

## ARTÍCULO

“Mirar detrás de la cortina verde”  
La experiencia de la violencia obstétrica en Contramaestre, Santiago de Cuba.

May Yudith Serrano Mulet,  
Universidad de Oriente, Santiago de Cuba  
<yudiths@uo.edu.cu>

**Resumen**

El texto que se presenta a continuación es fruto del análisis de la violencia obstétrica en instituciones pertenecientes al sistema de salud del municipio Contramaestre en Santiago de Cuba. Se trata de un estudio de caso realizado con la contribución del método etnográfico, a partir de la documentación de testimonios de mujeres y otros individuos relacionados, entrevistados por la autora en el curso de su indagación. Se aprovechó la oportunidad brindada por los testimonios para abordar las condiciones que propician la incidencia de episodios de violencia obstétrica en este contexto. La hipótesis sostenida, plantea que la presencia de violencia simbólica (generalmente inadvertida por su apariencia de “determinación natural”), la violencia de género, intencionada para mantener las asimetrías de poder, y la violencia cultural, visible en las actitudes de los seres humanos y los grupos de seres humanos que interactúan socialmente siguiendo –consciente o inconscientemente- la herencia patriarcal, dan lugar en la esfera médica -manejada bajo los principios del modelo médico hegemónico- a hechos que clasifican como violencia obstétrica.

**Palabras claves:** violencia simbólica, violencia de género, modelo médico hegemónico, violencia cultural.

The text presented below is the result of the analysis of obstetric violence in institutions belonging to the health system of the municipality Contramaestre, it is a case study carried out with the contribution of the ethnographic method, from the documentation of testimonies of women and other related individuals, interviewed by the author in the course of her inquiry. The opportunity provided by the testimonies was used to address the conditions that favor the incidence of episodes of obstetric violence in this context. The hypothesis held suggests that the presence of symbolic violence (generally unnoticed by its appearance of "natural determination"), gender violence, intended to maintain the asymmetries of power, and cultural violence, visible in the attitudes of human beings and the groups of human beings that interact socially following - consciously or unconsciously - the patriarchal heritage; they give rise in the medical sphere - managed under the principles of the hegemonic medical model- to facts that classify as obstetric violence.

**Keywords:** symbolic violence, gender violence, hegemonic medical model, cultural violence.

## Introducción

La categoría género tiene una historia bastante frecuentada. Es sabido que ya, desde los años sesenta, John Money fijó algunas bases para la distinción metodológica entre sexo y género, ideas que fueron el origen de la enunciación que restringía, drásticamente, la sinonimia entre ambos términos. Stoller (1968: VII), por su parte, se refirió al tema aclarando que “el género se refiere a esas grandes áreas de la conducta humana, sentimientos, pensamientos y fantasías que se relacionan con los sexos pero que no tienen una base biológica”.

No lejos de las investigaciones psicológicas, antropológicas y sociológicas pero, sobre todo, en la búsqueda de un consenso para accionar a favor de los más vulnerables, ocurre el reconocimiento global del concepto de género en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing (1995). En dicha conferencia se declara que “el género se refiere a los papeles sociales construidos para la mujer y el hombre asentados en base a su sexo, que dependen de un particular contexto socioeconómico, político y cultural y que está afectado por otros factores como son la edad, la clase, la raza y la etnia”.

Otro término de capital importancia para la investigación, aun hoy susceptible de confusiones y entrecruzamientos, es el de patriarcado. El significado de patriarca, cuyo origen etimológico se remite al de “padre que manda” o “padre que dirige”, está en la raíz lingüística y semántica del empleo del término “patriarcado”. Más allá de las teorías del patriarcado de MacLennan (que se remontan a 1865), Engels se refiere a él en “Estado, familia y propiedad privada” como el sistema de dominación más antiguo, y coincide con Weber para identificarlo como sistema de poder, de dominio del hombre sobre la mujer (Facio: 2005, 280).

Según plantea Gerda Lerner en su obra “La creación del patriarcado” (1986), el patriarcado es un acontecimiento histórico que significa una toma de poder histórico por parte de los hombres sobre las mujeres valiéndose de la elevación del orden biológico a categoría política y económica.

Todos los sistemas patriarcales, según Alda Facio y Lorena Fries, se caracterizan por:

- a) ser históricos y no naturales (tuvieron un principio en la historia);
- b) fundamentarse en el dominio del hombre sobre la mujer, ejercida a través de la violencia sexual, institucionalizada y promovida a través de las instituciones de la familia y el Estado;
- c) aunque existen hombres en opresión en todos los sistemas patriarcales, las mujeres de cada uno de esos grupos oprimidos mantienen relaciones de subordinación con cada uno de los grupos;
- d) en el patriarcado las justificaciones que permiten la mantención del dominio sobre las mujeres, están basadas en las diferencias biológicas entre los sexos.

En general, este término ha sido empleado para representar o describir una situación privilegiada de los varones derivada del tipo de filiación y la portación del apellido paterno. Una de las características más acusadas del patriarcado como modelo es la tendencia a la “naturalización” de la división sexual del trabajo en productivo/reproductivo, de provisión/de cuidado, de la esfera

pública/de la esfera privada; división en la que les corresponde a las mujeres aquellos trabajos considerados como de menor utilidad y, por tanto, de menor reconocimiento social. Otra característica a señalar en la definición del patriarcado es la subordinación de las funciones reproductivas de las mujeres al grupo masculino -ya sea independientemente o como grupo total-acompañada de la cosificación sexual.

Por demás, dentro del patriarcado existen mecanismos que sostienen y refuerzan la preponderancia de los hombres; el intercambio y la solidaridad del grupo masculino, sumado a la exclusión sistemática de las mujeres de los círculos de prestigio y conocimiento, sirven para fijar el perímetro de la fraternidad masculina. Al mismo tiempo, se aprueban, tácitamente, mecanismos “duros” como la intimidación, el acoso e, incluso, la agresión directa, como medidas disciplinarias hacia las del grupo femenino que intenten subvertir el orden existente.

Íntimamente relacionado con el ámbito patriarcal está la ideología que ha venido a llamarse machismo, cuerpo de ideas ligado a la negación sistemática del valor de las mujeres en todos los ámbitos de la sociedad y la cultura. El machismo no solo infravalora a las mujeres, sino que es la base de la discriminación que tiene al género como basamento; de ello se infiere que cualquier comportamiento que se juzgue no masculino es tenido, entonces, como femenino o feminoide y, como tal, propenso a ser despreciado y juzgado irrelevante. Es propio de la ideología machista la promoción de la violencia contra las mujeres y de las diferentes formas de violencia de género. Caracteriza el androcentrismo, el sexismo y la misoginia.

Reconociendo que la socialización no se presenta como un paisaje inmutable, sino que las relaciones de género, a su vez, pueden ser analizadas como un sistema dinámico, no cabe sino dialogar también con lo que Rubin llamó, en su conocido texto sobre el tráfico de mujeres, “sistema sexo-género”, y que, más allá de cualquier crítica, continúa siendo útil para explicitar las maneras en que cada sociedad norma y regula su actividad basándose en la lectura del “dato físico” en que se reconoce la sexualidad biológica. Así, el sistema sexo-género es definido por Gayle Rubin (1986) como: “El conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana y en el que se satisfacen esas necesidades humanas transformadas.”

El surgimiento del sistema sexo-género logra instalar un concepto neutro, de mayor generalidad que el de patriarcado, puesto que considera que existen otras formas de relación entre hombres y mujeres y entre lo masculino y femenino, que pueden no presentarse como sistemas patriarcales.

El debate actual sobre la conceptualización de la violencia es más que amplio. De hecho, el punto en común entre todas las partes discordantes en las disquisiciones sobre el tema, es la necesidad de definir, a priori, y para cualquier forma discursiva, desde qué perspectiva estamos hablando de violencia, qué definición de violencia utilizaremos y con qué fines específicos. Haciendo una pesquisa de las regularidades más evidentes, constatamos que la mayor parte de los autores consultados, coinciden en reconocer que estamos en presencia de violencia cuando se reúnen en un hecho, o proceso, los siguientes factores: daño a seres humanos, participación directa o indirecta

de otros seres humanos en la ejecución de dicho daño e intencionalidad (manifiesta de manera evidente o no). Debe señalarse, además, que este daño causado a personas o grupos de personas, puede presentarse como justificado desde algún punto de vista cultural o aparecer, sencillamente, como arbitrario e injustificado.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), por ejemplo, define *violencia* como: «uso intencional de fuerza, poder físico, o amenazas, en contra de uno mismo, otra persona, o en contra de un grupo o comunidad, cuyo resultado desemboca con alta probabilidad en lesiones, muerte, secuelas psicológicas, o mal comportamiento». Según Salvador Giner registra en el Diccionario de Sociología (2001), la violencia es “aquella interacción social como resultado de la cual hay personas o cosas que resultan dañadas de manera intencionada, o sobre las cuales recae la amenaza creíble de padecer quebranto (...)” Pocos autores dudan en aceptar que en las raíces de la violencia está, indefectiblemente, la necesidad de hacerse del poder, asegurar el poder y/o afianzarse en el mismo. Esta regularidad demuestra que existe una compleja pero incuestionable relación –como la existente entre de agencia y resultado- entre poder y violencia.

A fin de comprender la problemática que hoy abordamos, estimamos imprescindible volver sobre la perspectiva de Johan Galtung (1995, 310) en sus investigaciones sobre el tema de la paz. El autor en cuestión amplía la idea de violencia, partiendo de que “[...] la violencia se presenta en el momento en que los seres humanos se ven intervenidos por otros, de tal forma que sus acciones (cotidianas) bien sean de carácter físico o mental, están por debajo de sus potencialidades (y de sus capacidades)”

Otro aporte de Galtung a la teorización acerca de la paz y de la violencia (como su negación) es su diferenciación de tres tipos fundamentales de violencia: la directa, la estructural y la cultural. La primera –la *violencia directa*- tiene agentes suficientemente visibles y se manifiesta en *comportamientos*. En el caso de las dos últimas, a diferencia de la primera, es muy difícil determinar quién o quiénes la ejercen (aunque puede saberse quiénes son los más beneficiados). La *violencia estructural* viene a manifestarse en forma de *negación de necesidades* a los seres humanos en un contexto social determinado. La *violencia cultural*, por su parte, es una forma de violencia simbólica, apreciable en las *actitudes* asumidas por personas o grupos y expresadas “desde infinidad de medios (simbolismos, religión, ideología, lenguaje, arte, ciencia, leyes, medios de comunicación, educación, etc.), y que cumple la función de legitimar la violencia directa y estructural, así como de inhibir o reprimir la respuesta de quienes la sufren, (...)” (Galtung, 2003).

La violencia simbólica de la que nos habla Galtung no es otra que la que descubre Bordieu en sus análisis sobre la sociedad Cabilia en Argelia, es la violencia que “impone una coerción que se instituye por medio del reconocimiento extorsionado que el dominado no puede dejar de prestar al dominante al no disponer, para pensarlo y pensarse, más que de instrumentos de conocimiento que tiene en común con él y que no son otra cosa que la forma incorporada de la relación de dominio.” Esta coerción del dominador que se legitima por el “reconocimiento extorsionado” del dominado carente de instrumentos de conocimientos propios y desprejuiciados, contiene y fundamenta, a través de la incorporación, la violencia cultural de que hablara Galtung y que es ejemplificada,

eficazmente, partiendo de las diversas esferas de la actuación humanas, incluidas las relaciones de clase, raza y género.

Las particularidades de la violencia de género se definieron años antes (desde las ciencias sociales) a partir de los elementos que diferencian esta clase de violencia del resto de las violencias comunes. Se denomina violencia de género<sup>1</sup> a toda forma de violencia que encuentra su basamento en la forma en que la sociedad ha estructurado su sistema sexo-género, asignando roles y funciones a cada individuo. Cabe aclarar que el empleo de tal denominación no es un mero capricho de los grupos feministas, sino que encuentra su propio ámbito y necesidad de existir en una sintomatología sociocultural propia de las relaciones patriarcales. La violencia de género difiere, básicamente, de la violencia común, que encuentra sus víctimas entre los seres humanos en general. Al mismo tiempo se distingue de la violencia contra las mujeres, que se enfoca en la elección de las víctimas por su pertenencia al sexo femenino. Intersecta las dos formas anteriores pues la violencia de género convierte en víctimas, no solo a mujeres -y no solo por el hecho de ser tales- sino que arremete contra todos los seres humanos en situación de vulnerabilidad debido a la precariedad de su condición de género en medio de una sociedad determinada (ya sean niñas, mujeres, ancianas, lesbianas, homosexuales y transexuales).

Una importancia clave de la definición es que destaca (visibiliza) que no son los caracteres sexuales quienes ubican a una persona u otra en situación de vulnerabilidad, y que no es el sexo quien nos convierte en blanco del acoso o el abuso, sino que existe una construcción sociocultural androcéntrica y machista que ejerce su poder simbólico sobre víctimas y victimarios, legitimando las conductas de los últimos en medio de los imperativos de la violencia cultural. El propio “descubrimiento” de la existencia de las diferentes masculinidades (masculinidad hegemónica y masculinidades marginadas) que presume Robert W. Connell (1995), nos demuestra cómo dentro del propio espectro masculino existe una relación de hegemonía y subordinación (donde unos ponen las reglas y otros las acatan) que adquiere forma y se manifiesta, asimismo, en la “organización social de la masculinidad”. Connell también subraya que “La masculinidad existe solo en contraste con la femineidad”; con la exposición de esta premisa apunta claramente hacia la disipación de la creencia en el carácter autorreferenciado de la masculinidad, plataforma tácita que soporta el estado actual de la *dominación masculina*.

Entre las tipologías que han emergido en los últimos tiempos del análisis de los contextos en que se concreta la violencia de género, se encuentra la de la violencia obstétrica. Hacia 2007, surge, en América Latina, la primera ley que penaliza la violencia obstétrica como forma de “la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales,

---

<sup>1</sup> La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1994) apunta (de manera algo excluyente, pues solo tiene en cuenta a la mujer) que es violencia de género “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”

trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir, libremente, sobre sus cuerpos y sexualidad, lo que ha impactado negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Lo más llamativo de este tipo de violencia viene a ser el reconocimiento de que esta tiene agentes y escenarios inesperados: se trata de médicos, enfermeras y técnicos de los sistemas de salud pública o privada. Tal y como aclara Luis Alberto Villanueva-Egan, (“El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra”, 2010) “es una forma específica de violación a los derechos humanos y reproductivos de las mujeres (...) Se genera en el ámbito de la atención del embarazo, parto y puerperio (...) y es producto de un entramado multifactorial en donde confluyen la violencia institucional y la violencia de género”. El propio autor anuncia que esta violencia “va desde regaños, burlas, ironías, insultos, amenazas, humillaciones, manipulación de la información y negación al tratamiento, sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, aplazamiento de la atención médica urgente, indiferencia frente a sus solicitudes o reclamos” hasta el “utilizarlas como recurso didáctico sin ningún respeto a su dignidad humana”.

Rebasando las claridades aportadas por Villanueva, la mayor parte de los textos revisados reportan componentes físicos y psicológicos. Señalando lo correspondiente al aspecto físico de la violencia obstétrica, en síntesis muy apretada, encontramos:

- la negación de los profesionales a brindar atención oportuna y eficaz ante las emergencias obstétricas
- la realización de tactos reiterados y por más de una persona
- la realización de la episiotomía de rutina (cuando se ha comprobado que los beneficios que reporta son escasos)
- el empleo de la maniobra de Kristeller (excluida por la OMS del inventario de prácticas seguras)
- la realización de cesáreas sin justificación médica
- la medicación innecesaria a la embarazada (empleo de aceleradores innecesarios)
- la obligación a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical

En el caso de las manifestaciones psicológicas de la violencia obstétrica se reúnen, entre otras:

- el empleo de frases discriminatorias, groseras o humillantes
- el uso de burlas y críticas respecto al estado de la mujer y su hijo (a)
- la omisión o negación de información sobre su estado o el de su hijo(a)
- impedir la presencia de esposos y familiares durante el parto
- impedir la relación inmediata entre la madre y el niño o niña recién nacido sin que exista causa médica justificada
- realizar procedimientos invasivos sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer

### **La violencia y el modelo médico hegemónico en el sistema de salud**

El nacimiento, alumbramiento o parto, es un momento sumamente pródigo en significaciones. Si nos ubicamos en la historicidad de la tradición, encontramos que las prácticas sociales anteriores

a la modernidad, ubican el nacimiento en el contexto hogareño, familiar o comunitario, en el que las matronas o parteras ejercían su labor de asesoría y acompañamiento compartiendo algo del protagonismo de la embarazada, pero sin usurpar su centralidad en el proceso. Llegada la hora del parto, la matrona o partera garantizaba elementos esenciales entre los que se hallaba la privacidad de la mujer, la continua observación de los procesos y el respeto por los tiempos particulares de las contracciones y expulsión en cada alumbramiento individual. Todo esto lo hacía sin el empleo de medicación, o utilizando dosis mínimas de algunas sustancias naturales. Por el contrario, el parto actual en las instituciones médicas que laboran desde el modelo médico hegemónico puede transcurrir (y transcurre en no pocas ocasiones) en medio de la estandarización despersonalizante. La embarazada es transferida de una sala a otra en medio de exámenes y reconocimientos, alejada de los familiares y sometida a procedimientos que la convertirán en madre lo antes posible. Es lógico que esta “usurpación”, este “golpe de estado”, conmueva, profundamente, los cimientos personales de las implicadas, provocando una ruptura en la continuidad de su autopercepción como sujetos, ruptura que se expresa en descontento, tristeza, indignación, extrañamiento y que se perpetúa, muchas veces, en formas cíclicas de depresión.

Cuba es un país privilegiado en lo referente a la atención brindada a los usuarios y usuarias en el Sistema de Salud Pública Nacional. A partir del triunfo revolucionario de enero de 1959, el país entabló una batalla contra la insalubridad que ha conducido a elevar, constantemente, la esperanza de vida de la población y, a la vez, a descender los indicadores de mortalidad infantil y materna hasta tasas semejantes a las de los países desarrollados. Cabe subrayar que la atención médica es universal y tiene carácter gratuito en todos sus niveles.

La atención del Estado cubano a programas de cobertura nacional abarca programas sumamente significativos que no deben obviarse en cualquier análisis relacionado con el tratamiento a la salud sexual y reproductiva; entre estos programas se destacan: el Programa Materno-Infantil, el Programa de detección precoz del cáncer cérvico-uterino, el Programa de detección precoz del cáncer de mama y el que se dirige a promover una Maternidad y Paternidad Conscientes. En lo referente a la posición de las mujeres entre los actores del sistema salubrista resulta imprescindible aclarar que existe una alta representación femenina en el sector. Es harto conocido que, en Cuba, la mayor cantidad de trabajadores del Sistema Nacional de Salud son mujeres.

No obstante, la existencia de estos y otros logros –justamente reconocidos a nivel nacional e internacional- se ven oscurecidos de cuando en cuando, por las asimetrías de poder que acarrea la concreción de algunas prácticas que caracterizan al modelo<sup>2</sup> médico hegemónico, modelo asentado y proliferante en la Medicina occidental. Estas prácticas responden a una forma de praxis médica que ha sido reconocida en los sistemas de salud de muchos países desarrollados y de otros en vías de desarrollo, y que implican una polarización de las relaciones médico-paciente en las que el último resulta desempoderado, disminuido en sus potencialidades para *curar-se* a sí mismo e impedido de tomar decisiones sobre aquello que, en última instancia, sucede “en su propio cuerpo”.

---

2 Como todo modelo médico, implica una epistemología y una nosología determinadas en las que se puede profundizar consultando los estudios de Menéndez.

El antropólogo social Eduardo L. Menéndez, a quien se considera creador de la denominación en su trabajo *El modelo médico y la salud de los trabajadores* y uno de los más importantes investigadores de la biomedicina (Menéndez, 2005), señalaba que, en la construcción de este modelo, existen rasgos que son considerados estructurales y que se relacionan entre sí, conformándolo; entre ellas: “biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.” (Menéndez, 1988: 451-464)

Tal y como se aprecia en estos rasgos, es evidente que tal modelo puede albergar un principio de eficacia, pero no guarda el debido respeto hacia el receptor del servicio de salud, sus expectativas y creencias. Un médico que no cura al paciente sino “a pesar del paciente”, no es el prototipo de agente de salud que desea ningún país o cultura; sin embargo, tal modelo se sostiene y perpetúa gracias a la barrera de prestigio y sacralidad que rodea a la profesión médica. Esta barrera, más o menos invisible, está legitimada por la especialización científica y por la fuerza de las normativas particulares y puede desfigurarse, incluso –como ocurre en el caso que nos ocupa- la aplicación directa de algunas de las más incluyentes y significativas políticas estatales.

La violencia cultural se entroniza en un sistema sexo-género donde persisten los rasgos patriarcales en forma de violencia simbólica, y la aprehenden las y los individuos a través de diferentes procesos de socialización. Su enorme carga aseverativa y dictatorial no se disipa ni desaparece con la educación técnica y profesional, ni con la incorporación al servicio médico, sino que, ya en el interior de este “campo<sup>3</sup>”, busca y encuentra cómo expresarse (potenciándose la agresividad de los sujetos gracias a la impunidad que ofrece el modelo médico hegemónico). De esta manera repercuten, negativamente, la educación recibida –con elementos innegables de sexismo machista- y la praxis donde se reproducen –y aceptan como legítimas- las relaciones de dominio. Esta sumatoria de factores es significativa a la hora de explicar por qué emerge la violencia en momentos críticos para la construcción del género, como lo son aquellos relacionados el nacimiento, en los que la naturaleza de la mujer deja su usual ocultamiento para convertirse en un centro innegable de actividad. Nos atrevemos a afirmar, así, que en ninguna otra instancia de la medicina las transiciones son más significativas, ni la carga simbólica es más contradictoria que durante el nacimiento de un nuevo ser humano.

La investigación realizada, a partir de entrevistas y pacientes atendidas en el hospital de Contra maestre y en algunos de los policlínicos y consultorios de la ciudad, demostró que se ejerce siguiendo el modelo médico hegemónico y que existen manifestaciones innegables de violencia obstétrica. Mediante experiencias directas de la autora (devenida en investigadora de sí misma y las otras), y entrevistas a embarazadas y púerperas, se constató también que estas “malas prácticas” han alcanzado un peligroso grado de asimilación entre los miembros de la comunidad salubrista e, incluso, ya son vistas como “normales” por parte de la población, que acepta la situación de violencia médica, disciplinante, como importe a pagar por las mujeres que asumen la maternidad.

---

3 Visto, a la manera de Bordieu, como espacio social de acción y de influencia en el que confluyen relaciones sociales determinadas.



Se comprueba, en este sentido, la validez de las ideas de Bordieu acerca de la “violencia simbólica” y la “complicidad” de los sometidos y violentados con los agresores.

### **Embarazo ¿nuestro?**

Para constatar la necesidad de la investigación se hizo una primera exploración donde se interrogó a veinticinco mujeres acerca de las vivencias relacionadas con sus embarazos; de ellas, seis afirmaron haber tenido un buen parto y haber sido tratadas convenientemente por el personal médico; las diecinueve restantes plantearon que no estaban satisfechas con el tratamiento recibido por diferentes razones. Cabe aclarar que de esas diecinueve púerperas se entrevistaron dieciocho, en total: siete primerizas; ocho, en el segundo embarazo y tres, en el tercero.

Además, se realizaron entrevistas a tres esposos y tres madres de púerperas. También se emplearon para el análisis, criterios recogidos en las salas de espera de las consultas de ultrasonido y las de valoración por especialistas. En todos los casos, las entrevistas fueron abiertas y tuvieron lugar en medio de un clima informal, en las casas de las mujeres o en la de la autora, buscando privacidad e intentando mantener los niveles de confianza óptimos para asegurar la veracidad de la información. A las entrevistadas se les informó que sus respuestas podrían ser citadas, aclarándoles que, en ningún caso, se expondrían sus nombres. Se evitó tener en cuenta las narraciones de los partos ocurridos fuera del municipio o fuera del periodo que abarcan los últimos diez años. Aunque no se limitó a las entrevistadas en la narración de experiencias relacionadas con la maternidad, preferimos citar, en todos los casos, los testimonios que exponen las vivencias más recientes. La investigación no pudo prescindir de las opiniones de cuatro mujeres que no consiguieron ser madres, con el fin de considerar diversos puntos de vista sobre el tema de la violencia.

Las experiencias de las mujeres entrevistadas durante sus periodos de embarazo fueron muy diversas; corrían en dependencia de si el embarazo era o no planificado, si era el primero o no, de cuál era la edad de la mujer y del momento en que se producía la captación. En todos los casos la captación tuvo lugar en el intervalo entre las siete y once semanas. Las primerizas coinciden en afirmar que, si bien el interrogatorio es largo, se sienten emocionadas porque se les facilitan algunas nociones de cómo sería el progreso del embarazo a la vez que se les advierte de los riesgos más significativos. Algunos de los primeros informes negativos, referidos a este periodo, se remiten a dos doctoras y un médico pertenecientes a consultorios médicos, que comentaron a las embarazadas, (de treinta y ocho y treinta y nueve años) que entre las embarazadas captadas en ese mes, muchas pertenecían al grupo de Alto Riesgo Obstétrico por cuestiones de edad y aseveraron que tal incremento complicaba la situación de salud del área que atendían. Uno de los médicos afirmó que “parir con esa edad es un gran riesgo para las madres y un problema para los médicos”.

Estas primeras visitas –de captación y seguimiento- de las embarazadas al consultorio incluyen interrogatorio y reconocimiento físico que, en tres de los casos, se realizó en presencia de estudiantes sin que se les pidiera permiso a las embarazadas para ello. Las entrevistadas no se quejaron de la situación, pero a las tres, les resultó incómodo:

1 (veinticinco años): *“Yo no sabía que eso se hacía sin preguntarte nada... menos mal que las cuatro estudiantes que estaban cuando yo fui, eran hembras... si hubiera habido un varón, yo no sé... No sé si la gente se queja, pero a mí no me parece bien... Tanta gente allí y una con las piernas abiertas, de par en par... Me dio pena...”*

2 (treinta y dos): *“Los muchachos parecían serios... pero quién sabe, eran jovencitos... Si los veo sin bata, digo que son del Pre... Si mi esposo llega a estar allí, seguro que se cuadra; yo no. De alguna manera tienen que aprender para ser médicos después”*

3 (diecinueve años): *“A mí porque me cogió de sorpresa. Cuando me di cuenta, ya estaban dentro del cuarto... y el médico explicando cosas... Me puse tan nerviosa que, cuando me fui a parar de allí, no encontraba ni el banquito de poner los pies; por nada me caigo...”*

Las tres respuestas son muestra de la molestia causada a las tres embarazadas por la inclusión de estudiantes en el proceso de reconocimiento, agravada por el hecho de que no se les preguntó, previamente, ni se les solicitó colaboración para tal acción pedagógica. Es digno de analizar que una de las entrevistadas enfatizó en que la contrariedad provocada por la exposición del cuerpo, le hubiese afectado más a su pareja (en caso de haberlo presenciado) que a ella misma. Por su parte, asimilaba la molestia que se le había provocado, justificándola por la necesidad de aprendizaje de los “muchachos”. La tercera narró, con inocencia, lo sucedido y el nerviosismo a que le condujo, la situación. En ninguno de los tres casos hubo un intento de contradecir a los profesionales que las sometieron a tales exámenes.

Aunque hemos citado tres casos, la falta de cuidado hacia la privacidad de las embarazadas fue un rasgo común señalado por la gran mayoría de las entrevistadas; en todos los casos sucedió, al menos, una vez, que médicos y enfermeras descuidasen cerrar las ventanas de la consulta durante algún examen físico o reconocimiento. En algunos casos se refirieron a que en el momento de realizarles el exudado vaginal, el examen físico y las consultas de seguimiento por ultrasonidos, habían encontrado que las ventanas y puertas cercanas estaban abiertas o semiabiertas, lo que evidencia que el tratamiento irrespetuoso hacia sus cuerpos, no es algo que se circunscriba, únicamente, al ámbito hospitalario, pues las consultas en los policlínicos pueden ser igualmente abusivas, en cuanto a malos tratos, falta de tacto y ausencia de profesionalidad:

4 (veintiocho años): *“No me gustó; claro que no. Todo el mundo tuvo que enterarse de que yo tenía un fibroma. ¡Vaya! te mandan a pasar para el ultrasonido... pero está el médico, la que apunta... una amiga que colaron a la consulta y está esperando que terminen conmigo... A veces hay cinco gente además del médico... uno se siente muy mal... Cuando dijo lo del fibroma, todos miraron... a la hora de medirlo había ocho ojos pegados a la pantalla.”*

5 (treinta y tres años): *“Mira, gracias a que a mí me tocó con A... Ese es el único que te explica... al único que se le puede preguntar algo y que te responde decentemente; los demás están por estar... Nosotras no significamos nada, a no ser que tú tengas una amistad... Lo*

*que es R... dicen que se pone pesadísimo cuando le preguntan el sexo del bebé... ahora, que no vaya la mujer de un socio... ahí sí.”*

6 (veinticuatro años): *“Me dijo ‘hasta del mal que me iba a morir’... Sí, porque tuve que ir a orinar, y eso que solo oriné un poquito. ¿Qué culpa tengo yo? Con el frío que había... y yo no orinaba desde que salí de la casa ¿Qué voy a hacer?, no me iba a orinar encima... pero él siempre es así, es un ogro. A las que vienen con el marido no les habla así.”*

Las mujeres entrevistadas refieren formas diferentes de violencia: la falta de privacidad y discreción del acto médico, el maltrato verbal y la imposibilidad de entablar diálogos explicativos con quien hace los ultrasonidos, y la desproporcionada queja del médico porque la imagen de ultrasonido requiere de una vejiga llena.

Luego de esta primera etapa, el segundo y el tercer trimestre del embarazo se caracterizan por abundantes consultas (generales y especializadas), los ultrasonidos correspondientes y los exámenes de laboratorio. En ese periodo la alteración de algún indicador en los exámenes desencadena un grupo de acciones médicas que en no pocas ocasiones atemorizan a las embarazadas al ir acompañadas ya por un silencio disconforme de los facultativos, o por advertencias expresadas de forma inadecuada:

7 (veinticinco años): *“Si llego a ser yo, caigo muertecita del susto allí mismo. Esa doctora que tú ves ahí, le dijo a otra embarazada: Si tú dices que casi no se mueve, hace dos días, ¿a qué vienes ahora? ¿Por qué no viniste antes? Ese niño debe estar muerto. Ve a que te hagan el ultrasonido. Pero ya te digo... a esta altura el niño debe estar muerto. ¡Tú sabes lo que es que te digan eso... así! La mujer salió llorando, con su papel de ultrasonido en la mano. Me dio lástima. Después la vi y le pregunté. Felizmente no era nada... Mi abuela dice que son los cambios de mes, que los niños, en el vientre, van cambiando de conducta así y que no hay que asustarse... ¡Pero hay cada médicos!”*

8 (veintinueve años): *“Me tenían asustadísima... que si hay macrostomia fetal... que si hay que repetir el ultrasonido porque la talla no coincide con la edad gestacional... Y yo temblando e imaginándome mil cosas... Lo que pasó fue que calcularon mal el tiempo. No me hicieron caso... y yo tenía casi un mes más que los que ellos tenían en la historia. Así es.”*

9 (treintinueve años): *“A mí me pusieron histérica con lo de la translucencia nucal. Y nadie me explicaba cuál era el problema. Ponían cara seria... y yo... ¿qué es lo que pasa? Tuve que averiguar en Internet. Allí vi que el riesgo era que fuera un síndrome de Down... un riesgo mínimo... pero como yo era del grupo de las añosas, daban por hecho que había problemas... cuando tienen más de treinta y cinco, el embarazo es un problema médico. Gracias a Dios mi niño salió bien.”*

Los testimonios ejemplifican la violencia obstétrica ejercida por los profesionales que, en algunos casos, capitalizan la información y omiten la explicación necesaria para que la embarazada comprenda cuáles son los verdaderos riesgos; en otros, provocan pánico al diseminar prejuicios basados en probabilidades que aún se discuten en el mundo de la medicina. Una mirada, un gesto inconforme o una expresión del profesional durante el ultrasonido, provoca múltiples reacciones en las embarazadas, máxime cuando este se limita a dictar cifras y códigos que no explica a las más interesadas en saber cuál es el estado del bebé y qué pronósticos tiene su gestación. Las categorías de Alto Riesgo Obstétrico y la de “añosa” se convierten en estigma para algunas embarazadas que perciben que su preñez es mal aceptada por el personal médico. De hecho, en la indagación se comprobó que la pretensión de tener un hijo más allá de los treinta y cinco años, puede convertirse en razón de regaño y burla hacia ellas:

10 (treinta y nueve): *Cuando se dio lo de la diabetes gestacional me dijeron ¿no querías parir vieja?... ahora ves lo que pasa, a esta edad el cuerpo no es el mismo... Cuando te dicen eso, ¿cómo te vas a sentir? Claro que machacada, sientes que por tu culpa tu hijo puede nacer con problemas... y que los médicos se van a lavar las manos... La culpa de todo es de la madre por atreverse a parir tan vieja... ¿Y yo no tengo el derecho a decidir cuándo tener un hijo...?*

Existe una “norma ginecobstétrica” -no expresada, pero constantemente remarcada- que señala que mujer adulta, que tiene hijos después de los treinta y cinco, es una irresponsable. La sexualidad de la mujer después de los treinta y cinco no debe tener –en opinión que emana de los médicos en este enclave particular, pero que se repite en otras zonas de Cuba- una condición reproductiva. De acuerdo con el viejo esquema –que se remite a los años ochenta- la maternidad debía asumirse, preferentemente, entre los veinte y treinta; actualmente se ha prolongado el intervalo hasta los treinta y cuatro años. A partir de los treinta y cinco se asume que la mujer ya debe desechar sus pensiones a la maternidad. Una lectura simbólica revela la creencia de que el cuerpo “demasiado maduro” no debe embarazarse, y que de hacerlo, casi por contagio, los hijos nacerán defectuosos.

Subrayando este sentido, el equipo médico se encarga de culpabilizar a toda mujer que se atreve a violar esa norma (especie de ley estructural de la construcción de la feminidad en este sistema sexo-género, que la remite a ser tía o abuela, no madre). Tuve la oportunidad de escuchar los argumentos de un ginecólogo, mientras este aleccionaba a una de las embarazadas sobre las diferencias de la feminidad maternal antes y después del 1959:

*“Sí, antes de la Revolución las mujeres tenían hasta once y catorce hijos, de parto natural, sin asistencia y sin problemas; pero eso era antes. La mayoría no trabajaba. Las mujeres de ahora son diferentes, han llevado una vida diferente. No es lo mismo un ama de casa con sus horarios... que una mujer que trabaja en la calle y que no se cuida. La que trabaja, pierde esa habilidad para parir y hasta para amamantar a los hijos. Hoy todas las mujeres tienen las caderas más estrechas, la pelvis diferente, envejecen rápido, son más nerviosas... y con el cambia-cambia de pareja, los órganos se debilitan. Antes estaban con un hombre*

*hasta la muerte, ¿qué mujer se divorciaba? Y se mantenían mejor; había que verles la piel... ahora no... con treinta parece que tienen cincuenta... por eso después de los treinta y cinco el riesgo de que nazcan hijos con problemas, se incrementa muchísimo... no es como antes, ¡qué va!”*

El discurso del médico reproduce, inconscientemente, la construcción sociocultural del patriarcado, donde todo el cuidado de la mujer está dirigido a cuidarse “los órganos” y la figura para ser una hembra reproductora de la mejor calidad. Es evidente que esta construcción nostálgica y machista sirve para minimizar el valor de la feminidad actual, por egoísta y poco comprometida hacia la pareja y la familia. Cabría preguntarse si ese “modelo de feminidad” guarda algo de relación con las mujeres “de carne y hueso”, rurales y urbanas, de toda clase social, que disfrutaron o consumieron su existencia en el periodo señalado. Y en otro orden de cosas, ¿qué tratamiento les espera a las mujeres “de hoy en día” en manos de médicos con tales visiones de la “evolución negativa” de la feminidad?

La situación de las mujeres primerizas durante el parto refuerza la indefensión femenina al entrar en el dominio hegemónico de los médicos. En el caso de las que no son primerizas, la situación de impotencia se hace mucho más radical y ofensiva, puesto que las mujeres se ven relegadas en su conocimiento del proceso y de su propio cuerpo, pese a haber atravesado por experiencias previas de parto o cesárea:

11 (treinta años): *“Los médicos no respetan el conocimiento que tienes de tu cuerpo ni de tus procesos<sup>4</sup>, ni siquiera cuando ya has tenido otros bebés. Yo me conozco perfectamente. Ya tengo tres, y con los tres ha sido parecido: llamé a los médicos y le avisé a la enfermera de que la niña ya venía. ¿Tú crees que me hicieron caso? Ya cuando llegué a la mesa hubo que agarrar a mi bebé casi en el aire, por poco cae al suelo...”*

Hubo testimonios que referían traumas asociados a la excesiva medicalización del parto, traumas cuyas consecuencias psicológicas llegaron a incidir en la proyección de la familia para el futuro:

12 (treinta y un años): *“Mira, yo estoy divorciada... y el hombre con el que yo me case, (si me vuelvo a casar), tiene que saber que, conmigo, no hay hijos que valgan. Yo tuve a mi niña y la quiero con la vida... pero lo que pasé para tenerla, fue perro... me pusieron a parir con sueros y no dilataba nada... al final dilaté un poco... pero no lo suficiente, me desgarró... y del tiro hubo que hacer cesárea para que mi niña naciera... Terminé cosida por arriba y por abajo. Casi no podía ni darle el pecho porque no podía estar ni sentada ni acostada. Lo que pasé, fue mucho... y eso que ya, en mi historia clínica, estaba escrito que debían hacerme cesárea...”*

---

4 Según el poder médico hegemónico la embarazada no sabe sobre lo que le ocurre. El saber sobre el nacimiento es patrimonio del personal médico, por tanto avisar, sugerir, preguntar o quejarse sobre el tratamiento recibido es visto como transgresión de la norma.

El tratamiento sufrido por las embarazadas es frecuentemente somatizado, incorporado a un repertorio emocional que se interpreta a la luz de otros maltratos posibles o reales. No faltaron los comentarios que apuntaban a que el exceso de tactos, u otra manipulación excesiva, se percibieron con tintes cercanos a la violencia sexual:

13 (treinta años): *“Yo lo veía (al médico) pasando visita y me daban hasta náuseas... hablaba con mi mamá y con mi pareja como si nada hubiera pasado... Para mí él es como un violador cualquiera. Todavía me acuerdo que estuvo a punto de sacarme el niño a fuerza de tanto tacto... y diciendo ¡aguanta, y que cuando lo hiciste, seguro no te quejabas!... cuando tú estás en la sala, con tu gente, parece que se transforman... parecen otros... como si una no tuviera memoria.”*

En otros casos, la sexualización del maltrato en el parto se da, no tanto por la manipulación, como por el empleo de chistes o alusiones groseras durante todo el proceso:

0: *“Cuando me iban a entrar al salón, llegó un caso de mayor urgencia: Una muchacha de dieciséis años, con un desgarramiento y pérdidas de sangre... El salón preparado para mi caso, tuvieron que emplearlo en su operación. Resuelto el asunto, salieron los especialistas y asistentes haciendo los peores chistes que he escuchado, todos de carácter sexual, todos referidos a las mujeres... El ginecólogo comentó la situación sin el menor respeto por la muchacha (ni por mí, que estaba allí presente), y la enfermera le seguía el jueguito con otras groserías mayores.*

*En el salón, viene el anestesista y me pregunta riéndose: Ven acá, así que esta es tu tercer cesárea, ¿y tú de dónde eres, de Laguna Blanca?, ¿en tu casa no tienen televisor...? Yo comprendí, rápidamente, de qué hablaba.*

La alusión es clara. Ser de Laguna Blanca es provenir de una zona rural (del Contramaestre rural). Y no tener televisor en casa es, según un viejo chiste cubano, una de las razones por las que las parejas tenían tantos hijos en las zonas rurales antes del Triunfo de la Revolución. No fueron pocas las embarazadas que recordaron haber sido motivo de chiste para el personal médico, y tampoco infrecuente el empleo de comentarios alusivos a la sexualidad (la de la paciente, o la del propio personal médico).

Esto hace recordar la creencia que, aunque ha perdido un poco su vigor en los últimos tiempos, todavía se mantiene en el imaginario colectivo del cubano. Se cree (y expresa) que los médicos que se dedican a la ginecología suelen perder el interés por las mujeres, y que este “aburrimiento” deriva en feminización. En la indagación realizada no se encontraron trazas de esta feminización; sí resultó notable la necesidad de los profesionales de “sobremasculinizarse” en el ejercicio de su profesión, mostrarse mucho más “hombres” que lo normado. Cabría preguntarse si la sobre masculinización percibida, el abuso de chistes “indecentes” y los comentarios sexuales con colegas y pacientes se deba a una voluntad de sobreponerse a estos estereotipos. Por otra parte, es bueno

reportar que las mujeres (médicas, enfermeras y técnicas) contribuyen, en ocasiones, a este juego lleno de morbo que rodea, tanto al parto natural, como a las cesáreas.

Ya en otro orden de cosas, vemos como la elección entre parto natural y cesárea es una de las zonas más opacas dentro de la práctica ginecobstétrica. Las embarazadas coinciden en referir que existen médicos que se “aficionan” a las cesáreas, a tal punto que, cualquier parto que se presenta demorado o medianamente complicado, lo resuelven en cesárea “por si acaso”. En el otro extremo están los “naturistas”, partidarios del nacimiento vaginal que son, en ocasiones, más temidos por las mujeres que los del primer grupo, debido al abuso de los tactos, la frecuencia con que realizan la episiotomía (sin que se trate siempre de partos difíciles) y por las posibilidades de que el/la bebé sufra daños durante la expulsión.

Las opiniones de las mujeres y hombres entrevistados acerca del tema, son diversas. La tendencia tradicionalista prefiere el parto natural, no solo los esposos, sino las familias e, incluso las propias mujeres suelen ver, en la capacidad de la mujer de dar a luz naturalmente, una demostración de que es una “hembra reproductora” capaz. Otros, ya sea por la desconfianza hacia el equipo médico involucrado, o por la posibilidad de acortar la incertidumbre y el dolor, prefieren el parto por cesárea<sup>5</sup>. Es importante analizar las vivencias de una de las mujeres, relacionadas con este asunto en particular:

*0: “Iba a ser mi tercera cesárea y no puedo negar que estaba un poco asustada. A medida que las contracciones arreciaban yo sentía que el personal actuaba más lento y estaba más atento al televisor. Ahí mismo se sentaron a conversar y a ver la novela mientras yo me retorció del dolor en la estrechez de la camilla, y soltaba chorros de líquido. “Oye, cuidado,” me advirtió uno desde el otro extremo, “si sigues así, te vas a caer de la camilla”. Les pedí que se acercaran y les dije que había parido por cesárea las dos veces anteriores (por la línea alba) y me preocupaba que las contracciones se hicieran más seguidas.*

*La que me había colocado la sonda, me lanzó una frase amenazante, lentamente, con tono de chantaje: ¡Ah, el problema es que ella nunca ha parido!... Pues ahora, ¿qué tú crees si te ponemos a parir, ¡vaya... para que sepas lo que es eso! La amenaza y el tono empleado eran de pandillero. Claro que me disgustó, pero las contracciones casi no me dejaban hablar, me conformé con pedir –a los estudiantes, que eran los únicos que atendían de vez en cuando- que vigilaran el foco, no fuera a pasarle algo a mi niña.”*

Lo narrado destaca las condiciones absurdas en que se presentan muchos de estos actos de violencia y el trato deshumanizado dado a pacientes, aun cuando es sabido que las mismas se encuentran en un estado vulnerable. Es de recalcar el hecho de que sea otra mujer quien ocupe el rol de victimaria, investida de una todopoderosa voluntad médica y omitiendo los principios del Juramento hipocrático; ello nos habla de una incorporación total de la ideología machista y de una complicidad gremial y cultural. El hecho de que se nos asista con anestesia en un proceso que

<sup>5</sup> Aunque no se estudiaron estas variables específicas con profundidad, puede afirmarse que las embarazadas de mayores niveles de escolarización, preferían el parto por cesárea.

debimos atravesar “con dolor”, es una violación de la ley judeocristiana que sentencia: “con dolor parirás a tus hijos”. La enfermera en cuestión exigía por el hecho de no considerar “verdadera mujer” a alguien que no haya atravesado por el rito de paso del parto “ortodoxamente”.

No puede obviarse el testimonio de algunas profesionales de la medicina del municipio (incluidas dos doctoras del propio hospital). Con ellas constatamos que la violencia ejercida sobre las mujeres, no exime a las del gremio médico cuando estas se encuentran en el rol de paciente. Se destacó, además, la violencia de otra mujer (en este caso, enfermera) hacia una de las doctoras durante el trabajo de parto. El tercer caso responde a las inquietudes de varias puérperas de 2014, quienes presentaron múltiples molestias por la colocación de la sonda vesical. En el último, se señalan aspectos que se encuentran, entre los más analizados en el mundo, cuando se habla de violencia obstétrica: el empleo, casi generalizado, de la episiotomía, y el uso innecesario e ineficaz de la Maniobra de Kristeler:

14 (treinta y ocho años): *“¿Tú preguntas por el trato? Pues mira... con nosotras el trato es peor. Los propios compañeros de trabajo te tratan como si tú no supieras nada de nada... Mi segundo hijo y yo estuvimos más para allá que para acá... en este mismo hospital... y yo le decía a un colega, Fulano, estoy pasando por esto y esto y... ¿a ti te hicieron caso? pues a mí, menos. Tuve que clamar por todos los santos para que hicieran lo que yo sabía, de antemano, que tenían que hacer.”*

15 (veintiocho años): *“Conmigo acabaron. Gente que yo conocía y esperaba que me trataran mejor. Malas palabras y... ¡parece mentira que esta sea doctora!, me dijo una enfermera... solo porque no podía aguantar el dolor. No es fácil. Yo salí con una depresión y una decepción tal, que pedí que me mandaran a un consultorio...”*

16 (treinta años): *“Lo que te pasó con la sonda es sencillo: no se está haciendo lo que se debe hacer. Lo que pasa es que no lo dicen, pero una sí sabe... Cada paciente lleva un diámetro de sonda diferente, según su anatomía... aquí se ha usado otros materiales, que no tienen el mismo diámetro ni las mismas características... eso le destruye la uretra a cualquier mujer... Después una queda con incontinencia y mil cosas ¿cómo no vas a quedar mal...? pero esas cosas no se las dicen a los pacientes... A mí también me acabaron. No te creas que con nosotras es diferente.”*

17 (treinta y dos años): *“Mira, las episiotomías no deberían hacerse sin ton ni son... pero la verdad es que se hacen y nadie protesta. Yo conozco muy pocos casos de partos en que no se han hecho. Eso ayuda a los médicos y, un poco, a los bebés; casi nunca a las madres... A mí misma me la hicieron, dicen ellos que por ser primeriza. No es nada agradable... es casi como una cesárea pero en un lugar peor. La Maniobra de Kristeller se hace también, claro que no como antes, pero se hace, aunque todo el mundo sabe los riesgos...”*

Está comprobado que la separación del recién nacido –obstaculizando el apego precoz a su madre- es uno de los fenómenos de mayor impacto negativo. La separación entre la madre y su



bebé, que debería ser gradual, en ocasiones, se ha realizado de forma brusca, sin que exista una justificación médica suficiente (o al menos, sin explicarle a la madre cuáles son esas justificaciones); a ello se agrega lo irracional de privar a la madre de la oportunidad de amamantarlo/a y de suministrarle el “coctel de anticuerpos” contenido en la primera leche materna.

E0 (treinta y tres años): *A mí me hicieron cesárea y yo esperaba que pusieran a la niña al lado mío, en la sala de recuperación, pero no fue así. Se la llevaron a una sala aparte. Cuando le pregunté a la enfermera qué pasaba, me respondió que le harían un análisis de azúcar y no sé qué otras cosas. Pasaron horas y no la trajeron. Volví a preguntar y me contestaron que no sabían nada más pero que, de todas formas, así era mucho mejor para mí, porque podría descansar. Y yo que no, que no quería descansar, sino ver a mi hija.*

*Ella está bien, dijo la enfermera, si los médicos decidieron que debía estar aparte es por algo. Al final no me dejaron ver a la niña hasta casi veinticuatro horas después. Le dieron leche en pomo, y yo a unos metros de allí, poniéndome fomentos en los senos... apenas pude descansar pensando en qué problema tendría mi niña. Todavía nadie ha podido explicarme por qué pasó esto.”*

No faltan casos en que a la mujer y sus familiares les resulta imposible discernir si la muerte de un bebé nonato se debió a una iatrogenia por negligencia o respondió a un caso fortuito de muerte fetal. No obstante, la falta de sensibilidad con que se trató a la paciente, sienta las bases para que exista -y se arraigue en esta y su familia- la creencia en la culpabilidad del sistema médico, tal y como lo expresan algunas de las entrevistadas.

18 (treinta años): *“Me sentí mal, y cuando me tomaron la presión la tenía un poco alta, así que fuimos para el hospital... Allí no me dieron nada, ni siquiera me volvieron a tomar la presión, me ingresaron y ya. No pasó ni una enfermera a preguntar cómo me sentía... y yo pensaba: ¡para eso hubiese pasado la noche en mi casa! Ni se acercaron por allí... Al otro día pasan visita. Por equivocación parece... pasaron visita dos veces... la primera vez fue X... y me dijo que todo estaba bien... pero después pasó “ese señor”, y gritó ¿qué tú crees que gritó?, este niño está muerto...”*

Madre de 18: *“Después le dijeron a las enfermeras que la llevaran a hacerse un ultrasonido y allí vieron que el niño, realmente, estaba muerto... ya... imagínate, si le subió la presión la noche anterior y nadie hizo nada... hasta las nueve y pico de la mañana del otro día no pasó nadie ni hicieron nada, después de eso fueron dos días induciéndole el parto y nada... yo no me quiero ni acordar... ella si me dijo que no quiere tener más hijos... que ni se lo mencionen... que después de esto... jamás. Ya ella se quedó sin hijos...”*

19 (treinta años): *“Mi embarazo era de gemelos, pero todo se complicó... tuve fiebre y hasta convulsioné en el mismo hospital... si no llega a ser porque tengo una tía que trabaja allí, me muero yo también. Como tuve la fiebre, no me podían hacer cesárea... uno de los niños murió... sobrevivió solo uno. Me hicieron esa cosa de kristeler... que te empujan la*

*barriga... los hematomas me duraron casi dos meses en sanar. Yo creí que me habían roto las costillas... todavía no sé si el otro gemelo, el que murió, no sé si murió por algo natural o por lo que me hicieron ellos mismos. Nadie sabe. Me dijeron que sobreviví porque no lloré. Según los médicos, si hubiese llorado, se me habría subido el embarazo a la cabeza...*”

01 (cuarenta años): *“Me dijeron que cuando había un embarazo ectópico anterior, no debía intentar tener más hijos, porque todo iba a ser igual... hoy por hoy no sé si eso es cierto... pero no me arriesgué más... tal vez si lo hubiera intentado, habría podido ser madre. Fui muy cobarde.”*

O el testimonio de los familiares:

02 (esposo): *“Yo le pedí a una enfermera que buscara una bata más larga para ella... imagínate... o si no que la dejaran usar una de la casa y... nada... la bata que le dieron, no le tapaba ni el blúmer. Tenía que estar acostada y tapada todo el tiempo... para que fuera al baño mi suegra y yo teníamos que llevarla enrollada en una colcha roja, que fue lo único que le dejaron usar... para que no se le viera todo...”*

03 (esposo): *“A nadie le gusta que a su esposa se la maltraten... porque esas cosas no las hacen delante de uno... el asunto es que uno se entera después... Ella no me dijo nada en el mismo hospital... después la cosa se enfría... Ella me dijo: olvídate de eso que ya pasó... y el niño está bien, no te busques problema... pero no te creas... todavía lo veo y me da rabia...”*

04 (madre de una puérpera): *“Son así... ¿qué le vas a hacer?... ¿tú no ves que el hospital está vacío?... si van a botar a todos los que maltratan a las mujeres, no van a quedar ginecólogos para atender a nadie, porque con una o dos excepciones... todos son iguales... están para otra cosa... y la culpa de todo la pagan las pacientes... además ¿con quién te vas a quejar?”*

### Recapitulando para concluir

Más allá de lo anecdótico, las narraciones apuntan a que, según las usuarias y pacientes, en la praxis médica del hospital de Contra maestre existe violencia obstétrica. Entre las tipificadas como tales, las opiniones coinciden en las siguientes:

- No se permite, generalmente, la presencia de familiares o allegados en acompañamiento al parto pese a estar indicado en protocolos, alegándose que el salón de parto está diseñado para dos parturientas por lo que permitir el acompañamiento significaría invadir la privacidad de la otra mujer.
- Se utiliza, invariablemente, la misma posición para el parto.
- Se usan técnicas de aceleración en los casos en que la mujer no dilata en el tiempo que los profesionales estiman apropiado y sin que se demuestre que es preciso para facilitar el nacimiento.

- En muchos casos se utiliza la episiotomía sin que esta sea estrictamente necesaria.
- El vestuario que se asigna a las embarazadas apenas protege la intimidad de la paciente (usuaria). En este orden se señala, además, que el personal médico somete a las embarazadas a condiciones de desnudez innecesarias, muchas veces en presencia de estudiantes.
- La inserción de la sonda vesical se realiza sin el debido cuidado. Existen testimonios que indican que en el propio caso de la sonda vesical se han empleado materiales que no son los que están establecidos, lo que produce malestares inmediatos y mediatos en las mujeres.
- Se maneja un lenguaje autoritario, abusivo y grosero en el trato con las pacientes, tanto en el salón de preparación para las cesáreas, como durante el parto.
- El diálogo entre los profesionales que realizan el parto o la cesárea, no respeta, muchas veces, la intimidad de la paciente que están atendiendo, o de otras.
- Abundan casos de chistes groseros, insinuaciones sobre la moralidad de la paciente, etc., por parte del personal médico durante todo el proceso.

## Conclusiones

La investigación, que tuvo su origen en las experiencias personales de la autora, sirvió para cotejar impresiones e incorporar ángulos no percibidos en el transcurso del propio “periodo reproductivo”. No faltó quien “aclarara” que tal indagación sería un despliegue meramente descriptivo, y que nada cambiaría. Tampoco se olvida la opinión -de una colega, psicóloga de profesión, que intentó justificar la disconformidad expresada en los testimonios de violencia obstétrica etiquetándolas como muestras típicas de un estrés postraumático. No obstante todo ello, la reiterada evocación de pacientes y familiares de los problemas presentados durante el embarazo y el parto con el personal médico encargado de la asistencia, condujo a este intento de esclarecimiento o visibilización de las vivencias de mujeres en su tránsito por los procesos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio, en Contramaestre.

Si los testimonios anteriores sobre violencia obstétrica no son exagerados, cabría preguntarse: ¿por qué se callan las mujeres?, ¿por qué mujeres de diversa escolaridad, origen e intereses, coinciden en legitimar (con su silencio) la violencia de que son víctimas, aun cuando la perciben, y cuando sus resultados se prolongan en el tiempo? Encontramos entre una de las explicaciones la que apunta a la sumisión (muchas veces inconsciente) de las mujeres dentro de un sistema de relaciones de género que sigue siendo (pese a los logros inspirados por una revolución esencialmente emancipadora) patriarcal y androcéntrico. Aunque parezca increíble, la violencia cultural traspasa, con su discurso, los ámbitos de la educación, la ciencia y la tecnología, de manera que necesitamos unos incisivos “lentes de género” para identificar cuándo ciertos “juicios” y estructuras que aparecen como lógicos y naturales, están basados en prejuicios e intencionados por el sostenimiento de la hegemonía de un grupo sobre otro.

Pese a la proliferación, en Cuba, de la mujer con estudios técnicos y profesionales, conectada socialmente, con cierta autonomía en la esfera económica, la ideología patriarcal sigue enraizada,

convirtiendo a mujeres “hechas y derechas” (véanse los estudios sobre la indefensión aprendida) en muchachas incapaces de verbalizar sus vivencias desde sus derechos humanos y civiles. Las víctimas de la violencia obstétrica continúan alegando que el problema mayor radica en la ética médica, sin concientizar sus derechos y prerrogativas como actores (por qué no actrices) sociales. Confían en que alguien “se dé cuenta” e inspire un cambio institucional, sin prever que el problema que no se visibiliza, sencillamente no existe.

La violencia cultural ha arraigado el estereotipo de que no hay nacimiento sin dolor (aun cuando ya se sabe que es posible minimizar el dolor), y el subtexto de la masculinidad hegemónica subraya –socarronamente- que todo nacimiento, por sagrado que parezca, no es más que el resultado de un acto sexual y que todo acto sexual es evidentemente animal. Con ello no solo se destruye definitivamente la idea de sacralidad que podía inspirar la mujer que da a luz, sino que se la rebaja hasta quedar como una hembra de la especie humana que finaliza su preñez. Se humilla a la mujer, no tanto al considerarla animal sino por estimarla únicamente en su animalidad. Más allá de cualquier tensión psicoanalítica, debemos reconocer que la violencia obstétrica apunta a convertir a las mujeres en cuerpos que se castigan con dolor por la culpa<sup>6</sup> de haber disfrutado la sexualidad allí donde se esperaba que solo estuviese, libre de todo pecado, el pasaje que facilita el paso del hijo al mundo. Cabe señalar que más allá de los cambios de época, de las reivindicaciones de toda índole, las mujeres siguen avergonzándose (seguimos avergonzándonos) de ser sujetos sexuados, y seguimos aceptando que ello se esgrima contra nosotras en las formas más soeces en un momento de máxima vulnerabilidad: cuando estamos cerca de dar a luz.

La violencia simbólica se ejerce en nosotras y con nosotras. Es común, en ContraMaestre, que las mujeres hablen de “parirle un hijo” a uno u otro hombre, la construcción de género subyacente tras la expresión implica que el acto de parir tiene un beneficiario directo, que es el masculino de la pareja. Podría afirmarse que, en ContraMaestre, la mujer no pare “para sí”, y ni siquiera para la familia, sino que “le pare” a su marido. En otras investigaciones (sobre estereotipos de género en edad escolar) hemos encontrado que ya, desde la adolescencia, los varones de Secundaria Básica hablan de que es bueno ser hombres para “sostener la familia” y que las mujeres “les paran sus hijos”, de manera que, según la visión extendida, los hombres se sirven del cuerpo femenino como vía para llegar a la paternidad patriarcal, y las mujeres se reconocen como vehículos expendedores, a cambio de sostenimiento y representación.

La propia transmisión cultural de madre a madre, y de mujer a mujer, nos hace aceptar las diferentes formas del abuso obstétrico como si fueran parte de un necesario “rito de paso” para la concreción de la maternidad. Se tiende a callar las peores partes del proceso y hay un esfuerzo por justificar el maltrato como un paso imprescindible para que “los que saben” (queda afirmado que los médicos son dueños del saber y nosotras no sabemos nada), puedan “traernos al niño, o a la niña, al mundo”. Al respecto, existen testimonios cercanos a lo que se conoce como síndrome de Estocolmo, donde las mujeres violentadas verbal y físicamente, señalan que los médicos y

---

6 Parece subrayarse que el ideal patriarcal es un ideal marianista, y como ideal no puede conciliarse con la realidad. Según la dialógica interna de la construcción patriarcal o la mujer es virgen como María (llena de gracia, limpia de todo pecado y merecedora de respeto) o será esclava del varón como toda seguidora de Eva.

enfermeras las ofendían ásperamente pero ellas se daban cuenta de que era para “ponerlas duras”, “para que no se ablandaran”, “para que se portaran bien”; no faltó quien refiriera, como una moraleja, “a mí no me dijeron nada porque yo me porté bien; con las que gritan, ellos se ponen peores”.

Una perspectiva esencial para el análisis proviene de la indagación en la percepción de las familias, que tienden a minimizar lo sucedido, unas veces asimilándose al contrato implícito de intercambio (alguien tiene que pagar en dolor para que exista un nuevo ser) y en otras previendo la “victimización secundaria” de las mujeres, que tendrían que narrar reiteradamente, y ante varios públicos, el expediente de sus desdichas. Remontándonos desde otro enfoque, y sin ánimo de ser demasiado suspicaces, cabría investigar acerca de las relaciones existentes entre las experiencias de violencia doméstica y la aceptación de la violencia obstétrica; pues se sabe que los seres humanos que se adaptan a la violencia, dejan, paulatinamente, de percibirla.

Tampoco cabe dudas de que el estatuto de la violencia obstétrica implica directamente a la violencia de género, y no solo porque los hombres no puedan dar a luz, sino porque a ojos vista las insinuaciones, comentarios, el tratamiento “cosificador” dado a las víctimas, emana de su condición genérica, lleva claros matices de feminización, de un sometimiento que se argumenta con el consenso de que la naturaleza femenina “está hecha para eso”. La incertidumbre médica ante cómo y cuándo ocurrirá el alumbramiento, la cantidad de variables a considerar, la duda sobre su propio desempeño, la exigencia institucional sobre los resultados, desencadena las dosis de misoginia (solo puede brotar lo que ya estaba ahí, gracias a la violencia cultural) escondidas en la ideología machista de muchos profesionales de la esfera.

La indagación sobre qué pasa en las instituciones de salud para que estas cosas sucedan sin que haya consecuencias inmediatas, llevó a considerar múltiples condicionamientos. Las diferentes versiones del Reglamento Hospitalario, la metodología que sirve de base al Programa Materno Infantil, el currículo de las universidades de ciencias médicas en Cuba, la política salubrista cubana, no son, en sí mismas, machistas. Tampoco emplearemos el mecanismo (que se ha convertido en “lugar común” a la hora de la crítica), que sería afirmar que los problemas están en la aplicación de aquellos y aquellas. Sin ser intrínsecamente machistas, las proyecciones anteriores carecen aún de rigor y profundidad suficiente, en lo que respecta a temas como:

- la relación médico-paciente
- las determinaciones socioculturales de la salud
- el enfoque de género
- la ética y deontología médicas (con enfoque de género)

La problemática tratada entrevé que existe, además, una clara laguna jurídica por no constituir delito en Cuba la práctica de la violencia obstétrica; la acción gubernamental para proteger a las mujeres, aunque llena de buena voluntad, se mueve aun dentro de una “ceguera de género” que imposibilita identificar y combatir esta y otras formas de violencia.

Muchas veces, en la crítica hacia problemas relacionados con instituciones, se confunde con la crítica a la institucionalidad cubana, y ejercemos la autocensura en una suerte de juicio metonímico; como resultado no eliminamos el ladrillo endeble por temor a derrumbar todo un edificio). Las mujeres deben reconocer, por sí mismas, la necesidad de defender sus derechos como ciudadanas sin autocensura. Es preciso trascender el ámbito individual de cada una sin evadir las confrontaciones con los abusadores y con cada abusador en particular, reconocer que hay conflicto y crecer desde la acción social. La mujer embarazada, la parturienta, la puérpera, no solo son cuerpos anecdóticos, disciplinados, en su tránsito por varios círculos de violencia, sino que son sujetos cuya toma de conciencia como mujeres es una toma de poder que pasa a través del reconocimiento de que la dominación que sobre ellas se ejerce, es arbitraria, y esa arbitrariedad es lo único objetivo en la construcción sexo-género que las somete.

### Algunas recomendaciones

La investigación realizada, explora la percepción y las implicaciones de la violencia obstétrica en un grupo de mujeres y familiares. No persigue constituirse en una queja sobre el maltrato en la esfera de la salud, sino en un llamado de atención acerca de la ocurrencia de esta forma de violencia, la prolongación de su ejercicio a través del tiempo y la naturalización de las prácticas que la constituyen. En el transcurso de la misma fui advertida por muchas mujeres de que tal forma de violencia no es privativa de un enclave sino que, con diferentes configuraciones y expresiones, se percibe en diferentes partes de nuestro país, por lo que debe analizarse como manifestación de violencia de género, y el género, por su carácter relacional, nos implica a todas y a todos.

De lo anterior se deriva el que consideremos necesario amplificar el conocimiento de las mujeres y hombres de todas las edades, los estudiantes de medicina y de los propios profesionales de la salud acerca de cuáles son los derechos sexuales y reproductivos, qué es la violencia de género y –por supuesto- qué es la violencia obstétrica. La discusión con los profesionales sobre las razones por las que se refieren actos como estos dejaría algunos saldos interesantes para todos los interesados en eliminar la violencia en este y otro campo. Los grupos de terapia para las sobrevivientes de la violencia (término cuya semántica implica, no solo a quién no perdió la vida, sino a quienes viven “por encima de” o “más allá de” algún suceso crítico) consolidarían, tal vez, la sanación de las mujeres y deslegitimación de las prácticas violentas a través la comprensión de sus constituyentes por parte de sus “cómplices simbólicos”.

Detrás de la violencia está la necesidad de autoafirmación, el miedo a la inversión de roles, y la compulsión por el poder. Averiguar qué causa tales síntomas en nuestro contexto y trabajar para erradicarlos es fundamental. Nos urge erradicar las prácticas hegemónicas en el sistema salubrista, a partir de la profundización en los verdaderos principios y valores de la medicina cubana, que no son ni deben ser hegemónicos en ningún campo o especialidad. No sería redundante incluir, en procesos de formación postgraduada de los actuales galenos y en la educación de pregrado de los que se graduarán en el futuro, la capacitación en enfoque de género (de manera que sea posible atajar, a tiempo, las tendencias biologicistas). De la misma forma, resulta imprescindible pensar,

desde Cuba, en una ley contra la violencia obstétrica, que visibilice la situación de manera que sea imposible desconocerla.

Considero tan necesario como lo anterior, que avancemos en la construcción de una ciudadanía femenina basada en derechos plenos, no subordinables a ninguna otra forma cultural devenida institución, como es el caso de la familia. La creencia en que la “célula fundamental de la sociedad” es la familia, y no los seres humanos que la integran, es algo a remover, si queremos que la mujer se emancipe definitivamente de los “cautiverios” a que la somete el orden patriarcal. Por demás se hace imprescindible crecer en autonomía y establecer redes de sororidad que empoderen a las víctimas cualquier violencia de género, y que formen a las nuevas generaciones para descreer del propósito “natural” que han “inventado” los dominadores y que nos viene impuesto gracias a la violencia cultural.

### **Bibliografía**

Alemán, N. M. 2011, Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, U de la R, Montevideo*. Available at: <http://www.fcs.edu.uy/archivos/Magnone.pdf> (accessed 12 August 2012).

Bailey, B., Nadaraia, L., Nwankwo, T., Schulz, P., & Zou, X., 2010, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Beauvoir, Simone, 1999, *El segundo sexo*, Buenos Aires, Sudamericana.

Belli, L. F., 2013, *La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos*.

Bourdieu, P. 2000, *La dominación masculina*. España: Editorial Popular.

Bourdieu, P. 1988, Espacio social y poder simbólico. *Revista de occidente*, (81), 97-119.

Boix, S. L. 2016, Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural: el caso del centro de salud Marenostrum de Barcelona. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, (21 (1)), 18-32.

Carranza Aguilar, M. E. 1997, Antropología y género. Breve revisión de algunas ideas antropológicas sobre las mujeres. [http://www.usc.es/Documentación/Mulleres e Antropología](http://www.usc.es/Documentación/Mulleres_e_Antropología).

Connell, Robert W., 1995, *Masculinities*, Berkeley, University of California Press.

Crespo, A. A., Ramírez, B. M., Rivero, K., Mari, C. L. B., Perry, S. D. B., Borge, L. G., & Hoyos, J. M. M. La atención del parto: poder, derechos, violencia childbirth care: power, rights,

Da-Silva-Carvalho, I., & Santana-Brito, R. 2017, Formas de violencia obstétrica experimentada por madres que tuvieron un parto normal. *Enfermería Global*, 16(47), 71-97.

Do Pará, B. 1994, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Disponible en: <http://inmujeres.gob.mx/index.php/ambito-internacional/convencion-de-belem-do-para>

De Justicia, T. S., 2006, Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia. *Caracas: Asamblea Nacional.*

De la Salud, O. M. 2002, Informe mundial sobre la violencia y la salud. *Washington, DC: OMS.* Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf>.

Galtung, J., 2003, *Violencia cultural*. Gernika Gogoratuz.

Egan, L. A. V., 2016, El maltrato en las salas de parto: reflexiones de un gineco-obstetra. *Revista Conamed, 15(3).*

Facio, A., & Fries, L., 2005, Feminismo, género y patriarcado. *Academia* año 3 número 6 primavera 2005 p.259-294. Utilizo 280-282. Epígrafe "El patriarcado y sus instituciones".

Giner, Salvador, Emilio Lamo de Espinosa y Cristóbal Torres, 2001, *Diccionario de sociología*, Madrid, Alianza Editorial.

Guillén, F. F., 2015, ¿Qué es la violencia obstétrica? Algunos aspectos sociales, éticos y jurídicos. *Dilemata, (18)*, 113-128.

Harris, Olivia y Young, Kate (comps.): *Antropología y Feminismo*. Barcelona, Anagrama.

King, Gary, Robert O. Keohane y Sídney Verba, 2000, *El diseño de la investigación social, la inferencia científica en los estudios cualitativos*, Madrid, Alianza Editorial.

Kottak, Conrad, 1994, *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*, Madrid, McGraw-Hill.

Lagarde, Marcela, 2005, *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D. F., UNAM.

Lerner, Gerda, 1986, "The creation of patriarchy", New York, Oxford University Press.

Mead, Margaret, 1972, *Adolescencia, sexo y cultura en Samoa*. Barcelona, Planeta Agostini.

Mead, Margaret, 1982, *Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas*, Barcelona, Paidós.

Ortner, Sherry B, 1979, "¿Es la mujer al hombre lo que la Naturaleza es a la Cultura?" en Harris,

Olivia y Young, Kate (comps.): *Antropología y Feminismo*. Barcelona, Anagrama.



Organización Mundial de la Salud. 2014, Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud. *Declaración de la OMS Internet*].

Pelcastre, B., Villegas, N., De León, V., Díaz, A., Ortega, D., Santillana, M., & de los Ángeles.

Mejía, J. 2005, Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(4).

Mead, Margaret, 1972, Adolescencia, sexo y cultura en Samoa. Barcelona, Planeta Agostini.

Mead, Margaret, 1982, Sexo y temperamento en tres sociedades primitivas, Barcelona, Paidós.

Mujer, L. 2015, Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Sánchez, S. B. 2015, La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. *Dilemata*, (18), 93-111.

Sandoval Casilimas, Carlos A., 1996, Investigación cualitativa, Bogotá, ICFES.

Stoller, Robert, 1968, Sex and Gender. Nueva York, Science House.

Villanueva Egan, y Otros, 2016, ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista Conamed*, 21(S1), 7-25.

Violence. Ramírez, G. A. 2014, La violencia obstétrica: propuesta conceptual a partir de la experiencia costarricense. *Cuadernos Inter. Cambio sobre Centroamérica y el Caribe*, 11(1), 145-169.