trata de una forma occidental de mutilación genital femenina. Se concluye planteando la urgencia de revisar esta práctica y de nombrarla por lo que es: un tipo de mutilación genital con graves secuelas en la vida de las mujeres, que debe ser visibilizado.

**Palabras clave:** Antropología médica; Parto; Iatrogenia; Mutilación genital femenina.

## ABSTRACT

During the 20th century, episiotomy expanded as a practice in obstetrics. At present, after more than three decades of solid scientific evidence that recommends not practicing it routinely, it continues to be performed in alarmingly high numbers. This article analyzes the cultural meaning of episiotomy as a rite within technocratic childbirth, based on childbirth testimonies given by women in the First Survey on Childbirth in Chile, carried out by the Chilean Obstetric Violence Observatory in 2017. These testimonies show that episiotomy is, in most cases, practiced routinely, without consent, and that it has serious consequences in the physical and mental health and in the sexual life of women. Thus, it can be considered as a western form of female genital mutilation. We conclude by stating that it is urgent to attend to this practice and name it for what it is: a form of genital mutilation with serious consequences in the lives of women, which must be made visible.

**Keywords:** Medical anthropology; Birth; Iatrogenia; Female genital mutilation.



## INFORMACIÓN:

<http://doi.org/10.46652/rgn.v7i34.995>

ISSN 2477-9083

Vol. 7 No. 34, 2022. e210995

Quito, Ecuador

Enviado: septiembre 19, 2022

Aceptado: diciembre 18, 2022

Publicado: diciembre 23, 2022

Publicación Continua

Sección Dossier | Peer Reviewed



## AUTOR:

 Michelle Sadler

Universidad Adolfo Ibáñez - Chile

michelle.sadler@uai.cl

## Conflicto de intereses

El autora declara que no existió conflicto de interés posible.

## Financiamiento

Israel Science Foundation, Grant No. 328/19 for postdoctoral research.

## Agradecimiento

Agradezco a todas las mujeres que generosamente compartieron sus experiencias en la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile; y al equipo del Observatorio de Violencia Obstétrica de Chile. Agradezco también el apoyo de la Israel Science Foundation (grant No. 328/19), para la escritura de este texto.

## Nota

Parte de este artículo es producto de la tesis doctoral de la autora.

ENTIDAD EDITORA



## 1. La episiotomía

El presente artículo trata sobre la episiotomía, un procedimiento obstétrico cuyo uso se expandió durante el siglo XX hasta instalarse como práctica rutinaria en la mayoría de los partos hospitalarios. En la presente introducción, se describe en qué consiste la episiotomía, se revisan las recomendaciones de organismos de salud para su práctica, y se presentan indicadores respecto a su práctica en Chile. Luego, se discuten las funciones simbólicas de este procedimiento en el marco de modelos tecnocráticos de atención del nacimiento, en tanto ritual para transmitir ciertos sistemas de valores (Davis-Floyd, 2003).

### 1.1 Definición y evidencia para la práctica obstétrica

La episiotomía es una incisión quirúrgica en la zona del perineo femenino (en el tejido entre la vagina y el ano), que comprende piel, plano muscular y mucosa vaginal, que tiene como finalidad ampliar la abertura vaginal durante el periodo expulsivo del parto. La práctica de la episiotomía se popularizó durante el siglo XX hasta llegar a ser casi considerada como un procedimiento estándar en la obstetricia, bajo el supuesto (errado) de que como las mujeres pueden tener graves desgarros en el tejido perineal durante el parto, sería beneficioso prevenirlos mediante esta intervención. Se consideró que podía ser fundamental para proteger la integridad del piso pélvico al limitar el daño de los músculos vaginales, y que incluso podía aliviar la presión sobre la cabeza del feto, protegiendo así el cerebro del bebé (Pietras & Taiwo, 2012; Gün et al., 2016).

La expansión de la práctica de la episiotomía se produjo en el contexto de una progresiva y rápida institucionalización y profesionalización de la atención del parto en países de ingresos medios y altos. En la obstetricia de inicios del siglo XX, prevalecían metáforas del cuerpo femenino como inherentemente deficiente y defectuoso, y del parto mismo como un proceso en extremo riesgoso y que era necesario controlar mediante intervenciones obstétricas invasivas y practicadas de forma rutinaria. Se instauró el modelo de “cadena de montaje” para la atención del parto (Davis-Floyd, 2018), con un set de prácticas estandarizadas para la atención de la gran mayoría de los procesos. Ejemplo de este paradigma es lo que expresaba el Dr. J. B. DeLee, uno de los más influyentes ginecobstetras estadounidenses de principios del siglo XX, en su texto “Operación profiláctica con fórceps”: “[E]l parto ha sido llamado, y muchos todavía así lo creen, una función normal. (...) pero es decididamente un proceso patológico. (...) El parto es patogénico, produce enfermedad, y cualquier cosa patogénica es patológica o anormal” (DeLee, 1920, p. 39-40). Para reducir los riesgos inherentes al proceso, proponía anticiparse a los peligros y practicar una cadena de intervenciones de forma rutinaria: administrar morfina y escopolamina a la mujer durante el trabajo de parto (a partir de los dos o tres centímetros de dilatación cervical), dormir a la mujer con éter y practicar una perineotomía (episiotomía medio-lateral) tras el paso de la cabeza del bebé por el cérvix, utilizar fórceps para la extracción del bebé, extraer manualmente la placenta, administrar morfina y escopolamina a la mujer para “prolongar la

narcosis durante muchas horas tras el parto y abolir la memoria del trabajo tanto como sea posible” (p. 35). Consideraba que la episiotomía servía para evitar los desgarros perineales que podrían causar complicaciones como prolapso uterino y fístula vesicovaginal, y que su reparación mediante sutura no acarrearía complicaciones: “Al hacer una incisión en la fascia en su punto más vulnerable y unirla después del parto, casi siempre, no invariablemente, podemos eliminar todo el daño al piso pélvico (...) las condiciones virginales suelen ser restauradas” (p. 38-39).

Esta aproximación al parto fue en expansión, instalándose la (falsa) idea de que acortar el trabajo de parto era beneficioso y expandiéndose la práctica rutinaria de la episiotomía (Gabbe, 2002). En la actualidad hay cuantiosa evidencia científica que prueba que dichos supuestos son erróneos, y que dicha práctica no tiene beneficios (Gün et al., 2016; Jiang et al., 2017). Puede conllevar complicaciones que incluyen dolor, hinchazón e infección de la zona; puede causar un desgarro vaginal más severo, lo que aumenta el riesgo de que el daño se extienda al esfínter (Pietras & Taiwo, 2012). Esta intervención tiene, además, consecuencias negativas en la vida sexual de las mujeres, asociándose con: dolor perineal; dispareunia (dolor al tener relaciones sexuales); sequedad vaginal; disminución del deseo sexual, de la excitación y del orgasmo (Ejegård et al., 2008; Song et al., 2014; Doğan et al., 2017; He et al., 2020).

La revisión Cochrane sobre episiotomía no identifica beneficios de este procedimiento para el bebé o la mujer y concluye que su realización de rutina para prevenir el traumatismo perineal grave no está justificada por la evidencia actual (Jiang et al., 2017). Como técnicas para prevenir el traumatismo perineal, la Organización Mundial de la Salud (OMS) no recomienda el uso ampliado o de rutina de la episiotomía en mujeres que presentan un parto vaginal espontáneo, y sí recomienda el uso de técnicas para facilitar el nacimiento espontáneo como masajes perineales, compresas tibias y conducta de protección activa del perineo, en función de las preferencias de la mujer y las opciones disponibles (OMS, 2018).

Pero, tras más de tres décadas de sólida evidencia en contra de la práctica rutinaria de episiotomía, se practica en instituciones de salud de países de ingresos medios y bajos en más del 90% de los partos de mujeres nulíparas. En todo el mundo, el aumento de las tasas de episiotomía ha ido de la mano del aumento de partos atendidos en instituciones de salud, a pesar del énfasis de las recomendaciones internacionales de salud de restringir su práctica (Belizán et al., 2016).

En el caso de Chile, las recomendaciones emanadas desde el Ministerio de Salud para la atención del parto plantean claramente que la episiotomía de rutina es una de las prácticas que “pueden ser físicamente abusivas, una forma de violencia contra las mujeres” (MINSAL, 2008, p. 22). El *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo* plantea que:

La realización rutinaria de una episiotomía es considerada como de daño, porque crea una incisión quirúrgica de una magnitud mayor que lo que muchas mujeres podrían haber experimentado si no se hubiese realizado. Existe poderosa evidencia para recomendar su uso restrictivo. (MINSAL, 2008, p. 24)

Al igual que lo reportado en instituciones de salud en el resto del mundo (Belizán et al., 2016), en Chile se practica un número excesivo de episiotomías sin justificación médica. El estudio de Binfa et al. (2016) en nueve maternidades públicas del país, reportó un 56% de episiotomías. Este estudio (en términos de los periodos de levantamiento de la muestra) es comparable al periodo 2009-2013 de la encuesta OVO Chile (2018), para el cual hubo un reporte de un 58% de episiotomías en el sector público. Como se aprecia, se trata de un procedimiento obstétrico que se sigue practicando en números muy elevados en el modelo tecnocrático de atención del parto (Davis-Floyd, 2018), a pesar de la falta total de evidencia en su favor.

## 1.2 Una lesión genital iatrogénica

El desarrollo de la episiotomía puede analizarse como una de las consecuencias iatrogénicas del excesivo intervencionismo en el parto. En el modelo tecnocrático de atención del parto, es la misma cadena de intervenciones obstétricas la que genera desgarros más complejos que los que se producirían sin dichas prácticas: la aceleración artificial del parto, la posición litotómica (de espaldas) durante el trabajo de parto y parto y consecuente imposibilidad de movimiento libre, los pujos dirigidos, y la maniobra de Kristeller (entre otras), generan una presión excesiva en el periné femenino que produce desgarros mucho más graves que los que ocurrirían sin estas intervenciones. De ahí que sea errada la idea de que sea el parto mismo el que produce desgarros graves (como planteaba el Dr. DeLee, citado más arriba).

Pero, si la episiotomía no cuenta con evidencia científica que justifique su práctica, ¿por qué se sigue realizando? Porque cumple una función ritual (Davis-Floyd, 1992). Mucho más que una “simple” intervención médica, se trata del corte de los genitales femeninos, y es por lo que diversas autoras y autores han planteado que la episiotomía es una forma de control de la sexualidad femenina (Davis-Floyd, 2003; Kitzinger, 1981), incluso una forma de mutilación genital femenina (Kitzinger, 2012; Diniz & d’Oliveira, 1998; Wagner, 1999). La antropóloga Sheila Kitzinger publicó en 1981 *Episiotomy: Physical and Emotional Aspects*, cuando esta intervención era realizada en prácticamente todas las mujeres que daban a luz en hospitales en Inglaterra, enfatizando que la experiencia de una mujer en el parto no se puede separar de otros aspectos psicosexuales de su vida. En *Birth & Sex* (2012), la misma autora planteó que:

A lo largo de Occidente, estamos conmocionados por el sufrimiento causado a muchas mujeres africanas por la circuncisión femenina [...]. Deberíamos analizar más críticamente nuestra cultura occidental del parto y ver qué les hace a las mujeres también. Si un corte no es médicamente necesario, ¿por qué son tantos de los órganos sexuales de las mujeres quirúrgicamente cortados y luego suturados? La episiotomía es nuestro ritual occidental de mutilación genital femenina. (p. 83, traducción propia)

En 1998, en un provocador artículo sobre violencia de género y salud reproductiva, las autoras brasileñas Simone G. Diniz y Ana Flavia L.P. d'Oliveira (1998), también hacían referencia a la episiotomía como una forma de mutilación genital. Un año más tarde, el médico Marsden Wagner, quien fuera director del Programa de Salud Materno-infantil de la OMS, llamó la atención de la comunidad médica sobre el mismo asunto en una carta al editor publicada en *The Lancet*:

Señor –en sus “*Sketches from The Lancet*” (April 24, p. 1453) Peter Kandela describe cómo hace 130 años *The Lancet* jugó un papel en desviar el apoyo de una forma de mutilación genital femenina en el Reino Unido: la clitoridectomía [resección parcial o total del clítoris]. Con suerte, usted puede desempeñar un papel para desviar el apoyo de otra forma de mutilación genital femenina que está muy extendida en el Reino Unido hoy en día: la episiotomía. [...] ¿Puede *The Lancet* una vez más ayudar a desviar el apoyo de la mutilación genital femenina, en este caso su forma moderna, la episiotomía? (Wagner, 1999, p. 1977, traducción propia)

Wagner expone en su artículo que la evidencia es clara en mostrar que la episiotomía, en comparación con un desgarro natural, produce mayor sangramiento, mayor dolor, mayor deformidad vaginal permanente, y mayores dificultades temporales y a largo plazo para tener relaciones sexuales. Más aún, sigue, los principales beneficios reclamados por los defensores de la episiotomía (prevención de desgarros de tercer grado, prevención de daños a largo plazo en el suelo pélvico y protección del bebé contra las consecuencias adversas de una segunda etapa prolongada del parto) no están respaldados por la evidencia (Wagner, 1999).

En otra carta publicada como respuesta a la de Wagner en *The Lancet*, Marc Girard felicita al autor por atreverse a colocar la episiotomía en la categoría de mutilación genital, agregando que la evidencia disponible demuestra que está en lo correcto:

En nuestro tiempo de medicina basada en la evidencia y de feminismo, la persistencia de una mutilación tan bárbara y la falta de preocupación pública sobre el tema son simplemente asombrosas. La aceptación actual de la episiotomía puede estar relacionada en parte con la fuerte renuencia de la obstetricia a la medicina basada en la evidencia. (Girard, 1999, p. 595, traducción propia)

De hecho, si atendemos a la definición de mutilación genital femenina, veremos que refiere a cualquier práctica que implique cortar, lesionar o cambiar deliberadamente los genitales externos femeninos (Abdalla & Galea, 2019). La OMS plantea que la mutilación genital femenina “comprende la escisión total o parcial de los órganos genitales femeninos o cualquier otra lesión de los mismos por motivos no médicos” (OMS, 2020). Una de las categorías de mutilación genital femenina, según la OMS, corresponde a los “procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital” (OMS, 2020). La episiotomía es una incisión, entonces solo se diferenciaría de la mutilación genital femenina por tener un motivo “médico”. ¿Pero lo tiene? Solo en contadas ocasiones. En la gran mayoría de los casos, no tiene un motivo médico, y por tanto es tan “cultural” como la llamada mutilación genital femenina.

Diniz & Chacham (2004), recopilaron aportes de diversa autoría que nombran la episiotomía innecesaria como “lesión genital iatrogénica”, “daño sexual iatrogénico”, o “herida sexual iatrogénica”, como forma de visibilizar que constituye un caso arquetípico de violación de los derechos humanos en relación con la salud. Como forma de comprender la validación y persistencia médica de la práctica de la episiotomía, Davis-Floyd (2003), la analizó como uno de los procedimientos que buscan des-sexualizar el parto. Para la autora, la vagina es un símbolo transcultural de la potencia sexual femenina que amenaza a lo masculino, y por tanto debe ser deconstruida por la obstetricia patriarcal como forma de disminuir dicha potencia. Por ejemplo, como muestran los mitos amazónicos de las vaginas dentadas: los varones vivían subyugados a las mujeres, las cuales poseían peligrosas vaginas dentadas. Los hombres se liberaron de la opresión femenina al arrancarles a las mujeres los dientes de sus vaginas, y convertirlas así en penetrables (Palma, 1992). Además, la episiotomía encarna varios de los principios de la obstetricia tecnocrática, reforzando e intensificando los mensajes de la importancia de la producción en serie, optimización del tiempo y la incapacidad inherente del cuerpo femenino de parir por sí mismo (Davis-Floyd, 2003).

“Episiotomía” proviene del griego ἐπίσιον (pubis) y τόμος (corte): el corte del pubis. Nombre que describe la intervención fisiológica sin aludir a sus connotaciones simbólicas. ¿Por qué cuando se enmarca en una práctica biomédica se llama “corte de pubis” mientras si es practicada al alero de “otras” culturas se denomina “mutilación genital femenina”? Claro, es que solo es condenable cuando se enmarca en prácticas de grupos culturales “atrasados”, “bárbaros”; pero no si sucede al alero de la medicina “científica”, que erróneamente se supone como libre de valores y “acultural” (Rhodes, 1996).

## 2. Metodología

En este artículo analizamos información de la Primera Encuesta sobre Nacimiento en Chile, realizada por el Observatorio de Violencia Obstétrica del mismo país (2018), que no había sido sistematizada hasta la fecha. Esta encuesta se aplicó durante el año 2017 y correspondió a un estudio descriptivo observacional de corte transversal a nivel poblacional, en el cual se incluyó a mujeres que dieron a luz entre los años 1970 y 2017. El cuestionario fue aplicado vía on-line, y la participación fue voluntaria y anónima. La unidad de muestreo fueron las experiencias de parto o cesárea de mujeres ocurridas en aquel periodo. El número de encuestas respondidas en forma completa fue de 11.357. De las experiencias de parto reportadas en la encuesta, un 39,7% ocurrió en hospitales públicos, un 57,6% en clínicas privadas y un 2,7% en otras dependencias. Con respecto a la edad de las mujeres al momento del parto, un 11,4% ocurrió antes de sus 20 años, un 50,4% entre sus 25 y 29 años, un 36,8% entre sus 30 y 39 años, y un 1,3% a sus 40 años o más. Las mujeres atendidas en el sector privado presentaron niveles educativos más altos que las de salud pública, y fueron madres a mayor edad; la mayoría de las mujeres atendidas en el sector privado fueron madres entre los 30 y 40 años, mientras las del sector público entre los 20 y 29. Un 6% más de mujeres de salud pública fueron madres en la adolescencia que las del sector privado. Con respecto a la región donde ocurrió el parto, de la muestra total un 61% fue en la Región Metropolitana, y el resto en otras regiones (OVO Chile, 2018).

El cuestionario incluyó 70 preguntas de selección múltiple, además de una última pregunta abierta formulada como: “Finalmente la invitamos a escribir comentarios, sugerencias y a contarnos su experiencia de parto o cesárea”. Esta pregunta constituyó una fuente de información riquísima: se recibieron 8.696 respuestas, la mayoría de ellas con detallados relatos de la experiencia vivida y de los aspectos emocionales involucrados. En este artículo, se analizan testimonios relacionados a la práctica de la episiotomía, como fueron vertidos por mujeres en dicha pregunta abierta. Se seleccionaron testimonios de experiencias de parto ocurridas entre los años 2014 y 2017, que corresponden al último periodo analizado en la encuesta. Al presentar los resultados, en el acápite que sigue, los números que acompañan a los testimonios corresponden a los relatos de nacimiento como fueron expuestos en la pregunta abierta de la encuesta OVO Chile (2018). Los nombres que acompañan a algunos testimonios corresponden a seudónimos.

### 3. Las experiencias vividas

#### 3.1 El protocolo de parto: “Es que tenía que hacerlo”

En gran parte de los relatos en los que las mujeres mencionan la práctica de la episiotomía, queda de manifiesto que se realiza en forma rutinaria: “Me hicieron episiotomía porque el médico la hacía siempre en un primer parto” (398); “Le planteé [al obstetra] el tema de la episiotomía, me dijo que era parte del protocolo del parto y que era necesario hacerla sin mucho derecho a réplica de mi parte” (495); “Cuando consulté sobre los procedimientos de parto, el médico me informó que la episiotomía iba sí o sí, no era una elección” (4303); “Episiotomía sin siquiera esperar a ver si se necesitaba (antes de pujar me la hicieron, sin darme cuenta)” (3392); “La episiotomía la hicieron como parte del parto, no en caso de que se rompiera y no me preguntaron si la hacían o no” (5023). Algunas relatan además que se les explica –erróneamente– que sin episiotomía se le producirán graves desgarros: “Al preguntarle a la matrona por la episiotomía me dijo: ‘Si no te hacen el corte tu vagina se va a rajarse así’, y me dibujó un sol de una plana” (6337); “Tampoco quería episiotomía, a lo cual me respondieron ‘¿que es mejor, coser eso o un desgarró?’, así que no tuve más opción” (2556).

En estos testimonios, además, se observa que en la mayoría de los casos se practica la episiotomía (al igual que muchas otras intervenciones de rutina) sin informar a la mujer: “Me molestó que me realizaran episiotomía sin informar, solo vi cuando me estaban cosiendo” (92); “Me hicieron episiotomía sin ningún aviso previo y mi hijo era prematuro y pesaba 2 kilos (injustificado)” (479); “Se me realizó una episiotomía sin consultarme, supe que esto se efectuó porque mi pareja pudo ver este procedimiento” (4402). Marisol considera como un “atropello” el que no se solicitara su consentimiento para la episiotomía, y expresa: “Me sentí mutilada y de cierto modo violada” (Marisol, 1023). En el caso de Carmen, a quien tampoco se solicitó su consentimiento, hubo amenaza de no suturar la episiotomía si no dejaba de quejarse: “Las matronas me trataron pésimo, me forzaban las piernas (abriéndolas más de lo que podía), me trataban de gorda, que si no dejaba de gritar no me iban a coser (puesto que me realizaron episiotomía sin mi consentimiento ni aviso previo)” (Carmen, 4018).

Incluso cuando las mujeres solicitan que no les practiquen una episiotomía, puede suceder que la realicen de todas formas. Así ocurre en los casos de Julieta y Gloria: “Lo único que podría comentar respecto a mi parto, es que me realizaron episiotomía a pesar de haber solicitado explícitamente a mi médico en los controles que no se realizara” (Julieta, 2760); “A pesar de haberle manifestado [al médico] que yo no deseaba episiotomía, igual la hizo, explicándome por qué él la consideraba necesaria” (Gloria, 7351). Cindy solicitó que no la practicaran una vez que el matrn le avisó que lo haría, petición que no fue respetada:

Cuando estaba a dos pujos de nacer, el matrn me dice “voy a tener que cortar”. Yo le grité “¡¡¡Nooooo!!!” y en el próximo pujo sentí cuando cortó. “¡¡¿Por qué?!!”, le pregunté. Es que tenía que hacerlo, ibas súper bien, pero tenía que hacerlo. (Cindy, 900)

### 3.2 “Como de 15”

Volvamos al argumento de Diniz & Chacham (2004); tras el “daño” supuestamente producido por el parto vaginal a las funciones sexuales femeninas, estas necesitan ser devueltas a su “estado virginal” (recordemos el texto del Dr. DeLee citado más arriba, de 1920, en el cual planteaba que la episiotomía y su consecuente sutura permitía restaurar las “condiciones virginales”). En las entrevistas que estas autoras realizaron a profesionales de salud en Brasil, aparecía la mención al “punto del marido”, aludiendo a un punto de sutura extra para que la vagina quedara más estrecha (p. 106); “del” marido enfatizando que su función es de provocarle a él mayor placer sexual. En los testimonios de mujeres vertidos en la encuesta de OVO Chile esta idea aparece cuando el equipo de salud le dice a la mujer que quedó “como de 15” tras la sutura de la episiotomía:

Como secuela de la episiotomía, “me cosieron mucho” y cuando pedí que me revisaran, me dijeron “afortunada” porque “parecía de 15” y no le dieron importancia, no pude tener relaciones sexuales durante 18 meses posteriores al parto porque me dolía demasiado. (Marcela, 6015)

En este último relato se privilegia claramente el placer masculino ante la imagen de una vagina estrecha, minimizando el dolor que sufrió Marcela. ¿Es ella la “afortunada”? ¿“Afortunada” por sufrir “demasiado” dolor al tener relaciones sexuales? Atendamos a otros fragmentos donde se repite el comentario de dejar a la mujer “como de 15”:

Me realizaron una episiotomía sin consultarme ni notificarme, y cuando me di cuenta de que el doctor me estaba “cosiendo”, le pregunté qué me estaba haciendo, y él me respondió que me estaba dejando como “cabra de 15”, y el personal de salud que lo acompañaba se rio. Me sentí tan mal que no fui capaz de decirle nada, estaba agotada por el trabajo de parto para reclamar. (Josefina, 2910)



En este caso, el comentario causa la risa del personal de salud, lo que intensifica la gravedad de la experiencia vivida para Josefina, quien se sintió “tan mal” que no fue capaz de reclamar. Valeska y Sarah también reciben la sentencia de los 15:

Después el interno procedió a coserme, “te dejaremos de 15”, me dijo el matrn. Con uno de los puntos me dejó pellizcado un pedacito de piel por lo que después se me dificultaba bajarme de la camilla, caminar, sentarme, etc. (Valeska, 1690)

El ginecólogo me realizó episiotomía y al parecer puso muchos puntos, me dijo “te dejé como de 15”, por lo cual hasta el día de hoy (cuatro meses postparto) sufro de dispareunia [dolor en relaciones sexuales] y problemas de lubricación. (Sarah, 2937)

En el testimonio de Elena, el doctor le comenta al padre del bebé (quien ya no era su pareja), que la había dejado “como de 15”, reduciéndola a objeto sexual para entregar placer al hombre (mientras ella sentía que “casi” la omitían). Aparece una especie de complicidad masculina en que el obstetra comparte con el otro –y no con Elena, a quien le ha practicado la sutura- lo que ha hecho, pues se trata de un procedimiento realizado para él y no para ella:

Me sentí muy mal porque al ser joven ellos casi que me omitían. Así también porque el doctor dijo “mira la dejé como de 15 de nuevo” al papá de mi bebé, quien ya no era mi pareja y estaba ahí en su rol de padre. (Elena, 7775)

Aparece claramente la construcción del “ser para otros” en oposición al “ser para sí” del que nos hablara Marcela Lagarde (1994). Para la autora, los cuerpos femeninos son cuerpos destinados para funciones y usos que implican la negación de la primera persona. El cuerpo femenino es simbolizado como cuerpo para otros y las decisiones sobre este son tomadas por otros a través de restricciones, dogmas, mandatos, prohibiciones, controles y tabúes. Por las mujeres decide la sociedad a través de las instituciones y las personas con poderío reconocido y legitimidad para hacerlo, en este caso, el personal médico. En la cultura dominante, simbólicamente se venera al cuerpo femenino si expresa la maternidad y se le consume si es dedicado al eros; la norma central consiste en que la sexualidad femenina no esté centrada en ellas mismas. Cada mujer debe ser dejada de lado por sí misma y dar satisfacción a las necesidades corporales de tipo vital de otros. Así, la autora sostiene que las relaciones sociales fundamentales de las mujeres se derivan de la sexualidad y son funcionales a esta y a su cuerpo *de otros y para otros*: fecundidad, conyugalidad, maternidad y erotismo, son ejes constitutivos de la identidad femenina patriarcal (1994).

El caso de Elena nos remite a un fragmento del cuento “El punto del marido” (*The Husband’s Stitch*) que Carmen María Machado publicó en 2017 como uno de varios cuentos en *Su cuerpo y otras fiestas*. Se trata de la historia de una mujer, desde que conoce al hombre que supo sería su marido, hasta que muchos años después él la traiciona, desatando el lazo verde que ella llevaba al cuello desde antes que se conocieran. El texto duele, saca lágrimas, es sobre aquello de “ser para otros” recién comentado. El fragmento sobre “el punto del marido” es breve, sin embargo, se configura como la pieza central en la construcción de lo femenino en el relato:

-No estoy seguro de que vayamos a tener un parto natural -anuncia el doctor-. A lo mejor tenemos que intervenir para sacar al bebé.

-No, por favor- le ruego-. No quiero, por favor.

-Si no se produce algún movimiento pronto, es lo que haremos -dice el doctor-. Quizás sea lo mejor para todos. -Levanta la mirada y estoy casi segura de que le guiña un ojo a mi marido, pero el dolor hace que la mente distorsione las cosas.

Llego a un pacto mental con Pequeñín. *Pequeñín*, pienso, *esta es la última vez que estaremos tú y yo solos. Por favor, que no tengan que sacarte cortando.*

Pequeñín nace veinte minutos más tarde. Al final sí que hacen un corte, pero no en la barriga, como yo me temía. En lugar de eso, el doctor baja el escalpelo, y siento poca cosa, un tirón, aunque quizás sea por lo que me han administrado. [...]

Se llevan al bebé para poder arreglarme el corte. Me administran algo que me da sueño a través de una mascarilla que me aprietan con suavidad contra la boca y la nariz. Mi marido bromea con el médico mientras me sujeta la mano.

-¿Cuánto por el punto de más? -pregunta-. Entra dentro de sus servicios, ¿no?

-Por favor- le digo. Pero me sale en un medio balbuceo deformado, seguramente no más alto que un gemidito. Ninguno de los dos vuelve la cabeza hacia mí.

El doctor suelta una risita.

-No es usted el primero...

Me deslizo por un túnel largo para salir de nuevo a la superficie, pero cubierta de algo pesado y oscuro, como aceite. Me parece que voy a vomitar.

-...dicen que es como...

-...como si fuese vir...

Y de repente estoy despierta, completamente despierta; mi marido no está ni el médico tampoco. Y el bebé, dónde...

La enfermera asoma la cabeza por la puerta.

-Su marido ha ido a tomar un café -explica-, y el bebé se ha dormido en el capazo.

El médico entra tras ella, limpiándose las manos con un trapo.

-Ya estás cosidita, no te preocupes -dice-. Bien apretada, todo el mundo contento. Ya te contará la enfermera lo de la recuperación. Vas a tener que descansar un poco.

El bebé se despierta. La enfermera lo saca con mimo del fajero y me lo pone de nuevo en brazos. Es tan bonito que tengo que acordarme de respirar. (Machado, 2017, s/p)

En este cuento es el marido el que pregunta al médico si le puede poner el punto de sutura extra. Ella escucha, intentando articular palabras y pedirles que “por favor...”, pero ni siquiera voltean su cabeza hacia ella. Escucha cómo comentan que el rumor es que quedan como “vir...” Vírgenes. Se duerme, despierta. “Estás toda cosidita”, le dice el doctor. “Bien apretada, todo el mundo contento”. Y a mí me caen lágrimas mientras escribo esto. Pues sé que no es ficción.

El informe sobre violencia obstétrica de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias del año 2019, reporta que en diversos contextos del mundo se practica la sutura tras la episiotomía con más puntos de los necesarios, los llamados “puntos para el marido”, en pro de la satisfacción sexual del esposo. La autora es enfática en plantear que: “Esta práctica es consecuencia de unos nocivos estereotipos patriarcales y de la desigual relación entre hombres y mujeres” (Šimonović, 2019, p. 12).

Ignacia, adolescente gestante, relata que durante el trabajo de parto:

Me dijeron cosas como para qué me embarazaba tan chica o “¡le falta aquí al hombre para que le de fuerza, pues!”, “lo hubiese pensado mejor” y el típico “yaaa, si no es para tanto el dolor, que es exagerada”. El doctor aparecía cada cierto rato a ver la dilatación y hacía comentarios desubicados, me dijo “de ahí te voy a dejar como si nunca hubieses dejado de ser virgen” y, peor aún “eso sí que no te vayas a meter de nuevo con cualquier huevón”. [...] Fue bastante traumática mi experiencia de parto, tanto que no existe ninguna posibilidad de querer embarazarme de nuevo. (Ignacia, 4594)

Siguen los testimonios sobre los célebres 15 años, aquellos en los cuales las mujeres teníamos la vagina estrecha:

Me hicieron una inducción innecesaria y dolorosa, todo porque el personal que me atendía siempre (médico y matrn) tenían turno en el hospital y no en la clínica donde yo tenía todo preparado. Por miedo a quedar sin mi médico y matrn acepté y aún me arrepiento y me duele todo ese proceso, quizá no era aún el día en que debía nacer mi hija, a pesar que tenía 40 semanas justas. Se me hizo episiotomía sin autorización y de esta aún no puedo recuperarme, mi hija tiene 9 meses y aún estoy con kinesioterapias de piso pélvico. El médico que me hizo el parto, cuando fui por el granuloma, me dijo que era un papiloma vaginal y que mi cicatriz estaba perfecta, de 15. Fui a otro médico y me derivó a terapias porque ni un espéculo infantil era capaz de entrar para revisar mi cuello del útero. Esto ha generado muchos problemas en mí, estoy con terapia psicológica. Cuando recuerdo todo lo que ha pasado me da rabia y ganas de haber tenido un mejor médico ese día y que se hubiera ido a hacer su turno y otro me hubiera atendido. (Raquel, 834).

Raquel aceptó una aceleración del trabajo de parto para que su equipo médico alcanzara a atenderla en la clínica. Aparece ya una práctica cuestionable, dado que en salud privada lo que se compromete es la continuidad de la atención del mismo equipo de salud. Son las “agendas peripatéticas” de

obstetras entre distintas instituciones que describía Susan Murray en sus trabajos en Chile, que llevan a una programación/aceleración de los partos (Murray, 2000; Murray & Elston, 2005). Ello promueve la realización de prácticas no basadas en la evidencia, como la episiotomía. En el caso de Raquel, vemos graves secuelas físicas y emocionales derivadas de esta práctica, que se repiten en muchos relatos.

### 3.3. Las secuelas

Hay una serie de testimonios en los cuales quedan en evidencia los efectos adversos de la episiotomía, que llevan a plantear que sería adecuado hablar de una “lesión genital iatrogénica”, “herida sexual iatrogénica” (Diniz & Chacham, 2004) y de mutilación genital femenina (Kitzinger, 1981, 2012; Diniz & d’Oliveira, 1998; Wagner, 1999). Se trata de un procedimiento que puede tener como secuelas infecciones, molestias y mucho dolor, como expresan Constanza, Susana y Alexia:

Aun hoy después de casi tres años de haber tenido a la niña, sufro las consecuencias físicas de una episiotomía gigante que me hicieron y una posterior sutura mal hecha (algo que era innecesario, aun ni pujaba cuando el natrón me hizo el tajo, y mi hija era muy pequeñita). [...] Tuve una infección gigante a raíz de la episiotomía que me hicieron, cuando fui al control de los 7 días postparto, la matrona me hizo un tacto y no podía creer lo gigante y profunda que era la episiotomía. (Constanza, 181)

Lo único que hubiera cambiado sería la episiotomía, no me indicaron que era necesario, mi bebé nació pequeña y el dolor de la cicatriz me duró hasta que mi hija cumplió como ocho meses. Así para la próxima le pediría a mi gine que no realice esa práctica. (Susana, 2599)

Lo más terrible para mí fue la episiotomía, muy dolorosa, molesta, yo no sabía en ese tiempo que uno podía hacer un plan de parto y me cargó ese procedimiento, se me salieron los puntos y se me formó un queloide. (Alexia, 8508)

Para Ana y Florencia, las secuelas de la episiotomía fueron vividas como la “peor pesadilla” y “peor experiencia”:

El doctor me hizo un corte muy grande y suturó muy mal, tuve que ir a otro ginecólogo para que me revisara y él me tuvo que sacar como tres puntos porque era imposible poder sentarme, fue muy doloroso, eso fue mi peor pesadilla que pude tener. (Ana, 4638)

En el puerperio no diagnosticaron la infección de los puntos de la episiotomía por lo que tuve que volver a los cuatro o cinco días del nacimiento de mi hija al hospital, donde se negaron a internarme y me devolvieron un par de veces a la casa. No podía de los dolores por lo que empecé a inyectarme y tomar diclofenaco por mi cuenta, se cayeron todos los puntos y el dolor no me permitía sentarme y estar de pie. A los nueve días volví al hospital cuando ya la infección había avanzado mucho, me hicieron de nuevo la episiotomía, permanecí por cuatro días más en el hospital en una sala de infecciosos. Estuve sin mi hija esos días, ha sido la peor experiencia que he vivido. (Florencia, 6868)

En diversos testimonios, las mujeres además se refieren a la imposibilidad de retomar sus relaciones sexuales durante meses producto del dolor y secuelas de la episiotomía.

Lamento haber accedido a la episiotomía. Estuve cerca de un mes imposibilitada de mantenerme de pie más de cinco minutos, sin poder sentarme ni defecar sin dolor. Terminé en urgencias por el malestar. Estuve cerca de cuatro meses sin poder tener relaciones sexuales y hace ya 11 meses que no dejo de sentir el tejido perineal duro. (Belén, 3949)

A Vanesa y Luciana les tomó más de un año recuperarse de la episiotomía:

Me hicieron una episiotomía, que me hizo sufrir por meses y que hasta el día de hoy, que mi hijo ya tiene más de un año, tengo dolor para tener relaciones, cuestión que nunca me había pasado antes. (Vanesa, 377)

Me hicieron episiotomía y los puntos de esta se rajaron, dejándome con un dolor inmenso y sin poder caminar por al menos dos semanas y sin poder tener relaciones sexuales con mi pareja por más de un año. (Luciana, 7976)

Estos relatos nos muestran la incompleta descripción médica sobre la anatomía sexual y reproductiva de la mujer que ha primado en la obstetricia moderna. Diniz & Chacham planteaban en su artículo de 2004 que las descripciones anatómicas de la anatomía uretral y genital humana femenina eran inexactas, subestimando la extensión de las estructuras del clítoris y la vulva. Muchas de estas estructuras pueden dañarse por las intervenciones en el parto, no solo la capacidad de contraer y relajar los músculos, sino también los vasos sanguíneos, los nervios y el tejido eréctil. Con frecuencia, continuaban las autoras, las consecuencias iatrogénicas y las secuelas sexuales de estas intervenciones se confunden con el parto vaginal. De hecho, la uróloga australiana Helen O'Connell estaba trabajando desde los 90's en describir la anatomía del clítoris: había notado que en las cirugías de próstata se ponía gran cuidado para proteger las terminaciones nerviosas en la anatomía sexual de las personas con pene, lo cual no sucedía en el caso de personas con vulvas y vaginas. En 2005, junto a sus colegas publicó el primero de una serie de artículos sobre la anatomía del clítoris, denunciando que las descripciones anatómicas del clítoris eran inexactas (O'Connell et al., 2005). Desde entonces, han surgido diversas reflexiones sobre cómo esa representación anatómica inexacta reflejaba formas limitadas de comprender la sexualidad femenina (Zachary, 2018). Por ejemplo, Diniz & Chacham (2004), habían planteado que la construcción médica de la vagina como un órgano pasivo, que se puede describir como apretada o flácida según la experiencia del falo durante el coito, era reflejo de una representación de género en la cual lo femenino es comprendido como pasivo y lo masculino como activo. En esta misma línea, y citando a Laqueur (1990), O'Connell (1995), plantea que la fábula del clítoris es una parábola de la cultura, de cómo el cuerpo se forja de formas que hacen sentido cultural.

Catalina comenta que “la episiotomía, sobre la que no se me consultó y que yo no habría autorizado, me dejó secuelas de por vida” (Catalina, 7228). Es así como:

La episiotomía y sutura del perineo no es solo una cuestión de por qué, cuándo y cómo, pero de los efectos que la mutilación genital quirúrgica y su subsecuente reparación puede tener en los sentimientos de las mujeres sobre sus cuerpos, autoestima, vidas sexuales, sus relaciones con una pareja, y con su bebé. (Kitzinger, 2012, p. 100, traducción propia)

Las consecuencias de la episiotomía en la salud mental de las mujeres han sido escasamente estudiadas; los estudios disponibles muestran efectos negativos que incluyen ansiedad a largo plazo por el daño producido por la intervención (He et al., 2020). Esta carencia de estudios probablemente se debe a que no se ha analizado esta práctica como lo que es: un tipo de mutilación genital femenina. Sobre la salud mental de las mujeres que han vivido aquellas mutilaciones genitales que sí se nombran como tales (en culturas “atrasadas”, diferentes a la occidental), sí hay una literatura mucho más extensa. Los estudios disponibles muestran que las mujeres que han sufrido mutilación genital tienen consecuencias adversas en salud mental como ansiedad, depresión, trastornos afectivos, fobias, baja autoestima, ataques de pánico, estrés post-traumático, entre otros (Berg et al., 2010; Chibber et al., 2011; Mulongo et al., 2014; Reisel & Creighton, 2015). La misma OMS identifica como consecuencias de la mutilación genital femenina los trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, escasa autoestima, entre otros (OMS, 2020).

La revisión sistemática realizada por Abdalla & Galea (2019), confirma la relación entre mutilación genital femenina y consecuencias adversas en la salud mental de las mujeres. Enfatizan que:

[S]e debe poner fin, de una vez por todas, la idea errónea de que la normalización cultural de la mutilación genital femenina de alguna manera minimiza los efectos adversos para la salud mental asociadas con esta práctica. Esta revisión muestra que, además de las consecuencias físicas, esta práctica también se asocia con resultados adversos en salud mental, que pueden acompañar a las mujeres a lo largo de toda su vida. (p.10, traducción propia)

Esta misma idea aplica a la episiotomía: se debe poner fin a la idea errónea de que la normalización cultural de la episiotomía minimiza sus efectos adversos en la salud física y mental. Se trata, sin duda, de una de las intervenciones obstétricas que más secuelas negativas puede dejar en las mujeres. En Chile, un análisis secundario de la información recolectada en el estudio de Binfa et al. (2016) citado anteriormente, se propuso identificar qué procedimientos o intervenciones obstétricas son predictores significativos de la satisfacción materna. Los resultados muestran que uno de los factores significativamente asociados con una menor satisfacción con la experiencia de parto fue la episiotomía (Weeks et al., 2017).

El informe de Šimonović para Naciones Unidas (2019) sobre violencia obstétrica es claro en plantear que una episiotomía innecesaria y/o sin consentimiento constituye una violación a los derechos de la mujer y que puede constituir tortura:

Aunque este procedimiento puede resultar beneficioso para el bebé y la madre, en caso de que resulte necesario desde el punto de vista médico, si no es necesario o se hace sin el consentimiento informado de la madre, puede tener efectos físicos y psicológicos en la madre [...] puede constituir violencia de género y un acto de tortura y tratamiento inhumano y degradante. Se ha recibido mucha información de mujeres preocupadas por su uso sin consentimiento informado. Otro problema es su uso excesivo o rutinario, contrario a las recomendaciones de la OMS. [...] La episiotomía y la sutura posterior al parto, cuando se practican sin consentimiento informado y sin anestesia, pueden tener repercusiones importantes en la vida sexual y reproductiva y en la salud mental de una mujer, y las cicatrices resultantes de esta práctica acompañan a la mujer durante el resto de su vida. Cuando esta práctica no está justificada por la necesidad médica, debe considerarse que constituye una violación de los derechos de la mujer y una forma de violencia de género contra la mujer. (p. 11)

#### 4. Reflexiones finales

Las experiencias vividas por mujeres en partos hospitalarios en Chile con respecto a la episiotomía confirman lo que la evidencia viene planteando hace más de tres décadas: la episiotomía de rutina no tiene beneficios y deja graves secuelas en la vida de las mujeres. Se trata de un ritual occidental de mutilación genital femenina (Kitzinger, 2012; Wagner, 1999), y, como plantea Girard (1999), resulta asombroso que persista hasta hoy y de forma tan extendida, un tipo de mutilación tan bárbara. La Organización de Naciones Unidas ha reconocido a la episiotomía como una forma de violencia de género que puede llegar a constituirse en tortura (Šimonović, 2019).

Como analizamos previamente, si bien la episiotomía carece de evidencia científica que la respalde, aun hace sentido cultural como forma de opresión y control de la sexualidad femenina (Davis-Floyd, 2003; Diniz & Chacham, 2004). Es una de las prácticas obstétricas que buscan domesticar al cuerpo femenino poderoso y activo del parto, devolviéndolo al lugar de pasividad que le corresponde en sociedades patriarcales (Cohen-Shabot, 2016).

Se hace urgente dar voz y validar las experiencias de sufrimiento causado por prácticas obstétricas innecesarias y denunciarlas como actos de violencia de género y de violencia obstétrica. Y no se trata solo de la episiotomía; se trata de un entramado de prácticas, de un complejo ritual de procedimientos que perpetúan la visión del cuerpo femenino como patológico e incapaz de parir. La violencia ejercida en la atención del parto es de una crudeza no vista en otras prestaciones de salud, y ha mostrado ser un ámbito muy resistente al cambio. Se trata de un problema estructural que requiere de cambios también estructurales. Y un problema no puede abordarse si no se nombra ni se le da la gravedad que tiene: más que prácticas obstétricas innecesarias o rutinarias, se trata de violencia obstétrica; más que de episiotomía, se trata de mutilación genital femenina.

La OMS plantea que la mutilación genital femenina se realiza por factores de orden cultural y social, que en la mayoría de las sociedades en las que se practica se considera una tradición cultural, argumento que se utiliza a menudo para mantener su práctica. Además afirma que “la mutilación genital femenina viene asociada a modelos culturales de feminidad y recato” (OMS, 2020, s/p) ... Insistimos: ¿en qué se diferencia de la episiotomía sin motivos médicos que la justifiquen!? Es una tradición cultural que se practica en una determinada cultura de nacimiento, asociada a modelos culturales de feminidad y recato. Retomamos la pregunta de Wagner (1999): ¿por qué se hacen tantos esfuerzos por erradicar la mutilación genital femenina en culturas no-occidentales y no se hace lo mismo con la episiotomía?

## Referencias

- Abdalla, S. M., & Galea, S. (2019). Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Global Health*, 4, e001553. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001553>
- Belizán, J. M., Miller, S., & Salaria, N. (2016). We need to stop female genital mutilation! *Reprod Health*, 13, 43. <https://doi.org/10.1186/s12978-016-0131-2>
- Berg, R. C., Denison, E., & Fretheim, A. (2010). *Psychological, Social and Sexual Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review of Quantitative Studies*. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC).
- Binfa, L., Pantoja, L., Ortiz, J., Gurovich, M., Cavada, G., & Foster, J. (2016). Assessment of the implementation of the model of integrated and humanised midwifery health services in Chile. *Midwifery*, 35, 53-61. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.01.018>
- Chibber, R., El-Saleh, E., & El Harmi, J. (2011). Female circumcision: Obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *Journal of Maternal-Foetal & Neonatal Medicine*, 24(6), 833–836. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.531318>
- Cohen Shabot, S. (2016). Making loud bodies “feminine”: A feminist-phenomenological analysis of obstetric violence. *Human Studies*, 39, 231-47. <https://doi.org/10.1007/s10746-015-9369-x>
- Davis-Floyd, R. (2018). *Ways of Knowing about Birth: Mothers, Midwives, Medicine, and Birth Activism*. Waveland Press.
- Davis-Floyd, R. (2003). *Birth as an American rite of passage*. University of California Press.
- DeLee, J. B. (1920). The prophylactic forceps operation. *Am J Obstet Gynecol*, 1, 34– 44.
- 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)
- Diniz, S. G., & d’Oliveira, A. F. (1998). Gender violence and reproductive health. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 63(1), S33-S42. [https://doi.org/10.1016/S0020-7292\(98\)00182-9](https://doi.org/10.1016/S0020-7292(98)00182-9)



- Dogan, B., Gün, I., Ozdamar, O., Yilmaz, A., & Muḥçu, M. (2017). Long-term impacts of vaginal birth with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 30(4), 457-460. <https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1174998>
- Ejegard, H., Ryding, E. L., & Sjögren, B. (2008). Sexuality after Delivery with Episiotomy: A Long-Term Follow-Up. *Gynecol Obstet Invest*, 66, 1-7. <https://doi.org/10.1159/000113464>
- Gabbe, S. G. (2002). The Prophylactic Forceps Operation (comment). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 187(1), 254-255. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.123205>
- Girard, M. (1999). Episiotomy: A form of genital mutilation (correspondence). *Lancet* 354(9178), 595-596. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77947-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77947-2)
- Gün, İ., Doğan, B., & Özdamar, Ö. (2016). Long- and short-term complications of episiotomy. *Turk J Obstet Gynecol*, 13(3), 144-148. <https://doi.org/10.4274/tjod.00087>
- He, S., Jiang, H., Qian, X. & Garner, P. (2020). Women's experience of episiotomy: a qualitative study from China. *BMJ Open* 10, e033354. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033354>
- Jiang, H., Qian, X., Carroli, G., & Garner, P. (2017). Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews Issue 2*. Art. No.: CD000081. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000081.pub3>
- Kitzinger, S. (1981). *Episiotomy: Physical and emotional aspects*. National Childbirth Trust.
- Kitzinger, S. (2012). *Birth & Sex. The power and the passion*. Pinter & Martin.
- Laqueur, T. (1990). *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Harvard University Press.
- Lagarde, M. (1994). *Democracia genérica*. REPEM México y Mujeres para el Diálogo.
- Machado, C. M. (2018). *Su cuerpo y otras fiestas (Her Body and Other Parties*, traducción al español de Laura Salas). Anagrama.
- MINSAL, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2008). *Manual de atención personalizada en el proceso reproductivo*. Departamento Ciclo Vital División Prevención y Control de Enfermedades Subsecretaría de Salud Pública, MINSAL.
- Mulongo, P., McAndrew, S., & Hollins Martin, C. (2014). Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. *Int J Ment Health Nurs*, 23, 296-305. <https://doi.org/10.1111/inm.12060>
- Murray, S. (2000). Relation between private health insurance and high rates of caesarean section in Chile: Qualitative and quantitative study. *BMJ*, 321, 1501-1505. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7275.1501>
- Murray, S., & Elston, M. A. (2005). The promotion of private health insurance and its implications for the social organisation of healthcare: A case study of private sector obstetric practice in Chile. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 701-721. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2005.00470.x>

- O'Connell, H. E., Sanjeevan, K. V., & Hutson, J. M. (2005). Anatomy of the clitoris. *J Urol.*, 174(4 Pt 1), 1189-1195. <https://doi.org/10.1097/01.ju.0000173639.38898.cd>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2018). *Recomendaciones de la OMS Para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva*. Resumen de orientación (español). <https://acortar.link/S3m4WT>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, 3 de febrero). *Mutilación genital femenina*. <https://acortar.link/42xVnt>
- Observatorio de Violencia Obstétrica Chile [OVO Chile]. (2018). *Resultados primera encuesta sobre el nacimiento en Chile*. OVO Chile.
- Palma, M. (1992). *La mujer es puro cuento. Feminidad aborigen y mestiza*. Tercer Mundo.
- Pietras, J., & Taiwo, B. F. (2012). Episiotomy in modern obstetrics-necessity versus malpractice. *Adv Clin Exp Med*, 21(4), 545-550.
- Reisel, D., & Creighton, S. M. (2015). Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). *Maturitas*, 80(1), 48-51. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.009>
- Rhodes, L. A. (1996). Studying biomedicine as a cultural system. En C. Sargent y T. Johnson (Eds.), *Medical anthropology: Contemporary theory and practice* (pp. 165-180). Praeger.
- Simonović, D. (2019). *Informe de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. 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*. (Doc. N° A/74/137). United Nations Digital Library. <https://digitallibrary.un.org/record/3823698?ln=en>
- Song, M., Ishii, H., Toda, M., Tomimatsu, T., Katsuyama, H., Nakamura, T., Nakai, Y., & Shimoya, K. (2014). Association between sexual health and delivery mode. *Sex Med*, 2, 153-158.
- Wagner, M. (1999). Episiotomy: A form of genital mutilation (correspondence). *Lancet*, 353(9168), 1977-1978. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)77197-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)77197-X)
- Weeks, F., Pantoja, L., Ortiz, J., Foster, J., Cavada, G., & Binfá, L. (2017). Labor and Birth Care Satisfaction Associated with Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *J Midwifery Women's Health*, 62(2), 196-203. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12499>
- Zachary, A. (2018). *The Anatomy of the Clitoris: Reflections on the Theory of Female Sexuality*. Routledge.

---

#### AUTOR

**Michelle Sadler.** PhD in Anthropology and Communication, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona (2021); Master of Science in Medical Anthropology, University of Oxford (2006); Master in Gender Studies, University of Chile (2005); Bachelor in Social Anthropology, University of Chile (2004). Adjunct Researcher, Universidad Adolfo Ibáñez Chile; Post-doctoral Researcher, Women's and Gender Studies Program, University of Haifa, Israel. Founding member of the Latin American Network for the Humanization of Childbirth (RELACAHUPAN, 2000-2022); Director of the Observatory of Obstetric Violence Chile (2014-2022).