



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

TESIS DOCTORAL

La construcción cultural del parto respetado en Madrid

Autora: Virginia Murialdo Miniello

Directora: Dra. María Isabel Blázquez Rodríguez

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología

2019



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD DE LA TESIS
PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

D./Dña. Virginia Murialdo Miniello,
estudiante en el Programa de Doctorado en Sociología y Antropología,
de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de
Madrid, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y
titulada:

La construcción cultural del parto respetado en Madrid

y dirigida por: María Isabel Blázquez Rodríguez

DECLARO QUE:

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita.

Del mismo modo, asumo frente a la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Madrid, a 23 de septiembre de 2019

Fdo.:

Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en
la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.

A mi Vera.

*Y la luna en el cielo
llena todo de luz.
Silba suave la brisa,
ahora es todo **quietud.***

(Blessingway, "Theta", Cantanto a Mamá).

Agradecimientos

No puedo más que comenzar dando mi eterno agradecimiento a las dos personas que me han acompañado durante toda esta etapa, mi compañero Jesús y nuestra hija Vera, y sin cuyo apoyo esta tesis no habría sido posible.

No habría llegado hasta donde estoy sin mis padres, Viviana (gracias también por parirme) y Alberto, y de mi hermano Fede, que han puesto todos los medios, energía y confianza en mí, haciéndome ver las poderosas cualidades del esfuerzo y la perseverancia.

Agradezco a la profesora Adela Franzé el tiempo dedicado a mi formación, así como el momento en que me presentó a mi actual directora, Maribel Blázquez, para la que no existen palabras de agradecimiento suficientes por su gran apoyo y dedicación no sólo para acompañarme en este proceso, sino para aportarme las bases para ser la investigadora que soy hoy en día. Soy perfectamente consciente de la suerte que he tenido al haber contado con su profesionalidad y experiencia para guiarme en esta investigación.

Quisiera dedicar un especial agradecimiento a las compañeras Eli Imaz y Eva García por su generosa disposición a la evaluación externa de esta tesis. Hay veces en las que necesitamos parar, tomar distancia y permitirnos recibir *feedback*, críticas y sugerencias de colegas expertas que nos ayuden a mejorar nuestro trabajo. Gracias Eli y Eva por concederme el honor de haber evaluado mi tesis.

Asimismo, quiero dar las gracias por haberme acompañado en este camino y por formar una pequeña parte de este proyecto a personas tan importantes como:

- Blanca, por hacerme ver en tan pocas palabras la importancia de tomar el control de nuestros partos, así como por los momentos de feminismo y maternidad que hemos compartido durante los últimos tres años y los que quedan.
- Ana y Merche, no sólo por la fuerte amistad que nos une, sino por haberme proporcionado el ejemplo a seguir para no rendirme nunca. Durante los años que he dedicado a la tesis habéis sido mis principales referencias, gracias por tanto ánimo.

- Willy, Leti y Sara, por haber estado ahí, en los buenos y no tan buenos momentos, durante casi 25 años, a veces incluso en la distancia.
- Vicky, Jesús y Borja, porque, como ocurre en todas las cadenas de sucesos, formáis parte de la historia que me ha traído hasta aquí.
- Mis matronas Judith Ruiz y Asunción Aguado, porque el 12 de marzo de 2016 os asegurasteis de acompañarme con el apoyo necesario para que tuviera el parto que quería para mí y el nacimiento que deseaba para mi hija.
- Mis abuelas y abuelos Lucía, Ofelia, Pascual y Haedo, por haber cultivado en mí el gusto por los pequeños detalles.
- El resto de familia que, a pesar de los kilómetros que nos separan, siguen queriéndome y apoyándome en todo lo que hago: mis tíos Asunta, Vicente, Juan, Adriana, Esteban, José, Mónica, Vani, Eduardo, Mike, Cacho, Silvina, Elisa, Liliana, Raúl, Lalo, Gladys y Silvia; mis primos Lorena, Sabrina, Francesca, Tomás, Agostina, Fabrizio, Ivana, Carla, Cintia, Guido, Giuliana, Belén, Catalina, Marianela y Luciana; mis sobrinos Ladmi, Nilso, Matu, Valen, Juan y Santi. Gracias por existir.

No quisiera dejar de dar las gracias a todas las mujeres que he conocido en el camino que me ha traído hasta aquí, no solamente por su participación incondicional en la investigación, sino también por todo lo que me han aportado como personas:

- De *El Parto es Nuestro*: Bea, Fany, ChiHuey, Arancha, Amelia, Hortensia, Bibiana, Marta y en general, todas las socias con las que he tenido la oportunidad de compartir abrazos, palabras, sonrisas y guiños.
- De *Génesis*: Alicia, Pepa, Jero, Cristina, Paloma, Nerea y Lucía.

Y, en definitiva, a Bárbara, Irene, Marta, Patricia, Jezabel, Julia, Diego, Lucy, John, Prado, Marco y Palo, ellas saben por qué.

ÍNDICE

RESUMEN.....	12
ABSTRACT	14
1 INTRODUCCIÓN.....	16
1.1 ¿Por qué? Partiendo de una experiencia personal	16
1.2 Un parto el 12 de marzo de 2016.....	18
1.3 Reorientando el objeto de la tesis doctoral.....	19
1.4 Estructura de la tesis	21
2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA.....	23
2.1 Objeto de estudio, objetivos e hipótesis.....	24
2.1.1 Objetivo general y objetivos específicos	24
2.1.2 Hipótesis.....	25
2.2 Diseño de la investigación y trabajo de campo	26
2.2.1 Asociaciones.....	28
2.2.1.1 El Parto es Nuestro	30
2.2.1.2 Génesis Nacimiento en Libertad.....	33
2.2.2 Técnicas etnográficas utilizadas en la investigación	35
2.2.2.1 Observación participante.....	36
2.2.2.2 Entrevistas individuales y conjuntas	45
2.2.2.3 Análisis documental.....	53
2.3 Limitaciones.....	57
3 PARIR EN MADRID	59
3.1 Antropología del parto	62
3.2 Antecedentes históricos de la atención al parto.....	83
3.2.1 El parto domiciliario actual en España.....	86
3.3 El parto hospitalario	92
3.3.1 Tipos de parto	96
3.4 Atención al parto en el SNS	100
3.4.1 Algunos datos de la Comunidad de Madrid	105
3.4.2 Contexto normativo legislativo	113
3.5 Aproximación a la cultura biomédica de atención al parto	124
4 LA VIOLENCIA DURANTE EL PARTO	129
4.1 Surgimiento internacional de la violencia obstétrica	132
4.2 Comparativa de las unidades de análisis.....	137
4.2.1.1 El trato deshumanizador	138
4.2.1.2 El cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres	141
4.2.1.3 El abuso de la medicalización y la patologización	143

4.2.1.4	‘Derecho a’ o ‘pérdida de’ la capacidad de decidir	145
4.2.1.5	El consentimiento informado	149
4.3	Prácticas y actitudes asociadas a la violencia obstétrica.....	151
4.4	La violencia obstétrica en perspectiva comparada	173
4.4.1	La VO como violencia institucional, simbólica y estructural.....	174
4.4.2	La violencia obstétrica como violación de los derechos humanos.....	178
4.5	Actualidad de la VO en España y sus relaciones internacionales.....	178
4.5.1	El Observatorio de la Violencia Obstétrica.....	179
4.5.2	La violencia obstétrica en los medios españoles.....	180
4.5.3	Resistencias biomédicas al reconocimiento de la violencia obstétrica ...	183
4.6	Integración de la violencia obstétrica en la ley española.....	185
5	LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL PARTO RESPETADO	188
5.1	Surgimiento y estado actual de la noción de parto respetado	189
5.2	El parto respetado como objetivo y experiencia.....	197
5.2.1	La información es poder.....	200
5.2.2	Crítica a la cultura biomédica de atención al parto.....	204
5.2.3	Confianza en el cuerpo parturiento	208
5.2.3.1	Vulnerabilidad, riesgos y pérdida del miedo al parto.....	210
5.2.3.2	Incertidumbre y gestión del dolor.....	215
5.2.3.3	Empoderamiento y responsabilidad.....	220
5.2.4	Mecanismos de toma de decisiones	224
5.2.5	El peso del acompañamiento.....	226
5.3	Interpretaciones divergentes	236
5.4	¿Es la atención sanitaria una cuestión de género?	243
5.5	La cultura del parto respetado.....	245
6	VAMOS DESPACIO PORQUE VAMOS LEJOS	250
	BIBLIOGRAFÍA.....	267
	ANEXOS.....	285
	ANEXO I.....	286
	ANEXO II	287
	ANEXO III.....	288
	ANEXO IV.....	289
	ANEXO V.....	290
	ANEXO VI.....	291

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Perfiles identificados en EPEN en observación participante.....	38
Tabla 2. Perfiles identificados en Génesis en observación participante	40
Tabla 3. Total de agentes en observación participante	40
Tabla 4. Disposición cronológica de sesiones de observación participante	42
Tabla 5. Total agentes entrevistados	47
Tabla 6. Mujeres y acompañantes	48
Tabla 7. Matronas.....	48
Tabla 8. Activistas.....	49
Tabla 9. Disposición cronológica de entrevistas.....	50
Tabla 10. Fuentes utilizadas en el análisis documental.....	53
Tabla 11. Fuentes documentales audiovisuales.....	56
Tabla 12. Principios de atención en salud biomedicina-Acuario	71
Tabla 13. Relación de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.....	106
Tabla 14. Indicadores en hospitales públicos de la CAM 2006-2016.....	107
Tabla 15. Indicadores de intervención Hospital de Torrejón de Ardoz 2015.....	108
Tabla 16. Indicadores de intervención H.U. Rey Juan Carlos 2017.....	109
Tabla 17. Relación de algunos hospitales y clínicas privados	110
Tabla 18. Indicadores de intervención Hospital HM Nuevo Belén 2014-2017.....	111
Tabla 19. Indicadores en hospitales privados de la CAM 2006-2016.....	112
Tabla 20. Comparativa EAPN-APMS.	118
Tabla 21. Algunas recomendaciones del plan de parto	123
Tabla 22. Características de la cultura biomédica y del parto respetado	128
Tabla 23. El PR, la VO y el PH según las leyes argentinas	135
Tabla 24. Definiciones de la VO según las distintas leyes mexicanas.....	136
Tabla 25. Principales unidades analíticas de las leyes sobre VO.....	137
Tabla 26. Derechos, faltas de respeto y abuso según la WRA	139
Tabla 27. Alternativas del PR a las prácticas y actitudes de VO.	173
Tabla 28. Ejemplificaciones de VO Sadler-Murialdo.....	175
Tabla 29. Surgimiento de asociaciones españolas sobre el parto	190
Tabla 30. La Semana Mundial del Parto Respetado 2004-2018	192
Tabla 31. Cualidades del acompañamiento delegado.....	233
Tabla 32. Intervencionismo en los partos de las mujeres entrevistadas	237
Tabla 33. Diferencias culturales entre parto biomédico y parto respetado.	246

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1. Interrogantes de partida.....	20
Figura 2. Organigrama <i>El Parto es Nuestro</i>	31
Figura 3. Principales características biomédicas de atención al parto.....	73
Figura 4. Confluencia entre violencia obstétrica y parto respetado.....	129
Figura 5. <i>Nacer en horario laboral, El Parto es Nuestro</i>	153
Figura 6. Infografía sobre parto respetado.....	193
Figura 7. ¿Qué se respeta en el parto?.....	195
Figura 8. La categoría de "lo humano" desde el enfoque de Blázquez.....	196
Figura 9. Objetivos del parto respetado.....	198
Figura 10. Mecanismos y estrategias de parto respetado.....	199
Figura 11. Abordaje de la incertidumbre por el dolor del parto.....	216
Figura 12. Tipos de empoderamiento en contexto de parto respetado.....	220
Figura 13. Dimensiones del acompañamiento.....	231
Figura 14. Factores de valoración de un PR en las mujeres entrevistadas.....	238
Figura 15. Ciclo argumental sobre el género en atención obstétrica.....	244
Figura 16. Construcción cultural del parto respetado.....	256

TABLA DE SIGLAS

CBAP	Cultura biomédica de atención al parto
EAPN	Estrategia de Atención al Parto Normal
EPEN	El Parto es Nuestro
EPP	Embarazo, parto y puerperio
FAME	Federación de Asociaciones de Matronas de España
LAP	Ley de Autonomía del Paciente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PDP	Plan de Parto
PH	Parto humanizado
PR	Parto respetado
SEGO	Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia
SMPR	Semana Mundial del Parto Respetado
SNS	Sistema Nacional de Salud
VO	Violencia obstétrica

RESUMEN

La construcción cultural del parto respetado en Madrid.

Desde principios del siglo XXI, el término ‘parto respetado’ se encuentra cada vez más presente en los discursos y prácticas de la sociedad española, abundando, principalmente en Madrid las asociaciones e instituciones que abogan por una atención institucional al parto más respetuosa. Esta tesis doctoral se centra en demostrar que el parto respetado es una noción culturalmente construida en torno a una serie de principios e ideales promovidos por un tipo de activismo feminista que reclama mejor trato hacia las mujeres en el contexto de la atención obstétrica al parto.

Desde 2003, el activismo por el parto respetado, representado en Madrid y el resto de España por asociaciones como *El Parto es Nuestro*, recoge el testigo de aquellos movimientos de mujeres de la segunda mitad del siglo XX, que buscaban promover una mejora en sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva. Avalada por la teoría feminista respecto a la soberanía y la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, la cultura de parto respetado reacciona y hace frente ante una cultura biomédica de atención al parto caracterizada por una excesiva patologización de procesos como el embarazo y el parto, así como una consecuente medicalización y sobreintervencionismo por parte del personal de salud sobre los cuerpos de las mujeres durante el parto. Así, a raíz del intercambio de experiencias entre un grupo focalizado de mujeres, se empieza a generar un asociacionismo con ideas, creencias y prácticas propias, que son las que van a conformar la cultura del parto respetado. Entre los principales objetivos de esta cultura se encuentra la despatologización del parto y un radical descenso en las tasas e indicadores de intervencionismo obstétrico en el marco de las instituciones españolas, así como el seguimiento y cumplimiento de recomendaciones oficiales de organismos como la Organización Mundial de la Salud, o de textos ministeriales como la *Estrategia de Atención al Parto Normal* del año 2007.

En una época definida por activismos sociales de tipo internauta que hacen uso de internet y de los nuevos medios de comunicación social para divulgar y difundir sus ideas, el activismo de parto respetado pone a disposición de las mujeres una serie de mecanismos y estrategias de autoconfianza, seguridad y empoderamiento con el fin de recuperar su libertad y autonomía en la toma de decisiones, así como su capacidad para responsabilizarse de las mismas. Al mismo tiempo, estas asociaciones disponen de una

estructura lo suficientemente sólida como para tejer redes de apoyo locales en forma de grupos presenciales donde las mujeres pueden intercambiar experiencias, comprenderse y ofrecerse apoyo mutuo ante situaciones negativas o traumáticas vividas durante sus partos, construyéndose así una cultura de parto respetado como una reacción a una cultura sobreintervencionista caracterizada por los principios biomédicos del modelo médico hegemónico.

Esta cultura biomédica de atención al parto ha sido examinada por parte del activismo feminista, poniéndose de relieve el ejercicio de determinadas prácticas y actitudes del personal de salud que han llegado a ser catalogadas internacionalmente de violencia obstétrica, un tipo de violencia de género que tiene lugar en el contexto de la atención institucional al parto. Algunos países, así como organismos de la talla de Naciones Unidas, han reconocido la existencia de la violencia obstétrica como un producto de los sistemas sanitarios enmarcados en sociedades industriales y patriarcales. Las asociaciones que trabajan promoviendo una cultura de parto respetado, lo hacen al mismo tiempo que trabajan por visibilizar y erradicar la violencia obstétrica, pues ambos procesos se corresponden en una relación de proporcionalidad inversa.

Esta etnografía tiene por objetivo mostrar cómo se han construido culturalmente todos estos procesos desde principios del siglo XXI en Madrid, aportando a la Antropología Médica y de la Reproducción novedades en la producción de conocimiento en materia de procesos reproductivos y derechos de las mujeres, así como de los retos que el feminismo del siglo XXI se encuentra enfrentando en torno a la autonomía y la soberanía de éstas sobre sus cuerpos.

ABSTRACT

The cultural construction of respected childbirth in Madrid.

Since the beginning of the 21st century, the term ‘respected childbirth’ has been increasingly present in the speeches and practices of Spanish society, abounding, mainly in Madrid, associations and institutions that advocate for a more respectful institutional care for childbirth. This doctoral thesis focuses on proving that respected childbirth is a culturally constructed notion based on a series of principles and ideals promoted by a type of feminist activism that demands a better treatment of women in the context of obstetric healthcare.

Since 2003, the respected childbirth activism, represented in Madrid and the rest of Spain by associations like *El Parto es Nuestro*, carries on from those women movements during the second half of the 20th century that sought to promote an improvement in their sexual and reproductive health rights. Endorsed by the feminist theory regarding the women’s sovereignty and autonomy over their bodies, the respected childbirth culture reacts and faces a biomedical culture of childbirth characterized by an excessive pathologization of processes such as pregnancy and birth, as well as a consequent medicalization and over-interventionism carried out by health staff on women’s bodies during labor. Thus, as a result of the exchange of experiences within a focused group of women, an associationism with its own ideas, beliefs and practices, which are going to shape the respected childbirth culture, starts to be built.

Among the main objectives of this culture we can find the childbirth depathologization and a radical decrease in rates of obstetric interventionism within the Spanish healthcare institutions, as well as the follow-up and compliance with official recommendations of organizations such as the World Health Organization, or with ministerial documents, such as the *Estrategia de Atención al Parto Normal* from 2007.

In an era defined by social activism that uses Internet and new social media to disseminate their ideas, respected childbirth activism makes available to women a series of strategies for self-confidence, safety and empowerment in order to recover their freedom and autonomy in decision-making, as well as their ability to take responsibility for them. At the same time, these associations have a structure strong enough to weave local support networks as face-to-face groups where women can

exchange experiences, understand each other and offer mutual support in the face of negative or traumatic situations experienced during their childbirths, ending up in the construction of a respected childbirth culture as a reaction to an over-interventionist culture characterized by the biomedical principles of the hegemonic medical model.

This biomedical culture of childbirth care has been examined by feminist activism, highlighting the exercise of certain practices and attitudes from health staff that have become internationally classified as obstetric violence, a type of gender violence that takes place in the context of institutional childbirth care. Some countries, as well as agencies like the United Nations, have recognized the existence of obstetric violence as a product of health systems framed in industrial and patriarchal societies. The associations that work to promote a respected childbirth culture do so while working to make visible and eradicate obstetric violence, since both processes correspond in a relationship of inverse proportionality.

This ethnography aims to show how all these processes have been culturally built since the beginning of the 21st century in Madrid, contributing to the Medical Anthropology and Reproduction novelties in the production of knowledge regarding reproductive processes and women's rights, as well as the challenges that feminism of the 21st century is facing around their autonomy and sovereignty over their bodies.

1 INTRODUCCIÓN

1.1 *¿Por qué?* Partiendo de una experiencia personal

“Cuando decidas tener un hijo, ve al parto informada. Lleva un plan de parto”.

Esta recomendación, procedente de mi círculo afectivo extenso, supuso el detonante de un proceso personal que, si bien no dio comienzo en tal momento, me abriría de forma contundente una ventana a la reflexión sobre el paradigma actual de la atención al parto en España. Activó el interruptor de una ruptura con las preconiciones que durante toda mi vida había enarbolado en torno a lo que era un parto y a cómo debía ser abordado indiscutiblemente bajo el control del sistema médico. Lo primero que me pregunté fue: ¿por qué? ¿Por qué debería ser tan necesario estar informada para dar a luz? ¿Qué es un plan de parto? Meses después, cuando decidí junto a mi compañero aventurarnos en la maternidad y la paternidad, el distanciamiento al que me había sometido aquel consejo fue el billete que me permitió embarcarme en una trayectoria de reflexión, cuestionamiento e introspección que, a su vez, situó mi mirada hacia el parto desde una perspectiva diferente a la que me había acompañado hasta entonces. Así, la noticia de un embarazo impulsó en mí la búsqueda de información para dar respuesta a esas preguntas a las que, en base a una confianza incondicional depositada sobre los profesionales sanitarios y su práctica cotidiana, todavía no era capaz de dar respuesta. Sabía, porque así había sido puesto en mi conocimiento, que existía una asociación llamada *El Parto es Nuestro*, cuya actividad principal consistía en dar información y apoyo a mujeres que, o bien habían pasado por malas experiencias durante sus partos, o se encontraban el nacimiento de sus próximos hijos, tanto en la atención como en las posibles intervenciones durante el parto. Cuando decidí leer lo que *El Parto es Nuestro* tenía que decir sobre el parto y la asistencia obstétrica, me

encontré por un lado con una importante suma de denuncias y expresiones de descontento sobre la atención que las mujeres estaban recibiendo durante sus partos, y, por otro, con una perspectiva sobre el acto de parir que desconocía al completo. Entre otras cosas, descubrí que existía una práctica desaconsejada por las principales organizaciones sanitarias, así como prohibida en países como Holanda, conocida como la 'Maniobra de Kristeller', y que consiste en empujar firme y repetidamente el vientre de las mujeres durante sus partos con el objetivo de agilizar la salida del cuerpo del bebé, con graves consecuencias físicas y psicológicas tanto para las madres como para los recién nacidos. No me impactó tanto conocer la propia práctica en sí como el hecho de saber que todavía se realizaba de forma rutinaria en muchos hospitales españoles a pesar de las recomendaciones oficiales, del mismo modo que un elevado número de mujeres todavía eran desconocedoras de que habían sido receptoras de dicha práctica tan invasiva. Al igual que con esta maniobra, encontré información sobre elevadas tasas de intervenciones médicas que al menos duplicaban los índices recomendados por organismos como la Organización Mundial de la Salud, tales como inducciones, episiotomías o cesáreas. Al profundizar sobre cómo todas estas prácticas estructuraban un extenso entramado de medicalización sistemática del parto, comprendí que acababa de dar con una problemática que merecía mi atención, al menos por encontrarme situada dentro de la población de mujeres a la espera de un parto. Al parecer, la práctica rutinaria de todas estas intervenciones patologizadoras y medicalizadoras del parto también se unía a un conjunto de actitudes de maltrato, abuso y faltas de respeto hacia las mujeres en un fenómeno conocido como violencia obstétrica. Al mismo tiempo se mostró ante mí una nueva manera de entender el parto. En mi imaginario se había formado hasta entonces una noción del parto como algo apremiante, extremadamente doloroso, rodeado de intensa luz y envuelto en una dinámica de personas uniformadas y voces altamente sonoras, pero sobre todo peligroso y cargado de riesgos médicos que únicamente podían ser atajados en un hospital por un equipo de profesionales médicos altamente cualificados para asistirlo. El único aspecto del parto que atravesaba todos los discursos que desde niña había escuchado era el intenso dolor que rozaba lo insoportable, acompañado por la creencia de las mujeres de estar al borde de la muerte en los momentos álgidos de las últimas contracciones, y que la ferocidad de tal dolor se proyectaba como un callejón cuya única salida aceptable era la anestesia. Frente al insoportable dolor de las contracciones escuchaba afirmaciones tales como que la anestesia epidural era la mejor droga que se había inventado, y veía a las mujeres

embarazadas con una única decisión tomada: todas tenían muy claro que parirían con epidural.

Por el contrario, poco a poco fui descubriendo cada vez más casos de mujeres que describían sus partos de manera gozosa, apacible, tenue y poderosa. Un parto podía durar horas o días, y con el acompañamiento adecuado y técnicas alternativas de gestión del dolor podía transcurrir con normalidad. Así, la analgesia epidural ya no se presentaba como la única posibilidad de alivio del dolor, existiendo otros fármacos o técnicas como el óxido nítrico¹, los masajes, la bañera de agua caliente e incluso la libertad de movimientos rítmicos y fluidos, entre otros. Al mismo tiempo, escuchaba y leía a mujeres que habían experimentado partos altamente intervenidos y en los que habían perdido toda autonomía, intimidad y capacidad de decisión, al contrario que aquellas que manifestaban haber disfrutado de un parto normal. Las asociaciones a las que recurría en búsqueda de información como *El Parto es Nuestro* defendían el parto respetado como un paradigma diametralmente opuesto al parto médicamente intervenido e instrumentalizado, entonces me pregunté si los partos hospitalarios no eran respetados. ¿Qué era entonces un parto respetado? Si el acto de parir consistía en dar a luz a una hija o un hijo a través del canal vaginal, ¿cómo era posible que tal evento no fuera respetado? Leía sobre partos estancados, cadenas de intervenciones, cesáreas innecesarias, frases ridiculizantes e infantilizadoras hacia las mujeres durante sus partos, trastornos de síndrome de estrés postraumático, etc. Pero al mismo tiempo leía sobre hospitales con protocolos de parto respetado, protocolos de baja intervención, matronas y otros profesionales respetuosos, partos normales en el hospital, partos en casa o planes de parto.

1.2 Un parto el 12 de marzo de 2016

Con toda la información recogida, escogí el hospital donde quería dar a luz a mi hija en base al servicio de Libre Elección Sanitaria². Cumplimenté el *Plan de Parto y Nacimiento* del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), especificando, entre otros aspectos, que no deseaba que se me aplicara una vía intravenosa en el momento del ingreso, que no permitía la entrada de personal a mi parto más que el estrictamente

¹ El óxido nítrico es un gas que se administra mediante inhalación del paciente y que “actúa limitando la sinapsis y transmisión neuronal en el sistema nervioso central, de tal manera que al inhalarlo neutraliza las transmisiones nerviosas cerebrales, entre ellas las del dolor” (M.S.S.S.I., 2013:256).

² Accesible: <http://www.comunidad.madrid/servicios/salud/libre-eleccion-sanitaria>

necesario, que por el contrario quería estar acompañada de mi compañero y de nuestra matrona particular, y que, salvo por causa médica que justificara que no era posible, esperaba utilizar la bañera de agua caliente tanto para la fase de dilatación como método de alivio del dolor como para la de expulsivo. Envié el plan de parto a mi hospital de elección y el equipo de matronas no tardó en ponerse en contacto conmigo para confirmarme su recepción y su adjunción a mi historia clínica. En la madrugada del 12 de marzo de 2016, día de mi 32º cumpleaños, a partir de la rotura de mi bolsa amniótica, hecho cotidianamente conocido como ‘romper aguas’, dio comienzo el parto para el que había estado preparándome durante los últimos ocho meses. El parto transcurrió de forma rápida, a las 17:50 de ese mismo día nació Vera en las condiciones exactas que había planificado y hecho constar en mi plan de parto. Recuerdo esa experiencia como el momento más intensamente vivido de mi existencia, así como la disposición de todos mis acompañantes (profesionales y afectivos) para hacerlo posible. A raíz de esta experiencia, comprendí que había atravesado un proceso de desafío a las prenuncias que durante mi vida me habían acompañado acerca del parto. Había conseguido parir de forma normal, en un hospital y sin ningún tipo de intervención más allá de la monitorización intermitente³ que mi matrona Asun me aplicaba en el vientre para confirmar que Vera seguía disponiendo de un adecuado ritmo cardíaco. Recuerdo que durante las primeras horas siguientes al parto pensaba que no estaría dispuesta a volver a pasar por semejantes picos de dolor durante un parto, postura que abandonaría paulatinamente a medida que pasaron los días.

1.3 Reorientando el objeto de la tesis doctoral

Por aquel momento me encontraba realizando, dirigida por la doctora Adela Franzé Mudanó, una tesis doctoral con el objeto de analizar los objetivos y métodos educativos propuestos desde el modelo de la coeducación. La investigación se encontraba en una fase de estancamiento producido por la dificultad que desde los centros educativos se me presentaba a la hora del acceso al campo (Hammersley y Atkinson, 1994). Tal estancamiento fue debilitando poco a poco el interés por dicho objeto y decidí que debía reorientar mi objeto de estudio hacia un campo más permisivo para la observación y registro de datos. Sumado al proceso de reinterpretación que había desarrollado en torno al parto, tenía claro hacia dónde dirigir la mirada

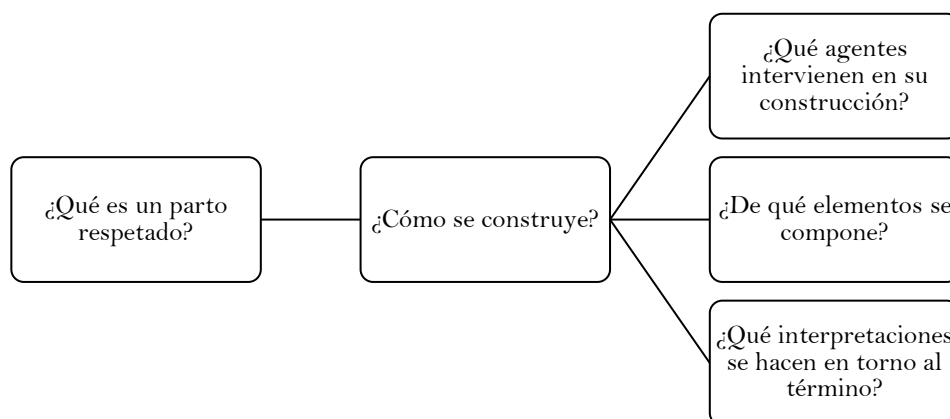
³ Técnica de control fetal mediante monitorización cardiotocográfica consistente en la aproximación por un corto periodo de tiempo de un monitor inalámbrico en el exterior del vientre materno (MSSSI, 2013).

etnográfica, por lo que se realizó un cambio tanto en el objeto como en la dirección de la tesis, pasando a ser ostentada por la doctora Maribel Blázquez Rodríguez. Tras aproximadamente dos meses estructurando el proyecto de investigación, dio lugar el trabajo de campo, que transcurriría entre el 26 de abril de 2017 y el 29 de diciembre de 2018. Partí de la base de que debía identificar y vigilar las preconiciones a las que mi experiencia personal me había sometido con el objetivo de establecer el distanciamiento necesario que toda etnografía debe disponer (Jociles, 1999), discerniendo finalmente las siguientes:

- No asumir la universalidad de mis preconiciones sobre el parto como evento necesariamente intervenible desde la práctica médica.
- No comprometer las perspectivas de mujeres y profesionales que entendían el parto como un proceso médico.
- No suponer mi experiencia de parto como un ideal deseable de forma conjunta por todas las mujeres.
- No forzar los objetivos de las mujeres presentes en la investigación en relación a sus partos.

A partir de aquí establecí una serie de interrogantes que me ayudarían a dirigir la investigación con el fin de cumplir con los objetivos que me había planteado y que detallo en el próximo capítulo.

Figura 1. Interrogantes de partida



Fuente: elaboración propia a partir de proyecto de investigación.

Como veremos en el capítulo 2, se definió el área geográfica de la investigación en la Comunidad de Madrid, seleccionando las asociaciones *El Parto es Nuestro* y *Génesis Nacimiento en Libertad* para la realización de la observación participante y selección de los agentes de entrevista, definiendo la investigación de forma prioritariamente cualitativa.

1.4 Estructura de la tesis

En primer lugar, el capítulo número 2 explicará de qué manera se ha llevado a cabo la investigación y qué metodología se ha seguido en la misma. Detallaré los objetivos generales, los objetivos específicos y las hipótesis, el conjunto de agentes participantes, cómo se han desarrollado tanto la observación participante como las entrevistas, y explicaré qué tipo de datos e información se ha recogido durante el análisis documental.

El capítulo 3 servirá de marco teórico y conceptual en relación a la actualidad de la asistencia sanitaria en España. Partiré de las principales y más relevantes aportaciones de la Antropología de la Reproducción y del Parto en el marco de la Antropología Médica, explicando cómo estas disciplinas han sabido identificar y definir el modelo biomédico de atención obstétrica y reproductiva propios de las sociedades industriales. Con el objetivo de comprender el contexto cognitivo dentro del cual se enmarca la asistencia sanitaria al parto, analizaré cómo la biomedicina entiende qué es un parto, cómo transcurre y por ende, cómo debe ser médicamente intervenido, explicando posteriormente cómo se organiza el Sistema Nacional de Salud en materia de atención al parto, principalmente en la Comunidad de Madrid, aportando los últimos datos estadísticos oficiales sobre números de partos e intervenciones. Finalmente, tras haber puesto de relieve el contexto actual del parto en Madrid, nombraré y definiré la que considero que es la cultura biomédica de atención al parto en nuestro país, cultura a raíz de la cual comienzan a surgir a principios del siglo XXI las voces en defensa del parto respetado.

En el capítulo 4 describiré las formas en que el excesivo intervencionismo y el abuso de la autoridad biomédica han dado pie desde principios del siglo XXI a hablar de la violencia obstétrica como un tipo de violencia contra las mujeres ejercida en el marco de la cultura biomédica de atención al parto. Asimismo, analizaré cómo la lucha contra

la violencia obstétrica es intrínseca a la lucha en defensa del parto respetado, y cómo ambos movimientos no pueden entenderse por separado. Veremos también cómo está articulada la violencia obstétrica en España, cuáles son las categorías relacionadas con este fenómeno que han surgido durante la investigación, cómo es su tratamiento mediático, político y médico, y qué futuro o expectativas pueden vislumbrarse desde nuestra actualidad.

Comienzo el capítulo 5, el que podría decirse que es el núcleo de esta tesis, explicando cómo surgió la noción de parto respetado desde recién iniciado el siglo XXI y analizando a través de los hitos y momentos clave de su construcción, cuál es el estado de la cuestión actualmente. La segunda parte del capítulo se centra en analizar los procesos y estrategias reproducidos en los contextos de activismo, defensa y búsqueda del parto respetado que han sido observados a lo largo del trabajo de campo tanto en la observación participante como en las entrevistas. Veremos qué posturas reflexivas se desarrollan en los contextos madrileños de parto respetado, así como otras posturas contradictorias que no sólo ponen en cuestión los principios básicos de esta noción, sino que además los desafían reproduciéndose así interpretaciones y perspectivas diferentes de lo que es el parto respetado.

Finalmente, el capítulo 6 irá dedicado a las conclusiones, en el que realizaré un repaso teórico a los principales resultados obtenidos durante la investigación, exponiendo los retos a afrontar y las vías mediante las que se puede continuar produciendo conocimiento respecto a diversas cuestiones relacionadas con el objeto de estudio.

2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y METODOLOGÍA

A raíz de la experiencia personal descrita en la introducción, se dio un primer acercamiento a la perspectiva antropológica sobre el modelo médico hegemónico (23, 1984), particularmente en el ámbito de la atención hospitalaria al embarazo, parto y puerperio. A pesar de haber vivido una experiencia de parto positiva tanto en relación a la fisiología del proceso como al acompañamiento recibido, a lo largo del proceso de gestación me vi inmersa en un trabajo de campo personal que desarrollé con el objetivo de tener un parto respetado. Aquel proceso de información y toma de decisiones que resultó en una experiencia vital gratamente valorada me llevó a plantearme una serie de cuestiones que poco a poco se irían traduciendo en un proceso de objetivación participante (Bourdieu, 2003) que daría forma a un objeto de estudio en torno a una nueva problemática desconocida hasta entonces: la asistencia biomédica al parto. Asimismo, descubrí un nicho de activismo movilizado en torno al parto respetado, formado por mujeres, profesionales y activistas feministas que se encontraban haciendo frente a un modelo de asistencia sanitaria sobreintervencionista con sus procesos reproductivos y que al mismo tiempo las infravaloraba como desconocedoras de sus propios cuerpos, incapaces de parir e irresponsables en sus decisiones. Ante este panorama consideré que me encontraba en un momento social, histórico y político altamente interesante en materia de atención obstétrica y las resistencias que se estaban presentando desde estos grupos, y ante una realidad pertinentemente analizable y abordable desde la Antropología Social. Asistir al surgimiento de nuevas formas de responder a la biomedicina y a la asistencia sanitaria al parto enmarcada en ella me hizo plantearme una serie de cuestiones que finalmente desembocarían en la constitución de mi objeto de estudio: ¿qué es un parto respetado y de qué elementos se compone? ¿Qué conduce a las mujeres hacia la búsqueda de un parto respetado? ¿Cómo se consigue y de qué agentes depende? En definitiva, ¿cómo se construye la cultura del parto respetado?

2.1 Objeto de estudio, objetivos e hipótesis

Durante los meses previos al proyecto y diseño de la investigación, había tenido lugar un proceso personal de búsqueda de parto respetado en Madrid, lo que me había aportado un bagaje informativo lo suficientemente amplio como para mantener el área geográfica de la investigación en la capital del estado español. Por otro lado, tal y como expondré en el epígrafe 2.2.1.1 y retomaré en el capítulo 5, Madrid fue la cuna del activismo español de parto respetado con la fundación de la asociación *El Parto es Nuestro*. Aunque poco a poco el activismo de parto respetado se ha ido extendiendo por todo el territorio nacional, considero prioritario que esta tesis, en tanto que una de las primeras investigaciones etnográficas sobre la construcción cultural del parto respetado, se centre en el contexto geográfico de origen de esta noción. Considero que no puede ser de otra manera, también porque el mayor foco de este activismo (reuniones, asociaciones, movilizaciones, etc.) está concentrado en Madrid, ciudad que al mismo tiempo dispone de una complejidad formada por una amplia pluralidad que va a enriquecer tanto el trabajo de campo como el análisis de los datos y la elaboración de resultados.

Por tanto, el objeto de estudio de la presente investigación es el análisis etnográfico de la construcción cultural del parto respetado en Madrid, construcción mediante la que trataré de dar respuesta a cuestiones como dónde se originan las perspectivas de parto respetado, qué agentes se encuentran involucrados, cuáles son las distintas interpretaciones que se hacen en torno al término o qué elementos, procesos o estrategias lo componen.

2.1.1 Objetivo general y objetivos específicos

Objetivo general

Analizar cómo se ha construido la cultura del parto respetado en Madrid desde las asociaciones de mujeres activistas.

- Objetivo específico 1.1: explorar los factores históricos, sociales y políticos que han propiciado la emergencia de una cultura y un activismo de parto respetado en Madrid.

- Objetivo específico 1.2: analizar las características que definen la cultura del parto respetado y cómo son transmitidas por el activismo a las mujeres para que incidan en sus experiencias de parto.
- Objetivo específico 1.3: articular la relación entre la cultura del parto respetado y la violencia obstétrica como demanda del activismo a integrar en la sociedad madrileña.

2.1.2 Hipótesis

En función de cada objetivo específico se han elaborado las siguientes hipótesis:

1. Las demandas de parto respetado emergen a principios del siglo XXI en el contexto madrileño con el surgimiento de determinadas asociaciones de mujeres y profesionales que se unen a los movimientos de parto natural de los años 80, propiciando una crítica al modelo de atención hospitalaria al parto y promoviendo nuevas fórmulas y alternativas. Junto a nuevas políticas sanitarias en materia de atención al parto, se dan las condiciones para el surgimiento de una nueva cultura de parto respetado dirigida a la atención hospitalaria.
2. El activismo de parto respetado da forma a las características que debe reunir un parto para ser considerado como tal, configurándolo como un modelo asistencial alternativo y como una experiencia debatida tanto en el seno de estas asociaciones como por las propias mujeres.
3. Existe una relación de dependencia entre el parto respetado y la violencia obstétrica. Mientras la primera noción opera a nivel nacional en España, la segunda surge en contextos internacionales y no se reconoce ni política ni jurídicamente en el contexto madrileño. Pero desde las asociaciones que promueven el parto respetado no sólo se reconoce la violencia obstétrica dentro de la atención sanitaria al parto, también se impulsa una reflexión social sobre la necesidad de visibilizarla, prevenirla y superarla. No obstante, aparecen ciertas resistencias a la hora de reconocer y conceptualizar la violencia obstétrica, dificultando la transmisión de la cultura del parto respetado, no sólo en Madrid, sino también a nivel nacional.

2.2 Diseño de la investigación y trabajo de campo

“Establecer la distancia con el objeto de estudio del entorno en el que uno/a mismo/a forma parte, considero que es mucho más difícil. No existe la barrera idiomática, puede haber una familiaridad con las costumbres, etc... formamos parte, de una manera muy clara de aquello que observamos; por tanto ¿dónde poner la distancia?, es decir, qué debemos hacer para que, a pesar de la implicación personal y la proximidad de ese objeto de estudio, no perdamos el “norte” de nuestra investigación, para lograr esa ilusión de objetividad que todo análisis científico pretende” (Bodoque, 2002:167).

Diseñar una investigación etnográfica aplicada a un campo del que una ha sido alguna vez nativa en los términos del conocimiento situado propuesto por Donna Haraway (1988), requiere de una mayor exigencia de reflexividad en torno al posicionamiento ideológico y las prenociones que pueden emerger a lo largo de la misma. Más aún cuando la objetivación surge en el desarrollo de nuevos procesos de subjetivación relacionados con una experiencia personal de la que deviene no sólo una nueva identidad de ‘madre’, sino también de ‘etnógrafa’, es decir, cuando el nativo se convierte en etnógrafo. “Reconocer el carácter reflexivo de la investigación social, o sea, reconocer que somos parte del mundo social que estudiamos” (Hammersley y Atkinson, 1994:29), puede contribuir a generar en el investigador un necesario extrañamiento antropológico en tanto que:

“un re-planteamiento continuado de los conceptos que el investigador utiliza, en una actitud vigilante ante las categorías descriptivas y/o analíticas que enseguida acuden a su cabeza para entender, interpretar y/o explicar la realidad” (Jociles, 2002:99).

Haber participado como agente en los procesos de parto respetado previo diseño de la investigación contribuyó a una mejor dirección de la construcción del objeto de estudio, no así a una mejor identificación de las prenociones que el posicionamiento como ‘mujer a favor del parto respetado’ había inculcado en mí como nativa. A pesar de ello, la antropología es una ciencia que aporta numerosas claves para trabajar el distanciamiento sobre dichas prenociones, gracias a lo cual se han puesto de relieve los peligros del etnocentrismo para evitarlos con el fin de alcanzar el mayor rigor científico. Desde mi punto de vista, vigilar el etnocentrismo implica, entre otros aspectos, “tener ‘conciencia de estar investigando’ y no sólo viviendo la cultura” (Velasco y Díaz de Rada, 1997:109). Y esa conciencia de estar investigando debe ser mantenida a lo largo de toda la investigación, desde el diseño hasta la publicación de los resultados finales. En este sentido, lo que quiero expresar es que desde un

posicionamiento situado, espero poner en diálogo las distintas visiones que he desarrollado en torno a la atención al embarazo y el parto, tanto antes como después de la inflexión a través de la cual reconstruí mi propia perspectiva, exponiendo cómo he adquirido dichas visiones a través de un proceso de construcción sociocultural. Cuando me refiero al hecho de estar investigando no me refiero a situarme en una neutralidad o en un relativismo absoluto en torno al objeto de estudio, las técnicas de investigación, el abordaje de las unidades de análisis o la elaboración de los resultados, sino a la incorporación de ciertos elementos de vigilancia epistemológica (Jociles, 1999:13) que me permitirán, por un lado, no dar por supuesto la unicidad de mi punto de vista, y por otro, procurar poner en contraste mis posibles contradicciones con aquello que se está observando. Es importante advertir que al escribir no me estoy dirigiendo únicamente a la academia. Esta investigación está marcada por un alegato a favor del activismo de parto respetado, y dado que desde mi perspectiva otorgo un positivo reconocimiento al trabajo del activismo de las mujeres para un cambio en la asistencia obstétrica, espero poder efectuar también una cierta aportación al activismo feminista por el parto. Esto a su vez me lleva a mantener un doble compromiso, tanto con mi desarrollo como antropóloga dentro de la academia como con el progreso social, político y sanitario en materia de atención obstétrica, por lo que es importante cuidar aquello que se dice y cómo se dice para que pueda ser entendido y aplicado en ambos campos de producción de conocimiento: el académico y el activista. Realizado así un ejercicio de extrañamiento en tanto que distancia analítica, la investigación se diseñó desde una perspectiva prioritariamente cualitativa, utilizando como recursos cuantitativos únicamente las estadísticas e indicadores nacionales e internacionales de las distintas organizaciones oficiales en materia de salud, así como las aportadas por otras investigaciones consultadas sobre cifras relativas a distintos aspectos de la asistencia al embarazo, el parto y el puerperio. La realización del proyecto de investigación tuvo lugar entre enero y marzo de 2017, dando lugar en abril del mismo año el inicio del trabajo de campo. Más adelante hablaré de las técnicas de investigación utilizadas y de los métodos de producción del material de campo, así como de la estructura y cronología de las distintas sesiones de observación participante y entrevistas. Pero antes de adentrarme en las cuestiones propias del trabajo de campo, considero necesario ofrecer una lectura previa del campo en sí. En el epígrafe que sigue explicaré la selección de las dos asociaciones a las que se recurrió para llevar a cabo la investigación y desde las cuales se ha reunido un material de campo adecuado para el contraste de las hipótesis y el logro del objeto de estudio. Asimismo, aportaré la

información necesaria para comprender quién forma estas asociaciones, con qué objetivos y bajo que principios ideológicos.

2.2.1 Asociaciones

Partiendo de la hipótesis primera, y entendiendo que la construcción cultural del parto respetado emerge dentro de un contexto de activismo feminista, decidí orientar la selección de las participantes directamente desde algunas asociaciones representantes de estos movimientos y de las profesionales en defensa del parto respetado o normal que tuvieran su ámbito de acción en Madrid. Desde un punto de vista holístico podría interpretarse que una investigación relacionada con la atención biomédica al parto debería centrarse o al menos considerar un campo sanitario e institucional. No es una cuestión que haya pasado por alto, en todo momento desde el diseño del proyecto de investigación he notado un empuje por observar las prácticas y discursos en entornos institucionales de atención al parto, o más bien la sensación de que centrándome exclusivamente en el contexto activista estaba obviando una dimensión importante, pudiendo restar rigor al trabajo de campo y al análisis. Lo cierto es que hay tres motivos de peso por los que he considerado más pertinente una investigación centrada exclusivamente en el contexto del activismo. En primer lugar, el ámbito sanitario no es fuente exclusiva de reproducción de discursos y prácticas para las etnografías que estudian objetos que tengan que ver con el cuerpo, sus procesos y/o sus enfermedades. El carácter culturalmente hegemónico e influyente de la medicina en la vida de las personas y en la gestión de los hechos que acontecen en torno a sus cuerpos puede provocar presiones en el etnógrafo para considerarla imprescindible a la hora de investigar un objeto de estudio. Esta hegemonía ha dotado a la biomedicina de cierta supremacía, que en ocasiones nos coarta al estudiar la emergencia y la construcción cultural de un fenómeno cuya idiosincrasia desafía los principios e ideales de la misma. Por otro lado, existe una gran riqueza de contenido etnográfico en otros ámbitos de la vida que tienen que ver con esas cuestiones, como es este caso. La demanda de partos respetados en la atención obstétrica actual ha sido un fruto sembrado y recogido en el seno del activismo feminista, y reservar parte del campo etnográfico al ámbito sanitario podría desmerecer el trabajo y los logros que durante estos últimos años las asociaciones han venido realizando, así como dar por hecho que los discursos y prácticas observados en el contexto sanitario pueden disponer de mayor valor que

otros. Por último, no abunda precisamente el número de investigaciones que la antropología interesada en los procesos reproductivos haya situado en un contexto cuasi o exclusivamente asociacionista, por lo que considero importante una etnografía aplicada al contexto del activismo como campo de producción de discursos y prácticas socioculturales. Como expondré en el capítulo 3, asociaciones como *El Parto es Nuestro* han logrado permear los muros existentes entre las mayores autoridades sanitarias españolas y otras instituciones y agentes a los que se les ha atribuido menor influencia en la elaboración de leyes y normativas relacionadas con la salud. Así, han conseguido espacios de acción e influencia dentro de ciertos círculos ministeriales, siendo capaces de modificar las prioridades y las formas de entender el parto y cómo debe ser atendido en el marco de la atención sanitaria española (Villarme, Olza y Recio, 2015). El activismo feminista en defensa del respeto sanitario a las mujeres embarazadas y sus partos se encuentra en un momento álgido de presencia y visibilidad social, y la antropología tiene la capacidad de estudiar el vasto nicho de prácticas, representaciones, discursos, ideologías, relaciones y estrategias que se desprenden del mismo, no siendo necesario complementar el campo con otros ámbitos a los que tradicionalmente se ha otorgado mayor hegemonía. Así pues, el campo en el que se ha llevado a cabo la investigación es el del activismo feminista por el parto respetado, concretamente en asociaciones que han puesto sobre la mesa esta noción con forma de reivindicación social. Por un lado se seleccionó la asociación *El Parto es Nuestro*, con representación no sólo en todo el territorio nacional sino también en algunas ciudades de Argentina y Ecuador. Asimismo, la posibilidad de asistir a las variadas reuniones organizadas por los distintos Grupos Locales de la asociación dentro de la Comunidad de Madrid, me hizo seleccionarla de forma definitiva para todas las técnicas de investigación que esperaba utilizar: la observación participante, las entrevistas y el análisis documental a través de su página web. Por otro lado, se seleccionó la asociación *Génesis Nacimiento en Libertad* con el objetivo de conocer las perspectivas de matronas que asisten tanto partos hospitalarios en el marco del SNS como domiciliarios. La consideración de tener en cuenta estas perspectivas se basó en la posible amplitud del discurso en torno al parto y en una comparativa de estos discursos con los de parto respetado. Esta asociación está formada por matronas profesionales que compaginan su actividad dentro del SNS con la asistencia privada al parto domiciliario, lo que podía aportar una perspectiva cercana al discurso de parto respetado no sólo desde dentro de las instituciones, sino también desde la visión de quien observa y asiste un parto de mínima intervención como es el parto en casa. Antes

de pasar a detallar cómo se llevaron a cabo las distintas metodologías para la recogida de datos durante el trabajo de campo, sugiero hacer un repaso por ambas asociaciones para situar y comprender estos motivos por los que tomé la decisión de elegir las para analizar el objeto de estudio.

2.2.1.1 El Parto es Nuestro

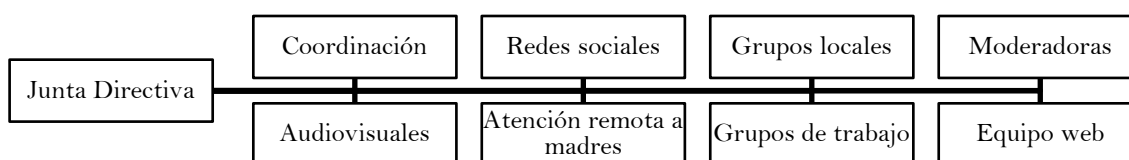
El Parto es Nuestro es una asociación feminista que trabaja por los derechos de las mujeres en el marco de la atención sanitaria institucional al parto, desde un tipo de feminismo que recupera la maternidad como espacio de poder femenino (Millett, 2017[1970]; Rich, 1996). Fue fundada en el año 2003 por mujeres españolas de un alto nivel educativo y con “cierto grado de seguridad económica” (testimonio citado en Villarme, Olza y Recio, 2015:164-165) que, desde el convencimiento de que el feminismo había por fin alcanzado sus objetivos y logros, tomaron de golpe conciencia de las opresiones que el patriarcado ejercía sobre todas las mujeres, independientemente de su clase social, edad, creencias, etc. Esta toma de conciencia tuvo lugar:

“en el momento en que dimos a luz a nuestros propios hijos y fuimos humilladas, infantilizadas, utilizadas y brutalmente privadas por médicos, enfermeras, e incluso nuestras propias familias de nuestra dignidad y de la fantasía de que la igualdad era un logro ya conseguido” (ibídem).

Poco a poco, al extenderse la labor de la asociación entre las madres que habían pasado por experiencias similares y entre las mujeres embarazadas que buscaban un parto respetado, el abanico de variables sociodemográficas que representaban a las asistentes y participantes de *El Parto es Nuestro* se fue abriendo a mujeres de todos los estratos educativos, económicos, étnicos o de edad, resultando en una asociación diversa y abierta a todas las mujeres preocupadas por la atención sanitaria a sus partos. Es una asociación sin ánimo de lucro que nace a nivel nacional y de forma telemática para dar respuesta y apoyo a un alarmante número de cesáreas y partos traumáticos denunciados en una lista de correo electrónico conocida como *Apoyocesáresa*. Formada principalmente por usuarias y usuarios del Sistema Nacional de Salud, *El Parto es Nuestro* se financia a través de las cuotas de socios, donaciones particulares y el trabajo voluntario a nivel interno de los distintos agentes asociados. Aunque *El Parto es Nuestro* nació en España a nivel nacional, hoy en día tiene también presencia en

Argentina y Ecuador, y pertenece a la *European Network of Childbirth Associations*⁴. Actualmente la asociación cuenta con alrededor de 800 socias y socios que colaboran económicamente con alguna de las tres cuotas anuales propuestas por la asociación. También es posible colaborar mediante acciones de voluntariado que den soporte a los distintos grupos de trabajo entre los que se reparten las diversas tareas. El órgano de representación de *El Parto es Nuestro* es una Junta Directiva compuesta por cuatro socias: la Presidenta, la Vicepresidenta, la Secretaria y la Tesorera, cargos que se traspan a otras socias cada cuatro años mediante su aprobación en la Asamblea General. Aparte de la Junta Directiva, la asociación cuenta con otras ocho áreas con sus propias competencias, funciones, tareas y responsabilidades, mostradas en la figura 2:

Figura 2. Organigrama *El Parto es Nuestro*



De forma anual la Asamblea General se reúne para plantear, debatir y votar las distintas propuestas elevadas por las distintas socias, pero su utilidad va más allá y sirve además para actualizar y renovar objetivos, campañas, posturas y acciones.

Entre los principios básicos que guían las prácticas y objetivos de la asociación se encuentra el de una transformación en las interpretaciones culturales y biomédicas del parto. Esto es, desde una postura de distanciamiento respecto a una tendencia biomédica a patologizar, medicalizar e instrumentalizar el proceso de parto, *El Parto es Nuestro* aboga por una alternativa paradigmática respecto a qué es un parto, cómo es su fisiología, cómo es vivido por las mujeres y cómo debe ser asistido por los profesionales sanitarios. En este sentido, se plantea el parto respetado como una cultura en la que las mujeres lideren como sujetos activos y soberanas de sus cuerpos sus propios partos, y el equipo sanitario que las asiste respete la fisiología del mismo, así como los derechos y deseos de cada mujer. Otro de los principios que rigen los objetivos de *El Parto es Nuestro* es el de un parto respetado como parto sin violencia. La asociación forma parte de un movimiento social que entiende que una sociedad sin violencia comienza en una

⁴ Accesible: <https://enca.info/>

amplia mayoría de partos exentos de la misma. Así, los principales objetivos que se persiguen desde *El Parto es Nuestro* se resumen en una mejora de la calidad en la asistencia institucional al parto que conlleve un aumento de la satisfacción de las mujeres en sus experiencias de parto, una reducción de las tasas de morbilidad materno-infantil o mejoras tanto cualitativas como cuantitativas en los índices de lactancia materna. El trabajo que realiza la asociación para alcanzar dichos objetivos está orientado a tres tipos de público claramente diferenciados: las mujeres, particularmente las madres y las embarazadas; las y los profesionales sanitarios, concretamente aquellos cuya actividad laboral se circunscribe en la especialidad gineco-obstétrica o materno-infantil; y la opinión pública en general. Las actividades dirigidas a las mujeres se basan en los principios de apoyo, información y libre elección. Para ello se organizan reuniones mensuales en los distintos Grupos Locales distribuidos por todo el territorio nacional, así como en algunas ciudades de Argentina y Ecuador. La publicación de relatos de parto con experiencias reales de otras mujeres sirve también como fuente comparativa de información. También se recopila, actualiza y difunde la información extraída de la última evidencia científica y estadística relativa a la conveniencia, riesgos y posibles ventajas o inconvenientes de las variadas técnicas e intervenciones médicas que pueden darse por parte del personal de salud en la atención al parto. Uno de los pilares fundamentales de estos procesos de información reside en recordar las recomendaciones sugeridas por parte de la *Organización Mundial de Salud* en materia de tasas e indicadores para cada intervención médica, así como buenas prácticas en la atención al parto para garantizar una experiencia positiva de las mujeres y sus bebés. La alusión y difusión de las recomendaciones de la OMS también están orientadas al segundo tipo de público diferenciado en el ámbito de trabajo de *El Parto es Nuestro*, el conjunto de las y los profesionales sanitarios. En este sentido, supuso un hito en 2007 la participación de la asociación en la redacción y publicación de la ‘Estrategia de Atención al Parto Normal’ editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo y coordinada por el Observatorio de Salud de la Mujer, una guía pensada para reforzar un tipo de asistencia sanitaria al parto “más personalizada, más centrada en las necesidades particulares de las personas usuarias” (MSC, 2007:11), y que oriente a los profesionales de la salud en buenas prácticas durante la atención institucional al parto de bajo riesgo. La crítica de las tendencias medicalizadoras del parto no implica, en la postura de *El Parto es Nuestro*, un rechazo o negación a la realización de las prácticas necesarias para preservar la vida y la salud de la madre y el feto, aunque sí “defiende que si una intervención en el parto es innecesaria e incluso peligrosa no debe

hacerse, y si es necesaria puede y debe hacerse de forma respetuosa con las necesidades físicas y emocionales de las madres y sus hijos”⁵. A pesar de que a priori ninguna de las acciones realizadas por la asociación se encuentra específicamente pensada y orientada a la opinión pública, sí es cierto que el argot utilizado en las campañas, en su página web y en sus publicaciones es de estilo divulgativo, facilitando así la transmisión del mensaje al público general.

El Parto es Nuestro es una asociación joven con 16 años de recorrido activo e intenso, habiéndose hecho hueco y presencia en importantes segmentos de las principales instituciones españolas en materia de salud reproductiva de las mujeres. Gracias a sus asambleas generales, los principios y acciones de *El Parto es Nuestro* se renuevan anualmente, no sólo impidiendo el cese de su actividad, sino reactivando los mecanismos internos de acción, reacción y comunicación, con el fin de seguir trabajando por mejorar las condiciones y las experiencias de los partos de las mujeres españolas, argentinas y ecuatorianas. En 2018, la asamblea general de *El Parto es Nuestro* aprobó por amplia mayoría la inclusión del adjetivo “feminista” en sus estatutos. Un año más tarde, en mayo de 2019, la asociación dio un paso más y aprobó en asamblea general los siguientes posicionamientos feministas:

- Posicionamiento abierto a favor de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.
- Adhesión a la plataforma *Front Abolicionista del País Valencià*, en lucha por “la abolición de la prostitución, la pornografía y los úteros de alquiler por ser formas extremas y brutales de violencia machista y patriarcal”⁶.
- Adhesión a la *Plataforma de Madres Feministas por la ampliación de los Permisos Transferibles* (PETRA).

2.2.1.2 Génesis Nacimiento en Libertad

Génesis es un grupo de matronas que trabaja de forma independiente respecto a su actividad en el Sistema Nacional de Salud desde 1984. La asociación surge con el deseo de ampliar la oferta asistencial al parto, dando una alternativa al parto medicalizado como la modalidad más extendida en Madrid. Esta alternativa se ilustra en el parto domiciliario como una opción más aparte del parto hospitalario, presentándose como

⁵ *Nuestros objetivos*, El Parto es Nuestro. Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/nuestros-objetivos>

⁶ Manifiesto del Front Abolicionista del PV. Accesible: <https://frontabolicionistapv.blogspot.com/>

igualmente seguro al ser atendido por matronas expertas en casos de partos de bajo riesgo. Ubicada en un amplio y céntrico apartamento de la ciudad de Madrid, la actividad asistencial de *Génesis* incluye una cartera de servicios privados integrales al embarazo, el parto, el puerperio y la crianza cuyos principios transversales se definen por la autonomía, el autoconocimiento y la confianza de las mujeres, así como por la orientación y la oferta de información que permitan la libertad de decisión de las mismas. Igualmente, del mismo modo en que se plantea el parto domiciliario como alternativa al parto medicalizado, se traslada también la idea de que el trabajo de parto en cuanto a proceso reproductivo se debe alejar de la categoría de enfermedad, vinculándose por otro lado con los principios de sexualidad y salud, más cercanos a entender el parto como un proceso fisiológico y no patológico. El servicio de parto domiciliario se define como “un modelo asistencial válido, tan seguro como el hospitalario, y que responde a las necesidades actuales de un gran número de mujeres, parejas y bebés, desde una perspectiva holística”⁷. La seguridad y validez que avalan el parto domiciliario como alternativa al parto hospitalario se encuentran cimentadas en las condiciones de un parto de bajo riesgo, caracterizado por tres factores indispensables para ser considerado como tal: parto en mujer sana, entre las semanas 38 y 42, con el feto en posición cefálica. El servicio de *Génesis* de asistencia al parto en el domicilio incluye:

- “Asistencia al grupo de preparación a la Maternidad-Paternidad
- Consultas mensuales de seguimiento del embarazo
- Visita a la casa antes del nacimiento
- Guardias localizadas desde la 38 a la 42 semanas de gestación
- Asistencia al parto en casa
- Tres visitas posparto en domicilio, el primer, tercer y séptimo día
- Consulta postparto en el centro de génesis pasados los 40 días”⁸.

Por mi experiencia durante el trabajo de campo en *Génesis*, me aventuraría a afirmar que la categoría de ‘parto domiciliario’ contiene, más allá de su dimensión pragmática en forma asistencial, una dimensión ideológica de principios y valores que traspasan las fronteras del hogar como ‘lugar para que ocurra el parto’, y que trascienden incluso las interpretaciones y perspectivas en torno al parto hospitalario. Esta afirmación se basa

⁷ *Asistencia al parto en casa*, Génesis Nacimiento en Libertad. Accesible: <http://www.genesisnacimientoenlibertad.com/asistencia-parto-en-casa/>

⁸ *Ibidem*.

en que más allá de la asistencia al parto en el domicilio, la asociación ofrece los mismos servicios incluso para familias que se encuentren planificando el parto en el hospital, y estos servicios se encuentran a su vez fundados en los mismos principios de autonomía, autoconocimiento, confianza e información que definen la esencia de *Génesis. Génesis Nacimiento en Libertad* forma parte de la *Asociación Nacer en Casa*, que trabaja a nivel nacional formando una red de profesionales que dan asistencia al parto domiciliario, ha colaborado en numerosas conferencias nacionales e internacionales de referencia en el campo, tales como los I y II Congresos Internacionales de Parto y Nacimiento en Casa en los años 2000 y 2003 respectivamente. También ha participado en importantes publicaciones relacionadas directamente con cuestiones relativas al parto y la lactancia, y ha impartido numerosas actividades docentes a profesionales de la enfermería materno-infantil, así como “colaborado con varias estudiantes de antropología y matronas en la elaboración de sus tesis doctorales”⁹.

2.2.2 Técnicas etnográficas utilizadas en la investigación

Como ya he mencionado, las técnicas de investigación social seleccionadas han sido de naturaleza cualitativa. Más allá de que la etnografía sea una disciplina preferentemente cualitativa, estas técnicas permiten ampliar el abanico cognitivo de las interpretaciones y relaciones sociales en torno a una problemática concreta. Lo cuantitativo, independientemente del rigor matemático que concede a los resultados obtenidos, no es capaz de adentrarse en la inmensidad de las producciones culturales, llegando a obviar, olvidar y aislar el análisis de la construcción cualitativa de las relaciones sociales. No se quiere decir con ello que el cualitativismo puro deba reinar en el análisis científico, pues incluso la antropología se sirve de estadísticas, tasas e indicadores para complementar la argumentación sobre la reproducción de determinados procesos socioculturales. Como veremos más adelante, más allá de la combinación entre observación participante/entrevistas abiertas/análisis documental, se ha recurrido a tasas relativas a la atención al parto tanto en Madrid como en España como en algunos países del extranjero. Estas estadísticas habrán servido para conocer en qué medida se han producido ciertas prácticas biomédicas, entre otras, y contrastarlas junto a datos cualitativos procedentes de las técnicas cualitativas seleccionadas. El trabajo de campo dio comienzo durante el mes de abril de 2017 partiendo de técnicas de observación

⁹ *Otras actividades*, Génesis Nacimiento en Libertad. Accesible: <http://www.genesisnacimientoenlibertad.com/otras-actividades/>

participante, desde donde se seleccionarían las y los agentes elegibles para las entrevistas¹⁰. Decidí partir de la observación en un Grupo Local de *El Parto es Nuestro* como primera aproximación al campo, seleccionando el Grupo Local EPEN1 (ver página 37), principalmente por haber desarrollado previamente en él cierto interés personal. Aun así, el grupo reunía las condiciones adecuadas de elegibilidad al estar circunscrito dentro del área geográfica de la investigación.

2.2.2.1 Observación participante

Al estudiar la construcción cultural del parto respetado podría interpretarse que la observación participante consistiría en asistir a los partos de las mujeres incluidas en la investigación. Pero tal y como he apuntado en el epígrafe 2.2.1, consideré más pertinente analizar los discursos, prácticas e interacciones recogidos desde asociaciones y movimientos sociales, así como de las mujeres en particular. Más aún, no sabía hasta qué punto las voluntarias participantes en la investigación se sentirían más o menos cómodas con la presencia de una investigadora durante sus partos, aparte del personal médico presente por protocolo. Por ello, se determinó que el campo de observación que mejores datos nos aportaría sería aquel producido directamente desde los focos de activismo social relacionados con el parto respetado. La salida al campo, la participación en el mismo a modo de etnógrafa y la interacción con el resto de agentes implicados (Guber, 2004) me permitió observar desde un rol diferente y de manera directa las situaciones (Jociles, 2002) relacionadas con los procesos de parto respetado, tales como las reuniones abiertas mensuales de la asociación *El Parto es Nuestro* como el ‘Curso de Preparación a la Maternidad y la Paternidad’ de la asociación *Génesis Nacimiento en Libertad*. El ejercicio del extrañamiento mencionado anteriormente a modo de distanciamiento analítico me permitió, siguiendo a Jociles, dotarme de “herramientas de vigilancia epistemológica” al formar parte de aquellos “etnógrafos que estudian en su propio grupo, (...) que no parten de una suficiente distancia cultural previa” (1999:13). Estas asociaciones tienden a ser bastante accesibles, con lo que la entrada al campo no resultó complicada, ni requirió de ningún tipo de permiso para validar mi presencia durante el trabajo de campo. No obstante, al iniciar la

¹⁰ En mitad de la investigación decidí asimismo acudir a perspectivas contraargumentales seleccionadas a partir de conversaciones informales en las que se observaron interpretaciones del parto respetado a priori distintas a las que venía observando en el trabajo de campo, a modo de casos negativos como señala la teoría fundamentada de Glaser y Strauss (1967).

investigación sí me vi en la tesitura de necesitar presentarme al resto de agentes como investigadora, explicando qué me había acercado a este ámbito y qué motivaciones personales y académicas impulsaban el proyecto. Tal y como sugieren Hammersley y Atkinson, “los actores en el campo también intentan situar al etnógrafo dentro de su experiencia porque ellos necesitan saber cómo tratarlo” (1994:93). Partiendo de esta premisa, debía plantearme cómo presentarme para interceder e influir de la menor manera posible en la producción de discursos, perspectivas e interpretaciones que esperaba recoger. Con el fin, por otro lado, de ganar confianza y pertinencia en el campo, decidí mostrar la faceta del cambio de roles de nativa a etnógrafa en función del proceso de reconstrucción de mis propias interpretaciones en torno al parto, tal y como he señalado en el capítulo introductorio. Así, cuando era necesario presentarme ante el resto de agentes, siempre solía incluir los siguientes datos:

1. Presentación de la investigadora como antropóloga sociocultural.
2. Breve y escueto resumen de la experiencia propia de parto¹¹.
3. El interés por una etnografía de parto respetado a raíz de dicha experiencia personal.
4. En las primeras sesiones donde me presenté, informé de que por motivos metodológicos era necesario tomar notas durante las reuniones, pero que bajo ningún concepto se tomarían grabaciones de voz o de imagen y que no se publicaría ningún tipo de datos personales, en cumplimiento de la ley orgánica 15/1999 del 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

La observación participante en *El Parto es Nuestro* se repartió en dos Grupos Locales seleccionados dentro de la Comunidad de Madrid, a los que se ha catalogado como EPEN 1 y EPEN 2. EPEN 1 es un Grupo Local de pequeño tamaño ubicado en un distrito periférico del Ayuntamiento de Madrid a cuyas reuniones acude una media de 5 personas, por lo que las interacciones que tienen lugar en este grupo tienden a ser más estrechas y a reproducir discursos con mayor confianza. Por el contrario, el Grupo Local de EPEN 2 tiene lugar en un distrito más céntrico de Madrid capital, recibiendo un número considerablemente mayor de asistentes, rondando una media de 20 personas por reunión aproximadamente. La gran afluencia de personas hace que se

¹¹ No en pocas ocasiones se me requirió extenderme más en mi relato de parto, así como responder a algunas preguntas concretas que me hacían algunas mujeres sobre cómo se había desencadenado el parto, cómo fue parir en el agua y otras cuestiones relacionadas con este tipo de partos. En ningún caso presenté negativa alguna a responder, y contestaba al resto de mujeres como una nativa más.

reproduzcan interacciones y discursos más diversos y más diferenciados entre sí, lo que favoreció la recogida de una gran variedad de datos cuantitativa y cualitativamente diferenciados entre un grupo y otro. Cabe advertir que en este tipo de reuniones no es muy frecuente encontrar profesionales de la salud, o que al menos se presenten como tal. Se echó en falta durante la investigación encontrar interacciones entre las mujeres y los profesionales dentro de estos contextos que pudieran dar cuenta de las posibles sinergias o desacuerdos sobre el estado de la atención obstétrica en Madrid y las remandas relacionadas con el parto respetado. Hubiera sido interesante observar cómo los profesionales sanitarios recogen y procesan las denuncias y demandas de las mujeres en relación a sus partos, así como las distintas interpretaciones que desde las distintas perspectivas pueden construirse en torno al objeto de estudio que aquí presento. Finalmente el conjunto de agentes participantes por parte de *El Parto es Nuestro* se encontró distribuido en 8 tipos de perfiles identificados de acuerdo a la siguiente tabla:

Tabla 1. Perfiles identificados en EPEN en observación participante

Grupo	Perfil	Agentes
1	Moderadoras	4
2	Embarazadas primerizas	17
3	Embarazadas no primerizas	15
4	Madres no embarazadas	18
5	Mujeres sin hijos, no embarazadas	2
6	Acompañantes (pareja o amiga)	17
7	Mujeres sin perfil determinado	11
8	Otros	2
Total agentes <i>El Parto es Nuestro</i>		86

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Moderadoras: las moderadoras de los Grupos Locales de *El Parto es Nuestro* son socias de la asociación que coordinan de forma voluntaria las reuniones abiertas que tienen lugar un día al mes. Sus funciones principales observadas consisten en:

- Coordinar las fechas, hora y lugar de las reuniones abiertas.
- Organizar la disposición espacial de las sesiones.
- Dar la bienvenida, presentar brevemente la asociación y explicar el funcionamiento de los Grupos Locales y sus reuniones.
- Dirigir y orientar la ronda de presentaciones y preguntas.
- Comentar, resolver o dar apoyo a algunas cuestiones relevantes planteadas por las y los participantes.

- Resumir el contenido de las sesiones y adjuntar información relativa a los temas tratados en las mismas en un correo electrónico posterior.

Embarazadas primerizas: son mujeres que se encuentran en su primer embarazo y que generalmente acuden a los Grupos Locales para informarse sobre el proceso de parto, hospitales o grupos de matronas que asisten el parto en casa, o prácticas más comunes en los hospitales, entre otros aspectos.

Embarazadas no primerizas: son mujeres que se encuentran en su segundo o tercer embarazo y que generalmente acuden a los Grupos Locales tanto para relatar un primer parto negativo, traumático o mejorable, como para informarse con el objetivo de parir con mayor respeto o normalidad que en el primero.

Madres no embarazadas: son mujeres que sin encontrarse embarazadas en el momento de las sesiones, habían sido madres previamente, y que generalmente acuden a los Grupos Locales tanto para informar a otras mujeres a través del relato de sus partos como para escuchar a otras mujeres durante las reuniones.

Mujeres sin hijos, no embarazadas: son mujeres que, sin haber sido previamente madres ni estar embarazadas, acuden a las reuniones por diversos motivos, principalmente para escuchar a otras mujeres y conocer más sobre los procesos de embarazo, parto y puerperio, así como de la asistencia sanitaria a los mismos.

Acompañantes: se encuentran representados en la figura de la pareja, una amiga o familiar y que acuden generalmente a los Grupos Locales como acompañantes de las mujeres embarazadas, bien porque esperan estar presentes durante el parto, o como apoyo de las mujeres a quienes acompañan.

Mujeres sin perfil determinado: son mujeres que, pudiendo formar parte de perfiles anteriormente descritos, durante las sesiones de observación participante no aportaron la información necesaria para incluirlas en dichos perfiles.

Otros: los dos agentes que componen este perfil fueron antropólogos que durante nuestro trabajo de campo se encontraban realizando un trabajo similar relacionado con un Trabajo de Fin de Grado y con unas prácticas.

Por su parte, la observación participante en la asociación *Génesis* tuvo lugar en su ‘Curso de Preparación a la Maternidad y la Paternidad’, dentro del cual se identificaron los siguientes perfiles de agentes sociales:

Tabla 2. Perfiles identificados en Génesis en observación participante

Grupo	Perfil	Agentes
1	Matronas	7
2	Embarazadas primerizas	5
3	Embarazadas no primerizas	4
4	Acompañantes (pareja o amiga)	9
Total agentes Génesis		25

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Matronas: profesionales de la enfermería materno-infantil de distintos hospitales del SNS que de forma paralela y privada prestan asistencia al parto domiciliario, seguimiento del embarazo y cursos de preparación a la maternidad a mujeres que contratan sus servicios.

Embarazadas primerizas: mujeres en su primer embarazo, inscritas y asistentes al ‘Curso de Preparación a la Maternidad y Paternidad’ de la asociación *Génesis*.

Embarazadas no primerizas: mujeres en su segundo o tercer embarazo, inscritas y asistentes al ‘Curso de Preparación a la Maternidad y Paternidad’ de la asociación *Génesis*.

Acompañantes: representados en la figura de la pareja o una amiga, inscritos y asistentes al ‘Curso de Preparación a la Maternidad y Paternidad’ de la asociación *Génesis* con el objetivo de acompañar a las mujeres descritas anteriormente durante sus partos.

Así, el total de las agentes contando las y los agentes participantes por parte tanto de *El Parto es Nuestro* como de *Génesis* se compuso de 111 personas:

Tabla 3. Total de agentes en observación participante

Asociación	Agentes
El Parto es Nuestro	86
Génesis Nacimiento en Libertad	25
Total agentes de observación participante	111

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Cabe igualmente señalar que durante las distintas sesiones de ambas asociaciones también se encontraron presentes niñas y niños descendientes de las distintas agentes

participantes, situados en un grupo de edad de 0-5 años, a los que no se contará como agentes participantes al no haber extraído registros discursivos de los mismos.

Durante todo el trabajo de campo asistí a un total de 26 sesiones de observación participante entre el 26 de abril y el 29 de diciembre de 2017, tal y como se muestra en la tabla 4, resultando en coincidencia su distribución equitativa entre las reuniones de *El Parto es Nuestro* (13) y el ‘Curso de Preparación a la Maternidad y la Paternidad’ de *Génesis* (13). En la tabla expuesta en la página siguiente se han ordenado estas sesiones de forma cronológica, asociando a cada una de ellas un código que servirá para identificar la sesión de la que se ha extraído cada uno de los verbatims que se utilizarán para dar ejemplo a los distintos argumentos a lo largo de la presente tesis doctoral. Utilizaré el código “EPEN” para categorizar los verbatims extraídos de las reuniones de los Grupos Locales de *El Parto es Nuestro*, mientras que aquellos extraídos de las sesiones del ‘Curso de Preparación a la Maternidad’ de *Génesis* irán marcados por el código “GÉNESIS”. A modo de ejemplo:

1. Verbatim extraído de reunión abierta de *El Parto es Nuestro*:

“Nosotras empezamos hablando de malas praxis, pero hay que ponerle nombre (...). No es mala praxis, es violencia, y es violencia de género, violencia machista” (Ana, madre y activista, registro de observación participante **EPEN1.6**, hablando de violencia obstétrica)

Como vemos, este verbatim tiene asociado el código EPEN1.6, que correspondería a la sesión número 6 del Grupo Local número 1.

2. Verbatim extraído de curso de *Génesis*:

“La gente es bastante dada a irresponsabilizar y culpar y abroncar a las mujeres que no se controlan (...). Aquí (España) todavía es: *lo que diga el médico*” (Silvina, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de observación participante **GÉNESIS.2**)

Por su parte, el código GÉNESIS.2 nos indica que el verbatim ha sido extraído de la segunda sesión del ‘Curso de Preparación a la Maternidad’ de la asociación *Génesis*.

La recogida de datos se realizó de forma manuscrita en el diario de campo en todas las sesiones de observación participante. Durante las mismas no se percibió incomodidad en los agentes que pudiera intimidar la producción de perspectivas, discursos, ideas o argumentos. Al contrario, la acción social se desarrollaba en una dinámica de confianza

propiciada por una apertura por parte de las asociaciones a cualquier tipo de discurso o narrativa. La ventaja de estas dinámicas resultó ser una incesante producción de discursos, narrativas, interacciones verbales y no verbales, así como conductas corporales que fueron anotadas pertinentemente de la forma más fiel posible al reflejo de la escena social.

Tabla 4. Disposición cronológica de sesiones de observación participante

Orden	Código	Descripción	Fecha
1	EPEN1.1	Sesión 1 de Grupo Local 1	26 de abril de 2017
2	EPEN1.2	Sesión 2 de Grupo Local 1	31 de mayo de 2017
3	EPEN1.3	Sesión 3 de Grupo Local 1	28 de junio de 2017
4	EPEN2.1	Sesión 1 de Grupo Local 2	30 de junio de 2017
5	EPEN2.2	Sesión 2 de Grupo Local 2	28 de julio de 2017
6	GÉNESIS.1	Presentación del curso: Respiración y relajación	19 de septiembre de 2017
7	GÉNESIS.2	Curso: Cuidados de salud en el embarazo	26 de septiembre de 2017
8	EPEN1.4	Sesión 4 del Grupo Local 1	27 de septiembre de 2017
9	EPEN2.3	Sesión 3 del Grupo Local 2	29 de septiembre de 2017
10	GÉNESIS.3	Curso: Autoconocimiento	3 de octubre de 2017
11	GÉNESIS.4	Curso: Parto I	10 de octubre de 2017
12	GÉNESIS.5	Curso: Parto II	17 de octubre de 2017
13	GÉNESIS.6	Curso: Práctica de posturas y pujos	24 de octubre de 2017
14	EPEN1.5	Sesión 5 de Grupo Local 1	25 de octubre de 2017
15	EPEN2.4	Sesión 4 de Grupo Local 2	27 de octubre de 2017
16	GÉNESIS.7	Curso: Proyección de videos	31 de octubre de 2017
17	GÉNESIS.8	Curso: Actuaciones frecuentes en el hospital	7 de noviembre de 2017
18	GÉNESIS.9	Curso: Posparto	14 de noviembre de 2017
19	GÉNESIS.10	Curso: Cuidados del recién nacido	21 de noviembre de 2017
20	EPEN2.5	Sesión 5 de Grupo Local 2	24 de noviembre de 2017
21	GÉNESIS.11	Curso: Lactancia materna	28 de noviembre de 2017
22	EPEN1.6	Sesión 6 de Grupo Local 1	1 de diciembre de 2017
23	GÉNESIS.12	Curso: Salud infantil	5 de diciembre de 2017
24	GÉNESIS.13	Curso: Visita de madres y padres con sus bebés	12 de diciembre de 2017
25	EPEN1.7	Sesión 7 de Grupo Local 1	27 de diciembre de 2017
26	EPEN2.6	Sesión 6 de Grupo Local 2	29 de diciembre de 2017

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Se puso especial atención en las interpretaciones enarboladas en torno a las principales unidades de análisis relacionadas con los objetivos y las hipótesis de la investigación, a saber:

- Fisiología del parto.

- Parto respetado.
- Parto hospitalario.
- Medicalización, patologización e instrumentalización del parto.
- Violencia obstétrica.
- Procesos de reflexión, información y toma de decisiones.

Estas unidades han servido para discernir y ordenar los datos recogidos con el fin de analizar el objeto de estudio y dar respuesta a los interrogantes de partida en la investigación. La recopilación de los discursos y prácticas en torno a las unidades de análisis fue realizada al final del trabajo de campo, aunque en algunas ocasiones me sirvieron para reorientar la observación, así como para elaborar los guiones de entrevistas, pues no olvidemos que éstas fueron acordadas y programadas a partir de sesiones de observación participante. El compendio de toda la información extraída de la observación participante tuvo como resultado un diario de campo de 158 páginas en el que se distribuyó la información y su análisis en función de la propuesta de Jociles de diferenciar la información en base a las categorías analíticas de “observaciones” (OBS), “interpretaciones provisionales” (INT), “autoanálisis” (AA), “cobertura” (COB), “problemáticas emergentes” (PE) y “prospectiva” (PRO) (2002:114-115). La longitud del diario de campo impide anexarlo al texto de la tesis, por lo que a continuación expongo un extracto de la utilización de dichas categorías analíticas:

INT: la pregunta de María se podría relacionar con el último comentario de Vera sobre la carga de responsabilidad de informarse que pesa sobre las mujeres que buscan tener su parto deseado. La categoría de ‘deber’ implicaría esa carga de responsabilidad.

PRO: en futuras sesiones intentaré establecer relación tanto con Vicky como con María para valorar la posibilidad de entrevistarlas.

INT: me doy cuenta de que aún no se han dicho las palabras “parto respetado”, y que cuando hablamos del óxido nitroso como analgesia siempre genera risas y comentarios en tono de humor.

OBS: Jesús interviene contando cómo participaba en el parto de su mujer” (Extracto de diario de campo, EPEN2.2, p. 38).

La categorización de los contenidos del diario de campo me permitió diferenciar los distintos tipos de información que iba recogiendo, ayudándome a elaborar un análisis más meticuloso en función de las descripciones de acciones tanto verbales como no

verbales, la vigilancia de las pre-nociones (Jociles, 2002) o, entre otros aspectos, la categorización de las unidades de análisis relevantes para la investigación. Al inicio del diario de campo se añadió una descripción de la dinámica de cada grupo, tal y como se muestra a continuación:

Grupo Local EPEN 1:

“A las sesiones suele acudir una media de 5 personas aproximadamente, por lo tanto no son muy numerosas. La coordinadora se encarga de disponer sillas en círculo antes de comenzar la sesión, favoreciendo así cierto dinamismo discursivo y un ambiente de confianza, intimidad y familiaridad. En cada asiento coloca previamente un tríptico informativo a modo de presentación de la asociación. Al comenzar las sesiones, hace una breve presentación de *El Parto es Nuestro*, en la que explica los objetivos generales de la asociación y los objetivos y dinámicas de los grupos locales, así como una lectura rápida del decálogo que la define, tras lo cual se presenta de manera individual, explica cómo fue su parto y da lugar a que el resto de asistentes se presenten de manera individual y en orden, previa explicación de que es una reunión abierta y de asistencia libre donde todo el mundo puede acudir en busca de información, contar su experiencia o encontrar apoyo” (Fuente: diario de campo).

Grupo Local EPEN 2:

“Las sesiones de EPEN 2 son mucho más numerosas que las de EPEN 1, acudiendo una media de 20 personas aproximadamente. La naturaleza de los discursos de las intervenciones individuales dista mucho de la de los discursos de EPEN 1. En EPEN 2 se presencian varios relatos sobre partos traumáticos que han ocurrido ya sea hace mucho o poco tiempo, y esto carga notablemente de emotividad y tensión todas las sesiones. Generalmente estos relatos van seguidos en la misma mujer de relatos altamente positivos sobre segundos o terceros partos. Así, en EPEN 2 hay mayor variedad de discursos gracias a la alta asistencia en este grupo. La dinámica es similar a las sesiones de EPEN 1: previamente a la reunión, las coordinadoras disponen varias sillas en círculo para, una vez comenzada la sesión, desarrollarse de la misma manera que en EPEN 1. Al presentar la asociación, las coordinadoras suelen repartirse los puntos del decálogo de EPEN, e informar que han dispuesto varios folletos informativos sobre distintos temas en una mesa junto a la entrada de la sala” (ibídem).

Curso Génesis:

“Todas las sesiones están divididas en dos partes de hora y cuarto cada una. La primera consiste en trabajo corporal combinado con control de la respiración, y quince minutos

de relajación profunda. La segunda parte es de carácter teórico, y se tratan aspectos relacionados con el embarazo, el parto y el puerperio (EPP). Cada sesión corre a cargo de una de las matronas de *Génesis*, que según las necesidades de la sesión, hacen únicamente exposición verbal del contenido de la misma o se ayudan de proyector. Lo que diferencia estas sesiones de las de *El Parto es Nuestro*, es que en líneas generales los asistentes somos siempre los mismos, lo que favorece la consolidación de relaciones sociales más estables entre ellos. Es por ello que la dinámica circular de presentación se da únicamente en la primera sesión y excepcionalmente en aquellas en las que llegan asistentes nuevos. Además, al estar establecido un calendario de sesiones, el contenido de las mismas se centra en un aspecto del EPP, y las intervenciones de los asistentes consisten en dudas o consultas puntuales al respecto de la explicación teórica o en respuestas a preguntas concretas lanzadas por la matrona que imparte” (ibidem).

En definitiva, la observación participante en el trabajo de campo ha resultado ser un ejercicio fructífero, con numerosas sesiones desde las cuales se ha podido extraer material narrativo, discursivo y argumental lo suficientemente sólido y denso como para poder analizar con fiabilidad las categorías que estructuran el parto respetado como construcción cultural. Asimismo, la propuesta de contar con una antropóloga en los Grupos Locales y en el Curso fue bien acogida por las activistas y profesionales, proporcionando todas las facilidades para que el trabajo de campo contara con la información necesaria y apropiada para el desarrollo de la investigación. Ambas asociaciones han mostrado su interés en conocer los resultados de la misma, solicitando ser notificadas sobre el acto de lectura de tesis doctoral.

2.2.2.2 Entrevistas individuales y conjuntas

Una vez iniciado el trabajo de campo con la observación participante se decidió seleccionar del conjunto de agentes a las mujeres que participarían en las entrevistas, aunque finalmente se añadieron, de forma excepcional, dos mujeres externas al mostrar perspectivas interesantes y relevantes para la investigación en conversaciones informales. De este modo, a lo largo de la investigación se observaron en conversaciones informales interpretaciones sobre el parto respetado que representaban un contraargumento a las perspectivas que se habían estado observando en las sesiones de observación participante, por lo que decidí solicitar entrevista a Viviana y a Sabrina:

- Viviana: ante el término parto respetado declaró: “yo es que prefiero un parto medicalizado”, afirmación que me indicó en primer lugar una clara contraposición entre parto respetado y parto medicalizado, y en segundo lugar cierta valoración de la medicalización del parto en detrimento de aquello que podía considerar como parto respetado.
- Sabrina: ante el término parto respetado declaró: “no soy muy fan de los partos respetados”, afirmación que me alertó sobre posibles posturas contrarias al parto respetado que debían ser recogidas en la investigación con el objetivo de comprender no sólo cómo se construyen las perspectivas contraargumentales al mismo, sino también por qué se rechaza.

Se determinó que las mujeres embarazadas seleccionadas durante la observación participante debían cumplir con dos factores de variabilidad para ser incluidas en las entrevistas:

1. Haber participado en al menos una de las sesiones de observación participante de la investigación. La aplicación de este factor me resultó pertinente porque quería conocer la perspectiva de aquellas mujeres que conocían los movimientos en defensa del parto respetado o del parto normal, asumiendo que al estar embarazadas se encontrarían en un proceso de búsqueda de un parto respetado como objetivo en los términos establecidos en la hipótesis número 4.
2. Ser primeriza. Me resultó pertinente aplicar intencionalmente este factor porque me pareció relevante para la investigación disponer de una postura expectante anterior al parto, es decir, entender las interpretaciones que del parto hacen las mujeres que todavía no han vivido uno. Asimismo, consideré relevante contar con un discurso de experiencia posterior al mismo. De este modo esperaba observar cómo se modifican (si tal es el caso) las interpretaciones que las mujeres hacen del parto antes y después de haberlo vivido por primera vez. La experiencia del primer parto es decisiva (Blázquez, 2009), y en consecuencia, los datos recogidos en este sentido, no estarían condicionados por interpretaciones o perspectivas construidas previamente¹².

¹² No obstante, quedaría pendiente trazar una investigación que incorpore una muestra más amplia en la que se incluyan mujeres que ya disponen de otras experiencias que moldean las expectativas de partos posteriores, predisponiéndolas a buscar un parto (más) respetado o incluso en el domicilio (Martínez, 2015).

También incorporé a la fase de entrevistas a matronas y activistas tanto de El Parto es Nuestro como de Génesis para registrar discursos propios tanto de los movimientos en defensa del parto respetado como de profesionales sanitarias con una actividad asistencial alternativa a la cotidiana del parto hospitalario.

La distribución cuantitativa de los agentes entrevistados seleccionados tanto desde las sesiones de observación participante como desde conversaciones informales supuso un total de 17 personas:

Tabla 5. Total agentes entrevistados

Grupo	Perfil	Agentes
1	Activistas de El Parto es Nuestro	2
2	Matronas de Génesis	3
3	Mujeres embarazadas desde observación participante	5
4	Mujeres a partir de conversación informal	2
5	Parejas o acompañantes	5
Total agentes entrevistados		17

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

A la hora de seleccionar a las agentes para las entrevistas decidí no discernir por variables sociodemográficas, puesto que únicamente me había propuesto aplicar las variables del primer embarazo y de la presencia en alguna sesión de observación participante, a pesar de haber incluido dos agentes de conversación informal. No obstante, en las páginas siguientes se han incluido las tablas 6, 7 y 8, que recogen algunas de las principales variables sociodemográficas que se muestran de los distintos agentes. Las distintas columnas nos indican:

- Seudónimo: indica el alias que le ha sido asignado a cada una.
- Edad.
- Fuente: indica si ha sido contactada a través de observación en *El Parto es Nuestro* o *Génesis* o a través de conversación informal.
- Origen geográfico.
- Perfil: categoría o sector profesional en el que trabajan.

La tabla 6 recoge la relación de las mujeres embarazadas y sus acompañantes que han participado en la investigación a través de las entrevistas, al ser los agentes que aportarían sus perspectivas e interpretaciones en relación al objeto de estudio desde perspectivas individuales y en calidad de usuarios, tanto del SNS, como de asociaciones

relacionadas con el parto. Considero pertinente realizar esta exposición sociodemográfica con el fin de mostrar de la manera más precisa, adecuada y completa cuáles son los perfiles de las y los participantes en la investigación. Vemos que el intervalo de edad se sitúa en 31-42 años, así como una variedad en el origen y el perfil profesional. No obstante, las variables sociodemográficas poco han tenido que ver con su posicionamiento respecto a la atención obstétrica o con la construcción de sus interpretaciones en torno al parto respetado, puesto que las similitudes o diferencias en lo observado no parecían estar relacionados con estas variables.

Tabla 6. Mujeres y acompañantes

Seudónimo	Edad	Fuente	Origen	Perfil profesional
Merche	33	EPEN	Madrid	Personal sanitario
Francesca	33	EPEN	Cádiz	Medios de comunicación
Martina	32	EPEN	Canarias	Técnico
Vani	39	Génesis	Madrid	Directiva
Silvia	42	Génesis	Madrid	Traducción
Luci	33	Génesis	Granada	Ingeniera
Pascual	31	Génesis	Logroño	Comercial
Lorena	35	Génesis	Inglaterra	Enseñanza
Alberto	35	Génesis	Inglaterra	Medio ambiente
Viviana	37	Conversación informal	Madrid	Investigación
Fede	42	Conversación informal	Italia	Informática
Sabrina	33	Conversación informal	Madrid	Investigación

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Por su parte, la tabla 7 da cuenta de la relación de matronas de la asociación *Génesis* que fueron entrevistadas para la investigación con el objetivo de incorporar las visiones de profesionales con dedicación intra y extrahospitalaria:

Tabla 7. Matronas

Seudónimo	Edad	Fuente	Origen	Perfil profesional
Blanca	58	<i>Génesis</i>	Madrid	Personal sanitario
Ivana	29	<i>Génesis</i>	Madrid	Personal sanitario
Ofelia	45	<i>Génesis</i>	Ciudad Real	Personal sanitario

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Por último, en la tabla 8 se indican las activistas de *El Parto es Nuestro* que también participaron a través de entrevistas. Ambas fueron contactadas a través de los distintos Grupos Locales donde se realizó la observación participante con el fin de contar con sus perspectivas como agentes pertenecientes a los movimientos sociales en defensa del parto respetado. Asimismo, durante las entrevistas surgió la descripción de una relación entre sus experiencias personales y su posterior asociación a EPEN, lo cual resultó interesante para definir algunas de las características de los procesos activistas de parto respetado:

Tabla 8. Activistas

Seudónimo	Edad	Fuente	Origen	Perfil profesional
Ana	33	<i>El Parto es Nuestro</i>	Alicante	Medios de comunicación
Vera	38	<i>El Parto es Nuestro</i>	Madrid	Medio ambiente

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Como he mencionado, se utilizó un primer filtro de variabilidad para seleccionar a las mujeres elegibles de ser entrevistadas durante el trabajo de campo. En un principio, estas mujeres debían haber estado presentes en al menos una de las sesiones de observación participante, lo que indicaría que se encontraban al menos en una fase de información relacionada con el parto respetado. En segundo lugar, consideré oportuno que estuvieran embarazadas por primera vez, no sólo para tener la oportunidad de realizar entrevistas preparto y posparto, sino también para contar con un discurso de proyección de la expectativa y otro de descripción de la experiencia ante un acontecimiento nunca antes vivido. En el momento de solicitar a las mujeres su participación en la fase de entrevistas, algunas de ellas consultaron si debían estar sus parejas y/o acompañantes presentes en las mismas, cuestión que dejé a su elección para favorecer su comodidad a la hora de participar. Así, 5 de ellas decidieron realizar al menos una de las entrevistas de forma conjunta con sus parejas. Comparando las entrevistas en las que participaron los acompañantes de las mujeres y aquellas en las que no, no se observaron diferencias en la calidad y amplitud de los discursos de ellas. Sí es cierto, no obstante, que la presencia de los acompañantes aportó mayor bagaje a la hora de entender sus perspectivas e interpretaciones sobre el proceso de parto y sobre cómo se ha construido el imaginario colectivo en torno a estos procesos en sociedades como la española. Por otro lado, la no presencia de los acompañantes en algunas de las entrevistas no estuvo fundada en una negativa a participar en la

investigación, sino más bien en su premisa de que el discurso de las mujeres embarazadas sería más enriquecedor que el suyo.

Al igual que en los registros de observación participante, he asignado un código de entrevista (E#) para categorizar los verbatims extraídos de las mismas.

Por su parte, las entrevistas de Lorena y Alberto fueron realizadas en inglés, debido a las dificultades de ambos para conversar en castellano. Por ello quisiera apuntar que los verbatims extraídos de las entrevistas E5 y E13 son traducciones propias de las transcripciones originales en inglés.

Así, la fase de entrevistas dio comienzo el 3 de octubre de 2017 de forma solapada a la fase de observación participante, no concluyendo hasta pasado más de un año por distintas circunstancias relacionadas tanto con la disponibilidad metodológica de la investigación como con la de las participantes.

Tabla 9. Disposición cronológica de entrevistas

Seudónimo	Fecha	Código	Tipo de entrevista	Duración
Merche	3 de octubre de 2017	E1	Individual preparto	46 minutos
Francesca y Martina	9 de octubre de 2017	E2	Conjunta preparto	55 minutos
Vani	10 de noviembre de 2017	E3	Individual preparto	52 minutos
Luci y Pascual	2 de diciembre de 2017	E4	Conjunta preparto	41 minutos
Lorena y Alberto	15 de diciembre de 2017	E5	Conjunta preparto	86 minutos
Merche	12 de febrero de 2018	E6	Individual posparto	39 minutos
Vani y Silvia	10 de abril de 2018	E7	Conjunta posparto	63 minutos
Francesca y Martina	17 de abril de 2018	E8	Conjunta posparto	44 minutos
Luci	5 de mayo de 2018	E9	Individual posparto	37 minutos
Blanca	19 de junio de 2018	E10	Individual sin parto	68 minutos
Ivana	26 de junio de 2018	E11	Individual sin parto	36 minutos
Ofelia	3 de julio de 2018	E12	Individual sin parto	35 minutos
Lorena y Alberto	10 de julio de 2018	E13	Conjunta posparto	35 minutos
Ana	11 de julio de 2018	E14	Individual sin parto	59 minutos
Vera	23 de julio de 2018	E15	Individual sin parto	33 minutos
Viviana y Fede	5 de octubre de 2018	E16	Conjunta posparto	31 minutos
Sabrina	23 de diciembre de 2018	E17	Individual posparto	57 minutos

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

En este punto quisiera destacar que para la elaboración de los guiones de entrevista se procuró mantener el distanciamiento con un cierto posicionamiento etnocentrista que se puede observar en el fuerte interés por el objeto de estudio. Como quizás se haya

podido apreciar en la introducción, la experiencia personal de un parto conllevó una intensa y estrecha relación con los procesos de parto respetado. Esto no impidió, sin embargo, desarrollar un proceso reflexivo sobre dicho posicionamiento para garantizar que las prenociones no sesgarían el transcurso metodológico de la investigación. En los anexos I a V se han adjuntado los distintos tipos de guion de entrevista según el perfil de las agentes:

- Primeras entrevistas a mujeres embarazadas.
- Segundas entrevistas a madres primerizas.
- Entrevistas a matronas.
- Entrevistas a activistas.
- Entrevistas a madres procedentes de conversación informal.

Estos guiones han servido también para centrar la mirada antropológica en las unidades analíticas relacionadas con el objeto de estudio. A lo largo de las entrevistas de las mujeres embarazadas los temas y unidades de análisis iban surgiendo en relación al objeto de estudio cuando, hablando de sus vidas personales, llegaban hasta la cuestión del embarazo. A partir de ahí la conversación se orientaba hacia los aspectos del parto, así como de los procesos que se encontraban realizando de cara a la asistencia (cursos, información, toma de decisiones, etc.). En el caso de las entrevistas posparto, al tratarse de entrevistas relacionadas con el evento en concreto, el discurso se orientaba con más facilidad hacia las distintas unidades y categorías analíticas que me ocupaban. No obstante, en ninguno de los casos surgió espontáneamente la categorización del parto respetado, por lo que contradiciendo las recomendaciones de Devillard, Franzé y Pazos (2012), resultó inevitable acudir a la imposición de la reflexión sobre si sus partos fueron respetados o no. A pesar de este sesgo, el resultado no terminó de ser negativo a la hora de analizar los registros y efectuar las conclusiones, puesto que me llevó a una interesante observación sobre las interpretaciones personales del parto respetado que se mostrarán en el capítulo 5. En el caso de las entrevistas a las matronas, la espontaneidad relativa a las categorías del objeto de estudio fue más notoria, pues desde el primer apartado sobre la información experiencial de las informantes, la cuestión de la atención al parto y sus motivaciones salían a colación desde fases más tempranas de las entrevistas, lo que permitió a las agentes ir hilando desde la perspectiva de cada una las distintas unidades analíticas, lo que me permitió interceder lo menos posible en el discurso. De modo similar ocurrió

en las entrevistas a las mujeres activistas, con la salvedad de que la espontaneidad surgió posteriormente al planteamiento de la cuestión relativa a su relación con la asociación *El Parto es Nuestro*. Es decir, del mismo modo que ocurrió con las entrevistas preparto a mujeres embarazadas, tras la primera parte de la entrevista, se dio la necesidad de plantear a las informantes cuál era el motivo por el que decidieron asociarse a EPEN. A raíz de este planteamiento, surgieron en ambos casos las experiencias de sus propios partos, así como las perspectivas que disponían en relación a la atención al parto previamente a conocer los movimientos en defensa del parto respetado, lo que me permitió sin apenas intervenir, conocer los discursos relativos a sus partos y la relación que ellas mismas habían establecido entre sus experiencias y su actividad en la asociación en base a sus propias subjetividades. Todas las entrevistas fueron registradas mediante grabadora de voz y transcritas por mí. Durante las sesiones no fue necesario recurrir más que a los guiones de entrevista, orientando el rol de etnógrafa hacia una escucha activa y atenta que favoreciera la fluidez de la narrativa de las agentes con el objetivo de obtener los datos más relevantes para el análisis y los resultados. La predisposición de las agentes a participar en las entrevistas fue en todo momento positiva, interesándose, como he mencionado anteriormente, por los resultados de la investigación una vez éstos fueran publicados. Del mismo modo que con la observación participante, haberme conocido en las sesiones de las distintas asociaciones y haber obtenido de mí información suficiente para identificarse conmigo (por ejemplo, saber que había tenido un parto respetado o haber interactuado conmigo en alguna ocasión), pudo haber generado en las agentes una cierta posición de confianza con la figura de la etnógrafa. Las entrevistas transcurrieron de forma cordial, abierta y dinámica, y se pudo obtener material relativo a las unidades de análisis mencionadas en las páginas 42 y 43. En este sentido, quedaría registrar las reacciones de las agentes participantes a la publicación de los resultados de la investigación. Sin duda podría sugerirse un análisis de las percepciones al momento de observar la investigación desde fuera, pues a pesar de no exponer en la misma ningún dato personal, las agentes pueden verse identificadas en determinados verbatims utilizados para ilustrar el análisis y las argumentaciones. Por último, cabe mencionar que para garantizar el cumplimiento de la ley de protección de datos, se propuso la firma de un modelo de consentimiento informado¹³ que incluyera un compromiso de tratamiento ético de los datos y la información recabados durante la entrevista. En ningún caso se presentó impedimento alguno para la firma del consentimiento.

¹³ Ver Anexo VI.

2.2.2.3 Análisis documental

De cara a cumplir con los objetivos expuestos en el epígrafe 2.1.1 he recurrido también al análisis documental como técnica cualitativa de investigación social para la recogida de información relativa a la atención al parto, tanto pasada como presente, asegurándome en todo momento la fiabilidad de las fuentes y la veracidad de la información consultada. Para ello he buscado las fuentes primarias de producción de esta información, contrastando la autoría de la misma y las fuentes secundarias utilizadas. En la siguiente tabla se efectúa una relación del tipo de fuentes documentales consultadas y la finalidad para la que se ha recurrido a ellas, y a continuación se profundiza algo más en cada una de ellas:

Tabla 10. Fuentes utilizadas en el análisis documental

Fuente consultada	Finalidad
Páginas web oficiales	Aportar información adecuada sobre las asociaciones y movimientos relacionados con la atención al parto.
Publicaciones oficiales	Apoyar determinadas afirmaciones y argumentaciones en fuentes procedentes de organismos institucionales oficiales.
Textos legislativos	Explicar cómo la violencia obstétrica ha sido reconocida como una problemática a ser erradicada en la atención a los procesos reproductivos de las mujeres. Exponer cómo una atención respetuosa a los procesos de embarazo, parto y puerperio son derechos de las mujeres.
Artículos mediáticos	Ofrecer una visión de la cobertura mediática que se hace actualmente en España sobre cuestiones como la atención al parto o la violencia obstétrica.
Estadísticas oficiales	Dar las cifras, tasas e indicadores oficiales sobre intervenciones biomédicas en la atención al parto en España.
Material audiovisual	Obtener una perspectiva más holística en cuanto al material producido en cuestiones relativas al parto.

Fuente: elaboración propia.

Una de las fuentes documentales más recurrida han sido las páginas web oficiales de distintas asociaciones o profesionales que tienen como interés general un cambio de paradigma en la atención institucional al embarazo, el parto y el puerperio. Se podría concretar, por parte de la asociación *El Parto es Nuestro*, que los recursos documentales y digitales en los que más me he apoyado han sido las secciones de relatos, el grupo cerrado de la red social *Facebook* y la información proporcionada por las distintas campañas puntuales:

‘Nuestros relatos’¹⁴

Así titula *El Parto es Nuestro* la sección dedicada a la publicación de relatos de procesos de embarazo, parto y puerperio que actualmente cuenta con 670 crónicas enviadas por mujeres que han decidido compartir sus experiencias. Los relatos recogen experiencias vividas principalmente dentro del territorio español, incluyendo también procesos transcurridos en algunas ciudades de países como México, Ecuador, Perú, Argentina, Brasil, Reino Unido y Países Bajos. La sección cuenta con una opción de buscador por centros o lugares de parto y con un filtro biseccional que puede filtrarse por categoría (embarazo, parto o puerperio) y/o por etiquetas como ‘episiotomía’, ‘parto vaginal’, ‘parto inducido’, ‘parto instrumental’, ‘cesárea’, ‘parto en casa’, ‘separación madre-bebé’ o ‘maniobra de Kristeller’, entre otras.

‘El Parto es Nuestro – Grupo’

El 7 de junio de 2017, la asociación creó en la sección de ‘Grupos’ de la red social Facebook, el grupo cerrado de *El Parto es Nuestro*. Actualmente cuenta con 9 administradoras/moderadoras voluntarias y socias de la asociación, y otras 4.973¹⁵ miembros en esta reunión virtual que funciona los 7 días de la semana y las 24 horas del día.

“Foro de información para un parto más seguro, sano y respetuoso para las mujeres y los niños. Conoce tus derechos dentro del sistema sanitario público y privado, cuáles son los procedimientos avalados por la evidencia científica y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la atención al parto. El parto puede ser una experiencia maravillosa, tú eres la protagonista, tú decides”¹⁶.

El grupo es de carácter cerrado, es decir, para acceder es necesaria la aprobación de una solicitud por parte de una de las moderadoras tras responder a las 3 preguntas de acceso, incluyendo el compromiso a la lectura y respeto de las normas del mismo. La actividad en el grupo es abundante y constante, la principal utilidad que aporta es la resolución de dudas por parte de los distintos miembros. Cada día, diversas mujeres realizan consultas públicas relacionadas con todo tipo de aspectos incluidos en el embarazo, parto y puerperio, a las que aquellos miembros, sean o no profesionales sanitarias, responden en base a sus conocimientos, experiencias personales e

¹⁴ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/relatos>

¹⁵ Cifra a 7 de julio de 2019.

¹⁶ Accesible: <https://www.facebook.com/groups/elpartoesnuestro/about/>

información basada en la última evidencia científica, así como en las recomendaciones de la OMS o la EAPN.

Campañas

Las campañas informativas de *El Parto es Nuestro* promueven “el cambio mediante la transmisión de información”¹⁷. Cada campaña recoge información actualizada y relevante sobre un tema en concreto con el objetivo de visibilizar una problemática concreta relacionada con la atención al embarazo, parto y puerperio. Algunas de las principales y más relevantes campañas llevadas a cabo por la asociación han sido:

- **‘¡Que no os separen!’**¹⁸. Lanzada en el año 2008, la campaña ‘¡Que no os separen!’ reclama el contacto continuo entre madre y bebé al menos durante las primeras horas de vida para facilitar la transmisión de la sangre placentaria al bebé mediante el pinzamiento tardío¹⁹, el ‘piel con piel’ y la instauración de la lactancia materna.
- **‘Unidos en neonatos’**²⁰. En 2013 se lleva a cabo esta campaña para recabar y publicar información sobre el grado de accesibilidad de que disponen madres y padres a las unidades de neonatos de los distintos hospitales cuando sus hijos han nacido a pretérmino, así como defender el derecho de los recién nacidos y sus madres y padres a permanecer juntos independientemente del estado de salud, pues “si están sanos no hay razón para separarles, si están enfermos necesitan a sus madres más que nunca” (EPEN, 2013:6).
- **‘Stop Kristeller: cuestión de gravedad’**²¹. En 2014 la asociación publica el informe de esta campaña, que tuvo como objetivos visibilizar la excesiva práctica de esta maniobra, exponer las consecuencias físicas y emocionales que puede tener en madres y recién nacidos, sensibilizar a profesionales del sector con el fin de prevenirla y erradicarla, y proporcionar medios de reclamación y denuncia a las mujeres que la sufren.
- **‘La voz es nuestra’**²². Esta campaña lanzada en el año 2016 fue puesta en marcha para proporcionar a las mujeres diferentes herramientas dialécticas y

¹⁷ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas>

¹⁸ Accesible: <https://www.quenoosseparen.info/>

¹⁹El pinzamiento tardío del cordón umbilical es una modalidad que implica una espera a que el cordón deje de latir o de al menos 2-3 minutos tras el nacimiento (Ortega, Ruiz, Garrido y Marchador, 2009).

²⁰ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/unidos-en-neonatos-no-nos-separen-es-una-cuestion-de-salud>

²¹ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/campana-stop-kristeller-cuestion-de-gravedad>

²² Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/la-voz-es-nuestra>

comunicativas y textos legales para transmitir con asertividad a los profesionales sanitarios aquellos deseos y derechos que esperan ser cumplidos por parte de ellos. No solamente en el sentido de la demanda de asistencia, queja o reclamación, sino también a la hora de mostrar agradecimiento por la asistencia recibida.

Asimismo, me he apoyado en documentación publicada por distintas instituciones oficiales tanto internacionales como nacionales, representando las últimas novedades en materia de recomendaciones y estándares relativos a la asistencia al parto, como la *Estrategia de Atención al Parto Normal* del Ministerio de Sanidad y Consumo o las *Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para una Experiencia de Parto positiva*, entre otras. Del mismo modo, algunos textos legislativos de países como Argentina, Venezuela o México han servido de apoyo a la hora de mostrar el marco jurídico de algunos términos o unidades de análisis como la violencia obstétrica, aquellos específicos referidos al trato del personal de salud hacia las mujeres durante el parto o a algunas prácticas de intervención médica durante el parto que han sido reguladas por estos países. Otra de las fuentes documentales consultadas han sido algunos artículos periodísticos que han venido poniendo de relieve algunas de las problemáticas aquí tratadas desde los últimos años, lo que nos ha permitido realizar un pequeño análisis del tratamiento que algunos medios de comunicación han venido efectuando sobre cuestiones relativas a la actualidad en la atención al parto hospitalario. Para dar soporte a las cifras utilizadas en cuanto a tasas de intervenciones médicas en la atención al embarazo y el parto (por ejemplo, tasas de cesáreas), se ha recurrido a la información publicada por agencias oficiales de estadística, tales como el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud. Por último, se ha recurrido a la visualización de producciones audiovisuales en materia de atención al parto. Los filmes más destacados para la recogida y análisis de datos han sido los siguientes:

Tabla 11. Fuentes documentales audiovisuales

Categoría	Título	Dirección	Año
Documental	Con Dolor Darás a Luz	Ovidie	2019
Documental	Parto Respetado	Laura Mascaró	2018
Documental	El Renacimiento del Parto III	Eduardo Chauvet	2018
Documental	El Renacimiento del Parto II	Eduardo Chauvet	2018
Documental	El Renacimiento del Parto I	Eduardo Chauvet	2013
Campaña	Voces contra la violencia obstétrica	Asociación Las Casildas	2012
Corto	Por tu bien	Icár Bollaín	2004
Corto	El milagro del nacimiento	Monty Phyton	1983

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Finalmente, considero apropiado destacar que, al igual que he señalado con las dos entrevistas realizadas en inglés, todas las traducciones de fuentes bibliográficas o documentales que se han citado en el presente texto han sido realizadas por la investigadora.

2.3 Limitaciones

Todo el proceso de la tesis doctoral, desde el diseño hasta la redacción del texto final, ha encontrado ciertas limitaciones derivadas de impedimentos que han podido dificultar o bloquear algunas cuestiones de gran importancia metodológica y epistemológica.

- Limitaciones de tiempo: la investigación que me encontraba previamente realizando consumió tres de los cinco años con los que contaba en el programa de doctorado. A pesar de que esos años no fueron en vano gracias a los cursos teórico-metodológicos y a los seminarios impartidos durante el programa, y aunque todavía disponía de la opción de solicitar una prórroga, me propuse no dilatar demasiado en el tiempo el inicio de los trámites de depósito. Además, la compaginación de la investigación con un empleo a jornada completa reducía considerablemente las horas disponibles para dedicar al proyecto. Esto ha podido provocar cierta precipitación en la entrega, comprometiendo en cierta medida la maduración y reflexividad que toda producción teórica debiera incorporar (aunque he tratado de cuidar al máximo la coherencia y consistencia de los resultados y conclusiones obtenidos).
- Limitaciones metodológicas: aunque el cuaderno de campo resultó ser extenso, sí es cierto que existe un desequilibrio cuantitativo entre los datos verbales y los no verbales. Las sesiones de observación participante fueron tan ricas en contenido discursivo que quizás se mermó un poco la atención sobre las reacciones e interacciones no verbales, importantes también en todo análisis etnográfico.
- Limitaciones en la selección del campo: a pesar de que, como ya he mencionado, consideré más pertinente centrar la mirada hacia un contexto no relacionado directamente con el ámbito sanitario, sí podría haber complementado notablemente la investigación el hecho de tener en cuenta las interpretaciones y

perspectivas de los profesionales sanitarios ante la emergencia de las demandas sociales de parto respetado. ¿Cómo recibe el personal de salud la reflexión en torno al sobreintervencionismo en la atención obstétrica? ¿Cuál es su postura ante las demandas de respeto en los partos hospitalarios? ¿Qué interpretaciones, reacciones o resistencias se presentan ante la violencia obstétrica? Me resultan interrogantes muy interesantes de responder, y aunque no se haya tenido en cuenta este punto de vista en esta investigación, la publicación de esta tesis doctoral podría aportar una mayor pertinencia a una futura investigación que analice todas estas cuestiones dentro del contexto de la biomedicina.

3 PARIR EN MADRID

Me embarco en esta tesis partiendo de la reflexión de que cuando hablamos del parto, en nuestra cultura, quizás no le demos mayor sentido que el de un proceso transitorio necesario para reproducirnos. Una de las motivaciones, podría incluso decirse la principal, para cambiar el objeto de estudio del proceso doctoral desde el ámbito de la educación al de los procesos reproductivos femeninos fue adquirir conciencia de la amplia diferencia de significados que otorgaba al proceso del parto antes y después de tomar contacto con el movimiento en defensa del parto respetado. Previamente a la transformación de mis interpretaciones respecto al parto, éste no implicaba para mí otra cosa que un mero trámite a despachar en el hospital de referencia, el cual debía ser conducido y llevado a término por el personal de salud y en el que la única responsabilidad de las mujeres era saber entender y acatar las indicaciones de los profesionales médicos. *Empuja. Empuja ahora. Empuja más. Deja de empujar.* Y esa obediencia tendría como resultado el nacimiento de un bebé en perfectas condiciones, una especie de *exitus acta probat*. Esta última aseveración tiene que ver con un vacío de información cuando intento evocar hasta qué punto me preocupaba por cómo habían transcurrido los partos de las mujeres de mi entorno, cómo lo habían vivido y qué interpretaciones habían efectuado en torno a sus propias experiencias. Las narrativas de las mujeres, en tanto que sujetos pasivos portadoras y traedoras al mundo de un nuevo ser humano, poco tenían de importancia, lo importante era “que el bebé esté bien”. Lo interesante de esta reflexión es que al evocar mis actitudes y perspectivas sobre los partos de otras mujeres a partir de cinco años en retrospectiva, no consigo ubicar a nadie que reprodujera una postura muy diferente a la mía. En términos generales, al hablar de los partos se pasaba de forma notoriamente superficial, obviando detalles que quizás se consideraban irrelevantes, o simplemente tenían menos peso que el hecho de conocer el resultado final de esos procesos. Más aún, parecía más pertinente interesarse por el nacimiento del bebé que por el parto de la madre. El imaginario del parto no trascendía las fronteras de la institución, quedaba reservado

como un acontecimiento impenetrable e inescrutable del que lo único que parecía poder decirse más allá de los límites hospitalarios era que todo había ido bien.

El impacto de mi acercamiento a una realidad muy distinta a la vivida los primeros treinta años de mi vida fue sustancial. Aunque fue producto de un proceso que arrancó tímida y pausadamente, el resultado final derivó en una transformación considerable respecto a las interpretaciones en torno al proceso de parto. La inflexión consistió en descubrir que existían culturas del parto y el nacimiento ampliamente diferenciadas (Montes, 2007) en el seno de la sociedad española, una de las cuales resultó ser la del parto respetado. Como he mencionado en el capítulo anterior, el objeto de estudio de esta investigación es analizar cómo se construye esa cultura. Para ello partiré de una revisión de los últimos estudios etnográficos realizados en torno a la reproducción humana para enmarcar el objeto de estudio. Aunque en el epígrafe siguiente me centraré en analizar el marco de referencia en el que me he apoyado para contextualizar los datos recogidos y los resultados obtenidos, quisiera detenerme brevemente en adelantar la cuestión de la biomedicina. Aparte de comprender y describir los fenómenos socioculturales relacionados con la salud, la enfermedad, la vida o la muerte (Kenny y de Miguel, 1980), la Antropología Médica se encargó de identificar y poner de relieve las características de los sistemas sanitarios que se habían enraizado en las sociedades industrializadas. En este sentido, Atwood D. Gaines y Robbie Davis-Floyd (2004) registraron muy bien las obras relacionadas con los estudios en torno a los modelos biomédicos, tanto desde sus orígenes hasta los usos que la Antropología Médica le ha dado. Recomiendo sin lugar a dudas su texto *Biomedicine*, en el que los autores recogieron las claves del estudio antropológico de la biomedicina para explicar el estado de la cuestión del modelo biomédico como una construcción cultural que explica las dinámicas, estructuras, agentes y elementos presentes en los procesos de institucionalización de la atención en materia de salud pública. La Antropología Médica ha tenido a bien denominar como ‘biomédicos’ a los sistemas de salud occidentales desde los cuales la profesionalización de la medicina ha concedido a esta disciplina un carácter “preminentemente biológico” (Gaines y Davis-Floyd, 2004:95). La biomedicina es un “sistema sociocultural” en sí (Gaines y Hahn, 1982, 1985; citados en Gaines y Davis-Floyd, 2004:96), y como tal está formado por un entramado de “creencias, reglas y prácticas internas” (2004:96). Así, estos autores señalan una serie de características que definen este modelo y que me servirán para justificar por qué introduzco esta cuestión para iniciar el ascenso al marco de la

Antropología del Parto. La biomedicina – señalada como una cultura por Arthur Kleinman (1980) –, también denominada por la Antropología Médica como ‘medicina alopática’, ‘medicina cosmopolita’, ‘medicina científica’ o ‘medicina occidental’ (Ember, 2004), ha sido descrita por la Antropología Médica en el marco de lo que Menéndez entendía como el modelo médico hegemónico, es decir:

“El conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado” (Menéndez, 1988:1).

Nos encontramos ante un sistema de creencias basado en el control de la salud y la enfermedad. Estas dos categorías son domables desde una perspectiva biomédica, y la rienda utilizada para ello es la cientificidad como método cuasi infalible para discernir y resolver las propias dificultades de la biología humana. El cuerpo humano se presenta como un cuerpo observable, deficiente, manipulable y reparable. Para ello se pone de relieve la idea de separación, que implica una división de la dimensión personal y corporal de los individuos. La biomedicina se sirve de grandes espacios gestionados por profesionales médicos que disponen de un corpus de conocimientos que los facultan para el ejercicio de la ciencia médica. En la práctica, las herramientas, los utensilios, la maquinaria, la tecnología y la química, permiten a los especialistas biomédicos realizar su trabajo ‘de la forma más eficiente’. Asimismo, los modelos biomédicos suelen estar afianzados y regidos por sistemas sanitarios burocráticamente estructurados, y por ende, jerarquizados. La jerarquía biomédica está nítidamente definida, la índole de los saberes expertos confiere a los profesionales determinado rango en una escala de poder, cuyo último peldaño está ostentado por la figura del paciente-enfermo. Una de las dinámicas que quiero resaltar dentro de la biomedicina es la dinámica de entrada y salida. Entramos al sistema sanitario como cuerpos defectuosos, contagiados, enfermos; y salimos de ellos reparados, limpios y curados. Y la atención al parto en sociedades como la española, es prioritariamente biomédica. Introduzco así la cuestión de la biomedicina porque a día de hoy el sistema sanitario español, responsable de la asistencia de casi la totalidad de los partos que tienen lugar en nuestro país, sigue encontrándose inherentemente caracterizado por un modelo biomédico que somete a los individuos a los procedimientos de medicalización y tecnificación de los procesos

vitales relacionados con sus cuerpos. Blázquez define muy en sintonía con mi punto de vista de la biomedicina del parto, cómo opera este tipo de modelos en los procesos reproductivos de las mujeres a través del control y medicalización de sus cuerpos:

“Dicho modelo biomédico dota a los sujetos, al cuerpo humano y a los procesos de salud/enfermedad y atención, de unas determinadas características que han sido recogidas por Martínez (1996) y llamadas presunciones de científicidad. Todas ellas van a estar presentes en el proceso reproductivo, y potencian el modelo de control mediante la medicalización de este proceso. Sin embargo este proceso biomédico y la medicalización de la salud se da de una forma particular con las mujeres, que refuerza su situación de dependencia y por tanto, su posición subordinada. Lo que nos induce a relacionar la institución médica y su praxis con la reproducción y mantenimiento de un sistema social de control y regulación de las mujeres” (Blázquez, 2005:7).

Desde las investigaciones de Malinowski y Montagu en 1932 y 1949 respectivamente (citados en Blázquez, 2005:2), la antropología fue interesándose paulatinamente por los procesos culturales relacionados con la reproducción humana, incluyendo aquellos de carácter biomédico, aunque desde una perspectiva más generalista dentro de la disciplina antropológica. Siguiendo a Blázquez, podría decirse que la subdisciplina de la Antropología del Parto comienza a culminar a lo largo de los años 70 en etnografías de corte comparativo e intercultural, arrancando en el trabajo de Margaret Mead y Niles Newton (1967). Los procesos reproductivos se comienzan a estudiar así como acontecimientos cargados de sentido y significado cultural, moldeados de formas variadas entre las distintas sociedades, y alejándose de una visión reduccionista y biologicista (Blázquez, 2005) que entiende procesos como el embarazo y el parto como meros fenómenos con una única dimensión corporal.

3.1 Antropología del parto

Tal y como señala Maribel Blázquez, las contribuciones a la Antropología del Parto arrancaron en los años 70 con etnografías de comparación intercultural como las de:

“Nancy Stoller Shaw (1974), Carol McClain (1975), Sheila Cosminsky (1977), Brigitte Jordan (1977), Shelia Kitzinger (1978) y Linda Annis (1978). Y posteriormente Ann Oakley (1980), Soheir Morsy (1981), Carol MacCormack (1982), Carolyn Sargent (1982 y 1996), Margarita Kay (1982), Carol Laderman (1983), Lucille Newman (1985), Dana

Raphael (1985), Pamela Eakins (1986), Robert Hahn (1996), Patricia Jeffery, Roger Jeffery y Andrew Lyon (1989), Faye Ginsburg y Rayna Rapp (1991 y 1995), Robbie Davis Floyd (1992, 1994, 2000 y 2001), Shirley Lindendaum y Margaret Lock (1993), Sara Franklin y Helena Ragone (1997) y Iris López (1998)” (Blázquez, 2005:2).

Como he mencionado anteriormente, estos trabajos comenzaron realizando comparaciones interculturales etnográficas respecto a las formas en las que las distintas culturas entendían el parto y reproducían diversas prácticas de acompañamiento y asistencia al mismo, así como a cuestiones relativas como la fertilidad, la sexualidad, el embarazo o la salud. Del mismo modo, Blázquez apunta a una serie de contribuciones publicadas a partir de los años 80 y relacionadas específicamente con la atención obstétrica y los modos en los que los distintos sistemas sanitarios, incluidos los caracterizados por modelos biomédicos, se reproducen de una cultura a otra:

“Shelly Romalis (1981), William Arney (1982), Audrey Eccles (1982), Rita Arditti, Renate Klein y Shelley Minden (1984), Rosalind Pollack Petchesky (1984 y 1987), Paola Tabet (1985), Ann Oackley (1986 y 1987), Barbara Rothman (1982 y 1986), Judith Leavitt (1986 y 1987), Emily Martin (1987), Susan Irwin y Brigitte Jordan (1987), Ellen Lazarus (1988 y 1994), Karen Michaelson (1988), Carolyn Sargent y Nancy Stark (1989), Brigitte Jordan (1993), Hency Goer (1995), Carole Browner y Nancy Press (1995), y Rayna Rapp (2000)” (Blázquez, 2005:2-3).

Partiendo de las similitudes señaladas por Jones y Dougherty (1982) entre los sistemas sanitarios de sociedades industriales como las de Europa Occidental y Norteamérica, considero pertinente comenzar enmarcando mi objeto de estudio apoyándome en publicaciones procedentes de la Antropología estadounidense. En este sentido, uno de los principales legados que la disciplina antropológica ha dejado sobre los procesos de parto ha sido el estudio transcultural que realizó Brigitte Jordan en *Birth in Four Cultures: a Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States* (1993[1978]), en el que recoge de forma comparativa la reproducción de los procesos de parto en cuatro culturas diferentes de América y Europa. Este texto, en palabras de Cecilia Van Hollen, supuso el ‘florecimiento’ de la ya conocida como Antropología del Nacimiento, o *Anthropology of Birth*, y fue una de las primeras etnografías en dar cuenta de los patrones culturales representados durante los partos en forma de prácticas y creencias relacionadas con el nacimiento (1994:501). Jordan recoge en esta obra el hallazgo de un patrón de diferenciación social que contribuye a

jerarquizar las relaciones sociales entre los actores que se interrelacionan en las escenas de atención al parto. El término ‘conocimiento autorizado’ alude a ese patrón y se define por la disposición de los saberes y prácticas expertos que confieren a la figura del médico una autoridad mayor situada por encima del de las parteras o comadronas, así como del de las mujeres embarazadas y de parto. Este conocimiento autorizado deposita por tanto, en la figura del médico experto, el poder suficiente para situarse en un estrato superior dentro de la jerarquía de roles durante los partos. Una de las estrategias de poder más representativas del conocimiento autorizado es la capacidad del médico de confirmar que las sensaciones físicas que dicen estar sintiendo las mujeres de parto son reales (Jordan, 1997). En este sentido, la autora apunta a una presencia universal de esta jerarquización basada en los saberes expertos de los sistemas sanitarios propios de sociedades industriales y basados en el modelo biomédico. Esta lectura de los roles representados en la atención biomédica al parto continúa todavía vigente en nuestra actualidad, siendo posible observar este tipo de jerarquías en modelos de atención al parto como el español, razón por la cual quisiera realizar una especial mención a la contribución de Jordan.

Por su parte, Carol McCormack recogió en 1982 un conjunto de contribuciones etnográficas relacionadas con el estudio de la fertilidad y el parto en distintas sociedades del mundo. En esta recopilación de estudios la autora comienza con una síntesis sobre la adaptación biológica, cultural y social en la fertilidad y los partos humanos. En ella hace un repaso de las distintas interpretaciones culturales del cuerpo femenino y de elementos concretos como los órganos del aparato reproductor, la menstruación y el feto que lo habita o el cordón umbilical, así como aspectos clave en la atención al parto como la figura de la matrona o las posturas o libertad de movimiento que las mujeres pueden adoptar. Así, aparte de aportar un análisis de cuestiones propias del trabajo de parto como la asistencia a los partos de nalgas, las posturas, o el movimiento, McCormack nos ilustra con una serie de ejemplos sobre cómo culturalmente las sociedades interpretan los procesos de parto de formas variadas y distintas dependiendo por ejemplo de variables como el tipo de descendencia o la residencia después del matrimonio. Es de especial interés para mí resaltar la aportación de Sheila Kitzinger en esta misma obra. La autora destaca cómo en los marcos de referencia occidental disponemos de una visión del parto influida por una determinada orientación tecnológica, así como de una preocupación por ganar control sobre los procesos naturales. Kitzinger alude aquí a la asistencia al parto dentro de los sistemas

hospitalarios y trae consigo la interesante idea de cómo estos sistemas reproducen una serie de ritos para otorgar estatus de enfermedad a las mujeres embarazadas, convirtiéndolas en pacientes, despojándolas de sus actividades y responsabilidades cotidianas, y conduciéndolas a través de procesos de curación hacia un estado de salud (1982:182-183). No duda la autora en mostrar una preocupación por el excesivo uso de la técnica hospitalaria sobre el cuerpo de las mujeres durante la asistencia a sus partos, y habla de cómo desde el ingreso la mujer es sometida a determinadas prácticas invasivas, tales como la inserción de un catéter intravenoso, la administración de una hormona sintética o la monitorización continua a través de electrodos o de una pinza sujeta al cuero cabelludo del feto (1982:183). Respecto a las características de organización hospitalaria en la asistencia al parto, Kitzinger propone algunas reflexiones de las que destaco dos, que a mi juicio pueden ser valiosas para enmarcar mi objeto de estudio. En primer lugar la autora plantea la necesidad de un enfoque multidimensional que sea capaz de explicar cómo el parto ópera en un contexto social específico y en un sistema de valores particular (1982:181). En segundo lugar también se plantea una cuestión: ¿hasta qué punto la profesionalización de los ritos hospitalarios han podido someter a las mujeres a un determinado estrés que devenga en una innecesariamente difícil re-entrada en la sociedad tras la adquisición del estatus de madre? El interrogante planteado por Kitzinger no es una cuestión baladí, pues el impacto que pueda tener 'lo ocurrido' durante el parto en la experiencia de la maternidad una vez abandonadas las dependencias sanitarias puede conllevar cierta carga de trascendencia. Las dinámicas sobreintervencionistas de la atención hospitalaria al parto pueden haber inoculado en el personal sanitario el convencimiento de que lo que ocurre en el paritorio se queda en el paritorio, y que una vez traspasados los límites de la institución sanitaria, las mujeres desvincularán por completo la experiencia de la maternidad con la experiencia vivida durante sus partos. El hecho de hacer lo necesario para preservar las vidas del bebé que nace y de la mujer que pare independientemente del nivel de medicalización que ello requiera, parece que deba ir acompañado por un sentimiento de gratitud por salir con vida del parto, evento entendido como potencialmente peligroso, en el cual el personal de salud actúa en base a unos principios biomédicos que, como expondré más adelante, reparan un cuerpo previsiblemente defectuoso y cargado de riesgos. Pero nada más lejos de la realidad, tal y como sugiere Kitzinger y como veremos en capítulos posteriores, aquello que tiene lugar durante el parto en el cuerpo de las mujeres y en su entorno, no sólo impacta

directamente en la experiencia de la maternidad una vez se retorna a la sociedad²³, sino que además el recuerdo del parto vivido acompañará a cada mujer a lo largo de toda su vida. Estos planteamientos se me antojan cuando menos pertinentes debido a que están directamente relacionados con cómo opera la cultura de atención al parto que expondré unos epígrafes más adelante, por lo que trataré de retomar estas cuestiones en los momentos oportunos.

Entramos así de lleno en la cuestión de cómo se articulan los sistemas médicos para generar paralelismos entre la atención a los procesos reproductivos femeninos y la lógica productivista señalada por Blázquez (2005:11-12). En este sentido Emily Martin (1987) estudia los discursos y prácticas metafóricas sobre la mujer como un espacio de producción cuyo producto final es el nacimiento de un bebé. Este tipo de cuestiones serían propias de la atención al parto en los hospitales, vistos como fábricas, y muestran una cosificación del cuerpo de las mujeres a modo de máquinas, reduciendo sus identidades a meros objetos de producción. Y en este sentido se reproduce la tiranía de una visión que entiende que un cuerpo que no reproduce no es un cuerpo útil para la sociedad, estigmatizando así a las mujeres que por determinadas cuestiones, ya sea personales o biológicas, no ‘aportan’ descendencia biológica a la comunidad. Esta aportación de Martin me parece muy apropiada porque puede ofrecer una explicación a por qué hoy en día la atención obstétrica dentro de los hospitales sigue funcionando desde una lógica productivista (Tabet, 1985; Martin, 1987; Narotzky, 1995; citadas en Blázquez, 2005:11). Esta lógica define la atención al parto en un hospital como una cadena de producción en la que mediante paso a paso se va configurando el producto final. Como veremos más adelante, las tendencias del modelo biomédico de atención al parto suelen perseguir una aceleración de los partos para acortar los tiempos, y esta explicación podría contextualizar una de las razones por las que existen esas tendencias.

Volviendo al tipo de atención descrito por Kitzinger encontramos una aportación interesante de Irwin y Jordan (1987) en forma de una investigación sobre mujeres que desarrollaron estrategias para negarse a recibir una cesárea en Estados Unidos. Las autoras recogieron 9 casos de mujeres en los que tras negarse a realizar un parto por cesárea en base a lo que ellas consideraban un discernimiento legítimo respecto a la

²³ Es interesante también esta idea de cómo los límites hospitalarios se conciben como extra-sociales, como espacios en los que el tiempo se detiene y la vida cotidiana se pausa, como si lo ocurrido dentro no estuviera culturalmente estructurado y por el contrario estuviera desligado de la sociedad y las relaciones interpersonales.

opinión médica, recibieron notificaciones judiciales que las obligaban a someterse a la cirugía si no deseaban percibir sanciones jurídicas. Las autoras catalogaron estas acciones como violencia simbólica en los términos de Bourdieu y Passeron (1977, citados en Irwin y Jordan, 1987). Vemos en este sentido que se da una tensión entre resistencias reproducidas desde dos posiciones contrapuestas. Por un lado podría destacarse la resistencia de las mujeres a someterse a determinadas prácticas quirúrgicas e instrumentales para llevar a término sus partos. Y por otro lado es posible observar la resistencia biomédica de los profesionales de salud al no ser obedecidos por estas mujeres. Estos profesionales no admitirían la desobediencia a su conocimiento autorizado (Jordan, 1993[1978] y 1997) y por tanto a su decisión, y actúan y proceden a través de los mecanismos judiciales para someter a esas mujeres por la fuerza. Estas prácticas, lejos de parecer representaciones de poder ejercidas hace años, todavía hoy se siguen viendo en la atención biomédica al parto de sociedades como la española. Pero no sólo a través de los saberes expertos y el conocimiento autorizado se ejerce el poder y control desde las posiciones más elevadas en la jerarquía biomédica. En la atención hospitalaria el parto suele ser un proceso comúnmente instrumental. Con el objetivo de acelerar los tiempos del mismo, los equipos médicos disponen de una serie de artilugios para maniobrar sobre el cuerpo de las mujeres. Narotzky (1995), interesada por el estudio de la reproducción como un proceso de intersección con el parentesco y el género, puso de manifiesto cómo la introducción de este tipo de instrumental como los fórceps, las espátulas o las tijeras se realizó de acuerdo a una justificación basada en los riesgos existentes durante el parto y procedente de pruebas diagnósticas realizadas a lo largo de la gestación. Esta exposición del parto instrumental se puede enmarcar en el modelo descrito por la antropóloga estadounidense Robbie Davis-Floyd (1992). Esta autora describió un modelo de asistencia sanitaria al parto enmarcado en los sistemas biomédicos contemporáneos, basándose en sus estudios sobre el parto como rito de paso en Estados Unidos, conocido como ‘modelo tecnocrático del parto’. En palabras de la autora,

“nuestro sistema médico refleja ese sistema de valores fundamentales: sus éxitos se basan en la ciencia, se efectúan mediante la tecnología y se llevan a cabo a través de grandes instituciones gobernadas por ideologías patriarcales en un contexto económico basado en los beneficios. Entre estos valores fundamentales, tanto en la medicina como en la sociedad, la tecnología reina con supremacía” (Davis-Floyd, 2001:S5-S6).

Según Davis-Floyd, el modelo tecnocrático de la asistencia al parto está basado en doce principios, a saber:

- (1) Separación cuerpo-mente y (2) el cuerpo como máquina.
- (3) El paciente como objeto y (4) la alienación por parte del médico con respecto al paciente.
- (5) El diagnóstico y tratamiento desde fuera hacia adentro.
- (6) Organización jerárquica y (7) estandarización de los cuidados.
- (7) Autoridad y responsabilidad inherentes al médico, no al paciente.
- (8) Sobrevaloración de la ciencia y la tecnología.
- (9) Intervención agresiva con énfasis en resultados a corto plazo y (10) la muerte como derrota.
- Hegemonía tecnomédica: (11) un sistema basado en beneficios y (12) intolerancia a otras modalidades (Davis-Floyd, 2001).

Así, Davis-Floyd alude a un modelo de asistencia al parto que no sólo elude las implicaciones socioculturales del mismo, sino que además vanagloria las capacidades de la tecnología en virtud de la patologización biomédica y patriarcal de los procesos reproductivos de las mujeres, lo que contribuiría a blindar la idea del parto como un evento médico, patológico y curable mediante los fármacos artificiales y los distintos instrumentos y máquinas a disposición del personal médico. La autora, no obstante, destaca la existencia de otros dos modelos de atención al parto. En segundo lugar describe el modelo humanístico como respuesta a “los excesos de la tecnomedicina” (2001:S10) por parte de profesionales como enfermeros y especialistas médicos con el objetivo de transformar el sistema médico desde dentro. Según la autora, los 12 principios del modelo humanístico serían:

- (1) Conexión mente-cuerpo.
- (2) El cuerpo como organismo.
- (3) El/la paciente como sujeto relacional.
- (4) Conexión y cuidado entre profesional y paciente.
- (5) Diagnóstico y tratamiento desde fuera hacia adentro y desde dentro hacia afuera.
- (6) Equilibrio entre las necesidades de la institución y las del individuo.
- (7) Información, toma de decisiones y responsabilidad compartidas entre paciente y profesional.

- (8) Ciencia y tecnología compensadas con humanismo.
- (9) Foco en la prevención de la enfermedad.
- (10) La muerte como un resultado aceptable.
- (11) El cuidado basado en la compasión.
- (12) Mente abierta hacia otras modalidades (ibídem).

El tercer modelo de atención al parto que describe Davis-Floyd es el holístico, que implicaría el modelo más amplio en cuanto a enfoques y perspectivas. Según la autora, “el término holismo fue adoptado por algunos de los pioneros de este movimiento para expresar su inclusión de la mente, el cuerpo, las emociones, el espíritu y el entorno del paciente en el proceso de curación” (2001:S16). Y del mismo modo que con los modelos anteriores, describe los 12 principios característicos de éste (2001:S16-S20):

- (1) Unidad cuerpo-mente-espíritu.
- (2) El cuerpo como sistema energético enlazado con otros sistemas energéticos.
- (3) Tratar a la persona en su totalidad en el contexto total de la vida.
- (4) Unidad esencial entre profesional y cliente.
- (5) Diagnóstico y tratamiento desde dentro hacia afuera.
- (6) Individualización del cuidado.
- (7) Autoridad y responsabilidad inherentes al individuo.
- (8) Ciencia y tecnología situadas al servicio del individuo.
- (9) Foco a largo plazo en la creación y mantenimiento de la salud y el bienestar.
- (10) La muerte como escalón en un proceso.
- (11) El cuidado en el centro.
- (12) Aceptación de las múltiples modalidades de curación (ibídem).

Este repaso de la antropología estadounidense al estudio del parto y de la atención hospitalaria al parto nos hace diferenciar un modelo altamente medicalizado, patologizado e intervencionista de los procesos reproductivos femeninos. Ante esta tesitura, desde las últimas décadas del siglo XX, concretamente desde los años 70 y 80, emergen en diferentes países de Norteamérica, Europa (incluyendo España) y Oceanía una serie de movimientos de mujeres feministas reclamando mejoras en la calidad de la atención sanitaria y denunciando los modelos patriarcales biomédicos que las alejan del conocimiento con respecto a sus propios cuerpos y sexualidad (Bellón, 2014:68; Nogueiras, 2018). Se trata de movimientos en defensa de la igualdad y de una

“recuperación de los procesos de salud y reproductivos, tanto a nivel nacional como internacional” (Montes, 2007:17). Estos movimientos, entre otros aspectos, reivindicaron:

“una asistencia al parto menos intervencionista, asumiendo que el uso de las técnicas modernas obstétricas supone de forma inseparable, un proceso de alienación impuesto a las mujeres, en el que han perdido el control de sus propios cuerpos, convirtiéndose en objetos de la práctica médica” (Marín, 2015:60-61).

Conocidos como los *Women’s Health Movements* (Boston Women’s Health Collective, 1971), elevaron voces críticas sobre la forma biomédica en que las mujeres eran tratadas en los contextos relacionados con sus procesos reproductivos, y promovieron cambios en la mentalidad colectiva que lograron importantes reacciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS):

“En 1985, en Fortaleza (Brasil), la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina Regional para las Américas de la OMS celebraron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto, a la que asistieron matronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. Esta conferencia hizo que la OMS revisara el modelo biomédico de atención a la gestación, por considerar que la medicalización que se estaba realizando no respetaba el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, al no tener en cuenta sus necesidades y expectativas, limitando con ello su autonomía” (Biurrun-Garrido y Gobern-Tricas, 2013:63).

Así, los sistemas médicos occidentales encuentran a finales del siglo XX resistencias antipatriarcales en defensa de una atención centrada en las mujeres como propietarias de sus cuerpos y sus decisiones sobre sus procesos reproductivos, tal y como expresa Belén Nogueiras:

“Las prácticas feministas en esta etapa se dirigieron hacia el autoconocimiento a través del trabajo grupal y a la creación y autogestión de centros de atención alternativos como forma de soslayar la medicalización y el control de las mujeres por parte del sistema médico y sanitario” (2018:154).

En concreto, se visibiliza la alta medicalización e intervencionismo de los partos como consecuencia de la patologización que de estos procesos conllevó el traslado de la atención al parto a las instituciones de salud, como veremos más adelante. En España, estos movimientos hicieron hincapié en los derechos de las mujeres al aborto, a las técnicas anticonceptivas, a la defensa del parto natural o a los derechos del nacimiento en casa (Taboada, 1978), no sólo desde la voz de las mujeres, también desde la de algunas profesionales de la salud. Un ejemplo de ello es la Clínica Acuario²⁴, que desde 1976 se define como “una concepción humanista e integral de la medicina en torno a la salud de las mujeres” (Clínica Acuario, página web). Ofrecían asistencia médica especializada en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como consulta de ginecología y obstetricia, práctica de abortos, planificación familiar y atención respetuosa al parto, entre otros. A pesar de que su práctica se basa en conocimientos propios de la medicina científica, entre sus principios e ideario se puede leer una cierta crítica al modelo biomédico (Blázquez, 2009:104). En la siguiente tabla se puede comparar cómo su ‘concepción de la salud’ procura alejarse con la comprensión biomédica de la misma:

Tabla 12. Principios de atención en salud biomedicina-Acuario

Modelo biomédico	Modelo Acuario
Figura del médico en el centro	La mujer en el centro
Autoridad médica	Conciliación profesionalidad-decisiones de las usuarias
Estructura jerárquica	Igualdad sanitarios-usuarias
Poder médico	Autonomía usuarias
Tecnocrático	Holístico

Fuente: elaboración propia a partir de análisis documental.

En consonancia con el ideario de los *Women’s Health Movements*, puede identificarse una clara resistencia al modelo biomédico de atención sanitaria. Y es posible reconocer una serie de contribuciones de la antropología española al análisis y la descripción de los procesos relacionados tanto con el tipo de atención biomédica al parto como con las interpretaciones y perspectivas construidas en torno a las culturas españolas del parto. Estas obras mostraron y siguen mostrando a día de hoy un sistema sanitario español definido por un modelo biomédico muy parecido al expuesto por las contribuciones norteamericanas. Me atrevería a afirmar que la biomedicina es un modelo exportado desde una lógica capitalista y globalizadora, con lo cual no sorprenderían estas similitudes de la atención al parto en las distintas sociedades industriales, pues una de las señas de identidad de la globalización es la expansión de modelos comerciales muy

²⁴ Accesible: <https://clinicacuariovalencia.com/>

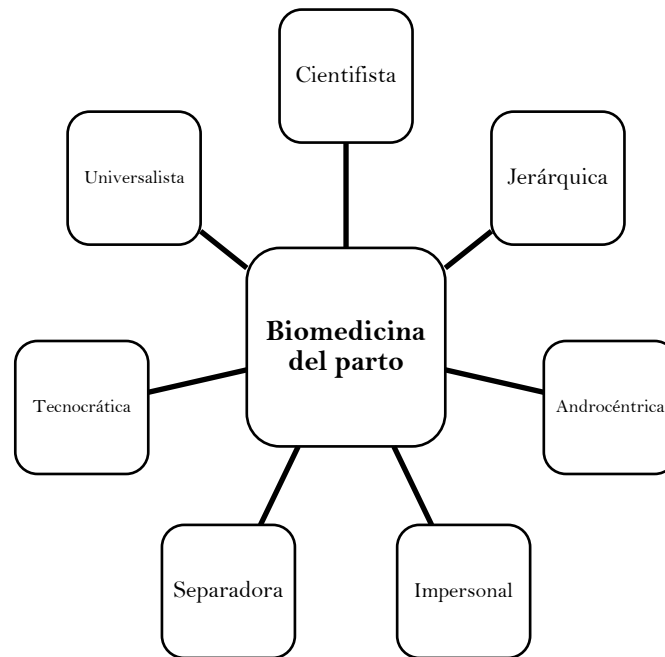
parecidos en imagen y operatividad a lo largo del planeta, aunque con matices de interpretación local (Inhorn, 2005).

Mari Luz Esteban publicó su tesis doctoral (1992) sobre las actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual (Blázquez, 2009:76). Esteban señaló cómo desde los centros de planificación familiar se promovió una determinada soberanía de las mujeres en el control de sus cuerpos dentro del contexto de los procesos reproductivos, a modo de estrategias contra la opresión de la biomedicina. Pues según la autora una de las formas de control social sobre las mujeres tiene que ver con el control de sus procesos reproductivos (1994). Retomando la lógica globalizadora de la biomedicina, Esteban puso de manifiesto cómo desde estos modelos se reproducen tendencias de universalización con respecto a los cuerpos de las mujeres, y en aras de esa universalización se promovió también una expropiación de sus capacidades de decisión y de autonomía (1996). Asimismo, este carácter universalizador respondería a una tendencia biomédica a exportar y difundir tanto las formas de operar como los conocimientos producidos por la medicina científica (2007). Esteban también señaló el androcentrismo como una cualidad inherente a los saberes expertos de los profesionales de la medicina. En este sentido, como veremos más adelante, a pesar de una presencia cada vez más alta de mujeres en la profesión médica, la práctica y la investigación médicas se han caracterizado desde sus inicios de un fuerte androcentrismo, no sólo en el ejercicio de la profesión, sino también en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, tal y como ha puesto de manifiesto la catedrática de historia de la ciencia Teresa Ortiz (2002). El androcentrismo en medicina no solamente despersonaliza a las mujeres y las despoja de toda la responsabilidad de autonomía sobre sus propios procesos reproductivos, sino que además el control sobre lo que se hace en sus cuerpos pasa a estar en manos de figuras mayoritariamente masculinas (Esteban, 2001).

Quisiera detenerme en este punto a recapitular brevemente algunas cuestiones que he señalado y que son de suma importancia para continuar comprendiendo cómo la antropología del parto ha hecho importantes contribuciones en la segunda mitad del siglo XX. Hago este pequeño inciso porque me gustaría destacar cómo la antropología del siglo XXI viene pisando fuerte en la producción de saberes dentro de este campo de conocimiento. Sin ánimo de repetirme, presento a continuación una figura en la que trato de representar los puntos en común que las variadas autorías han identificado como propias de la biomedicina del parto. Podría argumentarse que la figura 3 define

las características biomédicas de atención a cualquier proceso relacionado con la salud. Y en efecto, la práctica biomédica se define en general por estas cualidades, independientemente de cuál sea la enfermedad, afección o dolencia a tratar. Pero cuando sitúo la 'biomedicina del parto' en el centro de estas características, quiero resaltar cómo este proceso es el único que, sin ser una enfermedad, es tratado como tal desde los sistemas sanitarios de índole biomédica:

Figura 3. Principales características biomédicas de atención al parto



Fuente: elaboración propia

Desde principios del siglo XXI estas características siguen vigentes en la definición de los modelos biomédicos. Así lo puso de manifiesto la antropóloga chilena Michele Sadler en su tesis de máster sobre la estructura biomédica del sistema institucional chileno de atención al parto (2004). La autora rescata en este texto las nociones centrales que la antropología había definido en torno a la biomedicina, detectando las actitudes y las prácticas que ejemplifican dichas nociones y reafirmando la crítica a la atención biomédica al parto. En este sentido, pone de relieve cómo el sistema inculca en las mujeres embarazadas nuevas subjetivaciones en tanto que pacientes enfermas que deben ser tratadas y curadas. Esta medicalización trae también como consecuencias la despersonalización y expropiación que el sistema médico ejerce sobre la identidad de las mujeres, así como sobre sus cuerpos. Así mismo, la despersonalización referida tiene lugar a lo largo de un proceso que comienza con el ingreso hospitalario de las mujeres en el que operan una serie de mecanismos de

interferencia sobre su proceso de parto. Sadler también define el modelo biomédico de atención al parto como un modelo androcéntrico y jerárquico en el que las posiciones de poder de los hombres se sitúan siempre por encima de las posiciones de poder de las mujeres, en una estructura en la que éstas quedan relegadas a las posiciones inferiores dentro de estas pujas de poder. Aparte de reafirmar las propiedades de este modelo biomédico, Sadler avanza, en lo que desde mi punto de vista será un hito en la antropología del parto, la cuestión de la violencia simbólica derivada de este tipo de atención institucional al parto. Lo hace casi de forma paralela a que en otros países de América del Sur, tal y como veremos en el próximo capítulo, comience a identificarse, definirse y denunciarse el fenómeno de la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género (García, 2018) e institucional ejercido por parte del personal de salud hacia las mujeres en la atención biomédica de sus procesos reproductivos, especialmente el parto. Lo he considerado un hito por las dos condiciones de notable relevancia que el reconocimiento de este tipo de violencia tiene para los movimientos en defensa de una mejor atención al parto. En primer lugar, porque es de las primeras aportaciones que defienden la existencia de la violencia durante el parto como un hecho inherente al modelo biomédico, con sus propias estructuras, dinámicas, creencias, prácticas y mecanismos. En segundo lugar, es de un gran reconocimiento que Sadler apuntara de forma tan certera la existencia de un tipo de violencia sanitaria con un corpus propio al mismo tiempo que en otras partes del mundo se le estaba otorgando una denominación tan contundente: la violencia obstétrica. Da la sensación de que esas dos palabras hablan por sí solas, aunque como explicaré en el capítulo 4, esta denominación provocó un estallido de denuncias, movilizaciones, proyectos, estudios, análisis y resultados sobre el trato que reciben mujeres en la atención hospitalaria de sus partos. Un ejemplo de ello es el *Obstetric Violence Project*, liderado desde 2017 por la antropóloga Patrizia Quattrocchi, financiado por la Unión Europea a través de una beca Marie Skłodowska-Curie y enmarcado en el programa de investigación *Horizon 2020*. El proyecto tiene como objetivo general:

“Transferir a los países europeos las experiencias aplicadas para el reconocimiento y la prevención de la VO en Latinoamérica, con el fin de proporcionar herramientas innovadoras con las que replantear la calidad de los servicios de atención al parto y al nacimiento; y proporcionar a la sociedad civil nuevos elementos para discutir el tema del parto” (Quattrocchi, 2017:1).

El proyecto, que ha incluido la participación de Quattrocchi en diversos eventos relacionados con la violencia obstétrica y la atención al parto (congresos, asistencia a proyecciones de documentales y charlas debate, etc.) implica una gran aportación a la antropología del parto en el sentido de que se está analizando cómo opera este fenómeno a escala global desde el punto de vista de nuestra disciplina, pero también qué resistencias encuentra, qué estrategias se llevan a cabo y con qué herramientas. Quattrocchi parece estar consiguiendo dar visibilidad y voz a un problema estructural utilizando la epistemología antropológica, poniendo a la violencia obstétrica en el centro del panorama institucional mundial y alertando sobre las consecuencias que el prevalecimiento de este tipo de violencia contra las mujeres puede tener en las sociedades industriales. Pero Quattrocchi también ha contribuido rescatando las comparativas interculturales de atención al parto y las características del modelo biomédico. En 2014 realizó un trabajo sobre el parto domiciliario, poniendo de relieve cómo este se encontraba fuera del sistema sanitario tanto en Italia como en España. En este sentido realizó un análisis sobre los conceptos de riesgo y seguridad que se reproducen en el ámbito del parto domiciliario y mostró que dentro de estas interpretaciones, las mujeres que deciden dar a luz en su domicilio disponen de más percepciones de riesgo sobre el parto hospitalario que sobre el parto domiciliario, y señaló además que tanto para las mujeres como para las matronas en Italia y en España los elementos de seguridad que mencionan sobre el proceso del parto en casa son el conocimiento mutuo, la continuidad y la personalización de la atención, el respeto de los tiempos y del proceso, el papel protagónico de la mujer y la posibilidad de elegir, el papel pasivo de la comadrona, la no intervención, la confianza en las habilidades y competencias de cada uno, y el entorno favorable (2014:4454). Si nos fijamos en estos elementos podemos observar cómo también son contrarios a la lógica biomédica de la atención al parto y a la idiosincrasia de los partos hospitalarios. Adelanto aquí esta cuestión para poner de manifiesto cómo existen modelos alternativos al de la asistencia hegemónica al parto que he venido describiendo en las páginas previas, tales como el de parto respetado. Otra de las contribuciones etnográficas de los últimos años en relación al parto domiciliario fue la tesis doctoral de la antropóloga Teresa María Martínez, que en 2015 obtuvo el título de Doctora en Enfermería a través de una etnografía sobre la decisión de las familias de tener un parto domiciliario. La investigación muestra cómo la decisión del parto en casa por parte de estas familias es fruto de cierto rechazo a verse involucradas en procesos hospitalarios de medicalización y patologización del parto, con las consecuentes prácticas que ello

conlleve. Así, las parejas que buscan dar a luz en su casa iniciarían el proceso mediante la búsqueda de información comparando las distintas opciones, de cara a tomar las decisiones que mejor reflejen sus deseos a la hora de parir. Estas decisiones van a ser definidas por una serie de valores²⁵ que los agentes van a enarbolar en torno a cómo debe ser la atención al parto y como éste debe ser vivido por las mujeres y sus familias. Asimismo, ese rechazo que he mencionado tiene que ver con una discrepancia con los valores ideales arraigados en la sociedad y que derivan de una confianza absoluta en el sistema en el modelo biomédico. Es importante aclarar que este modelo de atención al parto no implica un parto sin asistencia. Al contrario, una de las cuestiones importantes a la hora de decidir, es el grupo de profesionales de matronas y obstetras que podrían estar presentes y asistir a las mujeres durante sus partos. Del mismo modo, la decisión del parto en el domicilio implica una serie de tensiones entre las mujeres y sus acompañantes con el entorno y con la sociedad, pues se enfrentan a discursos de rechazo de estigmatización de exclusión y de penalización al no seguir el modelo convencionalmente normalizado.

Volviendo a la cronología del marco de referencia de esta investigación, en el año 2007 la antropóloga Elixabete Imaz publica su tesis doctoral *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*, en la que, aunque analiza un amplio rango de categorías culturales y procura abarcar las dimensiones generales de la maternidad, también se detiene a analizar cómo la medicalización de la vida de las mujeres ha supuesto un sometimiento de sus cuerpos mediante la tecnología obstétrica. Entre sus extensas aportaciones en este sentido se puede destacar la lectura de la mujer gestante como un cuerpo embarazado que es habitado por otro ser, el ‘feto-individuo’, con el que se encuentra vinculada de forma directa mediante el cordón umbilical y de forma simbólica en una fusión madre-hijo. Así, este vínculo puede interpretarse como una simbiosis de dos cuerpos, el gestante y el gestado, relación en la cual el cuerpo gestante de la madre se vuelca incondicionalmente en el alimento, protección y porteo del feto. Asimismo, la autora pone de relieve ciertas metáforas construidas en torno a la interpretación médica del cuerpo de la madre. Por un lado, la del embarazo como invasión de un ‘feto-parásito’ que se mueve de forma independiente desde el interior del

²⁵ Algunos de estos valores, tal y como expresa la autora, son “la discrepancia con muchas de las creencias arraigadas en la sociedad que son producto del discurso médico tradicional”, el “desacuerdo con el paternalismo característico del modelo intervencionista de atención que predomina en el parto hospitalario” o la “convicción de que el parto tiene un valor espiritual y trascendental” (Martínez, 2015:2014-215).

cuerpo de la madre y que “la naturaleza defiende en detrimento del materno” (Imaz, 2010:241), y la del embarazo como cuerpo escindido, según la cual el feto es un agente “sujeto de derechos distinto a la madre” (2010:245), que convierte el cuerpo de su madre automáticamente en una “máquina gestante” (ibídem). Esta última metáfora refuerza cierta paradoja biomédica según la cual la mujer tiene la responsabilidad de dejarse hacer lo necesario para preservar la vida del otro individuo durante el parto, abandonándose a la práctica médica y a toda intervención necesaria para que el bebé sea extraído de su cuerpo con vida, pero que al mismo tiempo es despojada de toda responsabilidad en las decisiones sobre qué prácticas o intervenciones médicas pueden o no pueden serle realizadas en su cuerpo embarazado. Las metáforas y representaciones de las mujeres gestantes no sólo como madres en gestación (2007), sino también como cuerpos invadidos, también están construidas por una relación continua con el sistema de salud a lo largo de todo el control médico del embarazo (2010b). Lo interesante de esta aportación es que muchas de las informantes de Imaz habían entrado en contacto con el sistema médico de manera ocasional. Cuando acudimos al médico solemos hacerlo en relación a alguna enfermedad, dolencia o afección para la que solicitamos diagnóstico y tratamiento a estos profesionales de forma electiva. Pero la confirmación de un embarazo que, recordemos, no es una enfermedad, detona paradójicamente un entramado de pruebas diagnósticas durante la gestación considerablemente más intenso que los motivos más frecuentes por los que se acude al médico de familia (Gómez, Revilla, Fernández-Cuesta y El-Asmar, 2011). Esta reflexión sirve para reforzar la idea de cómo la gestación ha sido sometida a un control médico excesivo, acentuándose todavía más cuando entendemos que no estamos hablando de un proceso a priori patológico, sino que la visión del cuerpo femenino como defectuoso que se debe controlar para asegurar el éxito de la gestación ha propiciado el sometimiento de las mujeres a todo un proceso medicalizador.

Quien también centró su mirada antropológica en “el control medicalizador sobre el cuerpo de las mujeres y su capacidad reproductiva” fue la antropóloga M^a Jesús Montes (2007:42). En su tesis doctoral *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*, la autora hace un repaso sobre cómo se ha ido implantando la cultura de la medicalización y la patologización de los procesos reproductivos de las mujeres en el sistema sanitario español y de cómo esta cultura somete la decisión y responsabilidad de las mujeres al control médico. Volvemos así a ver esa prevalencia del conocimiento autorizado del personal médico

que señalaba Jordan (1993[1978]) sobre cualquier tipo de conocimiento, decisión o responsabilidad de las mujeres. Montes parte “de la realidad incuestionable de la medicalización de todos los aspectos de la vida” (2007:41), lo que se puede traducir en una fuerte e intensa presencia de la biomedicina en la “organización estatal de control social de los países capitalistas” (2007:39). En su texto, la autora recalca cómo la profesión médica ha adquirido el control del parto mediante la patologización de un cuerpo embarazado defectuoso en detrimento del control de las mujeres sobre sus propios procesos reproductivos. En este sentido, veo una clara categorización del parto como territorio de disputa de poder entre dos grupos de agentes nítidamente diferenciados: el conjunto de los profesionales médicos y las mujeres embarazadas. No obstante, ¿qué beneficio se puede obtener de la apropiación del control sobre los cuerpos de las mujeres durante sus partos? Montes da una pista cuando afirma que:

“El seguimiento institucionalizado del embarazo ha adquirido tal protagonismo, que las mujeres tienen poco control sobre sus cuerpos. En las relaciones que se establecen con los/as profesionales se van reafirmando el poder y hegemonía del sistema médico en el dictamen de ‘cómo deben ser las cosas’, erigiéndose como los/as únicos/as en posesión de la verdad frente a otros sistemas médicos de atención, característica que (...) es tradicional en el sistema. Esta perspectiva repercutirá en las mujeres que (...) son progresivamente expropiadas de su saber y su palabra, quedándoles como única posibilidad el acatamiento de las normas dictadas desde la institución médica” (Montes, 2007:117).

La autoridad médica que se impone sobre las mujeres en la atención al embarazo, el parto y el puerperio puede traducirse en un dominio simbólico característico de los sistemas patriarcales. Además, si recuperamos la lógica productivista de la atención biomédica al parto, puede concluirse que la necesidad de disponer del control médico sobre las mujeres recae en el interés por el producto final (2007:57), por lo que si la mujer, entendida como máquina que produce (2007:176), se rebela o procura recuperar el control de su parto, puede interceder negativamente en la cadena de producción. Entiendo que esta cuestión puede mostrar una visión extremadamente negativa de la práctica médica de atención al parto, pero no son escasas las investigaciones etnográficas que han dado cuenta de la tendencia productivista de la atención hospitalaria al parto (Blázquez, 2005:92-95).

Hasta ahora he puesto de relieve cómo la antropología ha analizado el modelo biomédico de atención obstétrica, qué características tiene, cómo opera desde las

instituciones y cómo entiende los procesos reproductivos de las mujeres. Pero no he mostrado de momento cómo se organiza dentro del Sistema Nacional de Salud. Quien sí arrojó abundante luz sobre este tipo de organización institucional en materia de atención al embarazo, el parto y el puerperio, y más concretamente en un área específica de salud de la Comunidad de Madrid fue Blázquez (2009), quien desde una completa investigación etnográfica en torno a las 'ideologías y prácticas de género' en la atención sanitaria al embarazo, el parto y el puerperio, identificó cómo se reproducían dichas ideologías y prácticas en el marco de una organización institucional estructurada en base a un itinerario asistencial dado. El control médico señalado por Montes a lo largo de los procesos reproductivos de las mujeres (2007) está dividido, según Blázquez, en tres etapas:

- “El embarazo, en los centros de salud y las consultas de especialidades.
- El parto, en los servicios de urgencias y paritorios.
- El puerperio, en los paritorios, servicios de puerperio y centros de salud” (2007:163).

El itinerario organizado a lo largo de estas fases está definido de forma muy completa en el cuarto capítulo de la tesis de Blázquez (2009:163-190), y está compuesto de los pasos a seguir²⁶ por las mujeres desde la detección del embarazo hasta la finalización del puerperio como recorrido del control biomédico del cuerpo embarazado. Más allá de reflejar el fuerte control médico ejercido sobre las mujeres, del análisis del itinerario sanitario asistencial se desprenden las claves para comprender cómo se inician y desarrollan las dinámicas de patologización y medicalización del embarazo, el parto y el puerperio en Madrid, así como las “relaciones de poder que existen entre las profesionales y con las mujeres” (2009:191). Blázquez refuerza así un marco teórico que ya venía consolidado en aportaciones a la Antropología Reproductiva de España como las de Esteban, Montes o Imaz, contribuyendo a ampliar el conocimiento y los saberes de nuestra disciplina en torno a la atención biomédica al embarazo, el parto y el puerperio. Ahora bien, Blázquez también contribuyó a la producción del conocimiento en torno a las resistencias que la biomedicina del parto comenzó a encontrar desde principios del siglo XXI. Su tesis doctoral fue la primera en incorporar etnografía en contextos de asociaciones como *El Parto es Nuestro* o *Nacer en Casa* para estudiar qué propuestas se estaban efectuando en Madrid como alternativas a la alta medicalización

²⁶ Actividades, visitas a la matrona, visitas al especialista, ecografías y otras pruebas diagnósticas, etc.

del parto, impulsando entre la academia un interés cada vez más reciente sobre estos focos de activismo del parto.

Ya a partir de 2016 entramos en el trienio previo a la publicación de esta investigación, y resulta para mí significativo y relevante completar el marco teórico con investigaciones como las de Sarah Lázare, que analizó desde una perspectiva antropológica cómo se reproducen las estrategias de parto respetado entre algunas mujeres y profesionales de Barcelona. En *Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona* (2016), Lázare estudia cuáles son las representaciones e interpretaciones que las narrativas de las agentes hacen en torno a la noción del cuerpo en un marco de conceptualización del parto normal. La autora señala que desde estas perspectivas el cuerpo se presenta como un “cuerpo activo, dinámico, autónomo y eficaz” (2016:4) que dispone de la sabiduría necesaria para afrontar el trabajo de parto por sí solo. Es un cuerpo “preparado para asumir el parto” (2016:8), en parte debido a su “programación biológica” (ibídem) y a una “capacidad natural e intrínseca de la condición femenina” (ibídem). La conexión entre las mujeres y sus cuerpos se efectúa en términos de una confianza de la capacidad del mismo para parir y para llevar el parto a término de forma exitosa. De esta forma se presenta el cuerpo como autónomo, capaz y útil, alejado según la autora “de la idea de la disfuncionalidad” (2016:9) y del cuerpo sospechoso en los términos establecidos por Montes (2007:179-183). Esta visión del cuerpo activo, autónomo, capaz y sabio contradice la perspectiva “del cuerpo pasivo y apático” (2016:10) que caracteriza al cuerpo femenino dentro de un contexto de atención hospitalaria al parto. Otro aspecto a tener en cuenta en estas narrativas es un pensamiento del cuerpo en tanto que mamífero. Según la autora, la conexión biológica del cuerpo y el parto está, por tanto situada en una perspectiva de la hembra mamífera cuyo cuerpo no necesitaría a priori intervención para llevar a cabo un parto. En su otro texto titulado ‘Conceptualización del cuerpo la persona y la maternidad en el parto natural’ (2016b), la autora rescata esas mismas cuestiones añadiendo además una visión del cuerpo embarazado más allá de la del cuerpo de parto. El cuerpo de la embarazada se presenta al mismo tiempo como un cuerpo sano y que puede y debe mantenerse en movimiento del mismo modo que estando de parto. Pero volviendo a la idea del cuerpo de parto se recupera una visión del dolor como necesario para que el parto transcurra con normalidad. Al contrario que desde la inmovilidad de un cuerpo embarazado situado en el contexto hospitalario, Lázare pone de relieve cómo las mujeres prefieren disponer de la

soberanía necesaria para hacerse responsables y autónomas en el control de sus cuerpos. Se rescata también la idea de los instintos:

“entendidos éstos como un conjunto de comportamientos y acciones espontáneas que la mujer manifestará en el transcurso de la dilatación y el parto, cuando serán percibidos por las parturientas como mensajes del inconsciente relacionados con cómo y qué puede ayudarla a sobrellevar la intensidad de las contracciones” (Lázare, 2016b:26).

Podría considerarse que esta interpretación de lo instintivo tiene más que ver con una especie de trance en el que los cuerpos actúan de forma autónoma al control consciente de las mujeres, lo que podría traducirse en una visión algo simplista de las mujeres que o bien son conscientes y responsables o por el contrario se abandonan al ejercicio físico sin control. Más bien creo que Lázare apunta a lo instintivo como algo impulsivo, que las arrastra y hace que se dejen llevar, en cuyo caso sí se daría un equilibrio entre la parte física y la parte mental de la gestión de sus propios procesos fisiológicos. Como veremos más adelante, en la cultura del parto respetado se alude también a las capacidades instintivas como mecanismos para favorecer el liderazgo de las mujeres en sus partos y el control sobre sus procesos reproductivos. Este contexto fue descrito por Lázare junto a Virginia Fons en su investigación relacionada con la cultura del parto respetado como proceso procreativo (Lázare y Fons, 2016). En ella las autoras presentan un análisis de “las estructuras básicas que subyacen en la procreación humana desde la perspectiva cultural” (2016:21), y señalan tres principios capitales para definir el parto respetado:

- “1. Permitir que la fisiología del cuerpo materno siga espontáneamente su curso sin intervenir en el proceso (excepto cuando hay riesgos).
2. Preservar el derecho de las gestantes como usuarias de los servicios de salud a ser informadas neutral y debidamente, y a escoger libremente entre las opciones médicas disponibles.
3. Asegurar que necesidades y preferencias de cada embarazada son tenidas en cuenta por parte de los equipos médicos” (2016:26).

Aunque dedicaré un capítulo al análisis de los resultados obtenidos de la recogida de datos sobre los procesos y estrategias de parto respetado, quisiera apuntar que los principios señalados por Lázare y Fons describen fielmente los ideales y los valores reproducidos en los contextos de las asociaciones en defensa del respeto en el parto. Con esta afirmación quiero comenzar adelantando que las investigaciones de Lázare,

Fons y la mía propia son el resultado de una detección de nuevas formas de interpretar no sólo el proceso de parto en sí, sino también la asistencia prestada desde la profesionalización de este tipo de servicio. Si bien se asume la hegemonía de un modelo biomédico hospitalario (aunque se trata también de dar visibilidad a la modalidad del parto domiciliario), no así se dan por hechas algunas conductas y prácticas que, tal y como he venido señalando, la antropología del parto ha puesto de relieve. Más aún, paralelamente a la defensa del parto respetado surgen voces que apremian a una erradicación de la violencia biomédica durante el parto, conocida como violencia obstétrica. En España y Europa, la primera tesis doctoral en Antropología que ha definido los procesos relativos a la violencia obstétrica corrió a cargo de Eva Margarita García (2018). La investigación de García trata de abordar de forma holística el problema de la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género transversal al tratamiento sanitario de los procesos reproductivos femeninos y como una consecuencia cultural a la hegemonía biomédica. En una primera aproximación a este tipo de violencia, la autora la define de la siguiente manera:

“La violencia obstétrica hace referencia a un conjunto de prácticas que degrada, oprime e intimida a las mujeres de distintas maneras dentro de la atención a la salud reproductiva, fundamentalmente en el período del embarazo, parto y postparto. Se trata de una violación de los derechos humanos y reproductivos de las mujeres, y puede ser tanto física —uso de procedimientos innecesarios en el embarazo y el parto, falta de respeto en los ritmos naturales del parto— como psicológica —infantilización de las mujeres, trato despectivo y humillante, insultos y vejaciones” (García, 2018:42).

Aunque dedicaré el cuarto capítulo al análisis de la violencia obstétrica en relación a las estrategias de parto respetado, podría avanzar destacando tres cuestiones básicas que extraigo de la definición de García, a saber:

- La degradación, opresión e intimidación de las mujeres.
- Violencia sanitaria (biomédica) física y psicológica.
- Violación de derechos humanos y reproductivos.

Podría decirse que en su conjunto las estrategias de parto respetado se encuentran directamente relacionadas con la violencia obstétrica porque se basan en revertir los efectos de las prácticas y actitudes que la producen. Así, quisiera dar por cerrado el marco teórico central en el que me voy a basar para el análisis de los datos recogidos no sin antes efectuar un breve repaso que nos ayude a seguir el resto del texto.

A lo largo de este capítulo expondré las características de la atención sanitaria española al parto, comenzando por un repaso histórico de los últimos siglos para facilitar la comprensión del trazado que la medicina española ha recorrido durante los últimos tiempos para terminar afianzándose en el modelo médico hegemónico descrito por Menéndez (1988). Comenzaré exponiendo cómo fue trasladándose la atención al parto desde los domicilios a los hospitales, seguiré poniendo de relieve cómo es un parto desde un punto de vista biomédico y esbozaré el panorama actual de la organización de la atención al parto dentro del Sistema Nacional de Salud.

3.2 Antecedentes históricos de la atención al parto

A lo largo de la historia occidental, la atención al parto ha ido sufriendo modificaciones y variaciones a medida que evolucionaban los sistemas socioeconómicos, políticos y culturales. Esta transformación en la asistencia al parto se ve reflejada actualmente en los sistemas sanitarios occidentales caracterizados por el modelo biomédico de atención en salud y numerosos estudios ponen su origen en la tradicional asistencia domiciliaria por parte de la figura de la partera o comadrona (Montes, 2007). En este epígrafe abordaré cómo el acto de parir y el ‘arte de partear’ en los términos expresados por Patricia Suárez para definir la capacidad de las parteras y comadronas de asistir a las mujeres durante sus partos (2014) en los siglos previos al siglo XX, eran cuestiones exclusivamente femeninas que tenían lugar en la intimidad del domicilio, hasta que el paulatino interés de los cirujanos y médicos varones fue redefiniendo el ordenamiento de la transmisión de saberes al respecto y consecuentemente, junto con el avance de la ciencia médica, trasladando la asistencia de los partos a los hospitales.

Hasta el siglo XVIII, la responsabilidad de asistir a las mujeres en el parto recayó “básicamente en figuras femeninas” (Suárez, 2014:39), incluso en el Diccionario de Autoridades de 1803, se seguía definiendo partera como “mujer que por su oficio asiste a la que está de parto” (2014:48). Las mujeres parían acompañadas por familiares, vecinas y mujeres experimentadas en la práctica del apoyo y asistencia en el proceso de parto y nacimiento. En un contexto sociopolítico en que la presencia de las mujeres quedaba relegada a los espacios privados (Montón, 2000; Federici, 2013) y a la categoría femenina se le atribuían las funciones de cuidados a las mujeres y los recién nacidos durante y después del parto (Ortiz, 2007), los partos permanecían como contextos de poder femenino que únicamente se veían patriarcalizados por la presencia

de un médico varón en caso de emergencia (Suárez, 2014). Poca constancia se tiene de la presencia de los maridos durante el parto; en algunas zonas de Inglaterra, hasta mediados del siglo XX, el padre permanecía fuera de la habitación donde tenía lugar el parto hasta que las matronas (*midwives*) preparaban a las mujeres y los bebés para su presentación a los padres (Worth, 2002). En España, Ortiz aportó considerables contribuciones a la historia de la matronería en nuestro país, arrojando abundante luz al trabajo que las parteras, las comadronas y las matronas españolas hicieron por la asistencia de los partos en nuestro país. Señala la autora que desde el siglo XVIII, los médicos y cirujanos comenzaron a manifestar un ferviente interés por la asistencia al parto, “un nuevo campo de actividad sanitaria que hasta entonces les había sido mayoritariamente ajeno” (2007:63). Este creciente deseo de los médicos por ocupar los espacios reales y simbólicos que hasta entonces habían sido reservados a las mujeres, hizo que estos especialistas comenzaran a ejercer el “control de la transmisión del saber sobre el parto” (Ortiz, 1999:57). Fue de este modo como las prácticas y saberes de las parteras comenzaron a ser supervisadas por médicos y cirujanos entre los siglos XVIII y XIX, finalizando en una apropiación de la responsabilidad y autoridad en la transmisión de los conocimientos científicos del parto con el objetivo de examinar y conceder a las matronas las aptitudes para ejercer esta profesión (Ortiz, 2007:63). Seguidamente, tal y como señala la autora:

“a lo largo de los últimos 30 años del siglo XIX, las matronas participaron activamente en la divulgación y transmisión de saberes científicos sobre el parto, tarea que desarrollaron tuteladas por médicos y en el ámbito de la enseñanza no oficial, aunque de una forma legal y socialmente reconocida” (Ortiz, 1999:78).

Durante el siglo XX en Europa, fue trasladándose paulatinamente la atención del parto de las casas a los hospitales (Ortiz, 1999; Ruiz-Berdún y Olza, 2016). Hasta entonces, tal y como he señalado más arriba, era trabajo de las comadronas y parteras asistir el parto de las mujeres en sus casas (Suárez, 2014), que disponían de la legitimidad social y política para atender los partos que sucedieran sin mayores complicaciones. Si alguna emergencia surgía durante el trabajo de parto que pudiera poner en riesgo la vida de la madre y el bebé, tenían la responsabilidad de llamar al médico (Montes, Jiménez-Herrera, Castells-Montes y Martorell-Poveda, 2013) para que acudiera a la mayor brevedad. De este modo, si los partos transcurrían sin dificultad o con la mínima normalidad suficiente para no necesitar recurrir al médico, se trataba por lo general de

partos naturales de escaso intervencionismo. Así, pasada la primera mitad del siglo XX:

“A partir de los años setenta (Via, 1972), la asistencia al parto abandonaba casi totalmente el espacio de la casa con la presencia de la comadrona y se desplaza progresivamente a los hospitales donde la medicina se erigió como legítima protagonista en el ejercicio de su control absoluto” (Montes, 2007:41).

Con el traslado definitivo de la asistencia al parto dentro de las instituciones de salud, la atención a las mujeres en sus procesos de embarazo, parto y puerperio quedó a merced del control biomédico de los sistemas sanitarios occidentales posindustriales (Montes, 2007), siendo sometido por tanto al interés de los profesionales sanitarios a través de procesos de patologización y medicalización en base al carácter preventivo de la biomedicina que intervenía a modo de previsión de los posibles riesgos. No obstante, tal y como ha demostrado el sociólogo Jesús de Miguel (1980), esto no implicó un necesario descenso de la mortalidad maternoinfantil, que hubiera sido el lógico objetivo de los exhaustivos controles basados en el riesgo y la prevención. La biomedicina ha instaurado en el imaginario colectivo de sociedades como la española la convicción de que el éxito rotundo en el descenso de indicadores de morbimortalidad perinatal recayó en el comienzo de la asistencia al parto en los hospitales (Martínez, 2015). Nada más lejos de la realidad:

“A principio del siglo XIX, la mortalidad fetal y materna era elevada, pero se constata un hecho muy interesante: la mortalidad era mayor en las maternidades que en los partos atendidos a domicilio” (Marín, 2015:16).

Teniendo en cuenta este dato, cabe cuestionarse qué promovió en España el traslado de la atención sanitaria al parto, ya que “las mujeres eran reacias a dar a luz en las maternidades provinciales o en las salas de hospitales acondicionadas al efecto” (Ruiz-Berdún y Gomis, 2016:59). Algunos trabajos, como el de Lola Ruiz-Berdún y Alberto Gomis²⁷, apuntan a que las políticas natalistas gestadas desde la primera mitad del siglo XX, tales como el Seguro Obligatorio de Maternidad o el Seguro Obligatorio de Enfermedad, impulsaron el parto hospitalario en nuestro país: “la implantación del Seguro de Maternidad colaboró al cambio de escenario del parto desde la casa de la parturienta a las instituciones sanitarias” (2016:59). Las políticas en materia de salud tienen una fuerte influencia en el comportamiento de las personas a la hora de ser

²⁷ Lectura recomendada sobre la historia de la atención al parto y de la evolución de la profesión de las matronas en España entre los años 1931 y 1955.

tratadas. La instauración en España de los seguros obligatorios y de los hospitales públicos impulsó de tal manera el parto hospitalario que finalmente terminó por ser la opción hegemónica ante el parto domiciliario, consolidándose hasta el punto de que hoy en día apenas nos planteamos si queremos decidir parir en otro lugar que no sea el hospital, diluyéndose en el tiempo la posibilidad de tomar libremente la decisión de dónde parir. Tal es así, que quienes sí tratan de decidir sobre otras opciones como el parto domiciliario, lo hacen bajo la sombra de un extendido estigma y rechazo social y médico (Martínez, 2015). La mortalidad referida por Marín tuvo una causa ampliamente común a las sociedades que comenzaron a instaurar el modelo hospitalario de atención al parto: la fiebre puerperal. Este tipo de fiebre se expandió como la pólvora entre mujeres y criaturas asistidas en los partos y nacimientos hospitalarios. Estos hechos contradicen una extendida tendencia a creer que el traslado de la atención al parto a los hospitales supuso una mejora no sólo cualitativa sino también cuantitativa en los indicadores de calidad asistencial. Lo que no se tiene en cuenta desde el imaginario colectivo por razones de déficit de información, es que las mujeres en sus partos eran atendidas en unidades donde todavía no se habían instaurado las medidas de higiene necesarias para prevenir infecciones severas. Los médicos y cirujanos no habían adoptado todavía el hábito de desinfectar sus manos después de introducirlas en cuerpos enfermos o en cadáveres (Rich, 1986, citada en Imaz, 2007:291), hábito que sí se encontraba presente en la práctica de la asistencia domiciliaria al parto por parte de las comadronas y parteras (Montes, Jiménez-Herrera, Castells-Montes y Martorell-Poveda, 2013:193). Poco a poco estos descuidos se comenzaron a observar y corregir, aunque para cuando las medidas necesarias para mejorar los indicadores de morbilidad perinatal habían comenzado a dar sus frutos, también se habían consolidado prácticas de excesiva instrumentalización y patologización de los procesos reproductivos femeninos, dando como resultado un modelo de atención al parto de características biomédicas considerablemente dispar al modelo tradicional de atención domiciliaria (Ehrenreich y English, 1981[1973]).

3.2.1 El parto domiciliario actual en España

Hasta mediados del siglo XX la hegemonía de la opción hospitalaria todavía no se había terminado de consolidar. Aunque en Madrid la Casa de Maternidad (origen de la actual Maternidad de O'Donnell) venía atendiendo partos desde 1837, no fue hasta la

mitad del mismo siglo cuando la inauguración de los grandes hospitales (La Paz en 1964 y el 12 de Octubre en 1973) contribuyó a una firme promoción del hospital como lugar para parir. Así lo explica Blanca:

“Aquí en España, hasta el año 60, todavía las matronas de los centros de salud, que entonces se llamaban los ambulatorios, acudían a las casas a asistir el parto, así es como mi madre... fue mi padre a por ella, la trajo en la moto, y ayudó a mi madre, y era... le daban... ya en esa época les daban la opción, de si querían ir al hospital o querían que vinieran a casa. Pero luego poco a poco, pues como que el hospital se promocionó como que es un sitio más seguro, más limpio, y también es cierto que las mujeres que tenían dinero iban a parir a las clínicas privadas con sus ginecólogos famosos, y las pobres tenían algunas veces... las condiciones de las viviendas no eran adecuadas para el parto, pues eso, chabolismo, a lo mejor tenía muchos niños, con los animales por allí, etcétera, y entonces sí que, en aquella época, pues a lo mejor tenía sentido... pues por preservar un poco la higiene, ¿no?” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

Blanca habla de un ejercicio de promoción o publicidad de la institución hospitalaria como un emplazamiento con mayor seguridad y limpieza que el propio domicilio. Asimismo, la presencia de profesionales notorios entre las clases altas pudo haber hecho efectiva dicha propaganda, efectuando un reclamo interesante para las mujeres con la suficiente solvencia económica para adquirir los servicios propios del parto hospitalario. Al mismo tiempo, entre las mujeres de clases más bajas el parto hospitalario se pudo haber publicitado desde otra dirección: la promoción de la salud en espacios de mayor higiene y asepsia. Actualmente en España el SNS no cubre la asistencia de los partos domiciliarios (Escuriel, 2014:66), debiendo ser costeados y planificados por las familias en organizaciones o asociaciones de matronas que los asisten de forma privada, mientras que en algunos países europeos como “Francia, Bélgica, Alemania, Holanda, Reino Unido, Italia, Noruega y Dinamarca, los partos domiciliarios están cubiertos” por el sistema público (Martínez, 2015). Además, culturalmente, la hegemonía del parto hospitalario ha contribuido a generar un amplio estigma y rechazo social del parto domiciliario en base a una percepción del mismo como peligroso y cargado de riesgos para la vida de las mujeres, pero principalmente de las criaturas. Una de las caras visibles de este estigma social es el tratamiento que los medios de comunicación hacen de los casos más relevantes, así como las opiniones públicas vertidas desde las diversas interacciones entre los agentes sociales. Uno de los últimos casos mediatizados en España fue el del fallecimiento de un bebé el 10 de

diciembre de 2018, cuyo nacimiento había sido planificado en el domicilio familiar en Vigo²⁸. Los diversos medios de comunicación mostraron un tratamiento unánime de condena y responsabilización de los padres por tal decisión, reforzando una vez más la perspectiva biomédica del parto hospitalario en el debate público todavía no resuelto sobre el parto atendido en el domicilio.

Las cifras de partos domiciliarios en España son muy bajas, aunque Martínez muestra cómo en Cataluña los números de partos en casa son considerablemente mayores que en otras comunidades como Madrid, Andalucía o Valencia (2019:90-91). Según la autora, la tasa estimada de partos domiciliarios en España entre 2002 y 2013 fue de 0,30% (2015: 32), tal y como se ha avanzado más arriba. Los profesionales que asisten partos en domicilio suelen hacerlo bajo el supuesto de un parto de bajo riesgo, el cual estaría caracterizado, entre otras cosas, por un embarazo a término²⁹ en mujer sana, un feto en posición cefálica y por tener lugar aproximadamente entre las semanas 38 y 42 de gestación³⁰. Asimismo, las mujeres que deciden dar a luz en el domicilio lo hacen también por la búsqueda de un tipo de atención al parto que no suele ofrecerse en los hospitales (Montes, 2007). No obstante, aparte de cumplir unos requisitos clínicos concretos, explica Belén, matrona participante en nuestra investigación, las mujeres deben proyectar una actitud positiva para ser elegibles ante un parto domiciliario:

“Las mujeres están escogidas, son mujeres especiales, no todas las mujeres están en el momento vital, personal, o de entorno en el que ellas se encuentren tan seguras y tan confiadas como para dejar que su cuerpo fluya y su cuerpo responda como debe ser, ¿no?, como debe ser no, como es” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

Por un lado, otro de los requisitos para ser atendida en el domicilio es disponer de, al menos, un hospital de referencia al que efectuar un traslado en caso de emergencia o conveniencia de la madre. Como explica Ofelia, no existe incompatibilidad entre el parto domiciliario y el hospitalario, pues un traslado ante cualquier eventualidad, ya sea una emergencia o por deseo de la madre, siempre es posible:

“Entonces es, con la trayectoria, es empezar y darte cuenta que... confiar, confiar en que los partos van, que no pasan cosas. Y que si pasa, lo normal es que da tiempo, que da tiempo a, pues a hacer un traslado, a hacer... bueno, pues eso, a trasladar a un hospital

²⁸ Accesible: https://www.eldiario.es/galicia/juzgados-Vigo-investigan-muerte-parto_0_845515845.html

²⁹ Un embarazo a término es aquel que ha pasado de la semana 37 de gestación y no ha superado la 42.

³⁰ Génesis Nacimiento en Libertad. *Asistencia al parto en casa*. Accesible: <http://www.genesisnacimientoenlibertad.com/asistencia-parto-en-casa/>

para que la asistencia, porque el parto en casa no está reñido con el parto hospitalario, es complementario” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E12).

Económicamente, las informantes que durante la investigación han manifestado encontrarse planificando un parto domiciliario han reportado un coste del servicio de entre 1.500€ y 2.500€, dependiendo del tipo de asistencia y del grupo de matronas que se haya escogido. Principalmente estas tarifas incluyen, aparte de la asistencia durante el trabajo de parto, el seguimiento del embarazo por parte de las profesionales, visitas al domicilio antes del parto, guardias localizadas entre las semanas 38 y 42, consultas regulares y visitas posparto durante las primeras semanas. Igualmente, se facilita a las familias el acceso al servicio permitiéndoles establecer cómo y cuándo realizar los pagos para que el factor económico no resulte un impedimento si la voluntad y deseo de las mujeres es ser asistidas en su domicilio durante el parto. El parto domiciliario, a priori, podría considerarse hoy en día como un modelo más tendente al parto respetado. Es un modelo asistencial de mínima intervención, donde el parto va siendo dirigido por la madre en función de las necesidades que tiene en cada momento, y las matronas mantienen una postura expectante y de atención de las demandas de las mujeres. Durante su entrevista, Blanca explicaba con detalle su papel como matrona domiciliaria:

“La mayoría de las veces es mínimamente intervenido, se supone que eso es lo ideal, ¿no? (...). Entonces lo que intentamos es interferir lo mínimo imprescindible, solo si la mujer nos lo demanda estamos presentes, si no, o estamos en otra habitación o salgo a dar una vuelta, según como quieran. Y si ella nos pide estar presentes, pues lo mismo, participamos hasta el nivel que queramos (...). Y en el momento del expulsivo pues igual, lo único que hacemos es preparamos por si acaso, así discretísimamente, el instrumental y las toallitas para arroparle para que no coja frío, y nada, estamos allí pendientes porque la mayoría de las veces o lo coge el acompañante o lo coge la propia mujer, y si no pues lo cogemos nosotras, intentamos no tocarle, que le cojan sus padres que para eso es suyo” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

El mencionado 0,30% de partos que tuvieron lugar en el domicilio entre 2002 y 2013 podría interpretarse como pequeñas reminiscencias y legados que la antigua tradición

de las comadronas ha podido mantener en los últimos siglos hasta ahora³¹. Una característica del parto en el hogar que ha permanecido hasta ahora es la idea del arraigo consolidado en el espacio residencial y familiar en tanto que permanencia y estabilidad de la persona en un espacio de vida desde el nacimiento hasta la muerte:

“El parto en casa es lo normal. Para mí, para mí es lo normal. Yo creo que el bebé tiene que nacer en el entorno en el que se va a criar, porque el parto no es nada patológico, entonces en principio es el lugar donde te has gestado, donde has ido creciendo, es el lugar en el que te reciben, y es el lugar en el que vas... a lo mejor hasta a morir, ¿no? Antiguamente, el concepto de hogar, ¿no?, que era tu casa de toda la vida, y etcétera, pues era... tenías más arraigo” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

Durante el trabajo de campo en la asociación *Génesis* se pudo observar un ensamblaje de relaciones horizontales de confianza, apoyo y sororidad entre las mujeres presentes en el curso de preparación a la maternidad, tanto las matronas como las usuarias. Las dinámicas se desarrollaban en un clima cálido y acogedor, las interacciones de transmisión de saberes y aprendizaje se realizaban de forma calmada, firme y segura. Ivana comparó en entrevista esta modalidad en la transmisión de conocimientos relativos al parto de manera aventajada al formato impartido en el centro de salud:

“Y ves esto, totalmente abierto, totalmente... de dar autonomía a la persona que viene, a dar las clases, y de dar una información objetiva y real, no intentando: ‘no, pero es que en el hospital te van a hacer esto’, entonces mejor... ¿sabes?, como que en el centro de salud es un poco así, que la información que da, la das en función del hospital al que van a ir” (Ivana, 29 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E11).

El acompañamiento no se veía como una mera práctica o actitud reservada al momento del parto, sino que se plasmaba en todo momento en la disposición constante de las matronas por abrigar los deseos y expectativas de las mujeres durante sus procesos de embarazo, parto y puerperio. En los partos atendidos por matronas de *Génesis* que pudimos visualizar en la sesión GÉNESIS.7 se podían observar mujeres controlando sus propios cuerpos entre contracciones y pujos, mientras sus acompañantes y sus matronas permanecían en actitud expectante, vigilante y pendientes de las necesidades

³¹ Sobre esta cuestión no se ha profundizado, pues no ha sido tomada en cuenta como hipótesis o como parte de las unidades de análisis. No obstante, podría resultar un interesante objeto de estudio el análisis sobre las herencias transferidas entre las distintas generaciones de matronas en España y la consecuente genealogía entre las experiencias de las mujeres.

que pudieran tener en cada momento. Así lo explica Blanca cuando habla del acompañamiento como parte de la profesión:

“Una matrona que... lo he vivido, ¿no?, he vivido cómo una mujer, que si la dejas a su bola y a su aire, pare perfectamente, cómo las mujeres sabemos parir y los niños saben nacer (...), yo creo que la profesionalidad está ahí, ¿no?, si tú eres... o sea, no tengo que decidir lo que yo quiero, sino, yo tengo que acompañar a una mujer en lo que quiere” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

Esta figura de la matrona acompañante que observa y apoya en lugar de intervenir y dirigir el parto se refuerza en la idea de una mujer parturienta que controla su propio proceso cómo núcleo central del parto, relegando a un espacio periférico el rol de la profesional, tal y como explica Ofelia:

“Muchas mujeres vienen porque, a pesar de haber parido bien en el hospital, bien entre comillas, ¿no?, les gustaría que fuera diferente, ¿no?, tener más control de su parto, ser el centro, que no... seamos sus sanitarios, ¿no?, los profesionales” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E12).

Así, el parto en casa continúa presentándose como una opción segura de modelo asistencial, pues aunque nada pueda ser a priori garante de la satisfacción de las mujeres, las condiciones físicas y emocionales que caracterizan la elegibilidad para un parto domiciliario suelen ser tendentes a favorecer que tal proceso suceda de la forma más fluida y natural posible (Martínez, 2015). Entre algunas de las ventajas del parto domiciliario se ha señalado, entre otras, un ahorro de costes para los sistemas sanitarios, un trabajo de parto más humanizado y menos medicalizado o una mayor satisfacción en las mujeres con partos de bajo riesgo (Saz, Tejero y Ortiz, 2008). Reflexionando sobre la mínima intervención que caracteriza al parto domiciliario, surge el interrogante sobre si esta tendencia es exclusiva de esta modalidad asistencial. ¿Es compatible una inclinación al bajo intervencionismo dentro de los límites de las instituciones sanitarias? ¿Son la asistencia domiciliaria y la hospitalaria diametralmente opuestas en cuanto a nivel de intervención? ¿Qué características tienen y cómo evolucionan los partos dentro de un hospital? Sabiendo que en las sociedades posindustriales la atención hospitalaria al parto se encuentra configurada por un modelo biomédico, conviene avanzar en el análisis de este paradigma de interpretación y atención del parto.

3.3 El parto hospitalario

La biomedicina no implica únicamente una dimensión práctica de la atención al parto, también se ha encargado de construir los saberes teóricos que definen qué es un parto, cómo transcurre, qué nombre darle a los acontecimientos que conforman este proceso y cuáles son los tiempos que lo marcan. Es una perspectiva biologicista que favorece una visión universalista y homogeneizante del parto como evento meramente fisiológico, calculable en tiempos, médicamente acelerable y patológicamente resoluble. Según esta visión, las mujeres tenemos en común nuestro sistema reproductivo, y en términos evolutivos el proceso natural del parto humano sería el mismo para todas (Rosenberg, 1992). Esta naturalidad en el parto responde, en palabras de la *Federación de Asociaciones de Matronas de España* (en adelante, FAME), a un:

“proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (FAME, 2006).

En España, las especialidades biomédicas que tratan las patologías y procesos propios del sistema reproductor femenino son la ginecología y la obstetricia, representadas en comunidades de profesionales como la *Sociedad Española de Ginecología Obstetricia* (en adelante, SEGO) o la *Asociación Española de Ginecología y Obstetricia* (AEGO). Sociedades como la SEGO han contribuido a afianzar esta visión del parto y de los cuerpos de las mujeres embarazadas³² mediante documentos como *Fundamentos de obstetricia* (2007). El texto es un extenso tomo de explicaciones sobre el funcionamiento, diagnóstico y tratamiento de patologías propias del cuerpo femenino. Si se efectúa una rápida lectura del documento puede apreciarse una clara visión del cuerpo como objeto de praxis. La mujer aparece en vagas ocasiones referida en calidad de persona, siendo predominantemente aludida como un territorio de posibles enfermedades, afecciones o dolencias. El argot científico de los artículos recogidos en este texto muestra como objetivo del mismo comprender el funcionamiento de estas patologías y el procedimiento a seguir para un tratamiento correcto y seguro que contribuya a mejorar los índices de salud y esperanza de vida de las mujeres. Son reconocibles, en efecto, los esfuerzos de la medicina por avanzar en el progreso de este

³² Tradicionalmente, desde una perspectiva biomédica, el hecho de parir se ha relacionado con la identidad del género mujer, no teniendo en cuenta otros casos o identidades como el de los hombres trans que disponen de útero y capacidad de gestar.

tipo de cuestiones, mas el tratamiento que se le da al cuerpo de las mujeres se hace en la mayoría de los casos desde una posición cosificadora. Más centradas en los procesos específicos de embarazo, parto y puerperio, nos encontramos las distintas asociaciones de matronas representadas en la FAME, que también combinan el uso y difusión de los conocimientos biomédicos propios de estos procesos, pero con una perspectiva más humanística de las mujeres (Davis-Floyd, 2001). Comunidades como la FAME han mostrado interés y esfuerzo en promover una visión menos patologizadora de los procesos reproductivos, procurando reservar las intervenciones médicas durante el parto a situaciones clínicamente justificadas para garantizar la salud tanto de madres como de bebés. En su texto *Guía para madres y padres* (2011), la FAME explica en un argot divulgativo la información relativa al proceso de parto en connivencia con las explicaciones biomédicas que de él se han desarrollado, pero desde una estrategia de difusión del parto como proceso fisiológico que se ha visto excesivamente medicalizado en las últimas décadas. He querido señalar estos dos textos al constituir una parte representativa de un corpus de literatura científica relativa a los procesos de embarazo, parto y puerperio que he utilizado para comprender cómo se construyen los saberes biomédicos en relación a dichos procesos. En su conjunto, este corpus teórico muestra de forma muy ilustrativa esa visión universalista y homogeneizante (Esteban, 1996) del parto como un evento biológicamente común a todas las mujeres. Esta perspectiva hace del parto un acontecimiento medible y por tanto predecible, previo al cual se pueden anteponer ciertas asunciones de riesgos e inclinaciones al intervencionismo. Según esta visión biomédica del parto, el inicio de este proceso marcaría el final del embarazo, y tras aproximadamente 40 semanas de gestación³³, el comienzo del parto se daría con las primeras contracciones uterinas, las cuales deben ser “rítmicas, progresivas en intensidad y duración y dolorosas”³⁴. Estas contracciones se presentan desde el inicio hasta el final del trabajo de parto como movimientos intermitentes del útero que progresivamente empujan el feto a través del canal de parto³⁵. La biomedicina ha discernido tres fases dentro del trabajo de parto, asignando a cada una ciertas características fisiológicas para determinar el avance del mismo, así como la proximidad del nacimiento. Estas fases son conocidas como el periodo de dilatación, el

³³ En la especie humana se considera que un parto “a término” es aquel que tiene lugar entre las semanas 37 y 42 de gestación (MSSSI, 2013:99). Los partos “pretérmino”, es decir, aquellos que finalizan con la expulsión de un feto prematuro, ocurren entre la semana 22 y la 36 (Picot, 2004).

³⁴ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Área de la mujer, *¿Estoy de parto?* Accesible: https://sego.es/mujeres/Inicio_parto.pdf

³⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013), *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

periodo de expulsivo y el alumbramiento. La SEGO incluye en el periodo de dilatación una fase prodrómica o de pródromos del parto, pero su inicio y duración varían tanto de una mujer a otra, que no es considerado como desencadenante del parto en sí. Por su parte, como he mencionado anteriormente, la FAME denomina 'preparto' esta fase prodrómica, no incluyéndola en el periodo de dilatación. En cualquier caso, debido a su recurrencia en los discursos y a la importancia que las agentes participantes en la investigación le han conferido, incluiré el detalle de sus características con el fin de ampliar la definición biomédica de parto. Como preludeo al parto en sí, la FAME distingue el preparto o fase prodrómica como una fase de duración indeterminada precedente al trabajo de parto (FAME, 2011:11). Indican una serie de síntomas para guiar a las mujeres en la identificación de dicho periodo previo al parto. La FAME no la incluye como fase de parto y advierte que "cada mujer puede experimentarlo de manera distinta en su aparición y duración" (ibídem). Por su parte, Couso, Zapico y Melchor Marcos (2007:345), así como el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013:229) denominan esta fase 'falso trabajo de parto', excluyéndola también y distinguiéndola del 'verdadero trabajo de parto'. Algunos de los síntomas (no necesariamente presente en todas las mujeres) en los que estos saberes sanitarios de matronas y ginecología coinciden en incluir como característicos de esta fase son el descenso del abdomen, la expulsión del tapón mucoso³⁶ o la presencia de contracciones uterinas conocidas como de Braxton-Hicks o no efectivas³⁷. Siguiendo la guía del parto del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el periodo comprendido entre el inicio del parto y la apertura cervical completa es conocido como periodo de dilatación, el cual se ha determinado como el primer estadio del parto. Este periodo constaría de la fase latente durante la cual tiene lugar el borramiento³⁸ del cuello uterino y una dilatación de hasta 2-3 centímetros; y una fase activa, en la que la dilatación alcanzaría los 10 centímetros. Tras la fase activa se inicia la fase de descenso, que coincide con el segundo estadio del parto, conocido como periodo de expulsivo (MSSSI, 2013:234). Aunque las principales instituciones sanitarias aclaran que los patrones de dilatación difieren de una mujer a otra, y por lo tanto no es conveniente guiarse exclusivamente por generalizaciones, se ha estimado que el periodo de

³⁶ Se ha denominado tapón mucoso a una pequeña cantidad concentrada de secreción mucosa acumulada en el canal endocervical, aislando el cuello del útero de posibles infecciones (Carroza, Córdón Scharfhausen, Troyano y Bajo, 2007:173).

³⁷ Denominadas de este modo en honor al médico John Braxton-Hicks, quien argumentó que a lo largo del embarazo el útero puede presentar actividad no relacionada con el parto activo, estas contracciones generalmente indoloras pueden aparecer algunas semanas antes del inicio del parto (Dunn, 1999).

³⁸ Borramiento es el término que se utiliza para el proceso mediante el cual el cuello uterino se estira y se hace más fino.

dilatación abarca aproximadamente el 90% del trabajo de parto³⁹. Asimismo, algunas estimaciones como las de la SEGO⁴⁰ también apuntan a que esta fase puede durar hasta 20 horas en primíparas y 14 horas en múltiparas⁴¹. La fase comprendida entre la dilatación cervical completa de 10 centímetros y la salida de la totalidad del cuerpo del bebé es conocida como el periodo de expulsivo. Su principal característica es “el descenso de la presentación a través de la pelvis materna” (MSSSI, 2013:234), finalizando con el nacimiento del recién nacido. La primera fase del periodo de expulsivo es la fase temprana o no expulsiva, caracterizada por la ausencia de pujos en la mujer, mientras que la fase avanzada o expulsiva consiste en el acompañamiento de cada contracción con una sensación de pujo. Los pujos son movimientos reflejos que lleva a cabo el cuerpo de la mujer parturienta para empujar el cuerpo del bebé a través de la pelvis y facilitar su salida. Las estimaciones han indicado que en mujeres primíparas la fase de expulsivo avanzado puede durar hasta 2-3 horas aproximadamente, dependiendo de la ausencia o presencia de analgesia epidural. En mujeres múltiparas esta fase podría durar aproximadamente entre 1 y 2 horas, aplicándose el mismo factor de variabilidad. Tras el nacimiento del bebé y hasta el desprendimiento de la placenta tendría lugar el periodo de alumbramiento, caracterizado por una retracción del órgano uterino que provoca un arrancamiento de los vasos sanguíneos, separando la placenta del espacio intervelloso y provocando una hemorragia retroplacentaria (MSSSI, 2013:24). El tiempo de duración de este periodo es variable, y puede suceder a partir de los 5 minutos posteriores al nacimiento del bebé. Con la finalización del periodo de alumbramiento se da por terminado el trabajo de parto e iniciado el puerperio o posparto, que es el periodo durante el cual se resuelven los cambios fisiológicos acontecidos durante el embarazo, durando aproximadamente 6 semanas desde la finalización del parto (MSSSI, 2013:248). Tanto los síntomas del inicio del parto como el transcurso de las distintas fases suelen proyectarse de forma incierta entre las mujeres, principalmente entre las primerizas, que desconocen cómo es un parto, cuánto dura y qué sensaciones físicas pueden experimentarse durante el mismo. Por ello, en las consultas ginecológicas y principalmente en los cursos de preparación al parto del SNS, se suele hacer un repaso basado en la disposición por fases que acabamos de exponer para que las mujeres

³⁹ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Área de la mujer, *Periodo de dilatación*. Accesible: <https://sego.es/?p=/areadelamujer/main>

⁴⁰Accesible: https://sego.es/AREA_DE_LA_MUJER

⁴¹ Se consideran primíparas aquellas mujeres que estén pasando por un primer trabajo de parto, y múltiparas aquellas que previamente hayan tenido al menos un parto.

dispongan de una idea básica de qué pueden esperar cuando se encuentren de parto. Asimismo, el establecimiento de los tiempos acordes a cada fase del parto (Blázquez, 2009:221) genera ciertas expectativas que pueden devenir en inquietud e inseguridad respecto al proceso en sí, generando dudas sobre la dilatación y su propia capacidad de parir. Si por ejemplo una mujer embarazada se guía por la disposición biomédica de la duración de las distintas fases de parto, podría acabar aceptando la administración de fármacos para acelerarlo en base a la creencia de que su parto está durando más de lo que los estándares establecidos han determinado, con los consecuentes riesgos que podrían acaecer, entrando así en una dinámica de prevención de riesgos e intervencionismo médico. Es de este modo como la estandarización universalista de los síntomas y duración de las distintas fases del parto refuerza la idea del parto como un evento médico que debe ser tratado en base a un control de los tiempos que, de no ser cumplidos, conllevaría una serie de riesgos de morbilidad únicamente prevenibles mediante la intervención farmacológica y/o tecnológica con el uso de prácticas de inducción o aceleración del trabajo de parto.

3.3.1 Tipos de parto

Como el título de este epígrafe indica, se han observado además, a lo largo de la investigación, distintas terminologías biomédicas en cuanto a los tipos de parto. Según el canal de parto por el que sale el recién nacido del cuerpo de la madre, un parto podría ser vaginal o por cesárea. Si miramos el grado de naturalidad con el que ha transcurrido, podemos hablar de parto fisiológico, normal o natural y de parto intervenido. El parto intervenido, por su parte, se ha presentado como instrumental o medicalizado, aunque en ocasiones se pudo observar cómo se utilizaban los tres términos indistintamente. Para intentar aclarar las terminologías, veamos a continuación cada una de ellas. La FAME anunció en 2006 la siguiente definición de parto normal aprobada en la Jornada Iniciativa Parto Normal que tuvo lugar en Málaga el mismo año:

“Es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (FAME, 2006).

La principal característica para considerar un parto normal o natural es que se haya producido de forma vaginal. Asimismo, dispone de unas características fisiológicas que deben cumplirse para que sea considerado como tal. La SEGO define un parto normal de la siguiente manera:

“Trabajo de parto de una gestante sin factores de riesgo durante la gestación, que se inicia de forma espontánea entre la 37^a-42^a semana y que tras una evolución fisiológica de la dilatación y el parto, termina con el nacimiento de un recién nacido normal que se adapta de forma adecuada a la vida extrauterina (...). Es el único tipo de parto susceptible de ser atendido como un parto no intervenido” (SEGO, 2008).

Asimismo, en relación al parto no intervenido, la SEGO lo define así:

“Trabajo de parto que por reunir las características descritas en la definición de parto normal, es asistido sin la utilización de procedimientos terapéuticos que alteren la fisiología del mismo” (SEGO, 2008).

Las valoraciones que categorizan un parto intervenido como ‘normal’ son uno de los factores que alarman dentro de los movimientos a favor de los partos respetados. Normalizar las intervenciones y prácticas patologizantes en la atención al parto conlleva una aceptación social de las prácticas obstétricas, principalmente cuando son innecesarias y no respetan la fisiología natural de los partos. Blázquez explica que el concepto de ‘normalidad’ puede encarnar distintos matices según la interpretación que se haga de ‘lo normal’, y detecta tres sentidos relativos a la normalidad en un parto. En primer lugar apunta a ‘lo relativo a la fisiología’, es decir, lo normal sería que el parto transcurra de acuerdo a las funciones de la fisiología femenina. En segundo lugar, lo normal se presentaría como aquello que ‘más sucede’, sentido que se relaciona directamente con lo común. Y por último, ‘el no intervencionismo’ implica que lo que aporta normalidad a un parto es la omisión de intervenciones médicas (2009:252). Por su parte, Arnau (et al.) hace un repaso a la conceptualización cultural del parto normal, natural y humanizado. Los autores relacionan la categoría de natural “como un proceso normal en el que los procedimientos obstétricos se aplican únicamente en caso de necesidad” (2012:232). En su estudio se observó que entre los distintos agentes de salud no se daba un consenso entre los términos de parto normal y parto natural, con mayores divergencias en el caso del parto humanizado. Con el fin de arrojar algo de luz al debate y aportar una definición que pueda servir en futuras investigaciones, sienta apropiado definir el parto normal, fisiológico o natural como uno mismo,

posicionándome al mismo tiempo en que ‘lo normal’, a pesar de ser culturalmente percibido como ‘lo común’, ‘lo normalizado’ o ‘lo convencional’, no es un parto medicalizado y altamente intervenido. Me centraré para ello en las interpretaciones primera y tercera mostradas por Blázquez. Un parto que transcurre con normalidad sería aquel que no conlleva complicaciones o intervenciones tanto derivadas de dichas dificultades como realizadas por rutina, esto es, se iniciaría de forma espontánea sin necesidad de inducción, progresaría adecuadamente independientemente del tiempo que duren la dilatación y el expulsivo, y finalizaría sin necesidad de intervención médica de ningún tipo. Para facilitar la comprensión de los distintos términos utilizaré las categorías ‘natural’ y ‘fisiología’ para elaborar una definición propia del parto normal, que desde mi punto de vista es igual al parto natural, y que contribuya a entender el análisis del objeto de estudio:

Parto normal es aquel que transcurre con naturalidad fisiológica. La fisiología natural de un parto progresa sin necesidad de intervención médica de ningún tipo, pues se desencadena de forma espontánea, dilata con una progresión continua y finaliza en un expulsivo por vía vaginal. Así, un parto normal es aquel que el cuerpo de la mujer inicia y finaliza por sí solo, gestionado de forma autónoma por ella misma.

Entiendo el parto normal desde esta perspectiva debido a que, como veremos en capítulos posteriores, las perspectivas de los movimientos en defensa del parto respetado utilizan este paradigma de la normalidad como base en la definición de respeto en el parto. Por otro lado, que un parto pueda considerarse respetado a pesar de las posibles intervenciones normalizadas que puedan acontecer, es un aspecto que se analizará más adelante como perspectiva divergente a la definición de parto respetado establecida por los distintos grupos activistas.

Otra de las categorías que han surgido a lo largo de la investigación es la del parto vaginal. Este tipo de parto es aquel cuya salida del cuerpo del bebé transcurre a través del canal de parto vaginal. El bebé desciende desde el útero a través de la pelvis y corona a través de la vagina de la madre. El único parto que no puede considerarse vaginal es el parto por cesárea. Esto quiere decir que un parto intervenido, instrumental o medicalizado puede también ser vaginal. Asimismo, un parto fisiológico, normal o natural siempre implicará un expulsivo vaginal.

Por otro lado, el término ‘intervención’ implica la participación y actuación del personal de salud en el transcurso de las diferentes fases del parto. La intervención puede implicar distintos grados de participación, ya sea desde la aplicación de un

catéter intravenoso, la rotura artificial de membranas, la administración de analgesia o la práctica de una cesárea. Por su parte, cuando desde una perspectiva biomédica se alude a la categoría de parto instrumental, se entiende la intervención de los especialistas médicos en la fase de expulsivo para facilitar la salida del bebé por el canal de parto. Los principales artilugios para la instrumentalización del parto son los fórceps, la ventosa y las espátulas para tirar del cuerpo del bebé, y las tijeras para la realización de la episiotomía. Asimismo, según Jordan (1993[1978]), se considera que un parto es medicalizado cuando se utilizan tecnologías biomédicas o farmacológicas en su intervención. En este sentido, la medicalización del parto implicaría su inmersión en dinámicas de patologización y tratamiento mediante las tecnologías mencionadas por Jordan. De este modo, desde la premisa del control biomédico del embarazo es posible sopesar que todos los partos son susceptibles de considerarse medicalizados, pues desde la etapa de gestación las distintas pruebas diagnósticas ya están previniendo posibles riesgos con una proyección determinada: la prevención de la morbilidad y la mortalidad durante el parto.

Por último, aunque no por ello menos relevante, ha sido abundante el número de ocasiones que a lo largo del trabajo de campo ha surgido la categoría de cesárea. Haciendo un repaso al cuaderno de campo he podido estimar que este tipo de parto se ha mencionado en aproximadamente un 70% de las sesiones de observación participante. Aunque la cesárea es un tipo de parto medicalizado, intervenido o instrumental, suele referirse por su nombre y no por alguna de estas categorías de las que depende. Esto podría tener su razón en una extendida preocupación por las elevadas tasas de cesáreas en España y una cierta arbitrariedad percibida por las mujeres a la hora de decidir realizar esta intervención por parte del personal de salud. Según las definiciones biomédicas, la cesárea es un tipo de cirugía mayor expresado por Nieto, Cañete, Valero y Melchor Marcos como “una intervención obstétrica en la que se realiza la extracción del feto por vía abdominal, dejando a un lado la vía natural del parto” (2007:793). Basándonos en las categorizaciones anteriores relativas al parto, la cesárea puede ser considerada como parto medicalizado, intervenido e instrumental. Es un parto medicalizado porque implica una práctica biomédica propia de los saberes expertos como es la cirugía, por lo que inherentemente precisa de la intervención de los profesionales autorizados para su práctica. Asimismo, se requiere instrumental quirúrgico específico para su realización, por lo que también cumple con la categorización de parto instrumental. Se realiza mediante una incisión quirúrgica en el

abdomen y el útero de la mujer embarazada, y puede llevarse a cabo con anestesia local o general, lo cual se determinará a criterio del anestesista⁴². Según la OMS, existe un porcentaje de los partos entre el 10 y el 15% en que la cesárea no sería evitable, sino más bien necesaria para garantizar la salvaguarda de la vida y salud de las mujeres y/o las criaturas. En estos casos el parto fisiológico, normal o natural se presumiría inviable, y siempre estaríamos hablando de un parto medicalizado, intervenido e instrumental. A pesar de que, como mencionaré más adelante, se empieza a ver cierta preocupación por efectuar cesáreas más respetuosas con las mujeres, el activismo social por la desmedicalización del parto mantiene que también en las cesáreas sigue siendo necesario mejorar la calidad asistencial, pues independientemente de las tasas situadas por encima de las recomendaciones oficiales y como veremos en el próximo capítulo, el sobreintervencionismo que implica la cesárea conlleva otro tipo de prácticas biomédicas que han sido catalogadas como violencia obstétrica, tal y como veremos en el capítulo 4.

3.4 Atención al parto en el SNS

A pesar de los esfuerzos de los colectivos de mujeres y profesionales, así como de las organizaciones y asociaciones nacionales e internacionales por mejorar la calidad de la atención biomédica al embarazo, parto y puerperio, en nuestro país el SNS sigue reportando cifras de intervencionismo hospitalario durante el trabajo de parto que continúan siendo denunciadas por estos movimientos. En España, así como en otras sociedades posindustriales, el parto es un evento asistido por personal formado y cualificado para ello y tiene lugar en mayor medida en clínicas u hospitales donde existen unidades construidas específicamente para prestar asistencia sanitaria al parto. Por su parte, aunque en Madrid no hay constancia de su existencia, en algunas ciudades españolas, así como de otros países como Inglaterra, existe una modalidad de atención al parto a caballo entre el parto hospitalario y el parto domiciliario, conocida como casas de parto. Las casas de parto son:

“unidades dirigidas por matronas en las que normalmente la mujer controla su embarazo y su parto sólo con la matrona, sin ninguna visita con el ginecólogo, a no ser que clínicamente lo necesite” (López y Jiménez, 2009:12).

⁴² Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Área de la mujer, *Cesárea*. Página web: <https://sego.es/?p=/areadelamujer/main>

Esta modalidad, adoptada desde el modelo inglés y que en España puede representarse en una de las más conocidas casas de partos, *Migjorn* (Fernández del Castillo, 2014), contempla el seguimiento del embarazo y la atención al parto de mujeres de bajo riesgo en una unidad adscrita a algunos hospitales pero caracterizada, adornada y decorada de forma hogareña para aportar una mayor intimidad y sensación de calidez a la estancia donde las mujeres darán a luz a sus hijos. A finales de los años 70 y principios de los 80 la representatividad de este tipo de atención al parto fue ostentada por el Colectivo de Salud Acuario, en torno al cual, en palabras de Blázquez “se reunieron un grupo de profesionales que se dedicaban a la salud sexual y reproductiva, con un interés explícito en que las mujeres tuvieran el control sobre estos aspectos” (2009:104).

A mediados del siglo XX, el sistema médico ya era reconocido socialmente con poder para la definición teórica del parto, aunque la práctica siguiera en más del 50% en manos de las matronas. La instauración de maternidades y centros de beneficencia, junto con la implantación de los seguros sociales, fue desplazando progresivamente la asistencia domiciliaria de los nacimientos hacia estos espacios. Esto proporcionó, al progreso de la obstetricia, la oportunidad de experimentar sobre los cuerpos de las mujeres, con el resultado de la imposición de criterios médicos estandarizados de cómo debe ser un parto, los tiempos de su duración o el dolor considerado aceptable (Montes, 2012:206). Por otro lado, como hemos visto, el parto hospitalario es el tipo de parto de nuestro contexto más extendido. Asimismo, como veremos en el epígrafe 3.4.2, la literatura institucional más desarrollada en materia reproductiva está orientada a partos hospitalarios, lo que le da a este tipo de atención contextual al parto una mayor presencia y hegemonía como modelo asistencial biomédico. Los hospitales españoles disponen de unidades de maternidad organizadas por equipos multidisciplinares (ginecología, obstetricia, matronería y enfermería, principalmente). “que atienden a la mujer, al recién nacido y a la familia durante el parto y el nacimiento” (Escuret, 2015:66). Estas unidades, conocidas como Maternidades Hospitalarias (MMHH), pueden organizarse de forma secuencial o integrada⁴³.

⁴³ Las unidades secuenciales están organizadas por diferentes salas cuya funcionalidad se basa en los distintos periodos que abarca el parto: dilatación, expulsivo y alumbramiento, añadiendo las salas de recuperación, mientras que las integradas incorporan los procesos de dilatación, expulsivo, alumbramiento y recuperación en un mismo espacio. Son conocidas como Unidades de Trabajo de Parto, Parto y Recuperación (UTPR), y es una tipología cada vez más frecuente en España (MSPS, 2009:66-67).

“La atención hospitalaria al parto se articula alrededor de la maternidad hospitalaria que se define, desde el punto de vista estructural y organizativo, como el espacio en el que se ofrece asistencia multidisciplinar a la mujer, al recién nacido y a la familia en el parto y nacimiento, con locales, instalaciones y equipamiento necesarios para la actividad estimada, por parte del equipo multiprofesional, garantizando las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia, para realizar la actividad” (MSPS, 2009: contraportada).

Asimismo, los hospitales cuentan con un cierto número de quirófanos para los casos de cesárea, tanto programada como de urgencia, así como para los casos en los que la demanda sea tan alta que las unidades maternas no dispongan de camas para todas las mujeres que se encuentren de parto en el mismo momento.

En España existen dos tipologías de hospitales, los públicos y los privados. Ambas tipologías disponen de hospitales con unidades y protocolos de atención al parto, aunque tanto las estadísticas como los registros cualitativos hablan de una notable diferencia en la atención al parto en unos y en otros. Los últimos datos arrojados por el Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social⁴⁴ revelan que en 2016⁴⁵ el total de partos hospitalarios en España fue de 404.542. De ellos, el 79,65% tuvo lugar en hospitales públicos y el 20,35% restante en hospitales privados. El contexto espacial, no obstante, no es la única diferencia entre los partos atendidos en el hospital y aquellos asistidos en el domicilio. Partiendo del hecho de que únicamente los partos hospitalarios están contemplados en el SNS y que solo la asistencia en hospitales públicos se encuentra cubierta por la Seguridad Social, ya tenemos la primera diferencia entre ambas modalidades de atención al parto. A pesar de las facilidades y flexibilidad ofrecidas a las mujeres para afrontar los pagos de un parto domiciliario, sigue siendo una opción costosa y poco accesible para las familias con menos recursos, mientras que un parto en hospital público no repercute en ningún tipo de coste para las familias, y los partos en hospitales privados suelen estar en mayor o menor medida cubiertos por un seguro privado, salvo en los casos particulares en los que se requiera un tipo de asistencia alternativa, como es ejemplo la Unidad de Parto Natural de la Clínica Nuevo Belén⁴⁶. Esta unidad ha venido alcanzando mayor visibilidad y notoriedad entre las mujeres que buscan un parto natural en el contexto de la atención hospitalaria privada. El estudio *Parra-Müller Arquitectura de*

⁴⁴Accesible: <http://peestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/DefaultPublico.aspx>

⁴⁵ Último año del que se dispone de estadísticas oficiales en materia de actividad obstétrica asistencial.

⁴⁶ Accesible: <https://www.hmhospitales.com/prensa/noticias/unidad-de-parto-natural>

*Maternidades*⁴⁷ fue el pionero responsable de diseñar tres unidades integradas de atención al parto en la que las mujeres permanecen desde el ingreso hasta el nacimiento de sus hijos, pensadas para integrar zonas de libre movimiento para las mujeres, bañera de partos, luz artificial regulable y distinto material de apoyo para las mujeres: barra de agarre, pelota, liana, etc.

Por su parte, cada hospital dispone de un distinto protocolo elaborado por el personal sanitario de cada unidad especialista. Las unidades de maternidad cuentan con un protocolo de atención al parto que guía a los profesionales de salud en las actuaciones a seguir según las circunstancias específicas de cada parto. El problema general que pueden presentar los protocolos es que disponen de un carácter genérico que no contempla la multiplicidad de factores que intervienen en la fisiología del parto de cada mujer. Un ejemplo de ello puede ser el protocolo a seguir cuando se presenta a ingreso una mujer con rotura de membranas (bolsa rota). En todos los hospitales el protocolo a seguir es ingresar de inmediato a las mujeres con el fin de evitar posibles infecciones a través del canal vaginal. Igualmente, tras el ingreso, la mayoría de protocolos contemplan la inducción del parto pasadas las 12 horas siguientes a la rotura de membranas si la mujer no se ha puesto de parto de forma espontánea. Algunos protocolos más flexibles valoran la opción de evaluar junto con la mujer su estado y el del feto pasadas dichas 12 horas, dándose la posibilidad de esperar otras 12 horas antes de la inducción para dar tiempo al cuerpo a que inicie el parto espontáneamente. Una cualidad de los protocolos hospitalarios en materia de atención al parto que ha surgido en la investigación ha sido una cierta arbitrariedad a la hora de implementarlos, activarlos y ponerlos en práctica:

“Los protocolos... yo creo que eso es como lo de las leyes, ¿no? Se supone que los protocolos están hechos basados en la evidencia científica, y las hacen, pues... sociedades muy bien documentadas... entonces luego cada jefe de servicio con una serie de personas se reúne, nunca matronas, por supuesto, siempre son... altos... las jerarquías elevadas, y luego eso... se supone que debe tener el aval del comité ético del hospital y demás. Bueno, yo te puedo decir que eso es la teoría. En la práctica hay hospitales que están funcionando sin protocolos. Cuando hay una inspección de Sanidad del ministerio que les exige tener protocolos, entonces hacen un corta-pega de cualquier cosa y dicen ‘ya está, esto es’, pero luego esos protocolos, eh... se llevan a cabo, depende” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

⁴⁷ Accesible: <http://arquitecturadematernidades.com/>

Si tal y como expresa Blanca, la falta de aplicación, de actualización y el desuso de estos protocolos representan una tónica general en los hospitales españoles, convendría resolver que ésta es una cualidad central del modelo de atención al parto de nuestro sistema sanitario. Y que por tanto, la situación de estos protocolos va a suponer una cuestión de base en los argumentos a favor de un modelo de parto más respetuoso. Si un protocolo es una guía sobre el proceder rutinario de los profesionales sanitarios (Hernández, 2009) y se aplica sin apenas rigor científico y metodológico, cabría al menos sugerir que la atención sanitaria al parto encontrará sesgos basados en el propio criterio de cada profesional con el consecuente riesgo de incurrir en posibles malas praxis. Salvo las excepciones de protocolos de baja intervención o de parto respetado, los hospitales madrileños de referencia disponen todavía de protocolos restrictivos y de alta intervención, como puede ser la aplicación del catéter intravenoso de forma rutinaria en el momento del ingreso. Los protocolos de baja intervención contemplan que, ante casos de partos normales, no existe la necesidad de aplicar un catéter de forma inmediata, pudiendo suministrarlo a medida que transcurre el parto en caso de necesidad. En definitiva, los partos hospitalarios todavía hoy transcurren de manera protocolarizada, en mayor o menor medida según la tendencia al hospital a respetar los tiempos, la fisiología del parto y las decisiones de las mujeres. Ingresar de parto bajo protocolo hospitalario implica una universalización de prácticas, rutinas e intervenciones que podrían no ser necesarias en determinadas fases del parto y que pueden someter a las mujeres a las dinámicas de medicalización propias de una atención biomédica (Kitzinger, 1982). Así, desde la perspectiva de Blanca, desde el momento en que un parto es asistido en el hospital, podría catalogarse como un parto intervenido:

“Un parto en el hospital, por muy poco intervenido que sea, es intervenido, porque se sale del lugar cotidiano, se sale ya del sitio, tú vas a... aceptas, simplemente por el hecho de entrar y dar la tarjeta sanitaria ya aceptas una jerarquía. Entonces, sí que es verdad que ahora las intervenciones se hacen justificándoselas, ¿no?, justificándolas mucho, pero desde que entras te tienes que desnudar, te tienes que poner la ropa... hay una cosificación de la mujer. Eh... ‘te ponemos la vía por si acaso, ya estamos con el tema del nocebo, vamos a ponerte el monitor un ratito por si acaso, vamos a comprobar que lo estás haciendo todo bien’... eso en el hospital” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

La jerarquía a la que hace referencia Blanca puede enmarcarse en la teoría antropológica del parto, representativa no sólo del conocimiento autorizado de Jordan,

sino de las estructuras de poder propias de los modelos biomédicos (Davis-Floyd, 2001). Si nos fijamos, este verbatim alude a tres características básicas con las que podríamos partir para definir la asistencia en un parto hospitalario:

- Es intervencionista, pues el simple ingreso en el hospital supondría en sí mismo una intervención a modo de rutinas de internamiento.
- Es jerárquica, pues desde el momento del ingreso los deseos y las decisiones de las mujeres quedarían desplazados a un segundo plano, dependiendo de la permisividad de la autoridad biomédica.
- Es cosificadora, pues las mujeres se ven inmersas en dinámicas de despersonalización que derivan en una centralidad de sus cuerpos y en una resignificación de ellas mismas como sujetos pasivos.

3.4.1 Algunos datos de la Comunidad de Madrid

Como he mencionado, tanto a nivel nacional como autonómico existen dos modalidades de hospitales según la pertenencia al SNS: los públicos y los privados. Los hospitales públicos dependen de las consejerías de salud de cada Comunidad Autónoma, mientras los privados se encuentran financiados, gestionados y dirigidos por empresas del sector privado que mayoritariamente ofrecen sus servicios a través de seguros o mutuas. Asimismo, a caballo entre estas dos modalidades, se encuentran los hospitales públicos de gestión privada, que dependen del SNS pero cuya gestión económica y organizativa ha sido cedida a empresas privadas que normalmente gestionan otros hospitales privados. En cualquier caso, nos centraremos a continuación en las dos modalidades esenciales de asistencia sanitaria en la Comunidad de Madrid, partiendo de una relación de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid (tabla 13). Uno de los principales factores que muestran la diferencia en la atención hospitalaria al parto entre hospitales públicos y privados son las tasas de intervencionismo, concretamente de cesáreas, siendo éstas mayores en los segundos que en los primeros. Conviene adelantar que hasta el año 2007 con la publicación de la *Estrategia de Atención al Parto Normal* (en adelante, EAPN; ver epígrafe 3.4.2) los únicos indicadores para evaluar la calidad asistencial del parto hospitalario eran el número absoluto y las tasas de partos tanto por vía vaginal como por cesárea. De hecho, todavía hoy el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, en su Sistema de Información de Atención

Especializada⁴⁸, únicamente proporciona, en relación a la actividad obstétrica las siguientes medidas para extraer estadísticas relativas a la asistencia especializada en partos: partos vía vaginal e números absolutos, cesáreas en números absolutos, total de partos en números absolutos, nacidos vivos en números absolutos, tasa de cesáreas e índice de fecundidad por 1.000 habitantes. Teniendo en cuenta estas medidas, sería interesante conocer y evaluar datos estadísticos sobre la mortalidad maternoinfantil en los hospitales españoles como factor influyente en la determinación de la calidad asistencial.

Tabla 13. Relación de hospitales públicos de la Comunidad de Madrid

Hospitales públicos de la Comunidad de Madrid		
Baja complejidad	Media complejidad	Alta complejidad
H. El Escorial	H. Gómez Ulla	H. Clínico San Carlos
H.U. del Tajo	H.U. Rey Juan Carlos	H. Fundación Jiménez Díaz
H.U. del Henares	H.U. de Torrejón de Ardoz	H.G.U. Gregorio Marañón
H.U. Infanta Cristina	H.U. de Fuenlabrada	H.U. 12 de Octubre
H.U. Infanta Elena	H.U. Fundación Alcorcón	H.U. La Paz
H.U. del Sureste	H.U. de Getafe	H.U. Puerta de Hierro
	H.U. Infanta Leonor	
	H.U. Infanta Sofía	
	H.U. de Móstoles	
	H.U. Príncipe de Asturias	
	H.U. Severo Ochoa	
	H.G. de Villalba	

Fuente: Observatorio de resultados del Servicio Madrileño de Salud, Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid⁴⁹.

En la siguiente tabla pueden observarse las cifras de partos y la tasa de cesáreas correspondiente a los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid entre 2006 y 2016:

⁴⁸ Accesible: <http://pestatistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicosns/Comun/ArbolNodos.aspx?idNodo=20675>

⁴⁹ Accesible: <http://observatorioresultados.sanidadmadrid.org/HospitalesDatosGeneralesTabla.aspx?ID=86>

Tabla 14. Indicadores en hospitales públicos de la CAM 2006-2016

		Hospitales públicos		
		Cesáreas	Total partos	Tasa de cesáreas ⁵⁰
2006	Madrid	9.900	45.374	21,81
2007		10.600	47.404	22,36
2008		11.143	50.530	22,05
2009		10.753	48.485	22,18
2010		10.813	47.298	22,86
2011		10.100	46.695	21,63
2012		10.127	46.537	21,76
2013		9.209	43.977	20,94
2014		9.792	44.660	21,93
2015		9.222	45.323	20,35
2016		9.102	45.006	20,22

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)⁵¹.

Según la OMS, “las tasas de cesárea superiores al 10% no están asociadas con una reducción en las tasas de mortalidad materna y neonatal” (2015b:4), concluyendo desde 1985 que la tasa ideal de cesáreas debe situarse entre un 10% y un 15%. Como vemos, los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid no han sido capaces en los últimos diez años de acomodar sus propias tasas a las recomendaciones de la OMS, llegando a duplicar la tasa mínima propuesta por el organismo internacional experto. Un dato a tener en cuenta sobre la información disponible en materia de atención al parto de los hospitales públicos es que el SNS no aporta mayores datos que los números absolutos de partos totales, vaginales y cesáreas, así como los nacidos vivos y las tasas de cesáreas. Se desconocen, por tanto, las cifras relativas a intervenciones tales como los partos inducidos artificialmente, maniobras de Hamilton, episiotomías o maniobras de Kristeller (ver epígrafe 4.3), entre otras. Únicamente algunos hospitales públicos de la Comunidad de Madrid han publicado los indicadores de algunas de estas intervenciones. Como señalaba anteriormente, hasta el año 2007 no se empezaron a tener en cuenta otros indicadores en relación a la calidad asistencial al parto más allá de los arriba descritos. Y aunque no procedan de fuentes ministeriales, algunos hospitales como el Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz, han hecho públicos algunos indicadores de sus protocolos de parto respetado (tabla 15). Vemos como a pesar de contar con un protocolo de parto respetado, el Hospital de Torrejón de Ardoz todavía mantenía en 2015 altos índices de cesárea en comparación con las recomendaciones de la OMS.

⁵⁰ Las celdas correspondientes a la tasa de cesáreas de los años 2006, 2007, 2008 y 2009 han sido calculadas personalmente debido a que durante esos años dicho dato no se encontraba disponible.

⁵¹ Accesible: <http://pestadistico.inteligenciadegestion.msssi.es/PUBLICOSNS>

Tabla 15. Indicadores de intervención Hospital de Torrejón de Ardoz 2015

Indicadores de calidad de programa de parto respetado 2015	
Número de nacimientos	2434
Prematuridad (< 36.6)	6.69%
Partos gemelares	30
Uso de oxitocina en dilatación	43.22%
% Inducción	29.08%
Tipos de parto	Eutócico 63.86%
	Cesárea 18.38 %
	Instrumentales 17.76%
Índice de analgesia epidural	Parto con epidural 62.4%
	Parto con raquídea 9.07%
	Anestesia general 1.1%
	Sin epidural 27.43%
Posturas expulsivo	Semiflower 31.3%
	Litotomía 14.9%
	Decúbito lateral 5.01%
	Silla de partos 9.53%
	Cuadropedia 2.87%
	Bipedestación 1.39%
Desgarros	Bañera 1.84%
	Grado III 0.98%
	Grado IV 0.16%
Episiotomía	12.11%
Inmersión en bañera durante parto	3.04% (60.8% de ellas con expulsivo en agua)
Pacientes con 2 cesáreas previas (29)	3 Parto vaginales
	1 cesárea emergente
	86%CS programada
Pacientes con 1 cesárea previa	17.9% CS programada
	72.41 % parto vaginal

Fuente: Hospital de Torrejón de Ardoz⁵².

Llama la atención el elevado indicador de uso de oxitocina en dilatación, lo que se traduce en que en casi la mitad de los partos se utilizó esta técnica farmacológica con el objetivo de acelerarlos, así como la tasa de inducción al parto del 29,08%, cuando la OMS aseguró que “ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%” (1985). Que estas elevadas tasas de intervencionismo se produzcan bajo un protocolo de parto respetado nos hace cuestionarnos dos aspectos clave a la hora de entender la asistencia al parto en los hospitales madrileños. En primer lugar, ¿cuáles serán las tasas bajo protocolos de parto de alto riesgo? Desafortunadamente, no disponemos de indicadores similares en otros hospitales públicos con estas modalidades de protocolo de atención al parto. Por otro lado, si nos enmarcamos en protocolos basados en una premisa de mínima intervención, ¿qué

⁵² Accesible: <http://www.hospitaldetorreon.es/especialidad-interna/indicadores-de-calidad-programa-parto-respetado/4/46/>

factores están interviniendo para que las tasas recomendadas por la OMS no puedan ser cumplidas?

En su memoria de actividades, el Hospital 12 de Octubre de Madrid, que cuenta con un programa de parto de mínima intervención para gestantes de bajo riesgo, únicamente aporta las cifras de 2017 correspondientes a la totalidad de los partos asistidos y la tasa de cesáreas, que en dicho año fue del 23,28% (Hospital Universitario 12 de Octubre, 2017). Otro de los hospitales de referencia en materia de protocolo de parto respetado es el Hospital Universitario Rey Juan Carlos de Móstoles. Por su parte, en 2017 se publicaron los indicadores relativos a la asistencia al parto de dicho año:

Tabla 16. Indicadores de intervención H.U. Rey Juan Carlos 2017

Estadísticas paritorio Hospital Universitario Rey Juan Carlos 2017	
Total partos	2,186
Cesáreas	263 (12,03%)
Cesáreas humanizadas	71,4%
Cesáreas no humanizadas	28,5%
Partos vaginales	1.923 (87,97%)
Parto eutócico	79,24%
Parto instrumental	8,73%
Ventosa	5,76%
Espátula	0,32%
Fórceps	2,65%
Episiotomía	12,4%
Partos en el agua	1,7%
Posición expulsivo	
Talonerías/Semisentada	48,6%
Decúbito supino	15,6%
Litotomía	25%
Decúbito lateral	7,5%
Cuadrupedia	1,5%
De pie/cuclillas	1,5%
Piel con piel madre	93,8%
Piel con piel padre	2,6%
No piel con piel	3,6%
Anestesia	
Epidural	77,7%
General	1,2%
Intradural	5,4%
No anestesia	15,2%

Fuente: Hospital Rey Juan Carlos⁵³.

⁵³ Accesible:

http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142532366970&language=es&pagename=Hospital12Octubre%2FPágina%2FH12O_contenidoFinal

En este caso se puede comprobar que las cifras de intervención del Hospital Rey Juan Carlos sí cumplen o se aproximan a los estándares recomendados a nivel internacional para una adecuada asistencia al parto. Es interesante, sin embargo, observar que el hospital discierne entre cesáreas humanizadas y no humanizadas, lo que podría interpretarse como una asunción de la existencia de posibles malas praxis durante la práctica del 28,5% de las cesáreas, así como un interés en mejorar dicho indicador para garantizar una mejora a futuro.

Por otro lado, el SNS no ofrece información relativa a las clínicas y hospitales privados existentes en la Comunidad de Madrid. A lo largo de la investigación se han podido recoger los hospitales y clínicas con atención al parto más nombrados por las mujeres que los conocen. Algunos cuentan con opciones de parto respetado o de baja intervención, pero según se ha reportado durante el trabajo de campo, estas opciones no vienen cubiertas por los seguros privados.

Tabla 17. Relación de algunos hospitales y clínicas privados

Hospitales privados con asistencia al parto de la C.A.M.	
Hospital/Clínica	Grupo empresarial de dependencia
Hospital San José	Quirón Salud
Hospital Ntra. Sra. Del Rosario	Independiente
Hospital HM Nuevo Belén	HM Hospitales
CumAqua	Independiente
Bmum	Independiente

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

De los cinco centros señalados en la tabla 17, únicamente el Hospital Nuevo Belén publica los indicadores de atención obstétrica entre 2014 y 2017. Curiosamente, estos indicadores publicados corresponden a la Unidad de Parto Natural, pero no conocemos las cifras de la atención habitual al parto fuera de esta unidad (tabla 18). He resaltado en negrita los indicadores referidos a las tasas de cesáreas, inducciones y episiotomías a modo de ejemplo para la realización de un breve análisis al respecto. Vemos cómo en la mayoría de los casos las tasas de cesáreas se encuentran dentro del intervalo de recomendación propuesto por la OMS, sin embargo esta tasa se enmarca en una unidad específicamente preparada para intervenir en la menor medida posible, lo que me lleva a presuponer que las tasas de cesárea en las unidades de atención más frecuente al parto serán más elevadas. Llamamos de igual modo la atención los indicadores de inducciones con respecto a las recomendaciones internacionales. Vemos que en 2017 se consiguió reducir en un 8% la tasa de inducciones al parto, pero un efecto similar ocurrió en 2015 sin posibilidad de prevenir una subida del 9% entre dicho año y 2016,

lo que se podría traducir en una inestabilidad de los indicadores que por tanto no garantiza una mínima intervención.

Tabla 18. Indicadores de intervención Hospital HM Nuevo Belén 2014-2017

Unidad de parto de baja intervención HM Nuevo Belén					
	2014	2015	2016	2017	Total
Parto vaginal	146	202	203	202	753
Cesáreas	26	28	44	28	126
Total	172	230	247	230	879
% Cesáreas	15%	12%	18%	12%	14%
Nulíparas	46%	56%	62%	57%	56%
Cesárea anterior	15%	5%	5%	12%	9%
Parto en cesáreas anteriores	64%	88%	60%	93%	77%
Inducciones	26%	20%	29%	21%	24%
Cesáreas en inducciones	27%	21%	29%	19%	24%
Epidural	53%	48%	39%	46%	46%
Episiotomías	3%	6%	8%	6%	6%
Partos instrumentales	13%	13%	9%	12%	12%
Expulsivo en el agua	1%	9%	14%	14%	10%

Fuente: Hospital HM Nuevo Belén⁵⁴.

Por su parte, las clínicas y hospitales privados suelen caracterizarse, a diferencia de los públicos, en que el personal de obstetricia y ginecología suele ser el mismo durante todo el seguimiento del embarazo, y si así es posible, en la atención al parto. Las mujeres pueden seleccionar qué especialista en concreto llevará sus embarazos y partos, lo que les permite conocer al profesional que las atenderá desde antes del parto. Esta opción, sin embargo, no es fiable en su totalidad, pues la presencia del especialista durante el parto dependerá de la disponibilidad horaria y de agenda del mismo, no pudiendo encontrarse presente en periodo de vacaciones, por ejemplo. En muchas ocasiones, ante una previsible ausencia del profesional médico, éste opta por proponer una inducción del parto a las mujeres para asegurar su presencia, lo que contribuiría a aumentar los indicadores de intervencionismo durante el parto en este tipo de instituciones (Foradada, 2006). La única intervención enmarcada en la atención institucional privada al parto de la que se pueden obtener datos oficiales es la cesárea. En la siguiente tabla muestro la diferencia tanto en números absolutos de partos como en tasa de cesáreas dentro de los hospitales privados de la Comunidad de Madrid entre 2006 y 2016. Como se puede observar, la tasa de cesáreas en hospitales privados de la

⁵⁴ Accesible: <https://www.hmnievobelen.com/especialidades/recien-nacidos-y-partos/parto-natural-y-parto-en-el-agua-parto>

Comunidad de Madrid en 2016 fue un 13,12% superior a la que tuvieron los hospitales públicos en el mismo año, llegando incluso a triplicar la tasa mínima recomendada por la OMS:

Tabla 19. Indicadores en hospitales privados de la CAM 2006-2016

		Hospitales privados		
		Cesáreas	Total partos	Tasa de cesáreas ⁵⁵
2006	Madrid	9.628	27.910	34,50
2007		9.525	27.955	34,07
2008		9.808	28.584	34,31
2009		9.863	28.504	34,60
2010		9.549	27.677	34,5
2011		9.034	27.327	33,06
2012		8.405	25.115	33,47
2013		7.749	22.924	33,8
2014		7.522	22.422	33,55
2015		7.043	21.181	33,25
2016		6.825	20.470	33,34

Fuente: Sistema de Información de Atención Especializada (SIAE)

La asociación *El Parto es Nuestro* apunta a tres factores relacionados con el tipo de asistencia ofrecida en las distintas tipologías de hospitales como causas de que en el sector privado se recojan índices notablemente más elevados de inducciones, cesáreas y partos instrumentales. Estas causas son descritas aparte de las propias del transcurso natural del parto, que en ocasiones requiere de intervenciones para garantizar el bienestar de la madre y el bebé. En primer lugar, apuntan a una menor presencia de la matrona en las clínicas privadas y a su papel secundario en el momento del parto. Esto implicaría que es el personal de obstetricia y ginecología quien “asume su función”⁵⁶. Durante el panel *Salud, derechos y mujeres: perspectivas antropológicas en torno al embarazo, el parto y el puerperio* (Murialdo, 2018) que tuvo lugar durante el IV Congreso Internacional de Antropología AIBR, se concluyó entre los asistentes durante el debate posterior a la presentación, que la transmisión de saberes en la comunidad médica tiene un carácter altamente práctico, que inclina a los especialistas médicos a intervenir en los partos de forma mucho más considerable que el personal de matronería, lo que podría justificar los apuntes a la mayor presencia de médicos como causa de las altas tasas de intervencionismo en los partos en el sector privado. Si esto lo sumamos a los

⁵⁵ Ibídem a referencia 50.

⁵⁶ El Parto es Nuestro: “El parto hospitalario: Sanidad pública y/o privada”, <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/el-parto-hospitalario-sanidad-publica-yo-privada> (consultado el 02/10/2018)

distintos motivos que muestran los profesionales sanitarios para cumplir con la rigidez de los protocolos hospitalarios (Blázquez, 2009:215-218), puede afirmarse la gran dificultad que pesa sobre la práctica obstétrica para ‘no hacer nada’, es decir, para mantener una actitud expectante y de escucha activa hacia la mujer en lugar de intervenir en todo momento. Por último, ya que la facturación del sector privado depende del número y tipología de las intervenciones médicas que se efectúan, durante el trabajo de campo se pudo observar entre las participantes un argumento que denuncia un interés económico detrás del alto número de cesáreas al tratarse de cirugías mayores cuya cuantía asciende notablemente por encima de otras intervenciones ambulatorias, ya que “se ha observado mayor probabilidad de cesáreas cuando los médicos cobran por acto que cuando cobran un salario fijo, así como en las mujeres con seguros médicos privados” (Johanson *et al.*, 2002; Sarriá-Santamera, 2003; citados en García, 2018:222).

3.4.2 Contexto normativo legislativo

Tal y como explica Escuriet en su repaso sobre las características asistenciales al parto en distintos países de la OCDE, desde hace algo más de diez años comienza a verse una preocupación institucional por mejorar la calidad de la atención al parto en el ámbito hospitalario en España, por lo que se van a ir publicando diversas guías y estrategias para avanzar en la mejora de la prestación sanitaria hospitalaria en materia reproductiva (Escuriet, 2015:66). Resulta pertinente comenzar este epígrafe destacando el marco legal en el que los agentes relacionados con el objeto de esta investigación se basan a la hora de expresar y defender los derechos de las mujeres en el contexto de la atención institucional a sus procesos reproductivos. En el año 2002 la Jefatura de Estado publica, en el Boletín Oficial del Estado, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Los principios básicos que rigen el texto y que servirán de pilar argumental para poner de manifiesto el derecho de las mujeres a la autonomía, información y decisión respecto a la asistencia durante sus partos están orientados a reinterpretar el rol de los pacientes como entidades responsables del tratamiento sanitario de sus patologías y procesos fisiológicos:

- “1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.
3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida” (Jefatura del Estado, 2002:3).

De estos principios legislativos, aquellos que mayor repercusión y relevancia tienen en el campo de estudio y en los discursos observados son los de autonomía, el consentimiento informado, el derecho a la negación y el derecho a la decisión. Pero este texto legal abarca todos los ámbitos de la prestación sanitaria y no legisla de forma específica en relación a los derechos de las mujeres respecto a la atención de sus procesos reproductivos. Para complementar este marco legal, otro texto de referencia empleado en los contextos de activismo de parto respetado es la EAPN. En el año 2007 se publica este texto coordinado por el Observatorio de Salud de la Mujer y publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo, y marca un antes y un después en cuanto a las consideraciones estatales en materia de atención al parto. El documento, elaborado a partir de contribuciones de profesionales expertos desde los diferentes ámbitos autonómicos, así como desde sociedades como la SEGO o la FAME, asociaciones de mujeres feministas, nace para dar respuesta a las demandas sociales y profesionales sobre una mejora en la calidad asistencial al parto hospitalario:

“Cada vez más, las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones, y en las mejores condiciones para ellas y las criaturas” (MSC, 2007:13).

La publicación de la EAPN en 2007 implica un cambio de proyecciones en el marco de los organismos sanitarios públicos en cuanto a los objetivos a cumplir en materia de asistencia profesional al parto institucional. El texto contempla las recomendaciones de la OMS o información extraída de la base de datos Cochrane⁵⁷, entre otras fuentes oficiales, comparándolas con las últimas estadísticas publicadas relativas a las prácticas e intervenciones más representativas de la instrumentalización, medicalización y patologización del parto. La EAPN refleja una idea de cómo debe ser la atención al parto bastante acorde con la definición aportada en la página 98:

“La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que las y los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres” (MSC, 2007:33).

Concretamente, la EAPN señala las mejoras a realizar y las recomendaciones a tener en cuenta en relación a la práctica rutinaria del rasurado del periné, la administración de enema, el acompañamiento durante el parto, el periodo de dilatación, la gestión del dolor, la posición de las mujeres durante la fase de expulsivo, la episiotomía y la cesárea, entre otros. Los movimientos en defensa del parto respetado suelen hacer referencia a esta estrategia, y a partir de este momento, los textos más relevantes en materia de asistencia al parto, como veremos a continuación, se dejaron guiar por ella como punto de partida, convirtiéndola en paradigma de los objetivos a cumplir con la toma de medidas y acciones relativas a la asistencia sanitaria al embarazo, parto y puerperio. Ivana explicó en su entrevista cómo la EAPN supuso un punto de inflexión o transición en las formas de entender no sólo el parto como evento fisiológico, sino también el papel que los profesionales debían jugar en su atención:

“Yo creo que a raíz de la Guía del Parto Normal y del Ministerio que es del 2007 creo, ahí ya sí que se empezó a plantear que las cosas no podían ser como las estábamos haciendo. Y muchas de las que iban saliendo sí que salían con esa conciencia de que hay que hacer las cosas de otra manera: más respetuosa, dando más tiempo... y priorizar un poco esa parte, más que toda la parte médica, y la parte de hacer todos los tecnicismos,

⁵⁷Accesible: <https://www.cochranelibrary.com/>

que antes era como muy... eso, romper la bolsa, poner monitor interno, confiar mucho en todas las tecnologías médicas en vez de confiar en la fisiología del parto” (Ivana, 29 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E11).

El texto cuenta con tres ejes transversales en torno a los cuales se han establecido las estrategias y recomendaciones a seguir en la atención al parto: la diversidad de capacidades, la multiculturalidad y la perspectiva de género. En base a estos tres ejes, se entiende que la atención al parto debe ser adaptada en función de las distintas capacidades de las mujeres, debe incluir una visión intercultural para facilitar el acceso a los servicios de mujeres migrantes y debe tener presente la paulatina pérdida de protagonismo que las mujeres han ido experimentando en los últimos siglos “proporcionalmente a la intervención de profesionales sanitarios especializados” (MSC, 2007:32). A partir de la publicación del texto, diversas guías ministeriales se fueron editando enmarcadas en las recomendaciones que la EAPN realizó en 2007, por lo que se puede considerar el marco de referencia de consejos oficiales en materia de atención al parto. No obstante, sí es importante tener en cuenta algunas carencias de la EAPN que ya señaló Blázquez (2009:265-270), y que pudieron servir en su momento como cierto vaticinio del futuro de esta estrategia. A día de hoy, desde el activismo de parto respetado con el que he trabajado en la investigación, se elevan numerosas voces sobre la falta de aplicación y de contundencia que la EAPN ha tenido en la atención obstétrica española. Aunque bien es cierto, tal y como señalaba Ivana, que el texto supuso un punto de inflexión en la manera en que era entendida la atención al parto dentro del SNS y que se han elaborado y modificado determinados protocolos hospitalarios de acuerdo a unas cuantas recomendaciones en él propuestas, todavía es frecuente observar una gran insatisfacción con la falta de consideración que muchos hospitales y profesionales están teniendo con la estrategia, tales como:

- Falta de registro estadístico de realización de determinadas prácticas o intervenciones en cada hospital (episiotomía, maniobra de Kristeller, posición en litotomía, rasurado, separación madre-bebé, etc.)⁵⁸.
- Opacidad en la historia clínica y en el informe de parto de las mujeres respecto a las intervenciones realizadas.
- Obsolescencia en determinados protocolos hospitalarios de atención al parto.
- Continuidad en la realización rutinaria de prácticas como la maniobra de Hamilton, la amniotomía artificial o la episiotomía.

⁵⁸ Ver epígrafe 4.3.

- Falta de cumplimiento de las tasas de cesáreas recomendadas por la OMS.

En 2009, el Ministerio de Ciencia e Innovación editó *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática* (Maceira, Salgado y Atienza, 2009), en el que participaron diversos especialistas en ginecología y obstetricia, matronería, pediatría, enfermería, farmacia, medicina preventiva y salud pública y anestesiología de distintos hospitales e instituciones españolas. El texto incluye una descripción de los tipos de parto y los factores de variabilidad entre los mismos en España entre 2001 y 2006, así como las tasas de intervención realizadas en contraste con las demandas socioprofesionales de los últimos años. Asimismo, incorpora una revisión sistemática:

“sobre el estado de conocimiento actual de la efectividad y seguridad de aquellos aspectos relacionados con el parto normal en mujeres de bajo riesgo y establecer conclusiones basadas en la evidencia para su utilización en la práctica clínica” (MCI, 2009:17).

A pesar de que este texto alude en numerosas ocasiones a la EAPN como referencia a la hora de determinar las buenas praxis relativas a determinadas prácticas, me resulta destacable la referencia a la definición de parto normal de la FAME (MCI, 2009:71), relacionando posteriormente este término con el factor de las mujeres con embarazo y previsible parto de bajo riesgo. Otro de los marcos de referencia para la elaboración de este texto fue la guía británica del NICE⁵⁹ (*National Institute for Health and Clinical Excellence*). En la página siguiente (tabla 20) se muestra una comparativa de algunas recomendaciones sugeridas por la EAPN y de las conclusiones relacionadas que resuelve la APMS. Es notoria una inclinación a amortiguar los efectos que la excesiva medicalización y el alto intervencionismo en los partos tienen en la experiencia de parto de las mujeres. Los principios de información, decisión y autonomía emergen como prioridades transversales a toda la atención sanitaria desde el ingreso hasta el momento del alta. La estructura del texto para la obtención de estas conclusiones está formada por una serie de interrogantes para cuya respuesta se establecen las fuentes científicas y documentales consultadas para contrastar los datos científicos disponibles. Ante cada interrogante se presenta la justificación, la evidencia encontrada, una discusión al respecto y las conclusiones.

⁵⁹ Accesible: <https://www.nice.org.uk/>

Tabla 20. Comparativa EAPN-APMS.

	EAPN 2007	APMS 2009
Acompañamiento	<p>“Permitir y alentar a todas las mujeres, si lo desean, a que cuenten con personas de apoyo durante todo el proceso de modo ininterrumpido, facilitando que el acompañamiento se inicie desde las etapas más tempranas del mismo.</p> <p>Promover una política institucional que permita a las gestantes elegir libremente a las personas de su entorno que las acompañen de forma continua durante todo el proceso del parto”.</p>	<p>“En comparación con la atención habitual, el acompañamiento de la mujer durante el trabajo de parto favorece los partos vaginales espontáneos y reduce el número de cesáreas y partos vaginales instrumentados, aunque en menor medida que únicamente el apoyo personal y continuo”.</p> <p>“Las mujeres que reciben un apoyo continuo presentan menor probabilidad de recibir analgesia, de presentar un parto vaginal instrumentado o una cesárea, menor insatisfacción y mayor probabilidad de un parto vaginal espontáneo”.</p>
Tactos	<p>“Limitar el número de tactos vaginales a los mínimos imprescindibles, aconsejando no realizar más de uno cada 3 horas si no se considera necesario”.</p>	<p>“El número de tactos vaginales es un factor muy relacionado con la infección materna o neonatal, existiendo mayor riesgo a mayor número de exploraciones vaginales”.</p>
Manejo del dolor	<p>“Informar a las mujeres sobre los diferentes métodos para el alivio del dolor, sus beneficios y potenciales riesgos. No realizar analgesia de rutina; ofrecer a las mujeres la posibilidad de elegir un método si lo desean.</p> <p>Permitir que las mujeres estén acompañadas durante el trabajo de parto y parto.</p> <p>A aquellas mujeres que no desean emplear fármacos durante su trabajo de parto, se les deberá informar acerca de la evidencia disponible respecto a métodos no farmacológicos”.</p>	<p>“La analgesia epidural parece ser el método más eficaz para el alivio del dolor durante el parto, aunque se asocia a segundas etapas más prolongadas y a incrementos de los partos instrumentados, de inducción con oxitocina y de hipotensión materna”.</p>
Posturas	<p>“Alentar a las mujeres a tomar decisiones informadas acerca de la posición que consideren más cómoda.</p> <p>Decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.</p> <p>Capacitar al personal sanitario que asiste el parto en las diferentes posiciones”.</p>	<p>“No existe evidencia de calidad que permita recomendar la movilidad o una determinada posición en la primera fase de parto, por lo que la mujer deberá adoptar aquella postura en la que se encuentre más cómoda”.</p>
Piel con piel	<p>“La criatura recién nacida sana y su madre deben permanecer juntas tras el pararse en ningún momento si el estado de salud de la madre lo permite.</p> <p>Inmediatamente después del parto, la criatura recién nacida se coloca sobre el abdomen de la madre, se la seca y se cubre con una toalla seca”.</p>	<p>“El contacto piel con piel entre madre y recién nacido tiene beneficios sobre la duración de la lactancia, la termorregulación del neonato y los vínculos madre-hijo”.</p>

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

El argot, por tanto, es más tendente a la objetividad científica que a un posicionamiento partidario en cuanto al respeto durante el parto por parte del personal de salud, y en varias ocasiones destaca las ventajas de cierto nivel de medicalización durante el parto:

“Las mujeres que reciben analgesia, en comparación con las que no la reciben, presentan unas primeras etapas del parto más cortas. Un mayor porcentaje de mujeres sin analgesia epidural describieron el parto como muy doloroso” (MCI, 2009:98).

También en 2009, el Ministerio de Sanidad y Política Social publicó la guía *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*, incluyendo la colaboración de diversos profesionales sanitarios y miembros de agrupaciones como *El Parto es Nuestro*, la FAME o la SEGO. El texto se encuentra orientado a la práctica asistencial en el contexto de los partos hospitalarios, concretamente en las unidades conocidas como maternidades hospitalarias, unidades diseñadas y estructuradas específicamente para atender los procesos de parto, presentadas más arriba.

“El hospital con maternidad hospitalaria deberá observar y respetar los derechos de las usuarias, los recién nacidos y familiares recogidos en la legislación sanitaria vigente y, en particular, lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la Carta europea de los derechos de las niñas y niños hospitalizados” (MSPS, 2009:14,43).

Así como la guía referida en el epígrafe anterior, *Maternidad Hospitalaria* también se enmarca en el contexto de las recomendaciones de la EAPN, tal y como destaca en su introducción:

“La ‘Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud’ impulsa un profundo cambio en el modelo de atención al parto, basado en la evidencia científica y, por tanto, atento a las necesidades de la parturienta y del ser humano recién nacido (RN), respetuoso con la fisiología del parto y del nacimiento, defensor del menor intervencionismo posible, de la personalización de la atención, así como del principio de autonomía de las mujeres.

La incidencia que la asistencia hospitalaria al parto tiene sobre la calidad de vida de las mujeres y los RN, el reconocimiento del derecho a la libre elección informada por parte de las mismas^{1, 2}; la necesidad, basada en la evidencia científica, de respetar la fisiología del parto^{1, 3}, así como la necesidad de concebir una atención integral a la familia, induce

a una reflexión sobre la mejor forma de organizar, gestionar y, por tanto, concebir estructural y funcionalmente la atención hospitalaria al parto” (MSPS, 2009:23).

La naturaleza de las recomendaciones de esta guía es más protocolaria que las anteriores, estableciendo una serie de estándares estructurales y funcionales a lo largo de la asistencia a las mujeres durante su ingreso a las distintas maternidades hospitalarias. Las principales cuestiones de este documento ya no están orientadas a determinadas prácticas concretas, sino a cómo entender cuestiones de atención como la toma de decisiones, el papel del consentimiento informado, el papel activo de las mujeres, la postura a adoptar ante determinados riesgos o la relevancia de la figura de la matrona.

En el año 2010, el Ministerio de Sanidad y Política Social publica, en autoría y colaboración de distintos profesionales sanitarios, asociaciones como la SEGO y la FAME y asociaciones como EPEN, la ‘Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal’. Vemos cómo categorías como el respeto, la información o la toma de decisiones cobran notoria relevancia:

“Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados” (MSPS, 2010:23).

Vemos también cómo la EAPN sigue posicionándose como el marco de referencia en cuanto un cambio paradigmático en la atención sanitaria al parto basado en la concepción del parto como proceso fisiológico:

“En nuestro país, la Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, consensuada por todas las CCAA, está impulsando una profunda transformación en el modelo de atención al parto. Este cambio, que podríamos denominar paradigmático, pretende un nuevo modelo cuyos principios rectores serían la consideración del parto como un proceso generalmente fisiológico y la pertinencia de ofrecer una atención personalizada e integral que contemple tanto los aspectos biológicos como los emocionales y familiares, basada en la evidencia científica y respetuosa con el protagonismo y el derecho a la información y a la toma de decisiones informadas que la legislación reconoce a las mujeres” (MSPS, 2010:36).

Si la fisiología del parto se enmarca en una guía relativa al parto normal, podría plantearse que dicha normalidad fisiológica puede tener que ver con la conceptualización del parto natural. Esta premisa nos conduciría a resolver que parto fisiológico, parto normal y parto natural son el mismo tipo de parto, y que su característica transversal es la no presencia de ningún tipo de intervención médica. Para sustentar las recomendaciones de la guía, el texto también hace alusión a la guía NICE, que incluye expresiones favorables al trato respetuoso por parte del personal de salud en sus partos:

“La relación entre la mujer y la persona que atiende el parto, tiene una fuerte influencia sobre su experiencia en el parto. Las mujeres consideran el hecho de ser tratadas de manera individualizada, con respeto y afecto lo más importante” (MSPS, 2010:44).

“Las mujeres en trabajo de parto deben ser tratadas con el máximo respeto, disponer de toda la información y estar implicadas en la toma de decisiones. Para facilitar esto, los profesionales sanitarios y el resto del personal que le atienden, deberán establecer una relación empática con las mujeres, preguntarles por sus expectativas y por sus necesidades, para poder apoyarlas y orientarlas, siendo en todo momento conscientes de la importancia de su actitud, del tono de voz empleado, de las palabras utilizadas y de la forma en que se proporcionan los cuidados” (ibídem).

Es destacable cómo la categoría de respeto está presente en todas las publicaciones oficiales en materia de atención al parto desde la publicación de la EAPN, y cómo su presencia durante la asistencia de las mujeres está relacionada con mejores experiencias no sólo con el parto sino también con las instituciones y los profesionales presentes durante el mismo. A pesar de que este texto está orientado a la implementación de buenas prácticas en el cuidado de los recién nacidos desde el momento de su nacimiento, he considerado que esta publicación del Ministerio de Sanidad y Política Social del año 2010 incluye una de las consideraciones que como se verá más adelante, está directamente relacionada con el parto respetado:

“El contacto piel con piel, inmediato tras el parto, entre el recién nacido sano y su madre favorece el establecimiento de la lactancia materna, la vinculación madre-hijo, la estabilidad cardiorrespiratoria del neonato y disminuye además el tiempo de llanto. Ha de respetarse, por tanto, el tiempo mínimo de contacto piel con piel del recién nacido con su madre tras el parto, antes de proceder a la vacunación, y éste no debe ser inferior a 50-120 minutos” (MSPS, 2010(2):72).

El contacto piel con piel cuestiona la práctica tradicional de separar a los recién nacidos de sus madres con el objetivo de mantenerlos en observación durante las primeras horas o días de vida. Así, se muestra que una mejor atención al parto debe implicar en la medida de lo posible, la garantía de que madre y bebé se mantendrán en contacto físico para facilitar la adaptación del recién nacido al nuevo entorno.

En 2011, en el marco de la EAPN y de la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad publica el *Plan de Parto y Nacimiento*, en colaboración con la Agencia de Calidad del SNS y el Observatorio de Salud de las Mujeres. Se trata de un documento redactado a modo de formulario donde las mujeres pueden expresar sus deseos en relación a determinadas cuestiones del parto en las que se supone deben tener capacidad de información y decisión. Si el hospital lo permite, las mujeres pueden hacer entrega del texto para ser adjuntada a su historia clínica y mantener una copia para llevar el día del parto. El objetivo del plan de parto es que el equipo de profesionales que se encuentren de guardia en el momento de ingreso de las mujeres, puedan disponer de una referencia a la hora de conocer las preferencias de las mujeres en cuanto a la asistencia y la atención de sus partos. Así se pone de manifiesto en la introducción:

“Este plan de parto es un documento en el que la mujer puede expresar sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso de parto y nacimiento. Disponer de esta información por escrito será de gran ayuda para el equipo profesional que atiende en el momento del parto, facilitará la comprensión del proceso y la participación activa tanto de la mujer como de su pareja o acompañante, y evitará tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la mujer se halla centrada en el proceso vivencial” (MSPSI, 2011:3).

¿Cuáles son estas preferencias? El documento recoge algunos de los aspectos relativos al parto que más relevancia tienen en el marco de la EAPN en base a las últimas recomendaciones de la OMS. A modo de ilustración, la tabla 21 muestra algunas de las opciones que se proponen a las mujeres:

Tabla 21. Algunas recomendaciones del plan de parto

Aspecto del parto	Recomendaciones
Acompañamiento	Durante mi parto, deseo estar acompañada por “_____”. No deseo estar acompañada por “_____”.
Espacio físico	Desearía usar mi propia ropa..... <input type="checkbox"/> Desearía usar ropa facilitada por el hospital..... <input type="checkbox"/>
Lugar y posición	Prefiero “_____”.
Dolor	No deseo (en principio) ningún tipo de analgesia farmacológica.... <input type="checkbox"/> En principio deseo analgesia epidural. Se precisa la cumplimentación del documento de consentimiento informado antes de su utilización..... <input type="checkbox"/> Prefiero otros tipos de analgesia (...) <input type="checkbox"/>

Fuente: “Plan de parto y nacimiento”, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011).

Como veremos en el capítulo 5, el plan de parto es un elemento indispensable recomendado a las mujeres en los procesos de parto respetado. Y aunque la versión del MSPSI es la oficialmente publicada, las mujeres pueden entregar planes de parto libremente redactados por ellas mismas, y algunos hospitales proporcionan su propio modelo para facilitar el trabajo de equipo profesional.

Por último, el texto *Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia* (MSSSI, 2012) incluye una serie de artículos de científicas como Concepción Alba, Isabel Aler e Ibone Olza relacionados con la atención al parto, así como un capítulo dedicado a relatos experienciales de algunas mujeres. En su introducción se vuelve a poner hincapié en que la EAPN y la *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*:

“También resaltan el respeto a la fisiología del embarazo, parto, nacimiento, lactancia y puerperio, que debe presidir toda atención sanitaria, y que cualquier intervención debe ser valorada para ser aplicada sólo si ha demostrado beneficio y está de acuerdo con las necesidades y deseos de cada mujer. Se trata de ofrecer una atención de excelencia, científica, personalizada, que contemple la identificación de riesgos psicosociales y necesidades específicas, que contribuya a capacitar a las mujeres para tomar decisiones informadas, a mejorar su conocimiento acerca del proceso y a proporcionar preparación maternal y paternal, ofreciendo apoyo continuado y por profesionales capacitados/as” (MSSSI, 2012:11).

Lo interesante de este texto es que incluye testimonios reales que dan cuenta de la necesidad que tienen las mujeres tanto del trato respetuoso como del respeto a la fisiología de sus partos. Ahora bien, ¿cuál sería la lectura a realizar tras la exposición de todos estos textos que pretenden modificar las pautas de actuación en la atención

institucional al parto en España? A lo largo del capítulo he procurado realizar un mapa del panorama actual de la asistencia sanitaria hegemónica al parto, articulando las principales características que definen el modelo más extendido: el institucional. En el epígrafe que sigue pretendo exponer cuál es esta cultura biomédica de atención al parto, cuáles son sus características principales y cuál es la relación que se desprende con los movimientos en defensa del parto respetado.

3.5 Aproximación a la cultura biomédica de atención al parto

Hasta ahora he venido mencionando un modelo de atención al parto hegemónico y biomédico. Al hablar de un modelo hegemónico me refiero a un modelo vastamente extendido en nuestra cultura, no solamente en la práctica institucional de atención al parto, sino en el extendido y generalizado reconocimiento de la imperante biomedicina como única perspectiva válida en el tratamiento de las cuestiones relativas a la enfermedad y la salud. Pero la categoría de ‘modelo’ se me antoja más bien pragmática, cuando las formas de asistir a las mujeres en los partos disponen de categorías culturales más amplias que las meramente reducidas a la práctica y los saberes expertos. Si tal y como afirmaba Kleinman, la biomedicina es una cultura en sí (1980), cabría hablar de una cultura biomédica de atención al parto (CBAP). Esta categoría complementaría las dimensiones pragmáticas del modelo y le asignarían categorías culturales que harían de la biomedicina del parto una cultura en sí. De este modo, esta cultura incorporaría ciertas creencias, actitudes, valores e interpretaciones que dotarían a la práctica médica de “maneras habituales de pensar y actuar” (Ember, 2004:xiii), lo que sumado a la hegemonía de este modelo, contribuye a otorgar legitimidad al conocimiento autorizado y por tanto, a reconocer y aceptar por qué los médicos hacen lo que hacen, piensan como piensan y actúan como actúan. La cultura biomédica de atención al parto se encuentra así socialmente normalizada, resultando muy costoso hacer permear otro tipo de cultura, como por ejemplo la del parto respetado. ¿Cómo es esta cultura biomédica de atención al parto? En primer lugar es hospitalaria, no permite la legitimidad social de otro contexto para dar a luz que no sea el de los límites de las instituciones sanitarias, salvo aquellas excepciones en las que por causas ajenas a las mujeres, los partos hayan transcurrido de forma accidentada en espacios imprevistos (un coche, un ascensor parado, un avión...). Si por decisión propia de las mujeres el parto transcurriera en otro espacio que no fuera el de un hospital o clínica,

éstas se verían sometidas a una fuerte crítica y presión social (Martínez, 20015). Uno de los miedos de las mujeres que deciden dar a luz en sus casas es su propia exposición a los juicios de valor en base a una categoría de “locura”, así lo expresa Luci:

“Al principio yo no me lo planteaba por ti, ¿eh? (a Pascual), y por tu familia, por decir: ‘uy, van a pensar que estoy loca, que ni de coña’” (Luci, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E4).

A su vez, las dinámicas hospitalarias de la cultura biomédica se ven regidas por estructuras jerárquicas que se disponen desde el profesional con mayor rango hasta la paciente, desempeñando ésta el rol con menos capacidad de decisión dentro de estas dinámicas (Sadler, 2004). Entre los propios profesionales Ivana manifiesta cierta descoordinación y falta de comunicación, basadas en esta jerarquización que afecta también a las matronas:

“Yo creo que son las dinámicas que se establecen, porque entre residentes de ginecología y *gines* adjuntos, como que se tienen unas órdenes, o una forma de trabajar que ya les dicen directamente: ‘no me avises porque me voy a dormir’. No confían en las matronas tampoco para contar con nosotras, sino que entraban a la habitación, exploraban y tú a veces llegabas y te enterabas de que la paciente estaba con 8 centímetros por ella, la mujer, ¿no? Porque te decía: ‘no, es que me ha explorado el ginecólogo ahora y estoy 8 centímetros’, y tú pues... no hay comunicación ni nada” (Ivana, 29 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E11).

Como acabo de mencionar, en el rango más inferior de la estructura hospitalaria se encuentran las mujeres embarazadas, que insertas en un sistema institucional de salud, son desprovistas de elementos tangibles como su propia ropa o complementos, así como de elementos simbólicos como la responsabilidad, la autonomía o el control sobre sus cuerpos. Esta expropiación de sus subjetividades se ve reforzada, tal y como sigue Ivana, por la centralidad de la figura del médico durante el proceso de atención al parto, lo que al mismo tiempo me sugiere un claro androcentrismo como cualidad inherente a esta cultura:

“Sí, con las mujeres, como que se perdía todo el protagonismo, se quedaban un poco en... el protagonismo era muy médico, ¿sabes? En un momento así... eso sí que me chocaba un poco al principio. O cosas como no pedir permiso para explorar, o... no sé, que luego al final te ibas adaptando e incluso yo hacía las mismas dinámicas, solo que al principio me chocaron un montón, y luego al final te acabas adaptando y lo haces como si fuese

aquello lo más normal” (Ivana, 29 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E11).

La cultura biomédica de atención al parto se inclina a una tendencia intervencionista en lugar de a una actitud pasiva por parte de los profesionales. Ha sido común durante el trabajo de campo recoger denuncias sobre la actitud apremiante del equipo médico que atendió a muchas mujeres. Esta actitud apremiante parecía tener como objetivo resolver el parto en el menor tiempo posible, debido a los turnos establecidos y las numerosas horas seguidas de trabajo. Así, para acelerar el progreso de los partos los profesionales de salud disponen de un abanico de intervenciones que pueden partir desde la aplicación de una vía intravenosa o la inducción del parto mediante diversas técnicas, hasta la realización de una cesárea. La disposición de distintas técnicas, fármacos, maniobras o aparatos tecnológicos hacen a su vez de este tipo de atención una cultura altamente tecnocrática (Davis-Floyd, 2001):

“Ya en los hospitales ves el intervencionismo, de alguna manera un poco la sumisión de la mujer o... paternalismo, ¿no?” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E12).

“Los partos hospitalarios han sido muy agresivos. En el 12 de Octubre yo empecé... era romper bolsas por sistema, era poner electrodo interno, monitorización interna al bebé, y bueno, eso, pues muchísimas inducciones, bueno, que ahora todavía hay. Los expulsivos era una hora y si no había parido pues había que intervenir, entonces había muchos fórceps, el índice de episiotomías estaba en un 70-80%, un porcentaje altísimo. Ahora estamos sobre el 50%, hace un par de años el 50%, y ahora no sé si estará un poquito por debajo, pero está alrededor, todavía el índice de episiotomías es alto” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E12).

Pero esta cultura no se impone únicamente desde el momento del ingreso hospitalario, desde la confirmación de un embarazo en el marco del sistema sanitario se conduce a las mujeres a lo largo de una serie de procesos de control diagnóstico de posibles patologías propias de la gestación, lo que favorece una visión del embarazo, el parto y el puerperio como procesos potencialmente enfermizos y por tanto, tratables biomédicamente:

“En el parto hospitalario el control lo hace un profesional, el control del embarazo y las ecografías lo hace otro, y luego el parto va... lo hace otra persona” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E12).

En conclusión, la cultura biomédica de atención al parto contiene un modelo cuya práctica se reserva a los hospitales y clínicas del sistema sanitario. Los roles de los agentes se definen mediante estructuras jerárquicas que disponen los límites de decisión y de actuación de cada uno de ellos, jugando en este sentido un importante papel el androcentrismo y el conocimiento autorizado (Jordan, 1993[1978]), que otorgan el mayor rango al obstetra varón y el menor a la mujer embarazada, caracterizando a esta cultura también como androcéntrica. A nivel asistencial, es una cultura tendente a la intervención, imposibilitando en la mayoría de los casos el parto fisiológico, normal o natural. Este intervencionismo se ve a su vez definido por una clara preferencia por la tecnología, inclinándose al sometimiento del cuerpo a una serie de prácticas, maniobras, técnicas o fármacos derivados de una concepción patologizadora que se erige desde el inicio de la gestación. Estas cualidades inherentes a la cultura descrita hacen de la atención al parto susceptible de incluir prácticas y actitudes que resultan violentas tanto en la situación general de un parto como en la percepción de las mujeres. Tal es así que se ha visto la emergencia de un término que ha servido al activismo feminista sobre el parto para recoger todas las prácticas y actitudes que más allá de una mala praxis, contienen un tipo de violencia propia de la atención al parto: la violencia obstétrica. En el contexto de esta cultura de atención al parto y ante una preocupación por su normalización y extendida legitimidad sociocultural y política surgen los movimientos en defensa del parto respetado a modo de respuesta a las implicaciones que sus características tienen sobre la vida de las mujeres y las criaturas. Las propuestas del activismo de parto respetado buscan analizar los puntos de origen del sobreintervencionismo y las actitudes negativas hacia las mujeres, y tal y como he mostrado, la antropología ha tenido a bien explorar cuáles son las principales características que hacen de la cultura biomédica de atención al parto una cultura potencialmente violenta hacia las mujeres. Así, desde el activismo de parto respetado también se reflexiona y se proponen alternativas que reviertan dichas características, generándose dos culturas de atención al parto antagónicas. En la siguiente tabla muestro las características de partida del parto respetado como un modelo para una primera aproximación a comprender cómo se contraponen las distintas formas de atender un parto que aquí estoy poniendo en diálogo, aunque del mismo modo que ocurra con la cultura biomédica de atención al parto, el parto respetado también se va a reproducir como una cultura, promoviendo no sólo un cambio en el modelo de atención al parto, sino también en la mentalidad colectiva de profesionales, mujeres y opinión pública.

Tabla 22. Características de la cultura biomédica y del parto respetado

Cultura biomédica de atención al parto	Parto respetado
Hospitalaria	Libre elección
Jerárquica	Horizontal
Androcéntrica	Feminista
Despersonalizadora	Humanizador
Apremiante	Expectante
Intervencionista	
Tecnocrática	Fisiológico
Patologizador	

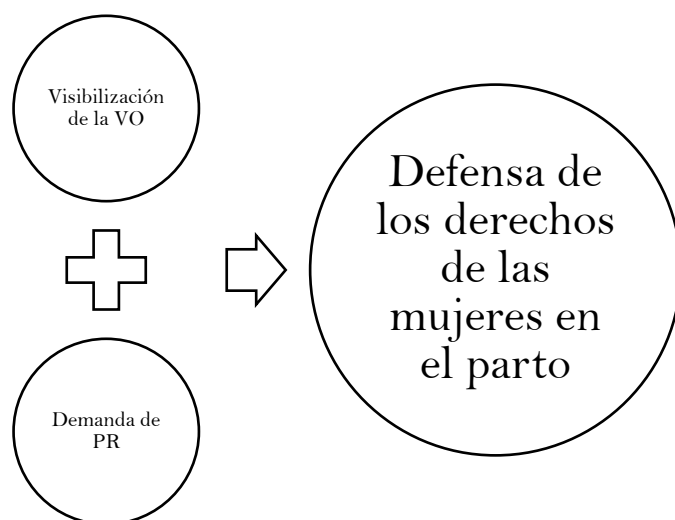
Fuente: elaboración propia

Como más adelante iré exponiendo cómo se construye culturalmente el parto respetado, reservaré para el capítulo 5 una tabla más completa que compare ambas culturas, incluyendo no solo las dimensiones pragmáticas de los modelos, sino también las dimensiones culturales que hacen de ellas maneras de entender e interpretar qué es un parto y cómo debe transcurrir. Asimismo, en el próximo capítulo expondré cómo opera y se estructura la violencia obstétrica como una característica propia de la cultura biomédica de atención al parto y como uno de los factores clave en el surgimiento de la cultura del parto respetado.

4 LA VIOLENCIA DURANTE EL PARTO

La violencia es contraria al respeto, y viceversa. Aquello que se respeta no se violenta, y cuando nos sentimos violentadas por alguien solemos pedir respeto para tratar de frenar los efectos del ejercicio de dicha violencia. Tal y como la Antropología del Parto ha puesto de manifiesto, el modelo biomédico de atención al parto es inherentemente violento (Sadler, 2004), con lo que, en base a la ecuación que acabo de exponer, un parto sin violencia sería equivalente a un parto respetado. Es así que en un parto respetado no tiene cabida la violencia obstétrica, por lo que es posible afirmar que la lucha por el respeto durante el parto no se puede entender sin la lucha contra la misma. En este capítulo analizaré este tipo de violencia ejercida en el contexto de la atención sanitaria al parto desde su surgimiento hasta su puesta en paralelo con los movimientos en defensa del parto respetado. Veremos cómo desde principios del siglo XXI las categorías de violencia obstétrica y parto respetado han terminado confluyendo dentro de los mismos movimientos feministas:

Figura 4. Confluencia entre violencia obstétrica y parto respetado



Fuente: elaboración propia.

En el capítulo anterior he adelantado una breve introducción al término de violencia obstétrica (García, 2018) para avanzar en la explicación a la relación existente entre el parto respetado y el contexto hospitalario de la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio. El término emerge en el panorama internacional con su tipificación legislativa en el marco jurídico-normativo de países como Venezuela, Argentina o México. En las definiciones de las leyes venezolana y argentina se encuentran conceptos como los de ‘apropiación’, ‘patologización’, ‘trato deshumanizador’ o ‘abuso de medicalización’. Cualquier académica o académico no familiarizado con las nuevas tendencias a respetar los tiempos y la fisiología de los partos en las sociedades industriales podría quedar alarmada o alarmado ante tal descripción. Asimismo, la predisposición a depositar nuestra confianza sobre los saberes y prácticas de la comunidad médica puede hacer impensable hablar de violencia en un sector profesional cuyo fin último debe consistir y consiste en salvar vidas. Una de las implicaciones de la violencia obstétrica es la reflexión en torno al término ‘violencia’. Si proyectamos una perspectiva crítica sobre el rol de los diferentes agentes presentes en un parto hospitalario y entendiendo la “violencia como hecho subjetivo a partir de una significación” (Castrillo, 2016), descubriremos un nuevo campo de interpretaciones y percepciones acerca de la estructura, los procesos y prácticas que acontecen en lo que se podría considerar un parto ‘al uso’ hoy en día. Un ejemplo ilustrativo puede ser el discurso de Pascual que, explicando su visión de los partos antes de que su pareja Luci decidiera dar a luz en casa, proyecta un escenario que evoca apremio, autoridad biomédica y homogeneización de los procesos de parto:

“¿Mi visión de los partos? Pues la de cualquier persona yo creo que tampoco se haya preocupado mucho en la vida por, ¿no?, por saber. Pues bueno, pues la experiencia que te han contado tus padres, mis padres ya te digo, nos han tenido a los dos en el hospital y que bueno, pues la mujer rompe aguas, ¿no?, se... friega lo que ha mojado, se ducha, y se va al hospital. Llama al marido: ‘cari, que he roto aguas, que voy para el hospital’, y vas al hospital y allí cuando ellos deciden la meten en una camilla y se la llevan, si me dejan a mí estar, guay, si no pues no sé, y da a luz y tengo un hijo sano porque ha nacido en un hospital. O sea, es que esa era la historia, ¿no?” (Pascual, 31 años, futuro padre primerizo, parto domiciliario, registro de entrevista E4).

Esta interpretación de un parto recuerda a las escenas propias de la comedia televisiva y cinematográfica en la que comúnmente las mujeres paren en un potro de hospital siguiendo las instrucciones de un profesional médico mientras su pareja, muy frecuentemente representada por la figura del marido, espera con impaciencia en el

exterior de la sala de partos. Y es que, en parte, los medios de comunicación y el sector audiovisual han contribuido a elaborar una representación de los partos como eventos exclusivamente hospitalarios, apremiados, urgentes y asépticos, en los que una madre asustada desconocedora de lo que está por ocurrir es capaz de parir un bebé sano en cuatro pujos gracias a la intervención de su ginecólogo, comúnmente un hombre (Segal, 2007; Ricoy-Olariaga, 2018). Y precisamente estas representaciones han contribuido también a ver lo violento y apremiante con la mayor ‘normalidad’. Considero pertinente acercarme al análisis de la categoría de violencia obstétrica en la medida que su presencia e irrupción en la escena social coincide con la del parto respetado, e incluso sus implicaciones se cruzan en determinados contextos en los que se desarrollan perspectivas en base a las cuales partos más respetados implicarían claros descensos en las tasas de violencia obstétrica. Cabe advertir que las prácticas o actitudes definidas dentro de la violencia obstétrica no han sido identificadas o denunciadas a la par que el término que las engloba emerge en el imaginario colectivo, sino que el uso de este término ha servido para unificarlas a todas, previamente consideradas por profesionales de distintas disciplinas, dentro de un perímetro de actuación basado en las relaciones de género y en concreto, en la violencia estructural hacia las mujeres. En este capítulo recogeré los elementos constitutivos de la violencia obstétrica en base a su emergencia internacional a nivel legislativo en Latinoamérica. En este sentido y siguiendo a Castrillo, la violencia obstétrica surgiría de forma ‘objetiva’ desde unos poderes normativos “en tanto apuntan a definir un fenómeno social desde perspectivas más amplias que la mera experiencia personal” (2016:46). Esta perspectiva avalaría la inclusión de este tipo de violencia en los textos legales que examinaré en el próximo epígrafe, con el objetivo de contribuir a la “visibilización y resignificación” de la violencia obstétrica estructurada en base a una serie de “mecanismos sistemáticos e institucionales de violación a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en los procesos de embarazo, parto y puerperio” (2016:66). Examinaré las unidades terminológicas de análisis que definen la violencia obstétrica como trato deshumanizador, apropiación sobre el cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres, como abuso de medicalización y patologización de procesos naturales y como pérdida de la capacidad de decisión respecto al embarazo y el parto. Veremos a continuación cuáles son las prácticas más comúnmente asociadas a la violencia obstétrica, qué implicaciones tienen y en qué situaciones pueden ser constitutivas de violencia durante el parto. Posteriormente perfilaré un análisis teórico apoyándome en las aportaciones de distintas ciencias sociales en materia de violencia

obstétrica para comprender cómo se construye, qué elementos la conforman y cuáles son las dinámicas institucionales, simbólicas y estructurales que la definen dentro de las violencias machistas o de género. Por último, veremos cuál es el panorama actual de la violencia obstétrica en España, qué agentes y organismos participan de su construcción social y cuáles son sus funciones. También detallaré algunas de las relaciones internacionales que han trabajado y todavía hoy trabajan por la visibilización y erradicación de la violencia obstétrica, y cómo estos esfuerzos nacionales y transnacionales han elevado esta problemática a la actualidad mediática de nuestro país. Asimismo, veremos cómo estos procesos encuentran respuesta y resistencia en los colectivos gineco-obstétricos españoles negando la existencia de cualquier tipo de violencia en el marco de la atención sanitaria institucional al embarazo y el parto.

4.1 Surgimiento internacional de la violencia obstétrica

El término de violencia obstétrica ha sido adoptado por los movimientos a favor de una mejora en la calidad asistencial de la atención hospitalaria al parto, aunque su emergencia en el escenario sociopolítico actual tuvo lugar dentro de un marco legislativo con su tipificación, por primera vez en la historia, como delito. A modo de apunte, cabe sugerir el detalle histórico que Ruiz-Berdún y Olza aportan en su texto de 2016, en el que señalan una mención al término *obstetric violence* en 1827 “en referencia al desgarramiento del cordón umbilical durante el parto cuando hubo retención placentaria” (Ruiz-Berdún y Olza, 2016:98). Esta referencia correspondiente al obstetra inglés James Blundell (1827), habla de la violencia obstétrica en los siguientes términos:

“Tremendas laceraciones, inversiones del útero, como aquellas que ahora están sobre la mesa, tales son los efectos de la violencia obstétrica, feroz y atroz violencia obstétrica.

La violencia obstétrica es un Moloch insaciable y cruento, ante cuyo santuario sangriento se han sacrificado miles, para ser sucedido en años futuros, por aún más víctimas” (Blundell, 1827; citado en Ruiz-Berdún y Olza, 2016:99).

Esta cita, no obstante, dista cronológicamente de los usos que hoy en día se dan del término ‘violencia obstétrica’, pues parece referirse más bien a la escatología propia de las intervenciones obstétricas, no necesariamente tratándose de partos. Los sistemas socioculturales, económico-políticos y biomédicos han modificado en los últimos dos

siglos las percepciones y usos de las terminologías relativas a la violencia, como es este caso. Comenzaremos repasando a continuación los tres textos legislativos que recogen por primera vez los distintos elementos constitutivos de violencia hacia las mujeres en el contexto de la obstetricia:

- Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia (Venezuela).
- Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales (Argentina).
- Leyes de acceso a una vida libre sin violencia de los estados de Durango, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas y Guanajuato (México).

El término ‘violencia obstétrica’ irrumpe en el panorama de la salud pública a principios del siglo XXI, cuando en 2007 la Asamblea Nacional de la República Bolivariana de Venezuela incorpora su definición en la Ley Orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, que en su artículo 15, ‘Formas de violencia’, el punto 13 señala:

“Se entiende por violencia obstétrica 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, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres”.

Más adelante, el texto, en su artículo 51, dedicado en exclusiva a este tipo de violencia, detalla como constitutivos de violencia obstétrica, los siguientes actos “ejecutados por el personal de salud”:

- “1. No atender oportuna y eficazmente las emergencias obstétricas.
2. Obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical.
3. Obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre, sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo o cargarla y amamantarlo o amamantarla inmediatamente al nacer.
4. Alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer.

5. Practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer”.

Previamente a la redacción de este texto, el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela adelantó en el año 2003 la necesidad de mejorar los cuidados ofrecidos a las mujeres durante la asistencia obstétrica brindada a las mismas en sus procesos reproductivos, pero no fue hasta la ley de 2007 que el término ‘violencia’ fue volcado sobre la responsabilidad de los profesionales sanitarios. Más adelante realizaré un examen detallado de las unidades de análisis extraídas de este texto y relevantes para la investigación, pero puedo avanzar para reflexión del lector lo interesante de las relaciones de poder entre los agentes presentes en esta definición (las mujeres y el personal de salud), entre los que media la apropiación de los cuerpos de unos sobre otros, con la consiguiente pérdida de autonomía y de la capacidad de decidir, entre otras.

En Argentina, la ley 25.929, de Parto Respetado, aprobada en 2004 y reglamentada en 2015 a través del decreto 2035/2015, establece los derechos de las mujeres y las personas recién nacidas dentro del contexto del “embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto”. Aunque de momento no se menciona la violencia obstétrica, se dan las primeras pinceladas relativas al respeto durante todos estos procesos. Estructuralmente, esta ley distingue entre los derechos de las mujeres, los derechos de las personas recién nacidas y los derechos del padre o la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo. Respecto a los derechos de las mujeres, se incluyen, entre otros, estar informada y asesorada, ser tratada con respeto, optar al parto natural (ver epígrafe 3.3.1), estar acompañada por una persona de confianza, garantía a la intimidad, protagonismo en su propio parto y a ser partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales, entre otros aspectos. Por su parte, según esta ley, las personas recién nacidas tienen también derecho a un trato respetuoso y digno, así como a la identificación, al internamiento conjunto con su madre o a no ser sometidos a exámenes e intervenciones médicas con fines de investigación o docencia salvo consentimiento, entre otros. Cinco años más tarde, en 2009, el Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sancionaron y promulgaron de hecho la Ley 26.485, “de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”. En su artículo 6º, el apartado e) define la violencia obstétrica como:

“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

En la siguiente tabla he esquematizado cronológicamente un análisis de las aportaciones que las leyes argentinas han efectuado en materia de parto respetado y violencia obstétrica, con el fin de dotar al lector de una perspectiva más visual a este respecto:

Tabla 23. El PR, la VO y el PH según las leyes argentinas

Año	Texto	Análisis
2004	Ley 25.929 de Parto Respetado	Legisla abiertamente sobre <u>parto respetado</u> , estableciendo el respeto de forma unidireccional desde el personal de salud y dirigido a las mujeres y recién nacidos. No se habla de personal de salud ni de ningún otro agente, y no se menciona todavía la violencia obstétrica.
2009	Ley 26.485 de Protección Integral a las Mujeres	Se incorpora el término de <u>violencia obstétrica</u> , estableciéndola de forma unidireccional desde el personal de salud, dirigida a las mujeres. Aquí ya no se habla de personas recién nacidas.
2015	Decreto 2035 de reglamentación de ley 25.929	Se habla de <u>parto humanizado</u> , señalando como agentes sociales las madres o parturientas, las personas por nacer o recién nacidos (habla también del binomio madre-hijo), los efectores públicos, obras sociales, empresas de medicina privada o entidades de medicina prepaga, el equipo de salud o interviniente y la institución asistencial. Aquí no se habla de violencia obstétrica.

Fuente: elaboración propia a partir de análisis de los textos legislativos.

Entre 2007 y 2010, distintos estados mexicanos van paulatinamente aprobando distintas leyes en contra de la violencia hacia las mujeres. Los estados de Durango, Distrito Federal, Veracruz, Chiapas y Guanajuato señalan la existencia de violencia obstétrica como violencia de género, estableciendo las categorías definitorias de dicho tipo de violencia. En la siguiente tabla, al igual que en el epígrafe anterior, presento dichas leyes de forma cronológica, citando textualmente y con fines comparativos la definición que cada una de ellas hace de la violencia obstétrica. Como es posible observar, tanto las leyes mexicanas como la argentina y la venezolana establecen una serie de terminologías que estructuran el concepto de violencia obstétrica (tabla 25). En el siguiente epígrafe analizaré en perspectiva comparada y a modo de unidades de análisis las categorías terminológicas más relevantes en el contexto de la definición

legislativa en materia de violencia ejercida contra las mujeres en el contexto de la atención al embarazo, parto y puerperio.

Tabla 24. Definiciones de la VO según las distintas leyes mexicanas

Año	Ley	Definición de Violencia Obstétrica
2007	Ley de las Mujeres para una Vida sin Violencia del Estado de Durango	“Cualquier acto o trato deshumanizado que ejerza el sistema de salud o cualquier agente ajeno que asista o incida directamente a las mujeres en la atención médica que se les ofrece durante el embarazo, el parto y puerperio, tales como omitir atención oportuna y eficaz de las urgencias obstétricas, obstaculizar el apego precoz del niño con la madre sin causa médica justificada, alterar el proceso natural de parto de bajo riesgo mediante el uso de técnicas de aceleración, y practicar el parto vía cesárea existiendo condiciones para el parto natural, estas dos últimas, sin obtener el consentimiento informado de la mujer”.
2008	Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Distrito Federal	“Violencia contra los Derechos Reproductivos: Toda acción u omisión que limite o vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y voluntariamente sobre su función reproductiva, en relación con el número y espaciamiento de los hijos, acceso a métodos anticonceptivos de su elección, acceso a una maternidad elegida y segura, así como el acceso a servicios de aborto seguro en el marco previsto por la ley para la interrupción legal del embarazo, a servicios de atención prenatal, así como a servicios obstétricos de emergencia”.
2008	Ley número 235 de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Veracruz	“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, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad; se consideran como tal, omitir la atención oportuna y eficaz de las emergencias obstétricas, obligar a la mujer a parir en posición supina y con las piernas levantadas, existiendo los medios necesarios para la realización del parto vertical, obstaculizar el apego precoz del niño o niña con su madre sin causa médica justificada, negándole la posibilidad de cargarlo y amamantarlo inmediatamente después de nacer, alterar el proceso natural del parto de bajo riesgo, mediante el uso de técnicas de aceleración, sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer y practicar el parto por vía de cesárea, existiendo condiciones para el parto natural (sin obtener el consentimiento voluntario, expreso e informado de la mujer ⁶⁰)”.
2009	Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para las Mujeres en el Estado de Chiapas	
2010	Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Guanajuato	“Es todo acto u omisión intencional, por parte del personal de salud, que dañe, lastime o denigre a la mujer durante el embarazo y parto, así como la negligencia en su atención médica”.

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

⁶⁰ Este último apunte únicamente se recoge en la ley del estado de Veracruz.

4.2 Comparativa de las unidades de análisis

Aquellos términos más recurridos para definir la violencia obstétrica en base al derecho son los relativos al trato deshumanizador, al cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres y su apropiación por parte del personal de salud, el abuso de la medicalización y la patologización de los procesos naturales y los relativos al derecho o pérdida de capacidad de las mujeres a decidir libremente, así como la necesidad de existencia de un consentimiento informado para la realización de determinadas prácticas. Es importante detenerse brevemente sobre estos términos para describir aquellas situaciones que más han sido construidas como violencia obstétrica. Si se enumeran las veces que se mencionan en las distintas leyes previamente citadas, es posible determinar un orden de relevancia sobre cada uno de ellos, lo que aportará una visión más clara sobre la tipificación de la violencia obstétrica en un marco legal y de derecho. En la siguiente tabla he extraído las unidades terminológicas (que denominaré “unidades de análisis” para el examen al que las someteré a continuación) e indicado las leyes que las incluyen como violencia obstétrica mediante los nombres de los países o estados que así lo han tipificado (Venezuela, Argentina, Durango, Veracruz, Chiapas, Distrito Federal).

Tabla 25. Principales unidades analíticas de las leyes sobre VO

Unidad de análisis	Leyes que la incluyen
Trato deshumanizador	Venezuela Argentina Durango Veracruz Chiapas
Apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres	Venezuela Argentina Veracruz Chiapas
Abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales	Venezuela Argentina Veracruz Chiapas
Pérdida de capacidad de decisión	Venezuela Distrito Federal Veracruz Chiapas
Omisión de consentimiento informado	Venezuela Durango Veracruz Chiapas

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

A continuación abordaré estas principales unidades de análisis que atraviesan de forma mayoritaria todos los textos legislativos mostrados en este epígrafe con el objetivo de

completar el examen comparativo de las distintas definiciones normativas sobre violencia obstétrica.

4.2.1.1 El trato deshumanizador

Como se observa en la tabla anterior, el trato deshumanizador es la categoría que más se repite en las definiciones legales de violencia obstétrica. Está tipificado como tal en las leyes de Venezuela, Argentina y de los estados mexicanos de Durango, Veracruz y Chiapas. Asimismo, el mayor número de relatos que denuncian violencia obstétrica, a los cuales se puede acceder gracias a las campañas de movimientos a favor de partos más respetados⁶¹, señalan que más allá del uso excesivo de la medicalización y la patologización del embarazo y el parto, como veremos a continuación, aquello que en mayor medida define la violencia obstétrica sufrida, fue el trato recibido por el personal de salud. Desde los discursos recogidos durante el trabajo de campo, este trato deshumanizador podría desglosarse en faltas de respeto, infantilización de las mujeres y falta de empatía hacia ellas, tal y como algunas informantes nos han expresado a lo largo de la investigación, como Vera:

“Y luego también tiene muchos matices, ¿no? Puedes hacerlo muy bien pero tratar mal a esa persona, no informarla, menospreciarla con la forma de hablar, con el gesto, con todo, eso también, en el embarazo, el parto, el posparto, en la atención al neonato...”
(Vera, 38 años, madre y activista, registro de entrevista E15, hablando de violencia obstétrica).

A este respecto se han efectuado numerosas aportaciones desde distintos ámbitos del conocimiento como la Antropología, los estudios de Género e incluso desde organismos de salud internacionales como la OMS o la *White Ribbon Alliance*⁶². Se puede adelantar que estas aportaciones han diferenciado tres categorías características de la atención general al parto y el nacimiento: el maltrato, el abuso y la falta de respeto. En 2010, Diana Bowser y Kathleen Hill publicaron un estudio basado en el análisis de la evidencia escrita en materia de faltas de respeto y abuso a las mujeres en partos hospitalarios. Determinaron siete categorías de falta de respeto y abuso, a cada

⁶¹ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/relatos>.

⁶² La WRA, o Alianza de la Cinta Blanca en su traducción al castellano, es una organización internacional sin ánimo de lucro que trabaja con el objetivo de promover de forma transnacional mejores prácticas en la atención al embarazo, parto y puerperio, así como la necesidad de una garantía de que estos procesos se atiendan de forma segura.

una de las cuales la *White Ribbon Alliance* (2011) asignó un derecho de las mujeres, todos extraídos de distintas cartas oficiales de derechos de las mujeres, tales como la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos, o la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, entre otras, tal y como se detalla en la siguiente tabla extraída del texto de la *WRA*:

Tabla 26. Derechos, faltas de respeto y abuso según la WRA

Categoría de Falta de Respeto y Abuso	Derecho Correspondiente
1. Abuso físico	Derecho a estar libre de violencia y maltratos
2. Cuidados médicos sin consentimiento	Derecho a obtener información, al consentimiento o rechazo informado, y al respeto a sus decisiones y preferencias, incluida la selección de acompañamiento durante el período de cuidado materno.
3. Cuidados no confidenciales	Derecho a la privacidad y confidencialidad
4. Cuidados sin dignidad (incluye abusos verbales)	Derecho a ser tratada con dignidad y respeto
5. Discriminación basada en características específicas	Derecho a la igualdad, a la no discriminación, a cuidados equitativos
6. Abandono o la negativa a proveer cuidados	Derecho a recibir cuidados médicos oportunos y en el nivel de salud más alto posible
7. Ser detenida en las instalaciones	Derecho a la libertad, autonomía, a decidir por sí misma y estar libre de toda coacción

Fuente: *White Ribbon Alliance*, 2011:2.

De la mano de investigadoras como Lynn P. Freedman, la OMS estableció tres niveles de falta de respeto y abuso hacia las mujeres en el parto para ayudar a comprender dichas conceptualizaciones, debido a que, según los autores “las definiciones legales formales no resuelven este problema definitorio” (Freedman et al., 2014:915). Estos niveles se sitúan en la esfera individual, en la esfera estructural y en la esfera política, teniendo en cuenta las 7 categorías mostradas en la tabla 26. A continuación se muestran las 6 definiciones y resumen en qué nivel han sido situadas por los autores (2014:916):

- Comportamientos que, estando todos de acuerdo, constituyen falta de respeto o abuso (nivel individual).
- Falta de respeto y abuso normalizados: comportamientos que las mujeres consideran irrespetuosos y abusos pero los profesionales no.
Comportamientos que las mujeres consideran normales o aceptables pero otros los consideran irrespetuosos o abusos (nivel individual).
- Trato y condiciones pobres causados por deficiencias del sistema y considerados faltas de respeto y abuso por las mujeres y los profesionales (nivel estructural).
- Trato y condiciones pobres causados por deficiencias del sistema pero considerados normales o aceptables (nivel estructural).

- Desviaciones de los estándares nacionales de calidad asistencial (nivel político).
- Desviaciones de los estándares de derechos humanos (disponibles, accesibles, aceptables, de calidad) (nivel político).

Posteriormente, diversas contribuciones adicionales al estudio del abuso y las faltas de respeto en contextos de parto hospitalario añaden la categoría de maltrato y la engloban, junto a los términos mencionados, dentro de la dimensión de violencia contra las mujeres (Jewkes y Penn-Kekana, 2015) e incluso de la violencia obstétrica (Bohren, et al., 2015; Sadler et al., 2016). En este sentido, considero que García perfila bien la categoría de maltrato cuando habla de humillaciones y vejaciones (2018:63), del mismo modo que Bellón lo relaciona también con la infantilización de las mujeres, así como con la categoría de faltas de respeto:

“Algunas de las prácticas que podemos categorizar como deshumanizadoras son aquellas que conllevan la infantilización de las mujeres y una falta de respeto hacia su intimidad. Las mujeres son tratadas como niñas cuando no son reconocidas como sujetos capaces de tomar decisiones sobre su salud o entender qué está ocurriendo en sus cuerpos” (Bellón, 2015:60).

Durante su entrevista, Ana definió algunos ejemplos relacionados con el trato recibido por las mujeres en el marco de la violencia obstétrica, destacando la misma categoría de infantilización y añadiendo la de insulto:

“Pero es que luego, pues eso, que te infantilicen, que te digan que te calles cuando estás en el parto gritando, que te llamen gordita, que te llamen gordi, que te insulten, porque muchas veces durante el parto te dicen la típica frase esta tan bonita de: ‘cuando lo hacías no te quejabas’, que eso es de una violencia brutal” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14, hablando de violencia obstétrica).

Deshumanizar también tiene que ver con despersonalizar. Y esta despersonalización la describe muy bien Ivana cuando habla de las dinámicas cotidianas en las relaciones médico-paciente de los hospitales. En el caso de su testimonio, también resalta la cuestión de género en el marco de la atención al parto cuando se trata de efectuar tactos vaginales a las mujeres:

“En el momento en que empiezas a tratar a la otra persona como si no fuera una persona, quiero decir, a cualquier persona que no conoces, tú le saludas, te presentas... ¿Por qué en un hospital puedes abrir la puerta, no decir ni quién eres ni presentarte, y decirle:

‘bonita, te voy a explorar, quítate las bragas’, y ya está, directamente después de decirle: ‘bonita, quítate las bragas’, meterle los dedos en la vagina? ¿Qué forma de tratar a nadie es esa? A mí eso me parece violencia, no entiendo por qué pasa eso en los hospitales, no lo puedo entender” (Ivana, 29 años, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de entrevista E11).

En definitiva, se puede ver cómo se han enarbolado discursos relativos al trato deshumanizador como categoría estructural de la violencia obstétrica. Tras estudiar las relaciones analíticas que se han observado entre la violencia obstétrica y el trato deshumanizado a las mujeres, me atrevo a afirmar que la deshumanización de los procesos reproductivos de las mujeres implica situaciones maltrato físico o verbal, faltas de respeto, abuso, infantilización y despersonalización de las mismas.

4.2.1.2 El cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres

La apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres son definidos como violencia obstétrica en la ley venezolana y las leyes mexicanas de los estados de Veracruz y Chiapas. Por su parte, la ley argentina, a pesar de no utilizar el término ‘apropiación’, habla de la violencia ejercida también ‘contra’ el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres. Los sistemas culturales patriarcales y androcéntricos han objetivizado la corporalidad femenina como un recurso y un objeto de consumo en diferentes dimensiones de la vida humana (Le Breton, 1995). Además, tal y como sugiere Imaz:

“el ámbito reproductivo del ser humano es uno de los aspectos en que [el] control médico ha sido más amplio y completo, lo que convierte a las mujeres en doblemente afectadas por la progresiva medicalización de la vida cotidiana: por una parte porque se les asigna la responsabilidad del cuidado cotidiano de maridos, de hijos e hijas u, en general, del entramado familiar (...), pero también por su mayor implicación corporal en la procreación – engendramiento, embarazo, parto y lactancia” (2010b:173).

Actualmente en España, la regulación de los mercados de prostitución o de gestación subrogada han vuelto a ser temas dispuestos sobre la arena de debate sociopolítico por parte de los grupos neoliberales de nuestra sociedad, y el subterfugio de una justificación basada en el altruismo de las mujeres está haciendo virar las perspectivas sobre lo que no deja de ser una mera mercantilización de sus cuerpos y sus capacidades

sexuales y reproductivas (Lagarde, 1990). En biomedicina, la justificación gira en torno a la disposición de las prácticas y saberes expertos por parte del personal de salud, que dota al entorno hospitalario de un clima de apropiación de los cuerpos de las mujeres y sus procesos reproductivos (Jordan, 1993[1978]; Montes, 2007). En la jerarquía hospitalaria, la figura del médico especialista ocupa el escaño más alto, seguido de los residentes, enfermeros (o matronas) y auxiliares, en dicho orden (Magnone, 2011). Así, el orden biomédico dota al personal de salud de una legitimidad moral de actuación sobre el cuerpo de la mujer embarazada a la que se ha convertido en paciente (Kitzinger, 1982), que confiando en la voluntad de los profesionales por hacer lo necesario para salvar su vida, consagra su medio físico de vida al conjunto de saberes y técnicas médicas apropiadas para su diagnóstico y tratamiento. En el caso de la violencia obstétrica se habla de apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres cuando el personal de salud antepone sus saberes y consiguientes decisiones a los de las mismas, es decir, cuando se ejecuta el conocimiento autorizado definido por Jordan (1993[1978]), Davis-Floyd y Sargent (1997). La autoridad que confiere la disposición de saberes expertos e instrumental médico llega a favorecer la perspectiva de los cuerpos femeninos y sus procesos fisiológicos como territorio de dominio médico e incluso como máquinas de producción que, desde una visión capitalista y una lógica productivista, obtienen como producto final el nacimiento de un nuevo ser vivo (Blázquez, 2009). Otro fundamento de esta unidad analítica tiene que ver con la capacidad procreativa de las mujeres (Lázare y Fons, 2016), así como en su condición de cuerpos parturientos. Para ilustrar esta idea, me apoyaremos en el interesante ejemplo de Rosalind Petchesky cuando define como acto político el hecho de tratar al feto como si estuviera fuera de la madre al poder ser visto a través del control del cuerpo de ésta mediante la ecografía. En otras palabras, “la tecnología que hace al bebé/feto más *visible* hace a la mujer invisible” (1987:277). Esta invisibilización de la mujer puede contribuir a despojar al cuerpo de su personalidad, objetivándolo como mero medio de reproducción humana. Así, en la atención sanitaria al parto, el cuerpo se convierte en una ubicación temporal del cuerpo del feto, al que hay que sacar de ese espacio para poder culminar la visualización y el periodo de espera culturalmente construido. Cabe no obstante advertir, en los mismos términos de Bellón, que esta apropiación biomédica de los cuerpos femeninos no es universal, absoluta o constante en la totalidad de profesionales de salud, y que por el contrario, “médicos y usuarios de salud hacen varios esfuerzos para cambiar estas dinámicas de autoritarismo y lobby profesional” (2014:31). En cualquier caso, el control del cuerpo de las mujeres ha sido

uno de los instrumentos utilizados por las sociedades patriarcales para el control de las mujeres, como ya pusieron de manifiesto algunos referentes del pensamiento feminista como Simone de Beauvoir (1949), el Colectivo de Mujeres de Boston (1971), Gayle Rubin (1986), Adrienne Rich (1996), Barbara Ehrenreich y Deidre English (2010[1990]) o Belén Nogueiras (2018), entre otras. Y este control ha sido ejecutado por la medicina, especialmente con los instrumentos médicos y tecnológicos al alcance de las instituciones que hacen manifiesto, visible y tangible dicho control (Naciones Unidas, 1994).

4.2.1.3 El abuso de la medicalización y la patologización

El abuso es entendido como una utilización excesiva de las técnicas e instrumentos de diagnóstico y tratamiento médico, lo que conduce a concebir los procesos reproductivos de las mujeres como procesos patológicos que necesitan ser tratados como enfermedades (Esteban, 1996). Estos excesos de medicalización y patologización son recogidos como violencia obstétrica por las leyes venezolana y argentina, así como por las leyes mexicanas de los estados de Veracruz y Chiapas. Cuando se definen como ‘naturales’ los procesos reproductivos de las mujeres, más allá de alejarse de la visión biomédica patologizante, se espera comúnmente la ausencia de complicaciones que puedan poner en riesgo el bienestar de las madres y sus bebés. En algunos casos, durante el seguimiento del embarazo y el trabajo de parto, se detectan alteraciones de los valores analíticos de las mujeres o de los fetos que podrían derivar en dificultades para que un parto natural finalice sin un agravamiento de la salud de uno de ellos o de ambos. Es de este modo como con el traslado de la atención de los partos del domicilio al hospital y a medida que se han ido conociendo y registrando los diversos riesgos que pueden acontecer durante el embarazo o el parto, se ha protocolarizado un seguimiento de los mismos basado en su tratamiento y prevención. Consiguientemente, la medicina preventiva se ha caracterizado por una desconfianza en los cuerpos en base a la asunción de una serie de riesgos de morbilidad y mortalidad maternoinfantil, tal y como he adelantado en el capítulo anterior. Sumado esto a la asunción de que embarazo y parto no son enfermedades, se hacen todavía más notorias las dinámicas de patologización y medicalización de los procesos reproductivos femeninos. Considero que esto es así porque las instituciones biomédicas han sido constituidas *para* tratar enfermedades y urgencias médicas, esto es, para ‘curar’, y cuando la atención al parto fue trasladada a los hospitales, no pareció advertirse que se estaba insertando la

atención de un proceso fisiológico en un contexto en el que los agentes sociales habían ya consolidado unos procesos de subjetivación en base a los cuales su identidad respecto a la acción social se reducía a ‘tratar lo médicamente defectuoso’ (Martin, 1987). Era de esperar, por tanto, que procesos como el embarazo y el parto fueran considerados en su globalidad, es decir, sin tener en cuenta las excepciones que indudablemente necesitaban atención médica, como enfermedades y procesos patológicos. Lo interesante es que numerosas mujeres han manifestado haber escuchado de parte de sus obstetras la frase “y recuerda que estás embarazada, no enferma”, como si históricamente la patologización de embarazo y parto hubiera sido responsabilidad de ellas. Los movimientos en defensa del parto respetado instan a las comunidades médicas a alejarse de un exceso del uso de prácticas, técnicas, medicalización e instrumentalización durante el parto y a ajustar dicho uso a los casos en los que conlleve una justificación médica basada en un riesgo manifiesto y no presupuesto, o que suponga una petición expresa de las mujeres (como por ejemplo, la administración de la analgesia epidural). Del mismo modo se persigue una mayor presencia y responsabilidad de las matronas en la asistencia al parto, así como una delegación de las funciones basada en su competencia y cualificación específicas para asistirlo. Es común observar, entre los contextos de parto respetado, una relación discursiva entre una excesiva medicalización de los partos y la presencia de especialistas médicos, concretamente obstetras. Un ejemplo directo que nos puede ilustrar en este sentido es cómo Luci describe la tensión entre la tendencia medicalizadora del especialista y la tendencia más respetuosa de la matrona con los tiempos y la fisiología:

“Había un ginecólogo por ahí que decía: ‘oye, esta chica lleva ya un montón de horas, va a haber que rajarla ya’, ¿sabes?, en plan: ‘hay que hacerle cesárea’, cuando estaba todo bien, el niño estaba perfecto y yo estaba bien, pero ya sabes, los protocolos. Entonces bueno, Ofelia le iba callando un poco: ‘no, no, no, que ya está en proceso’, que no sé qué” (Luci, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E9).

Hoy en día existen hospitales y profesionales que siguen protocolos de baja intervención en embarazos y partos de bajo riesgo, lo que se determina mediante los resultados de diversas pruebas de seguimiento durante el embarazo como son las ecografías abdominales trimestrales, las analíticas de sangre, el cribado combinado del tercer trimestre (en el que se determina la probabilidad de que el feto sufra diversas alteraciones cromosómicas, principalmente el Síndrome de Down) o la prueba de

O'Sullivan (consistente en diagnosticar una posible diabetes gestacional). No obstante, dadas las numerosas pruebas y los diversos factores que inciden en sus resultados, el número de embarazos de bajo riesgo no se presenta como mayoritario, por lo que todavía existe una alta tendencia a abusar de fármacos, instrumental y técnicas para ejercer un mayor control del parto en base al manejo de riesgos (Blázquez, 2009).

4.2.1.4 'Derecho a' o 'pérdida de' la capacidad de decidir

La Ley de Autonomía del Paciente, cuya entrada en vigor en España tuvo lugar en el año 2002, recoge los derechos de los pacientes a decidir libremente sobre el tratamiento recibido, incluyendo el derecho a la negación a recibir determinados tratamientos o intervenciones médicas. Además, en los procesos de embarazo, parto y puerperio, esta normativa cobra especial relevancia para la capacidad de decisión de las mujeres por dos motivos. En primer lugar, porque embarazo y parto no son enfermedades, y en segundo lugar, además, podría no existir una evidencia de necesidad en la realización de todas las pruebas diagnósticas universalizadas en los programas de control del embarazo. La pérdida de la capacidad de decidir durante el parto ha sido tipificada como violencia obstétrica, en mi opinión, debido a que “las normas biomédicas se aceptan como inevitables, naturales, legítimas y adecuadas: de este modo el poder médico hegemónico mantiene su poder de decisión en todos los partos” (García, 2018:144). Este poder de decisión conlleva la pérdida de autonomía por parte de las mujeres en el momento de ingresar en el hospital. Así lo pone de manifiesto Merche, embarazada primeriza y enfermera de quirófano, cuando expresa que:

“Una vez que entras en protocolo de hospital tu decisión ya está anulada, tu capacidad de decisión, porque en realidad, o sea, tú no tienes una enfermedad, es un parto, es natural, que estás en un hospital pues para mayor control, para una ayuda, pero no para que ellos tomen todas las decisiones por ti” (Merche, 33 años, embarazada de su primer hijo, registro de entrevista E1).

Esa nulidad en la capacidad de decisión dentro de los límites de las instituciones de salud es una de las consecuencias, una vez más, del conocimiento autorizado del personal sanitario observado por Jordan (1993[1978]). La autoridad biomédica que los saberes expertos confieren a los profesionales de salud resta automáticamente autonomía a los pacientes que están siendo atendidos por ellos. Sin ser consciente de

ello, Merche está definiendo una de las características fundamentales de la cultura biomédica de atención al parto, la desautorización de los pacientes y su dependencia respecto a las decisiones médicas para el tratamiento de las afecciones que sufren en sus cuerpos. Pero cuando hablamos de un proceso fisiológico como es el parto, teniendo en cuenta que...

“la mayoría de los aproximadamente 140 millones de nacimientos que ocurren a nivel mundial cada año se dan en mujeres que no presentan factores de riesgo de tener complicaciones para ellas ni para sus bebés, al comienzo y durante el trabajo de parto” (OMS, 2018:1).

... resulta más alarmante que las decisiones sobre cómo transcurran dichos partos deban recaer en la última palabra de los especialistas. A este respecto se han observado ciertas estrategias en algunas mujeres para tratar de eludir prácticas médicas innecesarias en sus embarazos y partos, así como la respuesta biomédica recibida por parte de los especialistas médicos (Irwin y Jordan, 1987; Farah Diaz-Tello, 2016). La cuestión llegados a este punto es reflexionar sobre qué grado de capacidad de decisión sería el apropiado para considerar que no se ha dado violencia obstétrica y si las decisiones tomadas por las mujeres se han dado efectivamente de manera autónoma. Para ello, convendría plantear esta reflexión de manera escalonada en dos fases:

1º Estudiar la cantidad y calidad de la información que se proporciona a las mujeres sobre las posibles intervenciones a las que someterlas con respecto a su trabajo de parto.

2º Resolver si en base a esa información las mujeres pueden ser autónomas en su decisión o por el contrario dependerán de la opinión o recomendaciones del personal de salud.

Para ilustrar esta reflexión tomaré de ejemplo el caso de Sabrina, que durante la fase de expulsivo de su parto fue informada de la posibilidad de hacer una episiotomía y a la que finalmente le fue realizado el corte bajo su elección.

“A mí me dijeron: ‘¿quieres que lo hagamos o seguimos intentándolo?’ Y nada, y yo veía que es que llevaba ya bastantes empujones y que la cabeza no salía y dije que sí, que lo hicieran” (Sabrina, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E17).

Aparentemente, Sabrina tomó la decisión de realizar la episiotomía en base a su capacidad y autonomía, siendo informada y consultada previamente. La cuestión que se

me ocurre es la siguiente: si no le hubieran planteado la posibilidad de realizar la episiotomía más allá de toda la información que hubieran podido ofrecerle, ¿habría tomado ella la decisión por sí sola? ¿Habría pedido una episiotomía si no hubiera sido influenciada por el personal de salud en ese momento? Da la sensación de una falsa ilusión de autonomía el hecho de que los profesionales planteen la realización de una intervención y que ella acepte. Según la lógica de los saberes expertos y del conocimiento autorizado de Jordan (1993[1978]), quien ostenta la verdadera autonomía respecto a lo que se hace o no se hace en los cuerpos de los pacientes es el personal médico. Y el hecho de plantear la realización de determinada práctica no sería más que dirigir al paciente en lo que tiene que decidir, de ahí la cuestión de la ilusión de una falsa autonomía. La dificultad en la capacidad de decisión de las mujeres radica en dos cuestiones importantes. En primer lugar, al no disponer de los saberes expertos sobre medicina, se da una limitada posibilidad de traducir los datos e información médica para que dicha decisión se tome con firmeza y asertividad. Para solventar este inconveniente podría replantearse la cantidad y calidad de la formación que se da a las mujeres durante, por ejemplo, los cursos de preparación al parto, así como formar a los profesionales y animarlos a que establezcan una relación con las mujeres que permita un diálogo confiado que aporte veracidad y validez a los datos sobre los cuales éstas tomarían las decisiones. Pero en segundo lugar, es necesario también poner la mirada en cómo las capacidades que otorga la medicina a los profesionales hacen de ellos potenciales ‘defensores de los bebés’, ante unas madres irresponsables que no son capaces de obedecer las indicaciones que les son dadas en la atención hospitalaria a sus embarazos y partos. En mayo de 2019, una mujer asturiana fue arrestada y esposada por la policía en su domicilio para ser sometida a una inducción forzosa después de que el Jefe de Obstetricia del Hospital Universitario Central de Asturias solicitara una orden judicial para proceder a su detención e ingreso en el hospital. Más allá de las razones que motivaran semejante solicitud y de las razones justificadas que la mujer tuvo para rechazar una inducción por protocolo⁶³, el caso provocó una grandísima polémica que traspasó las fronteras de nuestro país, y en la que entraron en tensión cuatro principales actores sociales. Por un lado, los medios de comunicación trataron el caso desde un principio de forma sensacionalista y carente de rigor y profesionalidad, aludiendo únicamente a tres datos que influirían claramente al segundo actor

⁶³ Es importante remarcar que a pesar de encontrarse en la semana 42, no existía ningún riesgo manifiesto que pudiera poner en peligro la vida de la mujer o del feto, tal y como han asegurado matronas afines al caso.

implicado: la opinión pública. Estos datos fueron que (1) la mujer tenía pensado dar a luz en su casa, (2) que se había fugado del hospital⁶⁴ y (3) que al encontrarse en la semana 42 de gestación el feto sufría riesgo de hipoxia⁶⁵. Ante una opinión pública ya posicionada en el rechazo social al parto domiciliario y a las mujeres que optan por este modelo (Martínez, 2015), parece claro que el sensacionalismo mediático con el que fue tratado este caso implicaría un gran rédito publicitario. Pues cuando se habla de riesgo en el embarazo y el parto, tal y como señala Montes, existe una tendencia compartida por la población a justificar la medicalización:

“El riesgo del que es susceptible el embarazo y que puede darse en el parto junto con el dolor indeseable asociado al último, construyen el eje que justifica los discursos y prácticas de la medicalización y es compartido por la mayoría de la población” (Montes, 2007:54).

Además, como no podía ser de otra manera, un tercer actor encarnado por la comunidad médica, salió a la arena de debate con toda la autoridad, la hegemonía y la legitimidad social ostentadas por esta profesión, atacando directamente la irresponsabilidad de una mujer que había puesto deliberadamente en peligro la vida de su hijo. El encarnamiento público al que estos actores sometieron a esta mujer por tomar libremente las decisiones sobre su embarazo y su parto fue únicamente enfrentado por el cuarto actor en cuestión, las asociaciones contra la violencia obstétrica y en defensa del parto respetado. Ni siquiera el feminismo general encontró un consenso para posicionarse ante lo que parecía un claro caso de violencia institucional y patriarcal. El debate giró en torno a la capacidad de las mujeres de decidir sobre sus propios cuerpos y sus partos, pero más allá de no haberse observado un consenso al respecto o una mayor escucha a las mujeres en relación a su autonomía y capacidad de decisión, pareció haberse radicalizado el posicionamiento social, mediático y médico respecto a (1) la exclusiva autoridad de los profesionales de salud y de la tecnología médica para determinar qué pasa en los cuerpos de las mujeres, (2) la nula autonomía de las mujeres a tomar cualquier decisión cuando el enfoque de riesgo (Blázquez, 2009:192-203) planea sobre la vida y el bienestar del no nacido, y por consiguiente (3) la completa invisibilización e infravaloración de las mujeres cuando se trata de defender la vida que llevan en su interior.

⁶⁴ Quedó claro y así fue plasmado en la denuncia que la familia interpuso contra el hospital, que la mujer ni siquiera había sido ingresada, por lo que no procedía bajo ningún concepto la activación del protocolo de fuga.

⁶⁵ Falta de oxígeno que puede implicar morbilidad perinatal.

4.2.1.5 El consentimiento informado

El consentimiento informado es un documento que, según la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente expresa:

“la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud” (Jefatura del Estado, 2002:3).

La ley española señala que el consentimiento será verbal salvo en los casos de:

“intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente” (Jefatura del Estado, 2002:5).

Es un documento que informa a los pacientes de la intervención que les va a ser realizada, así como de los riesgos que comporta, y pide autorización al paciente para que se realice. Desde mi punto de vista, en el contexto de la atención hospitalaria al embarazo, parto y puerperio el consentimiento informado puede comportar 3 escenarios que se han observado durante el trabajo de campo:

Escenario 1: en caso de que la paciente consienta, el personal de salud dispone del resguardo que acredita el consentimiento de la misma a la realización de determinadas intervenciones previa información de los riesgos, lo que servirá a los profesionales como aval o justificación de dichas prácticas en caso de denuncia por negligencia o mala praxis.

Escenario 2: si la paciente no consiente, podrían entrar en juego ciertas interacciones que pueden resultar incómodas o amenazantes para ella. A lo largo de la investigación, varias mujeres en observación participante, en conversaciones informales o en consultas audiovisuales manifestaron, tras no haber dado el consentimiento para alguna intervención, haber recibido respuestas tales como “tú verás, si le pasa algo a tu bebé es responsabilidad tuya”, etc. Asimismo, desde diversas fuentes también se ha denominado a estas actitudes como ‘jugar la carta del niño muerto’, lo que implicaría inocular en las mujeres miedo respecto a los riesgos biomédicos que puedan acontecer durante el parto para obtener de ellas el consentimiento para la realización de determinadas intervenciones. Eva me cuenta cómo tras su parto “se enfadaron mucho” porque pidió el alta voluntaria: “En el informe pusieron que pedía el alta ‘en contra de

las recomendaciones' (...), como si yo fuera negligente por pedir el alta" (Eva, 40 años, madre no embarazada, registro de observación participante EPEN2.2).

Escenario 3: en ocasiones, el personal médico efectúa maniobras o intervenciones invasivas o innecesarias a las mujeres durante el proceso de parto sin previa solicitud de consentimiento informado. Para ello, se recurre a la omisión de información e incluso al camuflaje de la misma. Desde grupos activistas se denuncia que en muchas ocasiones se practica la maniobra de Hamilton e incluso la de Kristeller bajo la consigna "te voy a hacer una ayudita". La categoría diminutiva del término 'ayuda' implica una infantilización de las mujeres y una presunción de falta de madurez y responsabilidad para sobrellevar su propio parto. Un ejemplo puede ser el testimonio de Vera, que relata cómo se le ocultaba información a pesar de saber que el personal estaba por practicarle una maniobra de Kristeller:

"Vino un hombre, yo creo que era celador... y me dijo: 'ahora te voy a empujar un poco la tripita'. Y yo le dije: '¿me vas a hacer una Kristeller?' Me miró y me dijo: 'no, te voy a empujar un poco la tripita'" (Vera, 38 años, madre y activista, registro de entrevista E15, hablando de maniobra de Kristeller en segundo parto).

Aunque el escenario 3 es el que las leyes revisadas incluyen en sus líneas como violencia obstétrica, los movimientos en defensa del parto respetado denuncian que las amenazas y vuelcos de responsabilidad contemplados en el escenario 2 también se incluyen, debido a la vulneración de la capacidad de decidir libremente de las mujeres y los matices de coacción y amenaza que en ocasiones se recibe por ejercer el derecho a la autonomía en el parto. Considero evidenciado el hecho de que el consentimiento informado implica utilidad exclusivamente al personal de salud, escudando dicha utilidad en el pretexto de estar proporcionando a las mujeres información de calidad para el ejercicio de su derecho a decidir. En el siguiente capítulo expondré cómo este derecho puede ejercerse a través del documento de plan de parto, la modalidad inversa al consentimiento informado del que las mujeres hacen uso para ejercer un efectivo derecho a la legítima información y decisión sobre sus procesos de embarazo, parto y puerperio, y que el activismo de parto respetado defiende no sólo como una herramienta para prevenir la violencia obstétrica y plasmar las decisiones de las mujeres, sino también como un derecho para poner de manifiesto los deseos y expectativas de las mismas.

4.3 Prácticas y actitudes asociadas a la violencia obstétrica

La recopilación, explicación y difusión de las prácticas más denunciadas como violencia obstétrica ha sido uno de los pilares de trabajo más importantes dentro de los movimientos de parto respetado. Por ejemplo, *El Parto es Nuestro* ha recogido y sintetizado información relativa a intervenciones médicas durante el parto que pueden vulnerar los derechos, integridad o dignidad de las mujeres. Esta difusión de información forma parte de una de las estrategias de los grupos afines al parto respetado que expondré en el capítulo siguiente, y que tiene que ver con los procesos de información, reflexión y toma de decisiones que las mujeres realizan durante su embarazo mientras planifican un parto respetado. En este sentido, uno de los pilares del parto respetado que he podido observar durante el trabajo de campo implica mujeres que se informan sobre violencia obstétrica y sobre cómo prevenir determinadas intervenciones abusivas e innecesarias, para lo cual se proyecta como vital conocer cuáles son las prácticas biomédicas más denunciadas y que efectos físicos y psicológicos tienen sobre las mujeres y los recién nacidos.

Una de las intervenciones calificadas dentro de la violencia obstétrica es la **inducción del parto** sin una causa médica justificada o sin el consentimiento informado de la madre. Las últimas evidencias han demostrado que un embarazo a término es seguro entre la semana 41 y la 42, siempre que no se den signos de posibles complicaciones que puedan implicar un riesgo para la madre y/o el feto (MSSSI, 2014). Sin embargo, son numerosos los casos de inducciones realizadas en nuestro país a pesar de que la OMS informa:

“En el curso de las últimas décadas, los esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales han llevado al uso de una serie de prácticas, ya sea para acelerar un trabajo de parto lento o para dirigir el proceso fisiológico de un trabajo de parto que avanza normalmente. Si bien las intervenciones dentro del contexto de conducción del trabajo de parto pueden ser beneficiosas, su uso inapropiado puede ser nocivo. Además, una intervención clínica innecesaria en el proceso de parto natural va en detrimento de la autonomía y dignidad de la mujer como beneficiaria de cuidados y puede tener un impacto negativo en su experiencia de parto” (OMS, 2015:3).

Pero además, tal y como apunta Montes, la tendencia a la aceleración del trabajo de parto es una cualidad inherente a la práctica médica y está relacionada con el control que la biomedicina pretende en todo momento ejercer sobre los cuerpos.

“Reducir la duración del parto es, pues, una necesidad médica, justificada primero en dar solución a algunas alteraciones, y generalizada más tarde en un intento competitivo por dominar la dinámica de todos los cuerpos” (Montes, 2012:203).

Las causas médicas más frecuentes para inducir un parto pueden ir asociadas a factores tensionales como la preeclampsia⁶⁶, a infecciones intrauterinas, a rotura prematura de membranas cuando el parto no se inicia espontáneamente durante las primeras 12-24 horas después de la misma, o al riesgo de morbimortalidad del feto, entre otros. Cuando la inducción de un parto por causas médicas justificadas es valorada entre el personal de salud y las mujeres, contrastando los riesgos y los beneficios de provocar el parto, así como teniendo en cuenta las dudas y requerimientos de las mismas y aprobando la inducción mediante consentimiento informado, el procedimiento en sí (sin tener en cuenta las posibles intervenciones causadas por la inducción) no se percibe como violento:

“Con el segundo embarazo nos preparamos para dar a luz en casa, pero... fue justo hace dos años. Pues eso, fuimos a consulta al hospital, y nos dijeron que la niña venía pequeña y que tenía el riesgo bajo, así que nos recomendaron una inducción por el riesgo de parir en casa. Yo le pedí una segunda opinión a mi matrona, y me dijo que la mejor opción era inducir el parto, me tranquilizó y me dijo que confiara en los médicos. Así que decidí que sería una inducción nuestra, aunque ellos me iban a ayudar a encender el motor, iba a ser yo la que dirija ese parto” (Victoria, 45 años, madre y activista, registro de observación participante EPEN2.6).

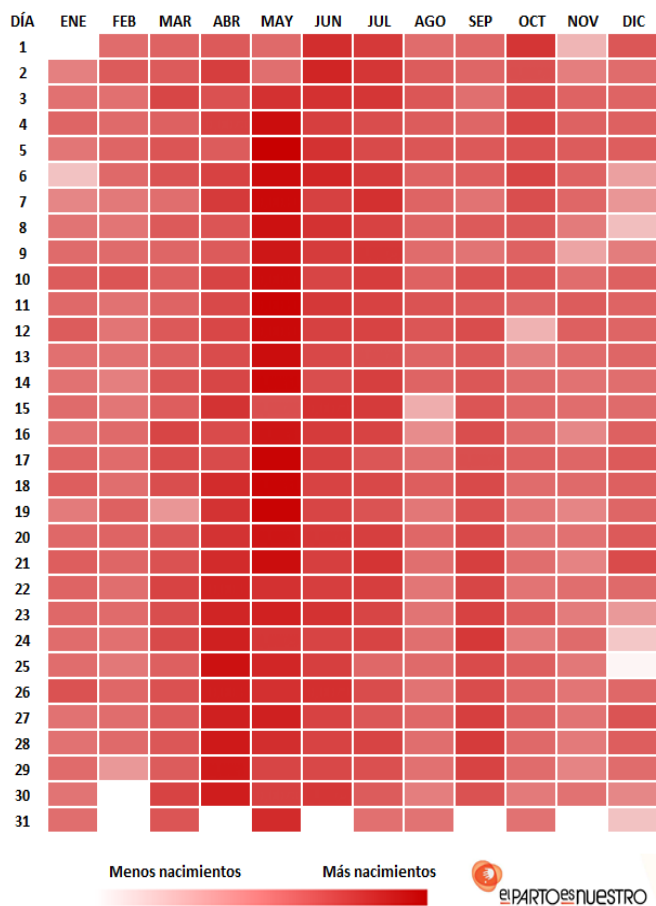
No obstante, existen motivaciones arbitrarias para inducir el parto, contempladas dentro de la categoría de violencia obstétrica debido a que responden a causas logísticas principalmente derivadas de la comodidad horaria del médico especialista. El primer parto de Victoria, así como el de tantas otras mujeres, “fue una inducción porque el médico se iba de vacaciones: ‘hoy me he quitado dos partos de los ocho que tenía para vacaciones’” (ibídem). Cabe señalar que este tipo de inducciones tienen lugar en su gran mayoría en las unidades hospitalarias privadas, debido al modelo asistencial de seguimiento del embarazo, que es principalmente realizado por el mismo ginecólogo/obstetra desde la confirmación del embarazo hasta el posparto. La asociación *El Parto es Nuestro* publicó en 2016 el informe *Nacer en horario laboral*, un dossier gráfico en el que se puede observar visualmente cómo el número diario de

⁶⁶ La preeclampsia es “una enfermedad multisistémica, caracterizada por hipertensión y proteinuria”, y ha sido catalogada como “causa importante de muerte perinatal materna y fetal en todo el mundo” (Mozo y Sánchez, 2004:13).

nacimientos en un año varía considerablemente entre los días festivos y los días laborables:

Figura 5. *Nacer en horario laboral, El Parto es Nuestro.*

¿Qué días hay menos nacimientos en Madrid?



Fuente: Recio y Müller (2016:3).

La intensidad del color de los recuadros es indicador del promedio de nacimientos por día entre los años 1975 y 2010. Observando el gráfico de un vistazo, es patente que los días con menor número de nacimiento corresponden a festividades nacionales como el 1 de enero (día de Año Nuevo) o el 25 de diciembre (día de Navidad), lo que indica un posible interés por parte del personal de salud en guiar o planificar el momento idóneo para atender un parto con el objetivo de no hacerlos coincidir con días no laborables⁶⁷.

Pero más allá del hecho de que sea el propio personal de salud quien decida y en base a qué criterios cuándo debe un bebé nacer, dentro de la decisión en sí de inducir un parto,

⁶⁷ Según el calendario de festivos nacionales en el estado español, son insustituibles y permanentes los siguientes festivos: 1 de enero, viernes santo (a determinar según calendario lunar), 1 de mayo, 15 de agosto, 12 de octubre, 1 de noviembre, 6 de diciembre y 25 de diciembre.

se encuentran diversas formas de hacerlo. Si ya de por sí decidir una inducción sin contar con el criterio y la decisión de las mujeres puede implicar una violencia simbólica, los modos de provocar y/o acelerar los partos también resultan invasivos. La **amniotomía o rotura de bolsa uterina**, también conocida como amniorrexis artificial, es la práctica consistente en rasgar artificialmente la bolsa amniótica con el fin de provocar el inicio del parto o acelerar el mismo en caso de haberse iniciado con anterioridad. Es importante destacar que la rotura de la bolsa amniótica, acción coloquialmente conocida como ‘romper aguas’, no es indispensable para desencadenar un parto, pues ha quedado demostrado que un parto ‘velado’, es decir, el que finaliza con el bebé saliendo del vientre de la madre con la bolsa amniótica intacta, es igualmente seguro (Saz, Tejero y Ortiz, 2008:23). La amniotomía se incluye dentro de los “métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto” según la OMS (2015:3), representativos de ciertos “esfuerzos por evitar el trabajo de parto prolongado en los partos institucionales” (ibídem). Asimismo, entre sus últimas recomendaciones de 2018, la OMS desaconseja el uso de la amniotomía en los siguientes casos:

- Amniotomía rutinaria para la prevención del estancamiento del parto.
- Amniotomía y oxitocina tempranas para la prevención del estancamiento del parto.

A pesar de estas recomendaciones, en la Comunidad de Madrid, algunos de los hospitales de referencia en cuestión de maternidad como el Hospital Universitario La Paz, incluyen en sus protocolos la amniotomía sistemática o rutinaria, es decir, se realiza un 100% de las veces que las mujeres ingresan al hospital por inducción o trabajo de parto iniciado. Numerosas mujeres han descrito dolores altamente molestos durante la realización de esta práctica, fruto de diversos factores entre los que se encuentran la falta de práctica del personal de salud, un movimiento violento para llevarla a cabo o la tendencia a realizarla de forma acelerada (Fernández del Castillo, 2014). Asimismo, las investigaciones centradas en esta práctica han demostrado que la realización rutinaria de esta intervención implica mayores riesgos de cesárea (Smith, Markham y Dowswell, 2013; citados en García, 2018:193). De forma mecánica también puede realizarse la conocida como ‘**maniobra de Hamilton**’ para inducir un parto. Se trata de una técnica manual consistente en la separación de las membranas uterinas con el fin de liberar prostaglandinas para provocar el parto. Se realiza introduciendo vaginalmente dos dedos y girándolos 360° entre las membranas del segmento uterino.

Se considera violencia obstétrica cuando se realiza sin informar previamente a las mujeres, incluyéndola como parte del reconocimiento médico en las últimas revisiones antes del parto o realizándola en el momento del ingreso en caso de inducción programada. Durante el trabajo de campo ha sido muy frecuente escuchar a mujeres denunciar que tiempo después del parto descubrieron, al recibir el informe médico, que aquel tacto realizado después de escuchar un “te voy a hacer una ayudita”, no resultaba ser otra cosa que una maniobra de Hamilton. Por otro lado, no ha sido menos común escuchar a varias mujeres definir ese tacto como agresivo y doloroso:

“Y bueno, pues la persona que fue a hacerme el tacto justo después de llegar para saber si estaba dilatada o no, pues embistió un poco sin avisar, y a mí me dolió mucho y yo grité. Y ellos se cabrearon mucho, ellas, diciendo que estaba asustando a las de la habitación de al lado” (Viviana, 35 años, madre primeriza, registro de entrevista E16, inducción de primer parto).

La OMS (2015) recoge el uso rutinario de técnicas manuales y farmacológicas con el fin de provocar o acelerar el trabajo de parto para evitar partos prolongados, complicaciones e incluso cesáreas. No obstante, también alerta de que no se suelen respetar las recomendaciones de no realizar estas maniobras de forma rutinaria o sin previo consentimiento de las mujeres, lo que ha llevado a los movimientos activistas a incluir estas elusiones en el conjunto de categorías de violencia obstétrica. Por tanto, se ha considerado violencia obstétrica la separación de las membranas no solamente como mecanismo protocolariamente rutinario sino también cuando es realizada mediante la omisión de información esencial a las mujeres. Adriana, informante de García en su investigación sobre violencia obstétrica, señaló cómo se le realizó esta maniobra bajo eufemismos y aprovechando la ocasión de un tacto vaginal:

“Me hizo una maniobra de Hamilton sin consultarme, sin decírmelo, me dice: ‘voy a ver qué tal estás’, y me hizo directamente una maniobra de Hamilton y lo sé porque me dolió horrores, y a mí nunca me había dolido un tacto, nunca, de los pocos que me habían hecho porque sí es cierto que nunca me habían hecho un tacto los ginecólogos hasta ese día, no me habían tocado nunca, o sea, me habían visto con un eco-doppler, me habían visto con el ecógrafo, pero nunca me habían hecho un tacto en todas las revisiones que se me hicieron ya en el tiempo de monitores. Y claro, me quejé, le dije: ‘por lo menos avisa que me va a doler’, y dice: ‘es que si os aviso, os ponéis peor’, y digo: ‘pues no, quizás si avisas me preparo para recibir el dolor y lo soporto mejor’” (García, 2018:176).

Si nos detenemos a analizar las prácticas, rutinas como la maniobra de Hamilton pueden suponer la invasión y manipulación por parte de un agente externo en el interior del cuerpo femenino a través de la vagina. Y manipularlos sin ofrecer la información adecuada y sin obtener el consentimiento de las mujeres, viola en primera instancia los principios básicos de la Ley de Autonomía del Paciente. Conviene reflexionar a este respecto cómo culturalmente y en base a las prácticas biomédicas, las mujeres y la sociedad en general han asumido y normalizado este tipo de rutinas bajo una capa de cientificidad y profesionalidad médica que, una vez cuestionada, pone de relieve un tipo de violencia de género ejercida directamente sobre los cuerpos de las mujeres. En otro lugar, una forma de inducir el parto de forma farmacológica es la **administración de hormonas sintéticas** como la prostaglandina o la oxitocina. La prostaglandina se administra en forma de óvulo, que se introduce en el canal vaginal y va liberando la hormona poco a poco. Por su parte, la oxitocina es una de las hormonas presentes durante el trabajo de parto, y su forma sintética es la más utilizada para inducir los mismos. Se administra para favorecer las contracciones uterinas que ayudan al descenso del feto a través del canal de parto, y en ocasiones se comienza a administrar en un parto ya iniciado para acelerar la fase de dilatación. La mayoría de mujeres reporta dolores considerablemente más intensos que los de las contracciones sin oxitocina sintética, y su eficacia no siempre es satisfactoria, tal y como han manifestado varias informantes durante las distintas sesiones de observación participante. Los factores observados más reiterados en la categorización de la administración de oxitocina sintética como violencia obstétrica son:

- Su inyección sin consentimiento previo de las mujeres: algunas mujeres han indicado que descubrieron que aquello que les había sido administrado de manera intravenosa era oxitocina sintética una vez habían accedido al informe del parto o a su historia clínica.
- Su utilización rutinaria y sistemática para acelerar un parto que avanza de forma normal. García apunta a que según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012) en los partos iniciados de forma espontánea, el uso de oxitocina sintética todavía se usa en un 53% durante la fase de dilatación, cuando las recomendaciones indican que esta tasa no debe superar el 10% (2018:121).
- Cuando por su utilización se deriva en una ‘cadena de intervenciones’ que instrumentalizan aún más el parto. Una de las consecuencias más frecuentes es la

necesidad de administrar analgesia epidural debido a las fuertes sensaciones de dolor que ocasionan las contracciones provocadas por oxitocina sintética.

La oxitocina sintética no es inocua, conlleva una serie de riesgos tales como hipertoniá del útero, rotura de útero, sufrimiento fetal o hemorragia posparto, entre otros, por lo que su administración no es aconsejada en más del 5-10% de los partos (García, 2018). Las mujeres que han recibido oxitocina sintética para estimular o acelerar sus partos han expresado que la intensidad del dolor de las contracciones es notablemente mayor que las contracciones provocadas por la oxitocina natural. Esto puede explicarse porque, en palabras de Casilda Rodrigáñez, escritora experta en parto y maternidad: “lo que sucede es que las fibras longitudinales del útero se baten espasmódicamente, pegando tirones a las fibras circulares que permanecen contraídas” (2007:15). Así, la administración temprana de oxitocina sintética para prevenir la prolongación o estancamiento del trabajo de parto es una de las razones por las que existe posibilidad de sufrir violencia obstétrica debido a los efectos adversos que pueden conllevar a una instrumentalización de los partos que, o bien avanzan de forma natural, o bien todavía no son susceptibles de ser inducidos al no haber superado las 42 semanas de gestación, edad gestacional en la que los protocolos hospitalarios en España establecen el límite para permitir un desencadenamiento espontáneo del parto, debido a que un embarazo a postérmino (más de 42 semanas) ha sido considerado como factor de riesgo prenatal (MSSSI, 2013). Tal y como apunta García, la administración de oxitocina sintética supone el “punto álgido de la cascada de intervencionismos” (2018:196), ya que al generar un dolor casi insoportable de las contracciones uterinas, la analgesia epidural se ve como el único método de alivio del dolor para la mayoría de las mujeres. Como veremos más adelante, la insensibilización y falta de movilidad que provoca la analgesia epidural obliga a las mujeres a permanecer en posición horizontal, lo que dificultará en muchos casos el descenso del feto por el canal de parto con la consecuente necesidad de utilización de instrumental por parte del equipo médico.

Por su parte, aunque la **administración de la analgesia epidural** para paliar los dolores de las contracciones no implica una práctica inherentemente violenta, este tipo de anestesia no está exenta de controversia. La crítica principal que se construye en torno a este fármaco está basada en su utilización prácticamente universal como método de alivio del dolor durante el parto. Sus efectos, que no son triviales, han revolucionado los partos en las sociedades industriales, utilizándose en la gran mayoría de los casos (García, 2018:157). La analgesia epidural se ha convertido en el método

farmacológico de alivio del dolor más efectivo, mitigando al máximo la intensidad del dolor de las contracciones uterinas. Sin embargo, una de las consecuencias de dicha universalidad es que se han extendido enormemente en el imaginario colectivo sus efectos positivos en detrimento del conocimiento de los numerosos efectos adversos que puede generar, normalizando así el uso sistemático de este tipo de analgesia para el manejo del dolor. Los efectos adversos de la administración de la epidural más comunes son:

- “Calambres
- Punción intravascular (paso del fármaco al torrente sanguíneo).
- Analgesia insuficiente. Repunción
- Punción intradural (salida del líquido cefalorraquídeo que rodea la médula). Puede producir dolor de cabeza.
- Punción dificultosa o imposible de realizar.
- Temblores
- Náuseas y vómitos
- Picores
- Disminución de la movilidad de las piernas.
- Dolor de espalda.
- Disminución de la tensión arterial.
- Retención de orina.
- Aumento del parto instrumentado (fórceps, ventosa, espátulas)
- Complicaciones que afectan a las raíces nerviosas (excepcionales). Complicaciones infecciosas
- Reacciones alérgicas: tienen carácter extraordinario y los expertos desaconsejan la práctica sistemática de pruebas de alergia.
- Rotura de la aguja o del catéter” (Hospitales NISA, sin fecha).

Otro de los efectos adversos más habituales de la epidural para un trabajo de parto normal es la obligatoriedad de posición litotómica. Aunque esta obligatoriedad también se da en otros casos, la analgesia epidural provoca un adormecimiento e insensibilidad en la zona inferior del cuerpo, restando movilidad a las mujeres en las que ha sido administrada. Por su parte, la posición litotómica no favorece el descenso del feto por el canal de parto al evitar la posibilidad de que la gravedad e incluso los movimientos pélvicos puedan ejercer sus propios efectos. Los movimientos activistas contra la

violencia obstétrica y a favor del parto respetado alertan de que el uso rutinario de la analgesia epidural contribuye a las altas tasas de instrumentalización, intervención y medicalización de los partos, incluso cuando éstos pueden transcurrir de forma normal. Muchos profesionales no entienden por qué hoy en día existen mujeres que deciden parir sin ‘ayuda’ de la epidural. Esto supone que la universalidad en la administración de este fármaco implique la asunción de que toda mujer que ingresa por trabajo de parto vaya a hacer uso del mismo. Así lo relata Ladmi de su primer parto:

“Yo tuve un primer parto muy al uso, muy intervenido (se emociona), siempre igual, ¿eh? (risas) (...). Me pusieron la epidural casi forzada, me rompieron la bolsa, me llevaron a la cadena de intervenciones (...).” (Ladmi, 39 años, madre de dos niños, activista, registro de observación participante).

¿Dónde podemos situar, por tanto, el equilibrio entre el manejo del parto y el alivio del dolor de las contracciones? En primer lugar es importante definir quién es el principal beneficiario del uso de la analgesia epidural. En base a las representaciones colectivas de las sociedades occidentales actuales, el primer impulso empuja a responder que las principales beneficiadas del uso de la epidural son las mujeres, debido a la efectiva mitigación del dolor en el parto que conlleva. Pero si nos atenemos a la prudencia del cuestionamiento y la reflexión e indagamos en la literatura existente al respecto, podremos descubrir cómo el cese de las expresiones de dolor por el apaciguamiento del mismo beneficia también al personal de salud, que pasa de trabajar de la presión producida por las exclamaciones de las mujeres a un entorno más calmado y silencioso. Testimonios que hablan de profesionales que mandan callar a las mujeres durante sus partos o que les instan a aguantarse el dolor nos hacen reflexionar sobre las capacidades del personal médico a trabajar en partos en los que por diversos motivos las mujeres necesitan canalizar el dolor a través del grito. El estudio realizado por Arnal, Flinker, Kleinschmidt, Giraud y Poeppel sobre las reacciones neurológicas del cerebro humano a distintos sonidos (2015) revela que los gritos alteran las regiones cerebrales reactivas al miedo del mismo modo que otras señales y sonidos de alarma. Esto podría indicarnos que más allá de los factores socioculturales que generan reacciones negativas ante los gritos de las mujeres durante el parto, existan componentes neurofisiológicos que dificulten a los profesionales sanitarios desempeñar su labor en un parto al reaccionar ante los gritos como señales de miedo o alarma. No obstante, no es extraño observar profesionales que disponen de las aptitudes y cualificaciones que les permiten priorizar las necesidades de las mujeres que se

encuentran de parto antes que su propia comodidad a la hora de intervenir. Escribe Rodrigáñez que los primeros pensamientos asociados a los partos guardan relación con “dolor, dificultades y riesgos diversos, médicos, controles de embarazo, salas de parto, epidurales, llanto y reanimación de bebés, etc.” (2007:61). Cuando en conversaciones informales se habla de parto, generalmente no faltan las alusiones a los dolores prácticamente insoportables inherentes al mismo, y consiguientemente, a los extraordinarios efectos de la analgesia epidural. Tal y como explica la antropóloga española Patricia Núñez, la mayoría de las mujeres tiende a manifestar preocupación por el dolor durante el parto, principalmente ante la incertidumbre sobre su capacidad de gestionarlo en los momentos de más intensidad. La autora apunta a que se ha observado una “visión del parto como un momento difícil y doloroso que en algún punto podía volverse intolerable” (2014: 45). Llegados a este punto me planteamos una reflexión: ¿hablamos de la epidural por lo doloroso del parto o hablamos de los dolores del parto por la existencia de la epidural? Cuando nuestras abuelas parían en sus casas acompañadas de la partera o comadrona y de sus familiares más allegadas, no recordamos esos discursos coloquiales terroríficos sobre lo intolerable de los dolores de las contracciones (Cardús, 2015). Ellas, al contrario que nosotras, no parían en los hospitales rodeadas de tecnología y fármacos portentosos. No existía la epidural (ibídem). Hoy en día, cuando el 72,2% de las mujeres paren con analgesia epidural (MSSSI, 2012), y por tanto, son capaces de comparar las sensaciones de dolor con las del alivio farmacológico, las narrativas sociales concernientes al parto humano apuntan en su mayoría al dolor uterino como sufrimiento y a la epidural como placer. Es de este modo como se genera en el imaginario colectivo la percepción casi universal de que hoy en día es descabellado parir sufriendo cuando gracias a los avances médicos es posible parir sin el esfuerzo de atravesar la fase de dilatación con contracciones extremadamente dolorosas. En este sentido, tienen directa relación las aportaciones de Otegui sobre los factores socioculturales del dolor y el sufrimiento (2000). Según la autora, el dolor en la biomedicina es percibido como un mal situado en un cuerpo o en una parte del mismo, un mal que, entendido como sufrimiento, es susceptible de ser atajado a través del tratamiento médico. Asimismo, señala:

“El tratamiento farmacológico de los ‘dolores’ del parto no hace más que reafirmar la inevitabilidad de los mismos; al naturalizarlos, oscurece y oculta su carácter de sufrimiento culturalmente constituido y organizado. La mujer y sus sensaciones ya no son más sujetos sociales con posibilidad de control de su experiencia de parto” (Otegui, 2000:241).

Por otro lado, la asunción del dolor del parto como un episodio a ser experimentado por las mujeres con estoicidad se corresponde con la visión bíblica representada en el “parirás con dolor”. Tal y como explica Imaz, “los comienzos de la anestesia aplicada al parto—mediados del siglo XIX— despertaron largas polémicas sobre su conveniencia” (2001:101), pues desde una visión religiosa, las mujeres debían no sólo reproducir el dolor de María durante su parto, sino además expiar sus pecados a través del mismo (ibídem). Se plantean aquí dos perspectivas en torno a la aceptación del dolor en el parto. En primer lugar, la perspectiva patologizante interpretaría el dolor como un sufrimiento biomédicamente atajable pero limitante de las capacidades de las mujeres en cuanto a la vivencia de sus experiencias de parto (Otegui, 2000; Montes, 2007). En segundo lugar, la aceptación de los avances científicos como mecanismo para contrarrestar algunas imposiciones morales en base a la libertad de las mujeres para poder parir sin necesidad de experimentar el dolor de las contracciones. Como explicaré en el capítulo 5, en los contextos relacionados con el parto respetado se reproducen alternativas a la anestesia como mecanismos de manejo del dolor, así como planteamientos reflexivos sobre la relación entre el dolor biomédicamente entendido y el sufrimiento como constructo cultural.

Siguiendo la dinámica de las intervenciones biomédicas mayormente denunciadas como violencia obstétrica, los discursos en defensa del parto respetado alertan sobre la inconveniencia de obligar a las mujeres a parir en **posición litotómica**. Imagínese la lectora o lector una mujer de parto en un hospital tal y como las producciones cinematográficas y televisivas suelen representarlas. Deténgase a pensar en qué posición se encuentra. Si la imagina tumbada hacia arriba, con las piernas elevadas y los talones apoyados en los estribos de la cama de partos, ya tiene usted en mente la posición de litotomía del parto. La postura litotómica es, por tanto, la

“posición que adopta el paciente en decúbito supino, apoyado sobre la cabeza, torso y nalgas, con las piernas levantadas y apoyadas sobre los complementos de la mesa quirúrgica o de exploración” (Maceira, Salgado y Atienza, 2009:246).

Esta postura es la más frecuente en los partos hospitalarios (Alberola, Gómez y Rodríguez, 2005), pues favorece los partos instrumentales al resultar más cómoda para el personal de salud que los atiende (FAME, 2011:17). Así lo exige el Ministerio de Sanidad y Política Social cuando expresa que:

“El parto instrumental deberá realizarse preferentemente en quirófano con la madre en posición de litotomía, bajo anestesia local o epidural con intervención de obstetra, matrn/a y anesestsiólogo/a” (MSPS, 2009:101).

No obstante, numerosas investigaciones elaboradas por profesionales de la enfermería maternoinfantil o la obstetricia han concluido que de cara al progreso del trabajo de parto, esta postura está contraindicada debido principalmente a que no sólo aumenta el dolor de las contracciones (de Molina, 2014), sino que también se asocia a elevadas tasas de episiotomía (Alberola, Gómez y Rodríguez, 2005) e incluso desgarros de grado III y IV (Camacho, García, López y Belda, 2017), puesto que “reduce el espacio en la pelvis” (FAME, 2011:17). Como alternativa a la posición litotómica existen otras posturas que favorecen el transcurso del parto, tales como de pie, en cuclillas, tumbada de lado, semisentada, etc. (FAME: 2011). No obstante, uno de los factores principales a la hora de restar libertad de movimiento y posición a las mujeres durante sus partos es, aparte de la comodidad y mejor visión de la zona vaginal para el personal de salud, la administración de la analgesia epidural. La epidural adormece e insensibiliza la mitad inferior del cuerpo, impidiendo a las mujeres controlar las piernas, y por tanto, mantenerse de pie o moverse libremente. En estos casos en los que los efectos de la epidural fuerzan la posición de litotomía, sólo se categoriza como violencia obstétrica cuando se ejercen sobre la mujer técnicas o maniobras que resultan agresivas sumadas a la colocación de su cuerpo, por ejemplo la episiotomía o la maniobra de Kristeller. Los grupos en contra de la violencia obstétrica y en defensa del respeto durante el parto reclaman libertad de movimiento en los partos que así lo permitan en función de sus características farmacológicas (uso de epidural). Existe un tipo de anestesia conocida como la *walking*-epidural, “un opioide (...) el cual proporcionará una analgesia satisfactoria sin bloqueo motor, por lo que la parturienta podrá caminar” (Regueiro, Bajo y Grimau, 2007:399). Así, la administración de este tipo de epidural a dosis bajas permitiría cierta libertad de movimientos en las mujeres, lo que a su vez contribuye a reducir las posibilidades de intervención durante el parto (MSPS, 2010). Algunos hospitales de la Comunidad de Madrid, principalmente aquellos que han revisado recientemente sus protocolos o se encuentran en ello en la actualidad, ofrecen este tipo de analgesia para favorecer la libertad de movimiento y posturas de las mujeres y así evitar la postura de litotomía forzosa. Un ejemplo de ello es el caso de Luci, a quien se la administraron en el Hospital 12 de Octubre:

“Pero bueno, finalmente le dije: ‘venga, vamos a ponerme aunque sea un poquito’. Me pusieron la *walking*, que tiene una dosis más pequeña para que tú puedas seguir andando y moviéndote. Y nada, me la pusieron, enseguida noté cómo me calmaba entera, la sensación de: ¡*uff!*, y bueno, seguía sintiendo todo (...). Yo sentía absolutamente todo, o sea, ¡unos gritos!, yo no he gritado tanto en mi vida, y como Ofelia encima te animaba a gritar para que abrieras la boca y canalizaras todo y se abriera ahí abajo, bueno, bueno, yo era: ¡*ahhhh!*, yo estaba tumbada pero Ofelia me puso de lado, digamos, como un pie encima del otro” (Luci, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E9).

Luci pudo parir con una dosis más baja de analgesia, lo que le permitió dar a luz en una posición semi-tumbada, sin necesidad de recurrir a la postura de litotomía que, por cómo quedan las mujeres de invalidadas con respecto a la postura de sus cuerpos, las somete a una situación de “doble-gación y sumisión” con respecto al personal de salud, puesto que la apertura de la pelvis para el descenso del feto por el canal de parto “se reduce a un 28%” (Ricoy-Olariaga, 2014). A pesar de ello y de que organizaciones como la OMS recomiendan no utilizar esta posición (1985), la litotomía sigue siendo la postura preferida por los profesionales por su comodidad a la hora de visualizar e intervenir en el parto, por lo que todavía en la revisión realizada en el año 2012 sobre los indicadores en el marco de la EAPN, se concluyó que esta posición tenía lugar en el 87,4% de los partos (MSSSI y OSM, 2012:25).

Siguiendo con la violencia ejercida durante la asistencia al parto, no puedo dejar de mencionar la ‘famosa’ **maniobra de Kristeller**. He entrecomillado la palabra famosa porque su popularidad está únicamente extendida y reconocida entre los colectivos contra la violencia obstétrica y en defensa del respeto al parto. En 1867 el ginecólogo Samuel Kristeller describió esta maniobra como una práctica manual externa para favorecer el descenso del bebé a través del canal de parto de la madre. Consiste en una presión fúndica o del fondo uterino mediante movimientos manuales repetidos que el personal de salud ejerce sobre el abdomen de las mujeres durante su trabajo de parto (Rengel, 2011). Mientras que en otros países como Inglaterra la maniobra de Kristeller está prohibida por ley, en España solamente se encuentra desaconsejada (MSSSI, 2012:25), una de las razones por las que todavía hoy se realiza en numerosas ocasiones. La maniobra es violenta en sí, no existe ningún tipo de evidencia médica que avale que su uso pueda aportar algún beneficio al avance progresivo del parto (Malvasi et al., 2018:8) y suele realizarse en la fase de expulsivo cuando el parto no avanza al ritmo que el equipo médico espera. Es una técnica invasiva, violenta y que implica diversos

efectos negativos físicos y emocionales tanto para la madre como para el bebé, tales como:

“Los bebés pueden nacer con fractura de hombros o clavícula, desgarros musculares, hematomas, lesiones en órganos internos, hipoxia, incremento de la presión intracraneal, etc. Para las madres, puede suponer un desprendimiento de placenta, un desgarro uterino, un prolapso urogenital, un aumento del riesgo de desgarros graves, así como hemorragias, contusiones y fracturas” (García, 2018:216).

Su aplicación durante el trabajo de parto y su naturaleza violenta son elementos suficientes para considerarla constitutiva de violencia obstétrica, pero si a ello le sumamos que todavía hoy se sigue realizando en alrededor un 26,1% de los partos (MSSSI, 2012:25), podemos afirmar que la realización de la maniobra de Kristeller implica innegablemente violencia obstétrica, independientemente del trato o buenas intenciones del personal de salud. Durante una de las primeras sesiones de observación participante, Melisa describe una de las sensaciones que tuvo en su posparto al haber sufrido una maniobra de Kristeller: “estuve una semana con la tripa como si me hubiesen pateado” (Melisa, madre y embarazada, registro de observación participante EPEN1.1). Otro acto relacionado con la maniobra de Kristeller, así como con otras intervenciones, por la que puede ser considerada violencia obstétrica, es la infantilización de las mujeres negándoles la información y consentimiento necesarios para la realización de la práctica. Tal y como relataba Vera (página 150), el hombre que fue a practicarle la maniobra de Kristeller, le adelantó que le iba a “apretar un poco la tripita”. Al ella preguntarle si le iba a realizar la maniobra de Kristeller él respondió “no, te voy a empujar un poco la tripita”, negando la información relativa a la intervención que estaba por practicarle a pesar del conocimiento que ella disponía sobre esa práctica por haberse informado previamente en el contexto del activismo de parto respetado. Algunas mujeres, durante las sesiones de observación participante del trabajo de parto aseguraron que tiempo después de sus partos descubrieron que durante los mismos el personal de salud les había practicado la maniobra de Kristeller, no constando en la historia clínica ni en el informe del parto, y siendo conscientes de ello cuando decidieron informarse sobre violencia obstétrica y malas praxis. Conviene a detenerse a reflexionar cuáles son los motivos que empujan al personal médico a eludir la responsabilidad de ofrecer la información a las mujeres sobre este tipo de prácticas. Rengel asegura que no se pueden cuantificar los daños ocasionados por la realización de esta maniobra debido a que en numerosas ocasiones no se refleja este procedimiento

en el informe del parto o en la historia clínica de las mujeres “por razones legales” (2011:82). Sostengo que a pesar de las recomendaciones internacionales respecto a no realizar esta maniobra, muchos profesionales la consideran todavía un método útil para progresar la fase de expulsivo, pero concededores de las implicaciones legales que puede conllevar, prefieren ocultar la realización de la maniobra y evitar dejar constancia de su práctica.

Otra práctica invasiva de la que se ha alertado en el contexto de las denuncias de violencia obstétrica es la **episiotomía**, un corte que se realiza en el periné materno con el objetivo de ensanchar el tercio inferior de la vagina para favorecer la expulsión del bebé durante la segunda fase del parto. Desde el año 1996, la OMS advierte que la tasa de partos en los que la episiotomía es médicamente justificable es del 10% (Rubio-Romero, 2018), mientras que en España las últimas cifras apuntan a una media del 41,9% (MSSSI, 2012:27). La realización rutinaria o sistemática de esta intervención puede implicar, entre otras complicaciones, infecciones, hematomas, pérdida de sangre o anemia, dispareunia⁶⁸ temporal o persistente e incluso trauma psicológico, según la SEGO⁶⁹. Las altas tasas de episiotomía a nivel global, así como su utilización rutinaria, se han incluido dentro de las prácticas más comúnmente englobadas en la violencia obstétrica, situándola cada vez de forma más frecuente entre los discursos transnacionales, al mismo nivel que las mutilaciones genitales femeninas (Wagner, 1999; citado en García, 2018:212). Asociaciones en defensa del parto respetado como EPEN han hecho importantes esfuerzos para favorecer una toma de conciencia sobre la realización rutinaria de esta práctica. La campaña de EPEN ponía especial atención en la necesidad de que:

1. “las mujeres y las parejas tengan una información real sobre la episiotomía, especialmente sobre sus supuestos beneficios y sus secuelas, no tan raras y a veces muy graves; y para que los equipos médicos revisen sus prácticas a la luz de los estudios científicos disponibles sobre la episiotomía;
2. las mujeres sepan que la episiotomía nunca puede ser obligatoria, que tienen derechos, y que, si no se respetan sus derechos, el autor y/o responsables de los daños (médicos y/o matronas) pueden ser condenados por la justicia; y que los equipos médicos sean conscientes de los derechos de las mujeres y de los niños, y respeten los derechos protegidos por la ley y por los códigos deontológicos;

⁶⁸ Molestias durante las relaciones sexuales.

⁶⁹ Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, *Área de la mujer, Parto y Puerperio: Episiotomía*. Recurso web: <https://sego.es/mujeres/Episistomia.pdf>

3. cuando una episiotomía sea absolutamente necesaria desde el punto de vista médico sea hecha con el mayor cuidado en su realización, en la sutura y en el seguimiento; que se preste una atención eficaz al dolor provocado tanto en la sutura como en las curas, y que se preste la misma atención a los desgarros que puedan sobrevenir; y, por último, que nunca más se niegue o minimice el sufrimiento emocional y psicológico que producen las episiotomías” (EPEN, *Información sobre la episiotomía*)⁷⁰.

Otro motivo que hace temida la realización de la episiotomía durante el parto es que su práctica suele verse relacionada con experiencias negativas de parto y sobre todo con dificultades en la recuperación, tal y como nos contaba Elisa, a la que hicieron “una episiotomía muy grande, que sufrí los dos años posteriores al nacimiento” (Elisa, madre asistente a sesión de observación participante EPEN2.4). En numerosas ocasiones, ya sea por desgarro natural o por la realización de una episiotomía, es necesario administrar puntos de sutura en la mucosa vaginal, en los músculos perineales o en la piel en casos de desgarro de nivel de primer y segundo grado, y en la mucosa rectal y el esfínter externo en casos de desgarros de tercer y cuarto grado (más graves que los de primer y segundo grado) (Hospital Clínic Sant Joan de Déu y Universitat de Barcelona, sin fecha). El objetivo de la sutura perineal es la recuperación del periné después del parto, para lo cual se aplican los puntos necesarios para que dicha zona recupere su forma y elasticidad de la mejor manera posible. Existe en ocasiones la costumbre, sin embargo, de aplicar un punto más de los necesarios, el cual ha terminado siendo denominado ‘**el punto del marido**’, o *the husband stitch* en su traducción al inglés. El objetivo de dicho punto extra no es otro que el de estrechar artificialmente la abertura vaginal para favorecer un mayor placer sexual a la pareja masculina de la mujer (Murphy, 2018; citado en García, 2018:62). El punto del marido es una práctica incuestionablemente constitutiva de violencia obstétrica por los siguientes motivos:

- Se considera a todas las mujeres en relaciones heterosexuales y coitocéntricas.
- No se realiza por necesidad fisiológica de las mujeres sino por placer sexual de sus parejas masculinas.
- Se suele realizar sin el consentimiento de las mujeres.
- A veces su práctica va acompañada de frases ofensivas y machistas como “te la voy a dejar en kilómetro 0” (Noelia, madre y activista, registro de observación

⁷⁰ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/campanas/informacion-sobre-la-episiotomia>

participante EPEN2.6, parafraseando lo que un obstetra le dijo a un amigo suyo mientras cosía a su mujer tras el parto).

El ‘punto del marido’ supone una práctica reflejo del machismo y androcentrismo de las sociedades patriarcales actuales, que en connivencia con el modelo biomédico, manipulan los cuerpos de las mujeres en beneficio de la sexualidad de los hombres. La artificialidad de la sutura vaginal en exceso implica graves consecuencias negativas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, tales como fuertes dolores durante las relaciones sexuales de por vida.

Durante las **cesáreas** también se ha puesto de manifiesto la existencia de violencia obstétrica. Del mismo modo que otras intervenciones, la cesárea supone el cauce artificial de un proceso fisiológicamente natural. En el transcurso de un parto normal, no intervenido ni medicalizado, la cadena química y hormonal que se genera entre la madre y el bebé contribuye a establecer el vínculo maternofilial que favorecerá el establecimiento de la lactancia materna, entre otros (Olza y Lebrero, 2012), por lo que se recomienda cumplir con las tasas adecuadas propuestas por la OMS. No es menos cierto que a pesar de los riesgos que pueda suponer al tratarse de una cirugía mayor, la cesárea también supone una rápida manera de finalizar un trabajo de parto que no avanza al ritmo que el equipo médico espera, es decir, en muchas ocasiones supone la solución para poner fin a un ‘parto estancado’. Además, en el contexto de muchos modelos sanitarios estructurados en base a los sistemas capitalistas, la cesárea puede suponer una opción altamente lucrativa para algunos profesionales de instituciones privadas (Fernández del Castillo, 2014). En otras ocasiones las cesáreas pueden resultar una cómoda posibilidad para evitar riesgos en algunos embarazos que se presentan como de “alto riesgo” en base a ciertos factores no clínicos, tales como la edad materna, la actitud de los profesionales, su agenda o factores económicos, entre otros (Foradada, 2006). Estas circunstancias, entre otras, pueden favorecer a un aumento de las tasas de cesáreas injustificadas con las consecuentes secuelas que pueden tener en las mujeres y fetos que podrían haber parido y nacido de forma vaginal respetando el transcurso normal del parto. Las altas tasas de cesáreas a nivel internacional han dado la voz de alarma entre los movimientos y políticas en contra de la violencia obstétrica y en defensa del parto respetado. Mientras la OMS sitúa la tasa de cesáreas justificadas entre un 10% y un 15%, en 2016 la media en España de realización de esta intervención entre instituciones públicas y privadas se encontraba en el 24,82%, según los últimos datos arrojados por el SNS. La pertinencia no es, no

obstante, el único factor que proyecta las cesáreas en el foco de la violencia obstétrica. Independientemente de su justificación, las denuncias centradas en la cesárea como violencia obstétrica resaltan componentes adicionales para situar este tipo de cirugía en el contexto de la violencia en el parto:

- No permitir la entrada de acompañante en quirófano.
- Atar a las mujeres de manos durante la operación.
- No permitir contacto visual y/o táctil entre madre y bebé.
- Separación madre-bebé prolongada, no permitir apego precoz.
- Administrar lactancia artificial al recién nacido durante el periodo de reanimación de la madre sin consentimiento.

Durante el trabajo de campo, concretamente en las sesiones de observación participante, las mujeres que habían vivido cesáreas traumáticas enumeraban principalmente estos factores como causantes de los sentimientos negativos experimentados desde sus partos. Elvira, por ejemplo, relataba cómo el hecho de que no dejaran entrar a su compañero Miguel hasta el final y la ataran de manos durante su cesárea “fue bastante indigno”, sentenciando que “para mí lo peor fue el trato humano, de basurilla” (Elvira, madre y embarazada, registro de observación participante EPEN2.3). Durante el documental “Voces contra la violencia obstétrica”⁷¹, producido por Las Casildas, agrupación feminista argentina que trabajan por la visibilización y prevención de la violencia obstétrica, Érica (alias), relata de este modo el trato recibido durante su cesárea:

“A mi hija me la arrancaron de la panza, porque la sentí, se la llevaron, pedí de verla, pedí de ponerla a mi pecho, no me la mostraron, no me la dejaron oler, no dejaron que le diera un beso, no dejaron que le viera su cara” (Las Casildas, 2012: minuto 2:10).

“Estaba anestesiada, tirada en un pasillo sin poder moverme, muerta de frío, y nadie que me respondiera si mi hija siquiera estaba viva. Yo ni siquiera sabía si mi hija estaba viva” (Las Casildas, 2012: minuto 2:39).

No es difícil encontrar testimonios sobre violencia obstétrica sufrida durante una cesárea. Marianela, por ejemplo, en su relato de parto publicado en la web de El Parto es Nuestro, denuncia amenazas y trato deshumanizado por parte del anestesista:

⁷¹Accesible: <http://www.lascasildas.com.ar/>

“Entonces me puso la raquídea (no me moví ni un milímetro y en dos minutos la tenía puesta) y se pasó todo el tiempo que estuvieron preparando mi barriga para la intervención recordándome que si me movía, si chillaba, si gritaba, si me quejaba o si hacía preguntas o si les molestaba de cualquier manera, me pondría una anestesia general y no vería a mi hijo hasta por la tarde, 12 horas después de la cesárea” (El Parto es Nuestro, 2016, relato de parto por cesárea en hospital privado de la Comunidad de Madrid).

Resulta curiosamente ilustrativo el hecho de utilizar el argumento de la anestesia general como amenaza a las mujeres en caso de no cumplir los estándares biomédicos que se esperan de ellas. Los partos por cesárea implican inmovilidad total por parte de las mujeres y una legitimidad y capacidad de acción absoluta por parte del equipo médico. Las mujeres, postradas en una camilla, desprovistas de visibilidad y de cualquier tipo de autoridad sobre sus propios cuerpos, quedan subyugadas a la práctica biomédica, dejando el resultado de su parto a merced del conocimiento autorizado del personal de salud y de los protocolos de las instituciones sanitarias. Algunos profesionales e instituciones sanitarios han demostrado que una cesárea no debe necesariamente implicar actitudes o prácticas agresivas contra las madres y sus bebés durante sus partos y nacimientos, constituyendo incluso una modalidad conocida como cesárea humanizada (Hospital Universitario Rey Juan Carlos, 2015), definida así por revertir las situaciones descritas en la página anterior, por lo que mientras se sigan repitiendo actitudes bruscas, antipáticas o amenazantes en los quirófanos, se seguirán denunciando como constitutivas de violencia obstétrica, más allá de los beneficios de las cesáreas en partos que por determinadas causas no pueden finalizar con éxito por vía vaginal. Como he enumerado en la página anterior, algunos protocolos hospitalarios precisan que la cesárea deba realizarse con la mujer atada de manos a la mesa del quirófano mediante correas especialmente dispuestas para ello. Algunas mujeres que durante la investigación han asegurado haber sido atadas durante sus cesáreas, reportan haberse sentido desprovistas de toda autonomía y dominio de sus cuerpos, al mismo tiempo que indignas o humilladas. Otra de las implicaciones protocolarias en la mayoría de las cesáreas es el no cumplimiento con el piel con piel madre-bebé inmediato. En algunos casos más flexibles y permisivos, se accede a que el piel con piel lo realice el padre, pero en la mayoría de los casos todavía hoy se denuncia que el protocolo general tras una cesárea es el traslado del bebé a una unidad de observación para controlar sus constantes vitales. Asimismo, al tratarse de una cirugía mayor, el tiempo de recuperación de las mujeres suele prolongarse durante horas, no

pudiendo conocer o estar con su bebé durante ese tiempo de recuperación. Pero más allá de las implicaciones actitudinales e intervencionistas que tiene la cesárea en las experiencias de parto de las mujeres, Montes resalta que los elevados números de cesáreas han contribuido a forjar la visión del parto como un evento meramente médico, olvidando su fisiología y pudiendo caer en una extendida legitimidad social para ver la cirugía como altamente probable en un nacimiento:

“Ya no se habla de la fisiología del nacimiento sino que hoy se acepta socialmente que el parto es un acto médico con un alto porcentaje de posibilidades de finalización quirúrgica, situación que sigue poniendo en riesgo la salud de las mujeres” (Montes, 2012:206).

Más allá de la dimensión fisiológica del parto existe una dimensión social y cultural que se vive mayoritariamente en grupo. Las mujeres, cuando parían en sus domicilios, lo hacían acompañadas de algunas mujeres de su familia, además de la partera o comadrona. El advenimiento de un primer parto puede generar incertidumbre, miedo o desazón por lo desconocido (Cardús, 2015), y muchas mujeres durante la investigación han asegurado que el **acompañamiento** y el apoyo moral fueron grandes aliados durante sus partos, tal y como expresa Carolina: “mi marido supo defenderme” (Carolina, madre no embarazada, registro de observación participante EPEN2.3, relato de tercer parto). A pesar de las últimas corrientes de mujeres que deciden parir en soledad y sin asistencia, un tipo de parto conocido como ‘parto libre’⁷², en España se desconocen casos similares y la mayoría de las mujeres aseguran necesitar estar acompañadas durante sus partos por al menos una persona de confianza. Algunos hospitales todavía cuentan con protocolos en los que únicamente figura el marido como posible acompañante. Otros contemplan la presencia de un acompañante de la elección de cada mujer, y aquellos que cuentan con protocolos de parto respetado, contemplan la posibilidad de conceder el acceso al parto a un segundo acompañante previo consentimiento del equipo médico. Normalmente y salvo excepciones, este segundo acompañante debe acreditar disponer de conocimientos suficientes para estar presente en un parto (matronas, doulas⁷³, etc.). Hoy en día, en algunos partos instrumentales, principalmente en cesáreas de urgencia, el derecho a estar acompañada en sus partos

⁷² Ver *Free Birth Society*, accesible: <https://www.freebirthsociety.com/>

⁷³ Una doula es una “mujer que acompaña emocionalmente a las mujeres en sus partos” (Ausona, 2015:408). Aunque algunas doulas disponen de formación en medicina, enfermería o matronería, no es una profesión reconocida – siendo incluso rechazada desde algunos sectores de la biomedicina – o que disponga de formación reglada en el territorio español. Sí se imparten cursos formativos y la profesión se ejerce de forma privada.

todavía se viola, obligando a las mujeres a parir únicamente asistidas por el personal de salud. En la revisión que el MSSSI y el OSM realizaron en 2012, concluyeron que en España la tasa de protocolos hospitalarios que incluían permitir el acompañamiento ininterrumpido durante el parto fue del 84,5%, y aquellos que contemplaban la libre elección del acompañante por parte de la gestante alcanzó el 87,4% (MSSSI y OSM, 2012:19). Esto nos lleva a concluir que todavía hoy entre un 12,6% y un 15,5% de las mujeres no cuentan en sus partos ya sea con acompañamiento ininterrumpido o con un acompañante designado libremente por ellas: “Sola sin mi marido aún me quedé más asustada, y el bebé se lo llevaban inmediatamente casi sin verlo, normas de quirófano...” (Observatorio de la Violencia Obstétrica, 2016:18). Cada vez es más frecuente respetar el derecho de las mujeres a estar acompañadas durante todo momento a lo largo de sus trabajos de parto en los hospitales españoles, tal y como sugiere la EAPN. Aunque algunas mujeres han manifestado sentirse más cómodas pariendo acompañadas únicamente por el personal de salud necesariamente presente durante el parto, los movimientos en defensa del parto respetado denuncian que muchas mujeres reciben negativas injustificadas por parte de los profesionales al solicitar que durante determinadas intervenciones (administración de analgesia epidural, realización de tacto, amniotomía, cesárea, etc.) sigan estando acompañadas por sus allegados, impidiéndoles ejercer su derecho y el de sus parejas, familiares o amigos a servirles de apoyo durante sus partos. Las mujeres que han relatado haber sufrido **separación madre-recién nacido** tras un parto instrumental o una cesárea durante las sesiones de observación participante lo han hecho inmersas en una manifiesta tristeza. En esos momentos, las sesiones se alejaban del clima informal y coloquial y el ambiente se inundaba de un dramático silencio, escuchando a estas mujeres narrar lo que en numerosas ocasiones se ha observado como el peor caso de violencia obstétrica, la separación precoz del bebé y de la madre:

“Lo que peor llevé fue que me separaron de mi hijo (...). Mi suegra vio una foto de mi hijo antes que yo (...). Y lo llevé mal hasta el punto de que hoy todavía estoy aquí conteniéndome las lágrimas (...). No fue el día más bonito de mi vida en absoluto (...). Lo llevé mal porque el médico me rajó porque le dio la gana y me robó mi parto” (Victoria, 45 años, madre de dos niños, activista, registro de observación participante).

En algunos casos, tales como bebés que nacen a pretérmino, con distrés respiratorio o con cualquier otra necesidad de cuidado para salvaguardar su integridad física, el personal sanitario considera necesario observar o tratar al bebé separado de su madre.

En estos casos sería interesante analizar cómo se acepta la separación madre-recién nacido y cómo se restablece la relación en comparación con aquellos casos en los que se da el apego precoz. Por otro lado, aparte de las investigaciones que han evidenciado una mayor recuperación de los recién nacidos en contacto directo con sus madres (MSPS, 2010:17-22; Fernández del Castillo, 2014:288-314), las mujeres que han experimentado la separación con su hijo inmediatamente después del nacimiento han reportado una falta de vinculación emocional en el momento del reencuentro, vinculación que solo se ha restablecido con el paso del tiempo o con la instauración de la lactancia materna. Uno de los hitos más importantes de los movimientos a favor del parto respetado, tal y como asegura Blanca, ha sido conseguir aplicar la no separación madre-recién nacido mediante la práctica del piel con piel, consistente en poner a la madre y al bebé en contacto directo desde el primer instante del nacimiento sin interferirlo durante las primeras horas de vida:

“Yo creo que el hito más importante para mí es el piel con piel. El que hayamos conseguido que eso ya en ningún lugar se discuta, que cuando nace el bebé el mejor lugar es el pecho de su madre, desnudo con desnudo, eso yo creo que es importantísimo, porque es lo que decía antes: yo, a mí me interesan los bebés, porque los bebés son los que son indefensos, son los que no se pueden... no tienen capacidad, ¿no?, y por eso le veo el más desvalido, y es lo que me atrae más” (Blanca, 58 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E10).

Sin embargo, todavía hoy los Observatorios de la Violencia Obstétrica denuncian casos en los que esta separación se realiza sin una causa médica justificada, interrumpiendo el proceso natural de conexión madre-bebé que culmina el trabajo de parto y que inicia la fase alimenticia con la lactancia.

En este epígrafe he expuesto las prácticas e intervenciones más denunciadas como violencia obstétrica durante la atención biomédica al parto. Lo he considerado necesario debido a la alta presencia de este tipo de denuncias en los contextos de parto respetado. A lo largo del trabajo de campo, tanto en las sesiones de observación participante como de entrevistas, los argumentos en defensa de un mayor respeto durante la atención sanitaria al embarazo, el parto y el puerperio presentaron de forma constante un aporte de alternativas a este tipo de prácticas y actitudes. Tanto las matronas expertas como las activistas y las mujeres asistentes a las diferentes sesiones manifestaron la necesidad de información actualizada sobre la realización de intervenciones constitutivas de violencia obstétrica, así como de las diferentes

alternativas más acordes a un parto respetado. Tal es así que tras este análisis se pueden concluir cuáles son las principales contraposiciones entre la violencia obstétrica y el parto respetado en relación a las principales prácticas e intervenciones aquí descritas:

Tabla 27. Alternativas del PR a las prácticas y actitudes de VO.

Violencia obstétrica	Parto respetado
Inducción del parto (amniotomía, maniobra de Hamilton, hormonas sintéticas)	Promover respeto por el desencadenamiento espontáneo del parto.
Universalidad de la analgesia epidural	Ofrecer alternativas de alivio y manejo del dolor.
Posición litotómica	Defender la postura preferida por las mujeres para dar a luz.
Maniobra de Kristeller	Promover su inclusión en los informes de parto donde haya sido puesta en práctica y prohibir su realización.
Episiotomía	Favorecer posturas que faciliten el descenso del bebé por el canal de parto. Limitar las episiotomías a los casos estrictamente necesarios.
El punto del marido	Promover su inclusión en los informes de parto donde haya sido realizado, alertar a las mujeres sobre su realización y efectos adversos en su salud sexual y vigilar al personal sanitario a la hora de administrar los puntos de sutura.
Inne-cesárea	Limitar la realización de cesáreas a las tasas recomendadas por la OMS. Concienciar de los efectos adversos para la salud de las mujeres.
Restricciones de acompañamiento	Dar libertad a las mujeres para decidir con quién parir.
Separación madre-recién nacido	Promover piel con piel y método canguro.

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

4.4 La violencia obstétrica en perspectiva comparada

Desde su emergencia en el panorama actual hace ya casi 15 años mediante su irrupción en diversos marcos legislativos, los procesos de violencia obstétrica han sido objeto de análisis, estudio y debate en diversas disciplinas de las ciencias sociales, incluyendo la Antropología, la Sociología, los Servicios Jurídicos o el Trabajo Social, entre otros, tal y como veremos a continuación. Se ha definido la violencia obstétrica como violencia institucional por estar circunscrita dentro de los límites de las instituciones de salud, como estructural por estar construida en base a unas disposiciones jerárquicas y un

ordenamiento social, simbólica por implicar actitudes latentes en la acción social, así como física y verbal por incluir actitudes tangiblemente agresivas con el cuerpo y las personas. Por último, se ha calificado como violencia de género por estar orientada exclusivamente contra las mujeres y sus bebés y conllevar actitudes y representaciones patriarcales propias de sociedades occidentales patriarcales como la nuestra.

4.4.1 La VO como violencia institucional, simbólica y estructural

Como he puesto de relieve en el capítulo anterior, en España no se contempla otro tipo de parto que el hospitalario, a pesar de que todavía hoy algunos partos siguen teniendo lugar en la residencia familiar. Los límites de las instituciones de salud son la circunscripción dentro de la cual la mayoría de los partos y nacimientos ocurren, y donde se presupone el éxito de dichos acontecimientos, es decir, madres y bebés sobreviven al parto y lo superan en buen estado de salud gracias a los avances científicos de la medicina, que facilita las técnicas y medicamentos apropiados para ello. ¿Qué ocurre, no obstante, desde que las mujeres ingresan en los hospitales hasta que salen de ellos con un bebé sano en los brazos y sus cuerpos en proceso de recuperación? Sin que, por entonces, Michelle Sadler hablara abiertamente de violencia ‘obstétrica’, en 2004 ya perfiló la violencia simbólica que ocurría en las unidades de obstetricia durante la atención al parto en Chile. Dentro de este simbolismo se incluyen la “despersonalización y expropiación que el sistema ejerce sobre los cuerpos y las identidades” (2004:5) en el momento del ingreso hospitalario, así como una jerarquía de naturaleza androcéntrica que sitúa al “obstetra varón” (2004:9) en el centro del parto, aislando a las mujeres de su identidad y de cualquier responsabilidad para hacerse cargo del proceso de parto por sí mismas. Según la autora, es desde estos mecanismos de desautorización que en la atención hospitalaria al parto se ejerce la violencia simbólica, y se construye mediante procesos de homogeneización, patologización, fragmentación, naturalización, contaminación y culpabilización de las mujeres, sus cuerpos y sus procesos reproductivos. Esta violencia simbólica, en palabras de Stephanie Montesanti y Wilfreda E. Thurston, es un “modo invisible de dominación” (2015:3) en tanto que se reproducen conductas que sitúan a las mujeres en estratos inferiores de las relaciones sociales dentro del contexto de la atención sanitaria. Según las autoras, el simbolismo “se refiere a las ideologías, palabras, actitudes no verbales o comunicaciones que expresan estereotipos, hegemonías y generan humillación y

estigma” (ibidem) y que se invisibiliza mediante la normalización y naturalización de estos procesos, reproduciendo, en el caso que nos ocupa, “patrones de desigualdad y marginalización de las mujeres” (ibidem). Para ayudar a comprender estos procesos, he esquematizado en la siguiente tabla algunos ejemplos que Sadler aporta de procesos de violencia simbólica y hemos añadido nuestra propia contribución para ayudar a comprender aún más la construcción de dichos procesos:

Tabla 28. Ejemplificaciones de VO Sadler-Murialdo

Proceso	Ejemplificación de Sadler	Ejemplificación de Murialdo
Homogeneización	Sometimiento a un “set de procedimientos estandarizados” (2004:27).	Protocolización del proceso de parto.
Patologización	Mujer como paciente enferma, personal médico como responsable de lidiar con la patología.	Inserción rutinaria de catéter como presunción de la necesidad de administración de fármacos.
Fragmentación	Desposesión de responsabilidad de la mujer e instrumentalización de sus procesos reproductivos mediante “instrumental, técnicas y máquinas especializadas” (2004:27).	Separación cuerpo-mente. Se separa a la persona y se trata el cuerpo.
Naturalización	Infantilización y naturaleza entendida como sexo (2009:28).	No llamar a las mujeres por su nombre o utilización de expresiones condescendientes como “niña”, “bonita”, “cariño”, etc.
Contaminación	La mujer como estorbo para los profesionales durante la atención al parto.	Necesidad de que no grite. Posición litotómica para favorecer visión e intervención del personal de salud. Expulsión del acompañante.
Culpabilización	Exención de responsabilidad del personal médico y culpabilización de las mujeres de las dificultades acaecidas durante el parto.	Utilización de expresiones como “tú verás”, “si le pasa algo a tu bebé es tu responsabilidad”, etc.

Fuente: elaboración propia a partir de análisis.

Todo este proceso implica un sometimiento simbólico y estructural de las mujeres a la autoridad hegemónica del personal de salud. Magnone señala aquellos casos en los que la violencia institucional se aprecia en las reacciones de los profesionales ante un supuesto exceso de preguntas por parte de las mujeres e incluso ante el planteamiento de alternativas al tipo de atención imperante en el hospital (2011). Así, la violencia simbólica favorece que las mujeres adopten su rol sumiso y obediente en la estructura jerárquica de poder y conocimiento autorizado, “participando así de una forma de dominación que se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador” (Sadler, 2004:21).

Me sumerjo así en la dimensión estructural de la violencia obstétrica, que se distingue por el establecimiento de un sistema de relaciones basado en roles específicamente contruidos para el desarrollo de la acción social en el marco de las instituciones hospitalarias. Este sistema estructural se alimenta de las desigualdades mantenidas entre los agentes que ostentan los distintos roles (médico-paciente, obstetra-matrona),

definidas por las “asimetrías de poder” (Magnone, 2011) y la disposición hegemónica de saberes que legitiman la acción médica sobre los cuerpos de las usuarias. Si nos detenemos a visualizar los principales roles que interactúan en la acción social de la atención hospitalaria al parto, se puede observar un evidente corte de género en el sistema estructural de relaciones sociales. En primer lugar se encuentran las parturientas, que salvo escasas excepciones⁷⁴, son mujeres (Nogueiras, 2018). Por otro lado, se encuentra la figura del obstetra, que a pesar de incorporar cada vez más mujeres entre sus filas, ha sido tradicionalmente un cargo ostentado principalmente por hombres. En cualquier caso, que matronas y ginecólogas puedan ser mujeres, tampoco implicaría que modifiquen las pautas patriarcales que establecen el control del cuerpo de las mujeres. Un tercer actor, el de la matrona, se mantiene representado generalmente por mujeres, si bien existe un número creciente de matrones que se hace cada vez más presente entre los equipos de salud tanto de parto hospitalario como domiciliario. Siguiendo a Magnone, que defiende que “las instituciones hospitalarias se encuentran sostenidas por estructuras de poder tanto de salud como de género” (2011), se pueden establecer dos tipos de estructuras interconectadas en el escenario de la atención sanitaria al parto: como vemos, en la jerarquía hospitalaria de la atención al parto las mujeres ocupan el rango inferior, por debajo de todas las posiciones enmarcadas en el personal de salud. Sin embargo, la estructura sanitaria se subdivide entre los profesionales de mayor rango y los de rango inferior, representados por obstetras y matronas respectivamente. De este modo, las relaciones de poder entre los profesionales de salud aluden no sólo a la variable de género en la relación médico-paciente, sino también en la de obstetra-matrona, por lo que concluimos que por norma general, todavía hoy las jerarquías patriarcales de género tienen su considerable incidencia en los procesos reproductivos de las mujeres, abordado y circunscrito todo ello dentro del terreno de acción de la violencia obstétrica. Tal y como apunta García en su tesis sobre la violencia obstétrica como violencia de género:

“Si vivimos en una sociedad patriarcal, y por ende machista, y el androcentrismo de la medicina ve como sujeto ‘por defecto’ al varón, las mujeres serían algo así como ‘ciudadanas de segunda’, y todos los momentos de su sexualidad serán reprimidos, medicalizándolos y patologizándolos, porque el miedo es el arma más poderosa que existe, y una mujer que teme a sus propios procesos naturales será una mujer que se deje

⁷⁴ Nos referimos aquí a aquellos hombres o personas que disponen de aparato reproductor femenino por nacimiento y que hacen uso de él con el fin de concebir descendientes.

hacer, que colabore ofreciendo su pasividad en aras de esa visión enfermiza” (García, 2018:455-456).

Asimismo, como todo contexto social, en el caso de la dimensión estructural de la violencia de género intervienen otros factores de variabilidad demográfica como pueden ser la edad, el origen étnico o la clase social (Blázquez, 2009).

Por su parte, García apunta al triángulo de la violencia de Galtung y discierne además un tipo de violencia visible conocida como “violencia directa” (2018:38-39), que es la que se puede ejercer ya sea de forma física o verbal directamente hacia las mujeres. Uno de los ejemplos más recurrentes a la hora de denunciar violencia verbal durante el parto es una reacción considerablemente extendida entre los profesionales sanitarios a ridiculizar las demostraciones de dolor de las mujeres. Frases como “cuando lo hacías bien que no te quejabas” o “ya tuviste tu momento de placer, ahora no te vengas a quejar”, se encontraron sorprendentemente presentes en varias de las sesiones de observación participante y en numerosos relatos de violencia obstétrica no sólo en España, sino en otros países como Argentina, Chile o México, entre otros, donde cada vez es más visible el activismo social en contra de la violencia durante el parto. Expresiones amenazantes, sexistas, soberbias, culpabilizadoras o condescendientes que caracterizan las estructuras organizativas y patriarcales en las instituciones de salud se vierten deliberada o inconscientemente sobre las mujeres que se encuentran de parto, interfiriendo negativamente en un momento vital que recordarán durante toda su vida. ¿Cómo se traducen, por tanto, en los discursos transnacionales, las implicaciones que la violencia obstétrica tiene en la vida reproductiva de las mujeres? En palabras de Laura Belli, esta

“relación asimétrica que existe entre las mujeres y los profesionales de la salud revela una desigualdad, tanto simbólica como real, que dificulta el ejercicio de los derechos básicos de la mujer” (Belli, 2013:28).

La autora introduce uno de los conceptos básicos y característicos de los movimientos en contra de la violencia obstétrica. A continuación presentaré los elementos relativos a los derechos humanos que la violencia obstétrica ha elevado a la preocupación pública y global sobre la actual cultura biomédica de la atención al embarazo, parto y puerperio.

4.4.2 La violencia obstétrica como violación de los derechos humanos

Más allá de su incorporación en los textos legales de Venezuela, Argentina y México, las cuestiones sobre el derecho a una atención respetuosa durante la atención institucional al embarazo, parto y puerperio han sido contempladas en diversos manifiestos, tratados y declaraciones oficiales internacionales sobre derechos humanos y derechos de las mujeres en particular. Entre ellos se encuentra la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer de 1979 (Belli, 2013; García, 2018), la Declaración de Fortaleza de 1985 (Bellón, 2014) o la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993, textos que comparten la necesidad de consensuar un marco de atención sanitaria respetuoso con la salud y procesos reproductivos de las mujeres como derechos humanos inalienables (Belli, 2013:30). Belli resume, en su texto de 2013, los distintos derechos que la violencia obstétrica quebranta en función de los reivindicados por los distintos textos arriba mencionados. La integridad personal, la privacidad e intimidad, la información y toma libre de decisiones, no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes, así como estar libre de discriminación, son los principales derechos que la autora señala como vulnerados por los distintos actos constitutivos de violencia obstétrica, tanto los físicos como verbales y simbólicos. Desde mi perspectiva, las altas tasas de intervenciones invasivas realizadas de forma rutinaria, así como los relatos de mujeres recogidos como denuncias de violencia obstétrica, son muestra de la violación sistemática de estos derechos en la atención sanitaria de un elevado número de partos institucionales en nuestro país.

4.5 Actualidad de la VO en España y sus relaciones internacionales

En España ningún texto legal reconoce la existencia de la violencia obstétrica (García, 2018:50), y por tanto, no se encuentran reguladas las prácticas y actitudes denunciadas como tal por el activismo de parto respetado en forma de relatos, manifiestos, informes, etc. De hecho, como veremos más adelante, entre la comunidad médica se encuentran hoy en día numerosas y fuertes resistencias al reconocimiento de la violencia obstétrica como violencia institucional ejercida contra las mujeres a través de prácticas rutinarias invasivas y agresiones verbales durante la atención sanitaria recibida durante embarazo, parto y puerperio. Por un lado, organismos como Naciones Unidas han puesto ya en marcha proyectos como el *Obstetric Violence, Research & Policies Project*,

liderado y desarrollado por Quattrocchi. Asimismo, tanto en España como en otros países europeos y sudamericanos, se ha puesto en marcha una Red Internacional de Observatorios de la Violencia Obstétrica para recoger testimonios, datos y últimas cifras relacionadas con este tipo de prácticas. Por otro lado, los medios de comunicación españoles se han hecho eco de este fenómeno y han puesto sobre el escenario de la información pública las diversas visiones relativas a la violencia obstétrica, lo que ha generado reticencias y respuestas negativas en comunidades médicas como la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia o el Colegio de Médicos de Ciudad Real (ver epígrafe 4.5.3).

4.5.1 El Observatorio de la Violencia Obstétrica

El Observatorio de la Violencia Obstétrica (OVO) nace en 2014 de la mano de la asociación El Parto es Nuestro como un organismo interdisciplinar con el fin de recoger y visibilizar las prácticas constitutivas de este tipo de violencia (Brigidi y Ferreiro, 2018). En su documento marco, este organismo se define como se muestra a continuación:

“El Observatorio de la violencia obstétrica es un organismo multidisciplinar, creado por y dependiente de la asociación El parto es nuestro, cuya finalidad es denunciar públicamente la incidencia de las prácticas que constituyen este tipo de violencia, de la que no sólo son víctimas las mujeres, sino también quienes las rodean y los y las profesionales dedicados a la salud y a la atención de la mujer en todas las etapas de la maternidad” (OVO, 2014).

Para aquellas mujeres que se identifican como víctimas de violencia obstétrica durante sus partos, OVO España pone a su disposición un documento en el que recoge una serie de recursos útiles con el objetivo de darles apoyo y soporte, así como una dirección de correo electrónico donde poder enviar sus testimonios de cara a efectuar sus propias aportaciones para la prevención de violencia obstétrica. La comisión de investigación de este observatorio también elaboró un cuestionario a 1921 mujeres entre el 25 de noviembre de 2015 y el 30 de septiembre de 2016 para facilitar la transmisión de datos relativos a la atención sanitaria al parto y su procesamiento y traducción en estadísticas válidas que puedan avalar las cifras de violencia obstétrica en España. Estos datos fueron publicados en su informe de 2016 y se pueden consultar abiertamente, aunque me parece relevante destacar algunos de ellos:

- “En un 70,3% de los casos los y las profesionales que entraron en la habitación y las trataron no se presentaron ni informaron de su categoría profesional. Del mismo modo, en un 66% de los casos no solicitaron autorización para tratar a las usuarias.
- En esta línea, en un 40% de los casos el lenguaje utilizado para dirigirse a las mujeres no fue considerado por ellas como profesional y correcto, en un 33,8% de los casos alguien les dijo que lo estaban haciendo mal y en un 32,5% alguien criticó sus expresiones de dolor, gritos o gemidos” (OVO, 2016:7).
- “En más de la mitad de los casos (50,7%) las mujeres no fueron informadas de la intervención (inducción, kristeller, episiotomía...) que se les iba a realizar” (OVO, 2016:8).

En ese mismo año, OVO España se une a InterOVO, la Red Internacional de Observatorios de Violencia Obstétrica formada por los organismos OVO de Argentina, Chile, Colombia, España, Francia e Italia, elaborando un dossier informativo sobre cada uno de ellos. Entre las principales aportaciones que OVO España ha efectuado a la visibilización y erradicación de la violencia obstétrica se encuentran un resumen de jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos sobre este tipo de violencia, su adhesión a la conmemoración del 25 de noviembre como el Día Internacional por la Erradicación de las Violencias contra las Mujeres y del 8 de marzo como Día Mundial de las Mujeres, o la publicación de datos obtenidos mediante la Encuesta de Profesionales mencionada anteriormente. Hoy en día el trabajo de OVO España sigue en marcha, su última declaración pública fue en respuesta a los comunicados efectuados por el Colegio de Médicos y la SEGO, que veremos en el epígrafe 4.5.3.

4.5.2 La violencia obstétrica en los medios españoles

En los últimos años, los medios de comunicación españoles, principalmente diarios digitales, han comenzado a visibilizar los procesos de violencia obstétrica a través de múltiples publicaciones periodísticas en las que han tratado de plasmar los testimonios de mujeres que han sufrido este tipo de violencia durante la atención de sus partos, así como las distintas posturas y perspectivas de profesionales sanitarios, activistas e incluso de servicios jurídicos. Algunos de los titulares más relevantes del panorama mediático actual en España mencionan la violencia obstétrica como violencia de género, así como la falta de respeto a las mujeres en los paritorios, y ponen de relieve en el panorama español algunas de las unidades terminológicas de análisis de los textos

legislativos estudiados en el epígrafe 4.1 de este capítulo. También se alude a la violencia obstétrica como una problemática inserta en las agendas feministas, y a raíz de la publicación de estos artículos, la violencia sufrida por las mujeres en el marco de los partos hospitalarios se ha hecho hueco en diversos contextos formales e informales, tales como congresos científicos multidisciplinarios o específicos, en incluso en numerosos coloquios informales presentes en la acción social.

“Otra forma de violencia de género: la violencia obstétrica”.

(El País, 23/11/2012)

“¿Se respetan los partos en España?”

La intervención de los profesionales sanitarios en el momento de dar a luz tiene que estar plenamente justificada”.

(ABC, 20/05/2016)

“Violencia obstétrica, la última batalla feminista: “Nos cortan vaginas sin permiso”.

Crecen las reclamaciones que exigen a los ginecólogos un trato digno durante el seguimiento del embarazo y el parto. “Nos tratan como a niñas e imponen tratamientos que no queremos”.

(El Confidencial, 26/09/2017)

“Pacientes de segunda: la Violencia Obstétrica”.

(Píkara Magazine, 01/11/2018)

“Violencia obstétrica: partos robados, cuerpos sometidos.

Exceso de instrumentalización. Infantilización. Patologización. Trato deshumanizado. La violencia obstétrica es la suma de violencia de género y mala praxis médica: está a la orden del día, pero no parece verse. O, quizás, no quiere verse”.

(Píkara Magazine, 21/11/2018)

Por su parte, el diario digital Público divulgó entre el 29 de octubre y el 1 de noviembre de 2018 cuatro artículos con el título “Violencia obstétrica”, en los que se mencionan algunas de las prácticas aquí expuestas como constitutivas de este tipo de violencia y se ejemplifican en las consecuencias físicas y psicológicas de algunas mujeres participantes en estas comunicaciones. Asimismo, he observado cómo en los titulares se adelantan dos versiones contrapuestas de discursos relativos a la existencia de la violencia obstétrica. Por un lado, se proyectan a la esfera mediática las denuncias de mujeres, activistas y profesionales expertas en la materia, mientras que por otro lado se muestra la postura de comunidades médicas como la Sociedad Española de

Ginecología y Obstetricia, que como veremos en el siguiente epígrafe, insiste en negar la existencia de violencia obstétrica en los paritorios españoles.

VIOLENCIA OBSTÉTRICA 1/4

“Violencia obstétrica: las prácticas agresivas que sufren algunas mujeres en el parto.

Episiotomías, cesáreas programadas, partos inducidos... Activistas denuncian que "son síntomas de una sociedad que sufre de machismo y patriarcado", mientras que la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia rechaza la práctica de técnicas invasivas. Esta es la primera entrega de cuatro artículos sobre la violencia obstétrica, que no pretenden cuestionar la labor vital de los ginecólogos y obstetras de la sanidad pública, sino dar voz a las defensoras de los derechos reproductivos”.

(Público, 29/10/2018)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA 2/4

“La violencia en el parto que sufren algunas mujeres, ¿otro tipo de violencia de género?

Activistas critican su "infantilización" y falta de "toma de decisiones", hasta el punto de que consideran algunas técnicas como "una rama más de la violencia de género". La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia lo rechaza, asegura que la asistencia médica ha avanzado y defiende que hoy la mujer es la "protagonista" del parto: "Asociar ciertas incidencias al machismo es un modelo superado. Nos desvivimos por nuestro trabajo, cuyo el objetivo es cuidar a la madre y al niño”.

(Público, 30/10/2018)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA 3/4

“Del parto inducido de Patricia a la episiotomía de Iria.

Dos mujeres relatan que en el paritorio sufrieron lo que ellas consideran violencia obstétrica. Patricia alega que la maniobra de Hamilton le indujo un parto por cesárea. IriaPinheiro asegura que una episiotomía le ha provocado incontinencia y coitalgia”.

(Público, 31/10/2018)

VIOLENCIA OBSTÉTRICA 4/4

“Los traumas psicológicos del parto violento y la débil protección de la Justicia a las mujeres.

La psicóloga Jesica Rodríguez Czaplicki advierte de que algunas parturientas sufren estrés postraumático tras dar a luz, que requiere intervención psicoterapéutica. La abogada Francisca Fernández Guillén, especializada en salud de la mujer, cree que los jueces no protegen a las afectadas por violencia obstétrica, aunque les aconseja buscar ayuda médica y legal.

(Público, 01/11/2018)

4.5.3 Resistencias biomédicas al reconocimiento de la violencia obstétrica

Como he adelantado en el epígrafe anterior, desde algunas comunidades médicas como la SEGO se han reprobado las denuncias de algunas prácticas y tratos en la atención al parto en los hospitales españoles como violencia obstétrica. A medida que este tipo de violencia se hace más visible en la sociedad española y que cada vez son más frecuentes los encuentros informativos, científicos y divulgativos sobre su prevención y erradicación, vemos cómo se genera un discurso médico contrario a estas acciones en aras de la defensa de la honorabilidad y legitimidad asistencial de la comunidad gineco-obstétrica. Ejemplo de ello son dos comunicados recientes emitidos por el Colegio de Médicos de Ciudad Real⁷⁵ y la SEGO⁷⁶. El primero, en respuesta a la celebración de la jornada “Actúa contra la violencia obstétrica”, organizada por la abogada especialista en salud perinatal Lorena Moncholí y el grupo de apoyo a la lactancia materna Oro Blanco y que tendría lugar en Ciudad Real el pasado 20 de octubre de 2018, comunicó, a través de una nota de prensa, “su más firme rechazo”, alegando una serie de motivos como el atentado a “la honorabilidad de los ginecólogos”, el contenido ofensivo o difamatorio de las ponencias, la negación del componente intencional en los actos constitutivos de violencia obstétrica, la incuestionabilidad de “las actuaciones médicas conducentes a conseguir el nacimiento en las mejores condiciones tanto para la madre como para el bebé” y la negación del uso de la violencia en la práctica médica cotidiana. Pocas semanas más tarde, la SEGO reafirma esta negación de la violencia obstétrica en un comunicado titulado *Violencia obstétrica: Un concepto legalmente delictivo, moralmente inadecuado, científicamente inaceptable*. Este comunicado, emitido en respuesta al doctor David Gómez al respecto de su carta en la que expone el relato de una mujer narrando los episodios de violencia obstétrica sufridos durante su parto, niega de forma tajante el término y responsabiliza directamente a los movimientos activistas a favor de la erradicación de la violencia ejercida en el contexto de la atención sanitaria al parto. La estructura del comunicado se compone en primer lugar de una presentación y defensa de los avances médicos y los consecuentes logros y méritos que sociedades como la SEGO han podido no sólo aplicar dentro de los límites del sistema sanitario del estado español, sino también exportar a territorios “en vías de desarrollo”. Este etnocentrismo se ve reforzado por un componente patriarcal que sitúa a las mujeres como sujeto pasivo cuando se señala como mérito del avance médico el hecho de “continuar

⁷⁵Accesible: https://www.comciudadreal.es/images/documentos/comunicados/COMUNICADO_SOBRE_VIOLENCIA_OBSTETRICA.pdf

⁷⁶Accesible: <https://us18.campaign-archive.com/?e=52bacb293&u=fbf1db3cf76a76d43c634a0e7&id=5a73a608b8>

constantemente mejorando la salud de las mujeres”. Esta resistencia al reconocimiento de la violencia obstétrica como una realidad social de los sistemas biomédicos actuales comienza, por tanto, con una objetivización del conjunto de las mujeres como sujetos que ‘reciben’ mejoras en su salud por parte de una ciencia médica etnocentrista que ‘interviene’ como sujeto activo sobre sus cuerpos y exporta estas mejoras a países en vías de desarrollo. A continuación, el comunicado destaca los beneficios de la medicina preventiva en general y en la predicción de posibles ‘situaciones’ que pueden derivar en ‘graves patologías’ durante los procesos de embarazo y parto en particular, incluyendo “la muerte del feto y de la madre”. Asimismo, en el análisis que nos ocupa destacamos la siguiente afirmación:

“En el parto, cada individuo se enfrenta de forma solitaria a su destino en 10 centímetros de vagina, está en nuestras manos acompañarlo y ayudarlo a enfrentarse al resto de una vida de 80 años con la mejor adaptabilidad, salud e independencia social”.

Se entiende que el sujeto activo al que se refieren estas líneas como “individuo” corresponde al bebé que está por nacer, y que esos “10 centímetros de vagina” definen a la mujer que está de parto. Esta despersonalización y cosificación de las mujeres durante sus propios partos contradice directa y considerablemente el mérito auto atribuido unas líneas antes al reconocer a la madre como “protagonista fundamental” de los procesos de gestación y parto. Tras estas y otras afirmaciones cargadas de vanidad biomédica⁷⁷, la SEGO pasa a sentenciar que “bajo ningún concepto ni criterio se puede sentir aludida por términos como VIOLENCIA OBSTÉTRICA, dado que vigila constantemente la buena praxis de sus asociados”. El tono que se puede apreciar a leer este comunicado, no obstante, es de un notable sentimiento de alusión y consecuente postura defensiva ante las últimas corrientes visibilizadoras de la violencia ejercida contra las mujeres durante sus partos. Estas resistencias se me antojan como reafirmaciones biomédicas a la legitimidad y autoridad ostentadas por la disposición de saberes expertos, y se autodefinen, a su vez, como resistencias a la crítica de la hegemonía de la práctica médica ante la autonomía de las personas como pacientes.

⁷⁷En este sentido, cuando hablo de vanidad biomédica, me refiero a una mostrada falta de autocritica y al hecho de desoír a las mujeres cuando denuncian las actitudes médicas que han hecho de sus partos experiencias cuando menos negativas. Entiendo que desde el punto de vista de estas sociedades médicas, al subjetivarse como pertenecientes a una profesión acusada de desempeñar prácticas y actitudes definidas bajo el término de violencia obstétrica, puedan automáticamente situarse en una posición defensiva al entrar en contradicción dichas acusaciones con la voluntad y vocación médicas de velar por el bienestar de los pacientes. Considero, no obstante, que esta vanidad deviene principalmente de una negativa a la escucha, la reflexión y la autocritica desde una mirada introspectiva propuesta por los movimientos en contra de la violencia obstétrica, asumiendo que su voluntad y vocación médicas constituyen argumentos suficientes para negar la existencia de este tipo de violencia.

4.6 Integración de la violencia obstétrica en la ley española

En 2004 entra en vigor en España la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, y un año más tarde lo hace la Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. El título de los textos es visiblemente similar al de las leyes analizadas en el epígrafe 4.1, e incluyen un paquete de normas con los objetivos de:

“actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia” (Jefatura del Estado, 2004:10).

y de:

“ofrecer a la sociedad madrileña, en los términos y en el marco de nuestro ordenamiento jurídico, la necesaria regulación específica en materia de Violencia de Género, de forma tal que constituya el instrumento idóneo para dar plena cobertura y garantía en la materia regulada” (Comunidad de Madrid, 2005:6-7).

Los textos, que recogen un tipo de violencia de género ejercido principalmente contra las mujeres, atraviesan los distintos ámbitos sociales responsables de actuar en favor del cumplimiento de dichos objetivos, tales como la educación, los medios de comunicación y la sanidad. Aunque la tipología de violencia es muy específica y está delimitada concretamente en el ámbito privado/doméstico, la normativa puede ser susceptible de ser modificada y/o ampliada para abarcar un rango más amplio en cuanto a la diversidad de violencias sufridas por las mujeres en distintos ámbitos sociales, políticos y económicos, tales como la violencia obstétrica⁷⁸. La violencia ejercida contra las mujeres no es exclusiva del ámbito doméstico, ni se da necesariamente entre un hombre y una mujer que comparten o hayan compartido algún tipo de relación sentimental. La violencia machista es fruto de los sistemas patriarcales, que depositan en todos los ámbitos de la vida el poder de los hombres por encima de las mujeres. Así, la violencia de género es aquella que se ejerce por parte de uno o más hombres que disponen de legitimidad patriarcal para mostrar y plasmar su autoridad y dominio sobre una o más mujeres en cualquier contexto social, político, económico-laboral, sanitario o educativo. Teniendo en cuenta este último dato, se hace

⁷⁸ Tal y como se espera recoger en el Convenio de Estambul a lo largo de 2019.

evidente que las leyes actuales en materia de género en España están obsoletas. Sin desmerecer el logro que implicó que el feminismo consiguiera el reconocimiento de la violencia de género, se hace necesario e imperante revisar las definiciones conceptuales de todo tipo de violencia que sufren las mujeres. Y en el ámbito sanitario es importante visibilizar cómo las mujeres son susceptibles de sufrir violencias durante la atención biomédica a sus partos, situándose en una posición pasiva frente al personal de salud – sean éstos mujeres u hombres – y frente a las criaturas, que toman la centralidad en la asistencia por encima de las mujeres, siendo asimismo consideradas como meras reproductoras. La visibilización de la violencia obstétrica no ha sido un capricho de un conjunto aislado de mujeres que simplemente se sentían descontentas con sus experiencias de parto. La violencia obstétrica es un hecho que se lleva produciendo y ejerciendo contra las mujeres desde que la biomedicina comenzó a apropiarse de sus procesos reproductivos. El entramado estructural de cosificación, despersonalización y medicalización de las mujeres en la atención al embarazo, el parto y el puerperio opera de la misma manera que cualquier otro tipo de violencia contra ellas: les arrebató su autonomía, manipula sus cuerpos a su discreción y las responsabiliza cuando algo no sale bien. A pesar de que el término violencia obstétrica no ha emergido hasta principios del siglo XXI, la atención biomédica al embarazo y el parto en las sociedades industriales desde su traslado de los domicilios a los hospitales, se ha caracterizado por determinadas dinámicas patologizadoras y medicalizadoras de un proceso que, salvo complicaciones médicamente justificables, transcurre de forma normal en función de la fisiología de la reproducción femenina. Estas dinámicas se enmarcan en el contexto de unas instituciones sanitarias estructuradas jerárquicamente en base a la disposición de determinados saberes expertos que acreditan la práctica sanitaria con una autoridad de la que se dispone en función del rango jerárquico que se ostenta en las estructuras hospitalarias. A su vez, estas estructuras se disponen desde los sistemas patriarcales que interceden en las mismas, situando a las mujeres en los estratos inferiores de estas configuraciones jerárquicas. La violencia obstétrica es, por tanto, un tipo de violencia institucional enmarcada en el contexto de la atención sanitaria a los procesos reproductivos de las mujeres, concretamente embarazo, parto y puerperio. Asimismo, se encuentra basada en unas estructuras jerárquicas avaladas, por un lado, por las disposiciones biomédicas de los rangos que ostentan los diferentes actores sociales (especialistas gineco-obstetras, enfermeros, matronas, pacientes, etc.), y por otro, por los sistemas culturales patriarcales que sitúan a las mujeres en los estratos inferiores de la sociedad en la disputa por el ejercicio de poder y del dominio social y político. La

patologización de las mujeres ha desembocado en el abuso de técnicas, fármacos e intervenciones con diversos fines, que han derivado en graves consecuencias físicas y emocionales para las madres y sus bebés. La violencia obstétrica es representada por prácticas, maniobras y actitudes bruscas y agresivas que en la mayoría de los casos no se encuentran médicamente justificadas, restando a las mujeres autonomía, protagonismo y capacidad de decisión sobre sus propios cuerpos. Los distintos agentes transnacionales han identificado las actitudes y comportamientos que se traducen en maltrato, abuso y faltas de respeto hacia las mujeres, así como las prácticas e intervenciones que afectan a su integridad física sin estar clínicamente justificadas. Las altas tasas de cesáreas, episiotomías, inducciones o maniobras de Kristeller reflejan el alto intervencionismo en la atención biomédica a un proceso fisiológico que en el mayor número de los casos puede transcurrir de manera fisiológica, natural y normal. Aunque en España la violencia obstétrica no tiene cabida todavía en las regulaciones legislativas y normativas, cada vez son más notorios los movimientos activistas en contra de la violencia obstétrica que trabajan por su visibilización, prevención y erradicación. Y estos movimientos encuentran su gran aliado en las corrientes a favor del parto respetado, que, como veremos en el siguiente capítulo, han vinculado la erradicación de la violencia obstétrica a una necesaria mejora en la calidad asistencial durante embarazo, parto y puerperio. En el contexto político actual, las leyes en materia de violencia de género se ven amenazadas por el auge de ideologías antifeministas que niegan la existencia de la violencia machista o de género y que piden eliminar estas leyes, así como las subvenciones a cualquier tipo de asociación, colectivo u organismo feminista en defensa de los derechos humanos. En este escenario considero necesario reforzar este tipo de leyes no sólo mediante su actualización acorde a la actualidad sociopolítica, sino también a través de la inclusión de la violencia obstétrica como un tipo de violencia de género enmarcada en los límites de las instituciones sanitarias nacionales. En primer lugar, reformulando la definición de violencia de género, eliminando el reduccionismo al ámbito familiar y enmarcándola en la naturaleza machista y androcéntrica del patriarcado. Seguidamente, estableciendo a través de las denuncias y relatos de las mujeres en comparación con las últimas recomendaciones internacionales en materia de asistencia al parto, las distintas prácticas u actitudes constitutivas de violencia obstétrica. Por último, ampliando las proyecciones sobre la violencia machista para reforzar las penas y la tipificación de otros delitos de acoso, agresión e incluso, feminicidios en el estado español.

5 LA CONSTRUCCIÓN CULTURAL DEL PARTO RESPETADO

En capítulos anteriores he enmarcado el contexto sociopolítico e institucional actual de la atención al parto para favorecer una comprensión de los factores que han propiciado la emergencia de la cultura del ‘parto respetado’. Creo haber dibujado de forma precisa cómo se organiza la atención sanitaria al parto principalmente desde finales del siglo XX y más concretamente desde principios del siglo XXI. Culturalmente la asistencia sanitaria actual al parto en España se ha enraizado en lo que he tenido a bien denominar la cultura biomédica de atención al parto, que incluye un modelo hegemónico encuadrado en nuestro sistema sanitario. Antes de pasar a analizar los datos recogidos durante el trabajo de campo, he considerado pertinente y relevante detenerme a poner de manifiesto la cuestión de la violencia obstétrica como un fenómeno clave para comprender la construcción cultural del parto respetado, dado que los movimientos feministas relacionados con ambas cuestiones son los mismos, y por tanto, así lo son también los agentes que juegan un papel determinante en esta construcción. En este capítulo explicaré el surgimiento de la noción de ‘parto respetado’ desde un contexto internacional, cómo se desarrolla en España y cómo se construye desde la sociedad madrileña. Pero anticipando que el surgimiento de dicha noción tiene lugar casi recién iniciado el siglo XXI, es posible afirmar también que todavía a día de hoy no parece haber un consenso entre los significados, las perspectivas y las interpretaciones que de ella se han reproducido y todavía hoy se reproducen. Así pues, pondré de relieve cómo ha ido evolucionando la construcción del parto respetado desde sus inicios y cuál es el estado de la cuestión actual – qué disputas están en juego desde las distintas interpretaciones del término –.

Lo que sí he conseguido de forma determinante y expondré como resultados principales de la investigación, es detectar cuáles son las condiciones y mecanismos que se reproducen dentro del contexto de los movimientos activistas por el parto respetado, es decir, qué herramientas y recursos se ponen a disposición de las mujeres

embarazadas que de alguna manera abrazan esta cultura y buscan una experiencia de parto respetado. Así, tras presentar el surgimiento y el estado de la cuestión en la primera parte del capítulo, entraré de lleno en cómo se construyen los procesos sociales y personales que tienen que ver con un activismo y un proactivismo de parto respetado, entendiendo este último como las actividades y reflexiones concretas que las mujeres embarazadas llevan a cabo con el objetivo de tener un parto respetado.

5.1 Surgimiento y estado actual de la noción de parto respetado

En España, las aguas de la reivindicación de un mejor trato y una mejor asistencia sanitaria al parto empiezan a moverse recién estrenado el siglo XXI, cuando en 2001 Ibone Olza y Meritxell Vila fundan la lista de distribución por correo electrónico *Apoyocesáreas* (Villarme, Olza y Recio, 2015:163), a raíz de un cuestionamiento introspectivo de sus propias experiencias de parto por cesárea. La lista, que funcionaba y sigue funcionando a día de hoy como un correo electrónico compartido por cientos de usuarias, tenía como objetivos:

“1) ofrecer apoyo psicológico a las madres que habían sufrido una o más cesáreas; 2) apoyar la lactancia tras la cesárea; y 3) ayudar a prepararse para lograr un Parto Vaginal Después de Cesárea (PVDC) en el siguiente embarazo o para tener una cesárea repetida más satisfactoria, si era preciso” (ibídem).

Desde el momento de su concepción, *Apoyocesáreas* se va conformando como una red cada vez más amplia de apoyo entre mujeres que sienten que algo no está funcionando correctamente en el engranaje de la atención obstétrica española, plasmándose en sus propias experiencias y traducándose en heridas tanto físicas como psicológicas. Durante sus primeros años, “muchas de las madres de la lista se convirtieron en activistas del parto respetado para intentar cambiar y mejorar la atención al parto en España” (Villarme, Olza y Recio, 2015:164), lo que se podría traducir en una segunda ola⁷⁹ de toma de conciencia respecto a la tendencia patologizadora y medicalizadora de la atención biomédica al parto en nuestro país. La diferencia entre este nicho de activismo y aquel representativo de los años 80 es que los movimientos de parto respetado emergen centrados en un momento conciso de los procesos reproductivos femeninos: el nacimiento y las formas de parir. Así, siguiendo a Villarme, Olza y

⁷⁹ Tras aquella ola de los años 80 señalada en las páginas 69-70 del presente texto.

Recio, nos situamos en un momento en el que mujeres de todas partes de España se reúnen virtualmente para compartir las experiencias negativas e incluso traumáticas de sus partos, apoyarse mutuamente y reflexionar sobre el estado de la atención obstétrica del momento. Sin esperarlo, el volumen de las mujeres suscritas a la lista de *Apoyoceáreas* comienza a aumentar considerablemente, reflejando una (y cada vez más) contundente insatisfacción respecto a la atención sanitaria recibida, que hasta ese momento hibernaba silenciosa en cada una de ellas. El persistente crecimiento de la lista condujo a un grupo de socias de *Apoyoceáreas* a fundar la asociación *El Parto es Nuestro* en 2003 (ibídem) ante una patente necesidad de dar apoyo y respuesta a mujeres que habían pasado por experiencias traumáticas de parto, de ofrecer información a otras mujeres embarazadas y de visibilizar esta problemática para promover un debate social y político sobre las formas en las que estaban siendo atendidos los partos en los hospitales españoles, todo ello con el objetivo final de colaborar en la mejora de la atención obstétrica institucional. Tal y como reflejo en la siguiente tabla, fue entre 2001 y 2006 cuando se forjaron en distintas localidades de España las primeras asociaciones en defensa del parto respetado, *El Parto es Nuestro* y *Dona Llum* (Associació Catalana per un Part Respectat):

Tabla 29. Surgimiento de asociaciones españolas sobre el parto

<u>Madrid 2001</u>	<u>Madrid 2003</u>	<u>Barcelona 2006</u>

Fuente: elaboración propia.

Con el surgimiento de estas asociaciones la noción de parto respetado comienza a institucionalizarse, relacionándose su significado con los principios e ideales básicos sobre los que se fundan estos colectivos. Indagando sobre la página web de *El Parto es Nuestro*, podremos encontrar en su decálogo la definición oficial que la asociación ha elaborado sobre el respeto en el parto y el nacimiento:

“Nuestra defensa es la del parto y nacimiento respetados, independientemente de que sea vaginal o por cesárea. El respeto que pedimos va más allá del trato cariñoso y educado hacia la mujer que está de parto. Para nosotras respeto significa también respeto a

nuestros cuerpos, a nuestros tiempos, a nuestras decisiones, a nuestros bebés y a la fisiología de nuestros partos”⁸⁰.

Por su parte, *Dona Llum* realizó en 2018 un video en el que repasaba el concepto, definiéndolo de la siguiente manera:

“¿Qué es un parto respetado? No tiene que ver con si es en el hospital o es en casa, ni si es con epidural o sin. Tampoco si es vaginal o cesárea, ni si es de bajo o alto riesgo. Un parto respetado es aquél en el que la mujer es tratada como sujeto, no como objeto, donde la atención recibida es de acuerdo a sus necesidades y voluntad (...). Todos los partos pueden y deben ser respetados”⁸¹.

A nivel internacional, en el año 2004, la *Alianza Francesa por el Parto Respetado* (*AFAR*, en sus siglas en francés⁸²), propuso promulgar la Semana Mundial del Parto Respetado (en adelante, SMPR), propuesta que fue secundada y promovida por otros organismos como UNICEF, la Organización Panamericana de la Salud o la Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y el Nacimiento. La SMPR tiene lugar desde entonces en mayo, y cada año va acompañada de un lema en torno al cual los diferentes organismos, colectivos y asociaciones reflexionan y estudian campañas de toma de acciones. A partir de esta propuesta, numerosas asociaciones y organismos de diversos países se han ido adhiriendo cada año a la SMPR, lo que ha favorecido la visibilización, consolidación y globalización del término, así como su construcción cultural. Como vemos en la tabla 30, cada lema hace referencia a una acción específicamente dirigida a atenuar o erradicar prácticas o actitudes relacionadas con la violencia obstétrica. Se puede observar que la mayoría de los lemas anuales corresponden con algunas de las prácticas o intervenciones medicalizadas mencionadas en el epígrafe 4.3 del capítulo anterior, tales como la episiotomía. Los lemas de la SMPR me sugieren, junto a las definiciones de *El Parto es Nuestro* y *Dona Llum* en relación a la noción de parto respetado que, desde una visión activista, el parto respetado se ha construido como una opción de mínima intervención médica y de máximo cuidado, apoyo y consideración hacia las mujeres.

⁸⁰ Accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/nuestro-decalogo>

⁸¹ Accesible: <https://www.youtube.com/watch?v=NVR4kzCIVns>

⁸² *Alliance francophone pour l'accouchement respecté.*

Tabla 30. La Semana Mundial del Parto Respetado 2004-2018

<u>Año</u>	<u>Lema</u>
SMPR 2004	Episiotomía
SMPR 2005	Las posturas del parto
SMPR 2006	Los tiempos del nacimiento
SMPR 2007	Nacimiento respetado
SMPR 2008	Contacto inmediato y continuo
SMPR 2009	No a las cesáreas innecesarias
SMPR 2010	Nacimiento traumático, cómo evitarlo. Nacimiento placentero, cómo lograrlo
SMPR 2011	Por el derecho a elegir dónde, cómo y con quién parir
SMPR 2012	El nacimiento y la economía
SMPR 2013	¡Por favor, no molesten! Estamos de parto
SMPR 2014	Parir es poder
SMPR 2015	Apoyo continuo y amoroso para mí y para mi bebé. El nacimiento es una cuestión de Salud Pública
SMPR 2016	Mi decisión, mi cuerpo, mi bebé
SMPR 2017	¿40 semanas? El nacimiento tiene un momento adecuado, no uno programado
SMPR 2018	Menos intervenciones, más cuidados
SMPR 2019	El poder para parir está en ti

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

Entiendo asimismo, que el parto respetado no sólo no implica una disputa contextual contra el parto hospitalario, sino que está orientado a un cambio paradigmático precisamente dentro de la atención institucional a los procesos reproductivos de las mujeres. Parte de este cambio de paradigma radicaría en la construcción de nuevas interpretaciones sobre el parto dentro del imaginario colectivo, es decir, en comprender que el parto no es un evento médico *sine qua non*, sino que la medicalización parte de un segundo plano para intervenir en el caso de complicaciones que pudieran implicar verdaderos riesgos de morbilidad o mortalidad para los fetos y las mujeres, basados en las últimas recomendaciones médico-científicas en materia de salud maternoinfantil y garantizando una atención cualitativa (en relación al trato) y cuantitativa (en relación al intervencionismo médico) que ponga en el centro el cuidado de las mismas en un clima en el que se encuentren cómodas a la hora de parir. La influencia y el impacto que tuvo el hecho de poner la noción del respeto durante el parto en el centro del activismo de principios del siglo XXI puede reflejarse visiblemente tanto en la cantidad de conocimiento y material producido de forma académica y divulgativa como en la reacción de algunas instituciones sanitarias a la

hora de la definición de los protocolos de asistencia al parto. En el marco de los procesos de digitalización de la información y de los movimientos sociales (Rodríguez, 2016), las corrientes a favor del parto respetado han encontrado en las redes, blogs y medios digitales, un nicho donde depositar abundante información al respecto. En este contexto, se pueden encontrar páginas web, cuentas de redes sociales, artículos periodísticos y otros tipos de literatura que hablan cada vez más del parto respetado. Un ejemplo puede ser la infografía diseñada por Susana Roldán, en la cual se contemplan 14 características para lograr un parto respetado: no litotomía, silencio, no oxitocina sintética, libre movimiento, piel con piel inmediato, no tactos ni Kristeller, respeto, no epidural, no enema ni rasurado, lactancia materna exclusiva, no episiotomía, libre ingesta de alimentos, corte tardío de cordón, monitorización intermitente, no pujos dirigidos y no rotura de bolsa.

Figura 6. Infografía sobre parto respetado



Fuente: Susana Roldán, Selka Graphic Design⁸³.

Tal y como he mencionado unas líneas más arriba, otro de los impactos de la emergencia del parto respetado en los discursos del activismo recayó en la elaboración e implantación de protocolos de atención obstétrica más considerados con las reivindicaciones que estos movimientos se encontraban realizando. Desde la publicación de la Estrategia de Atención al Parto Normal en cuya redacción tuvieron

⁸³ Accesible: <https://selkagraphicdesign.com/>

presencia y representación las asociaciones en defensa del parto respetado, algunos hospitales españoles comenzaron a tener en consideración ciertas cuestiones básicas relacionadas con aspectos clave de la atención sanitaria al parto que se habían puesto de relieve por parte de estos colectivos. Un ejemplo de ello es el Programa de Parto Respetado del Hospital Universitario de Torrejón de Ardoz, extensamente conocido entre las madrileñas por su tendencia a favorecer el parto normal en situaciones de bajo riesgo. En su propia página web ofrecen una descripción al parto respetado hospitalario:

“¿Qué es el Programa de Parto Respetado?”

Es ofrecer la atención al parto respetando el proceso fisiológico.

Es escuchar a la mujer, es respetar sus opiniones, es acompañar y guiar durante todo el proceso del parto dando información y apoyo para ayudarlas en la toma de decisiones durante todo el proceso.

Es ofrecer cuidados individualizados basados en las necesidades de la mujer.

Es favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad del núcleo familiar”⁸⁴.

No es coincidencia, por tanto, la relación que existe entre la irrupción de las asociaciones a favor del parto respetado y ciertos cambios que se han venido dando dentro del modelo cultural biomédico de atención al parto, pues éstas han jugado un papel esencial e integral desde la reflexión, pasando por la toma de conciencia y hasta la puesta en práctica de medidas efectivas, es decir, “el activismo social logra cambios conceptuales, biográficos y colectivos” (Villarme, Olza y Recio, 2015:180).

La continuidad cronológica de la Semana Mundial del Parto Respetado y de los movimientos de mujeres por una mejora de la atención obstétrica, así como su impacto social, cultural y político, implican un afianzamiento reivindicativo del término ‘parto respetado’, que año a año se va fortaleciendo en cada lema. Aunque no existe a día de hoy una definición precisa de lo que es un parto respetado, ni de qué condiciones deben darse para que un parto sea calificado como tal, sí se puede entrever, no obstante, dentro del contexto del movimiento en defensa del parto respetado, que el respeto en un parto debe dirigirse en dos sentidos. En primer lugar, hablamos de un respeto a la idiosincrasia del parto como un evento fisiológico y no patológico, es decir, respetando ciertos aspectos fundamentales del cuerpo en clave de tiempo y lógica, tales como:

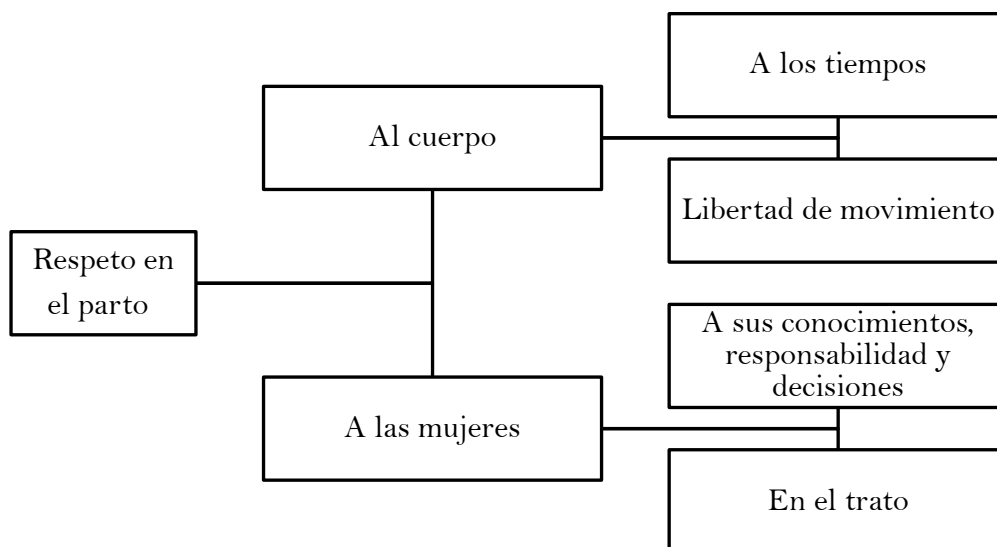
⁸⁴ Accesible: <https://www.hospitaldetorreon.es/especialidad-interna/programa-de-parto-respetado/7/34/>

- Respetar el desencadenamiento espontáneo del parto independientemente de la semana gestacional en la que, según los registros de control obstétrico, se encuentren las mujeres embarazadas.
- Respetar la duración del parto, evitando la tendencia biomédica a acelerar o acortar el proceso de nacimiento.
- Respetar la lógica de la gravedad según la cual un parto progresaría de manera más adecuada y segura permitiendo a las mujeres libertad de movimiento, y no forzando un trabajo de parto con la mujer en posición supina privada de movimiento, realizándole maniobras de presión fúndica o efectuando cortes innecesarios en sus perinés.
- Respetar la integridad física tanto de las mujeres como de los fetos.

En segundo lugar, estaríamos hablando de un respeto personal que trasciende la relación médico-paciente propia de la cultura biomédica. Esto es, el respeto por parte del personal de salud a las mujeres que están de parto en tanto que personas autónomas y responsables. A su vez, este respeto estaría orientado a considerar dos dimensiones de la mujer de parto:

1. Informativa: respetar a la mujer como sujeto activo, y por ende sus conocimientos, deseos, expectativas y decisiones en relación al parto.
2. De trato: mantener un trato respetuoso, amable y cortés en tono afectivo, alejándose del trato despectivo, infantilizador o abusivo.

Figura 7. ¿Qué se respeta en el parto?



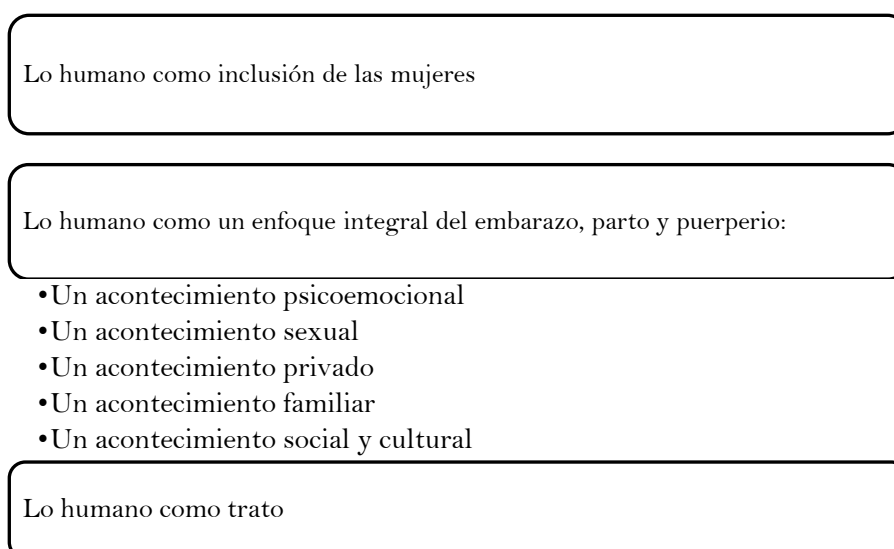
Fuente: elaboración propia.

Cabe detenerse un segundo a mencionar una cuestión que no es baladí en esto de la construcción cultural del parto respetado: la analogía de dicha noción con la de ‘parto humanizado’. Tal y como expone Ainoa Biurrun-Garrido:

“El origen del término ‘humanización de la atención al parto’ se remonta al año 2000. Fue a raíz de la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, organizada por integrantes del movimiento brasileño para la humanización, apoyada por el proyecto LUZ, promovida por la Agencia de Cooperación Internacional de Japón y celebrada en Brasil188, cuando se formuló el concepto de ‘humanización’, que se define como ‘un proceso de comunicación y cuidado entre las personas que lleva a la autotransformación, a la comprensión del espíritu fundamental de la vida y a un sentido de compasión y unidad con el universo, el espíritu y la naturaleza, los miembros de la familia, la comunidad, el país y la sociedad global, así como también con otras personas en el futuro y con las generaciones pasadas’” (2017:66).

Aunque la noción no ha sido tan estudiada como la de parto respetado, sí ha sido común encontrar las categorías de ‘humano’ y ‘humanizado’ en los discursos y narrativas recogidos durante el trabajo de campo. Al igual que el de parto respetado, “el concepto de humanización del nacimiento resulta complejo y polisémico, y debe definirse en función de un conjunto de aspectos técnicos, éticos y actitudinales” (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013:65). Sobre estas categorías arrojó luz Blázquez (2009), identificando las distintas dimensiones de ‘lo humano’. En la siguiente figura recojo la aportación de Blázquez de forma esquematizada:

Figura 8. La categoría de "lo humano" desde el enfoque de Blázquez.



Fuente: Blázquez, 2009:253-257.

La noción de parto humanizado podría incluirse dentro de la dimensión del respeto a la persona señalada en la figura 7. Y el hecho de que también se haya afianzado este concepto dentro de los movimientos por una mejora de la atención obstétrica denota las importantes carencias existentes en el trato ofrecido en el marco de las instituciones sanitarias. Pero a pesar de que pueda parecer obvia una definición del parto respetado, “la humanización de la obstetricia sigue constituyendo un desafío para los profesionales de la salud, para las instituciones y también para la sociedad” (Biurrun-Garrido y Goberna-Tricas, 2013:66), desafío que se plasma en la falta de definición de la noción de parto respetado. A continuación, en la segunda parte de este capítulo, analizaré los procesos que se desprenden del activismo de parto respetado, poniendo de manifiesto cómo, al no estar del todo clara dicha definición a nivel sociocultural, esta noción también se construye desde interpretaciones divergentes, tales como la de Sabrina:

“Entonces para mí un parto respetado es en el que se respeta al niño, al final, creo que debería enfocarse más la definición en respetar al niño, respetar que no sufra el niño, porque a mí, sinceramente, que me tengan que rajarse bien sea en la tripa, bien sea pues ahí abajo, o lo que sea, pues oye, si hay que hacerlo, que lo hagan y ya está. O sea, mientras se respeta al niño, que salga lo menos dañado posible, porque al final no hay que olvidar, creo yo, que el parto es un momento dramático en el sentido de que es un momento para el niño, o sea, que está saliendo a la vida realmente, ¿no?” (Sabrina, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E17).

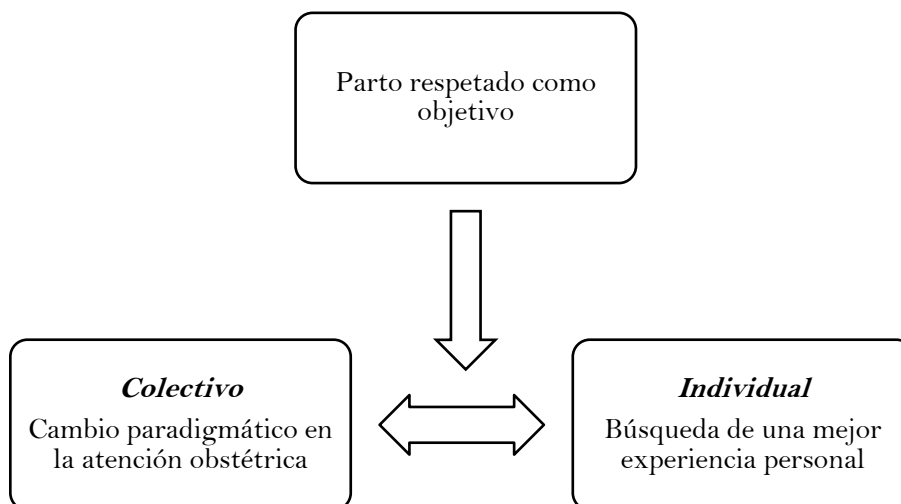
Este extracto representa una clara derivación de los principios e ideales originales del parto respetado, no incluyendo el respeto al cuerpo y aparentemente tampoco a la persona mujer. Hablaré sobre ello en la tercera parte de este capítulo, analizando previamente y a continuación, los procesos más representativos y que definen las estructuras, mecanismos y dinámicas del activismo de parto respetado, no así de la cuestión en sí, que a día de hoy todavía se encuentra en construcción, envuelta en un ambiente de controversia y polémica social y política.

5.2 El parto respetado como objetivo y experiencia

Más allá de una noción en construcción a nivel social, dentro de los círculos observados de activismo, el parto respetado se presenta como un objetivo paradigmático tanto colectiva como individualmente. Colectivamente, los movimientos en defensa del parto respetado esperan que esta noción y su permeabilidad en el sistema sanitario

modifiquen radicalmente la atención institucional obstétrica, tanto en el respeto al cuerpo como a la persona. Para ello, se hace importante que aquellas mujeres que así lo deseen, demanden un tipo de asistencia sanitaria que sea capaz de prevenir la violencia obstétrica, aunque también ha sido común observar a lo largo de la investigación cómo a nivel individual ellas mismas pueden adquirir ciertas reflexiones, actitudes y decisiones que favorezcan el parto respetado como un objetivo personal.

Figura 9. Objetivos del parto respetado

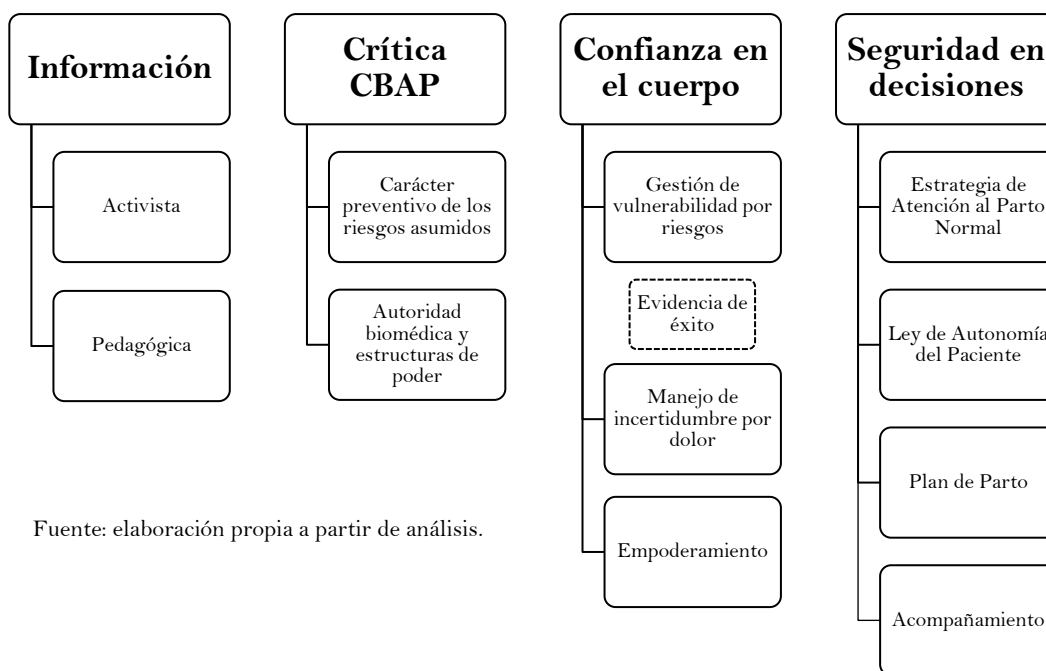


Fuente: elaboración propia a partir de análisis.

De hecho, las mujeres embarazadas que han participado mediante entrevista o que estaban presentes en las sesiones de observación participante han mostrado estar sumergidas en un proceso con un objetivo más o menos específico. Algunas tenían muy claro qué tipo de parto querían y dónde, otras simplemente manifestaban encontrarse informándose con el objetivo de decidirse por un hospital, pero todas tenían de alguna manera un objetivo común: una buena experiencia de parto. Ambos objetivos funcionan de forma interrelacionada, retroalimentándose en una dinámica bidireccional, según la cual el logro del objetivo colectivo favorecerá una mayor obtención de objetivos individuales y viceversa. De esta manera, lograr colectivamente un cambio sustancial en el paradigma de la atención obstétrica conllevaría inevitablemente una mejora en las experiencias personales de las mujeres en sus partos, pero al mismo tiempo, cuantas más mujeres alcancen sus objetivos individuales de parto respetado, más se estaría favoreciendo e impulsando un cambio en el modelo de atención sanitaria al parto.

Para la promoción de estos objetivos, desde el activismo de parto respetado se ponen a disposición de las mujeres una serie de mecanismos y estrategias que pueden favorecer la demanda de respeto en el parto en sí, así como una experiencia positiva acorde en la medida de lo posible a las expectativas de las mujeres. En la siguiente figura muestro de forma esquematizada cuáles son las condiciones, los mecanismos y los recursos mediante los cuales las mujeres se incorporan o abrazan la cultura del parto respetado y construyen sus propios objetivos y experiencias:

Figura 10. Mecanismos y estrategias de parto respetado



Fuente: elaboración propia a partir de análisis.

En primer lugar, la toma de contacto con una determinada información relacionada con la asistencia al parto, genera en las mujeres ciertas inquietudes que las sitúan en unas dinámicas proactivas de indagación y búsqueda de una experiencia positiva de parto. Al indagar en las prácticas obstétricas características de la cultura biomédica de atención al parto, las mujeres que desarrollan una crítica en mayor o menor medida a esta cultura suelen ser las que se incorporarán a este nuevo pensamiento alternativo, y recogerán los distintos mecanismos y recursos que el activismo de parto respetado pone a su disposición. Incorporarse a las dinámicas de parto respetado suele venir condicionado por tres factores combinables:

- Reconocer que la cultura biomédica de atención al parto es excesivamente intervencionista.

- Resolver que, independientemente de dónde tenga lugar el parto, no quieren ser sometidas a excesivas intervenciones y prácticas médicas.
- Prepararse para una experiencia de parto lo más satisfactoria posible.

Esa incorporación a la que hago referencia suele implicar una búsqueda más extensa de información sobre el parto y sus características fisiológicas. Asimismo, cuando esa búsqueda de información tiene lugar *in situ* en círculos de activismo de parto respetado, las mujeres suelen encontrar mecanismos que les proporcionen (auto)confianza respecto a su capacidad de parir – en contraste con la idea de que se pare gracias al trabajo del personal de salud – y una firme seguridad en el derecho a tomar sus decisiones libremente. A continuación ahondaré en todas estas cuestiones, explicando una a una en base a los datos recogidos durante el trabajo de campo.

5.2.1 La información es poder

Actualmente, *El Parto es Nuestro* dispone de varios tipos de recursos para las mujeres que necesiten información relativa al embarazo, parto y puerperio. Entre los más destacables desde nuestro punto de vista se encuentran los relatos de partos de aquellas mujeres que han compartido sus distintas experiencias tanto en hospitales de todo el país como en el domicilio, el espacio ‘El Parto es Nuestro – Grupo’ de la red social *Facebook*, sus campañas más relevantes y las reuniones abiertas de los grupos locales. Los relatos publicados disponen de un alto valor informativo para las mujeres que quieren conocer cómo suele ser parir en determinada institución sanitaria, qué efectos pueden tener ciertas prácticas e intervenciones o, en definitiva, recabar información para decidir dónde y cómo parir:

“En nuestros días, la mayoría de las mujeres no presenciamos más partos que los propios. De ahí que los relatos de parto permitan hacernos una idea de cómo es parir. Leer estos relatos es pues una magnífica preparación al parto. Con ellos aprendemos qué es normal y esperable en el parto, qué favorece su desarrollo, y qué hay que tratar de evitar porque puede entorpecerlo. Pero también es importante hablar del embarazo y especialmente del posparto, rodeado de tabúes”⁸⁵.

⁸⁵ “Compartiendo experiencias”, accesible: <https://www.elpartoesnuestro.es/relatos>

La publicación de relatos no es una cuestión intrascendente en el trabajo de la asociación. De esta actividad pueden desprenderse principalmente dos objetivos. En primer lugar, publicar un relato de parto puede servir de forma terapéutica a la mujer que lo escribe al compartir una experiencia negativa o aspectos del parto que, como señala *El Parto es Nuestro*, pueden resultar tabúes culturales que no permitan a las mujeres aliviar ciertas sensaciones relacionadas con su experiencia como por ejemplo el sentimiento de culpa tras una cesárea (es muy común escuchar a mujeres afirmar que no pudieron parir a sus hijos) o el arrepentimiento por haber cedido a las presiones médicas con el objetivo de realizar determinada intervención que posteriormente se descubrió como innecesaria. En segundo lugar, la propuesta de lectura de estos relatos como preparación al parto implica la obtención de información y datos sobre el parto que puede activar en algunas mujeres un ejercicio de reflexión que de lo contrario no se hubieran planteado, tal y como expresa Ana:

“Pero ella⁸⁶ no, empezó a decirme: ‘no, pero tú entra, lee, mira’, tal... ‘mira las estadísticas, mira los testimonios de las mujeres’. Entonces yo ahí pues me fui informando y dije: ‘ay, ay, ay, ay, espérate, espérate, que aquí pasa algo’. O sea, yo cuando quiera tener un hijo no me quiero arriesgar, ¿no?” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

En este caso, Ana, al introducirse por primera vez en un contexto virtual sobre parto respetado y comenzar a leer los relatos publicados, no sólo encontró una nueva perspectiva en relación a la asistencia institucional al parto, también se situó firmemente en una posición de negativa ante lo que no quería experimentar durante el suyo. Y es que el tipo de información recogida en un relato de parto aporta detalles *a posteriori* de una experiencia ya ocurrida. Leer las consecuencias que en muchas mujeres tuvo la realización de una maniobra de Kristeller, de una episiotomía o de una cesárea, entre otras, puede contribuir a prevenir a la lectora de una posible experiencia negativa que, en la mayoría de los casos, repercutirá en acciones y estrategias con el fin de evitarla. Por su parte, el acceso al grupo virtual de la red social *Facebook* que *El Parto es Nuestro* ha puesto a disposición de las usuarias, favorece un diálogo constante basado en datos veraces y experiencias personales sobre la atención obstétrica recibida en los procesos de embarazo y parto. Dado que una de las normas de acceso al grupo es no realizar consultas o responder a las mismas en nombre de terceras personas, se procura que el contenido de las interacciones en dicho grupo esté formado por datos oficiales,

⁸⁶ Su hermana, hablándole de *El Parto es Nuestro*.

información publicada en materia de atención al parto y protocolos o experiencias personales de primera mano con el objetivo de que el flujo de información sea lo más veraz y fiable posible. Así, las consultas realizadas en este grupo están dirigidas a contribuir de forma más eficaz en la toma de decisiones respecto a dónde, cómo y con quién dar a luz. Como parte del trabajo de la asociación, las campañas realizadas sobre aspectos concretos de la atención al parto y al posparto (ver epígrafe 2.2.2.3) están orientadas a reforzar la reflexión sobre la necesidad y el impacto de la práctica de determinadas intervenciones, contribuyendo a la visibilización de los efectos negativos que puede implicar el hábito rutinario de estas intervenciones, así como a la prevención de su realización de forma sistemática. Algunas de estas campañas ponen el foco, por ejemplo, en cuestiones como la separación prematura madre-bebé, la realización de la maniobra de Hamilton sin previo consentimiento informado, la realización rutinaria de la episiotomía o los graves efectos que la maniobra de Kristeller puede tener en la salud de las mujeres y los recién nacidos. En definitiva, como veremos también en el caso de *Génesis*, las asociaciones como *El Parto es Nuestro* parten de los procesos de información como combustible para el funcionamiento del engranaje del parto respetado. Exponer qué está pasando en la atención institucional al parto, por qué es importante evidenciar las carencias del sistema sanitario y cuáles son las alternativas para las mujeres, son los pilares que cimientan una nueva manera de comprender qué significa parir y qué papel deben desempeñar tanto las mujeres como los profesionales que las asisten en este proceso clave en la reproducción humana.

Como he señalado en el epígrafe 2.2.2.1, el ‘Curso de Preparación a la Maternidad y la Paternidad’ de la asociación *Génesis* incluye trece sesiones en las cuales se ofrece un tipo de información teórico-práctica de índole más pedagógica. El contenido y el programa del curso están diseñados, desarrollados y establecidos a lo largo de estas sesiones, en las que se hablará de alimentación durante el embarazo o de la fisiología del mismo, de las distintas fases del parto y sus características, de las diversas técnicas de manejo del dolor, del funcionamiento de las variadas posturas corporales que las mujeres pueden adoptar, del trayecto del feto a lo largo del canal de parto o de las posibles complicaciones e intervenciones que pueden acontecer durante el trabajo de parto, entre otros aspectos fundamentales de los procesos reproductivos de las mujeres. El objetivo de esta información es similar al de los movimientos en defensa del parto respetado, es decir, se estructura en base a una línea que comienza en una lectura del panorama actual en la asistencia al parto y prosigue en la facilitación de alternativas al

parto medicalizado. El contenido, al contrario, sí difiere cualitativamente de la información procedente del activismo, pues como ya he avanzado, es más de índole pedagógica, con contenido específico sobre la fisiología del parto, las posibles complicaciones o los efectos de las distintas intervenciones que pueden tener lugar tanto en el hospital como en el domicilio. Al contrario que la información dispuesta desde el activismo social en defensa del parto respetado, la información contenida en los cursos de este equipo de matronas no está exclusivamente orientada a que las mujeres decidan dónde y cómo quieren parir, pues aquellas que acuden al curso lo hacen bajo la premisa del parto normal en la medida de lo posible. Asimismo, muchas de ellas acuden con el objetivo y la decisión previamente tomada de dar a luz en el domicilio si las circunstancias del parto lo permiten. Por tanto, más que a la toma de decisiones la información del curso está orientada a proporcionar un bagaje cognitivo lo suficientemente sólido sobre la naturaleza del parto de cara a informar y concienciar a las mujeres respecto a un trabajo de parto lo mínimamente intervenido posible. En ambas asociaciones se han observado distintos tipos de contenido informativo. La información de *El Parto es Nuestro* sobre el parto respetado contiene datos estadísticos, recomendaciones oficiales, consejos basados en experiencias personales o información de carácter administrativo (traslado de expediente, gestión de historia clínica, etc.) mientras que la información pedagógica de cursos como el de *Génesis* está basada en los saberes expertos de matronas profesionales como parte de una preparación física y cognitiva para el momento del parto. En cualquier caso, ambos tipos de información comparten una serie de características en común mediante las que he podido discernir dos modalidades de parto claramente contrapuestas. Los discursos observados muestran el parto medicalizado como modelo hegemónico en la atención institucional actual al parto, exponiendo los inconvenientes que este tipo de asistencia tiene directamente en la experiencia de las mujeres y los recién nacidos. Por otro lado, se plantean alternativas a las mujeres para que en la medida de lo posible o en la medida que así ellas lo consideren, puedan contribuir a que sus partos sean lo menos medicalizados posible, presentándoles, más allá de la información accesible, un conjunto de perspectivas relacionadas con otro tipo de atención al parto, tales como una crítica a la cultura biomédica de atención al parto, la confianza en sí mismas o en sus cuerpos, o mecanismos tangibles representados en documentos oficiales de carácter legislativo o normativo que las ampare en la toma de decisiones respecto a la atención a sus procesos reproductivos.

5.2.2 Crítica a la cultura biomédica de atención al parto

Otro de los principios relacionados con el parto respetado es el planteamiento de una reflexión y toma de conciencia sobre el estado actual de la atención al parto en el panorama nacional e internacional. Estos procesos dan cuenta del sistema medicalizador del parto basado en un tipo de medicina de carácter preventivo que asume la posible presencia de una serie de riesgos antes de que ocurran, así como en una estructura de poder dentro de las instituciones sanitarias que confieren a los profesionales una autoridad biomédica sobre el diagnóstico y el tratamiento de las patologías de los pacientes, tal y como hemos planteado previamente. El planteamiento consistiría en poner de relieve que la atención sanitaria al parto está basada en una cultura biomédica (Kleinman, 1980) hegemónica caracterizada principalmente por dos cuestiones. En primer lugar, la naturaleza preventiva que asume como hechos los riesgos antes de que ocurran, lo que conduce a los profesionales médicos a intervenir durante los procesos de parto en función de la asunción de dichos riesgos. Asimismo, la disposición de saberes y prácticas expertos propios de la ciencia médica confiere a los profesionales una autoridad de facto sobre los cuerpos de las mujeres para decidir en qué momento del parto intervenir y por medio de qué prácticas. De este modo los discursos activistas de parto respetado reflexionan y proyectan sus conclusiones en torno a la construcción cultural de este modelo hegemónico medicalizante. ¿Son las sociedades conscientes de hasta qué nivel de medicalización se ha llevado la atención de los partos? ¿Por qué no se da una crítica social al estado de la atención al parto en España? Al hablar de parto respetado en conversaciones informales durante la investigación, numerosos agentes preguntaron ‘¿qué es eso?’ Preguntar qué es un parto respetado nos conduce a deducir que ese no es un modelo extendido en nuestros sistemas sanitarios y por tanto, en el imaginario colectivo, más aún incluso, que el respeto no parece formar parte de la cultura biomédica de atención al parto. Así, los procesos de información plantean un estado de la cuestión en relación a cómo está diseñada, planificada, estructurada y establecida la atención al parto en el sistema médico, poniendo de relieve el carácter patológico y medicalizador de un proceso que se debería presuponer fisiológicamente normal y unas estructuras de poder institucionales que otorgan a los profesionales la capacidad de decidir y actuar sobre los cuerpos de las mujeres por encima de su autonomía y responsabilidad para consigo y sus cuerpos. Esta reflexión conduce a las agentes involucradas en los círculos de parto respetado a cuestionarse la legitimidad de esta forma de atender el parto, cuáles

son los beneficios y ventajas de dar por hechos determinados riesgos y atajarlos mediante el intervencionismo médico, y hasta qué punto es conveniente ceder la propia autonomía ante la autoridad jerárquica del personal de salud. Las mujeres participantes en la investigación que acudieron a las reuniones de *El Parto es Nuestro* o al curso de *Génesis* mostraron esta crítica relativa a la competencia de los médicos para decidir sobre sus vidas gracias a la autoridad conferida por la medicina, y de alguna manera presentaban un interés por buscar un equilibrio entre la autoridad del personal de salud y su autonomía en la toma de decisiones:

“También creo que aceptamos la autoridad en plan: ‘esa persona sabe más’. Creo que hay que ser un poco... Sí, la gente no piensa... por ejemplo: ‘no quiero tomar antibióticos porque sé que no es bueno para mí’, pero... Es un cierto modo de ver la medicina, que mucha gente es como: ‘el médico dice que debería tomarlos’. Y yo respeto mucho a los médicos, pero no siempre tienen razón, y simplemente porque, ¿sabes?, que lleves una bata blanca no significa que no puedas ser cuestionado o, ¿sabes?, que las normas no puedan ser desafiadas” (Lorena, 35 años, embarazada primeriza, registro de entrevista E5).

Es uno de los detonantes del punto de inflexión que marca el momento de animarse en la búsqueda de información para decidir sobre sus partos. He observado que entre las mujeres participantes en la investigación esta crítica puede ser relativa o determinante, es decir, puede basarse en la duda sobre la pertinencia de reflexionar acerca del nivel de decisión que puede o debe tener el especialista obstétrico sobre el parto de las mujeres, o bien puede ser determinante a la hora de negar de manera rotunda la autoridad biomédica y erigirse como responsables en la toma de decisiones respecto a sus propios cuerpos. La característica clave de esta crítica es que se encuentra precedida por una postura de confianza y certidumbre sobre las decisiones, prácticas y conocimientos médicos en base a las que se presupone una buena asistencia al parto institucional. De este modo lo ponen de manifiesto Ana y Vera, cuando afirman que antes de toparse con información de procedencia activista sobre parto respetado, nunca habían cuestionado el quehacer médico-obstétrico:

“Y ahí ella⁸⁷ encontró *El Parto es Nuestro*, y me hablaba a mí de, pues eso, de las cosas que le preocupaban con relación al parto, porque claro, había leído pues que no te puedes fiar del equipo médico que te vaya a asistir en ese momento. Y ahí me sonaba todo a que estaba medio loca mi hermana, ¿no?, en plan, jolín, ¿cómo va a ser esto así?, o sea, esto

⁸⁷ Su hermana, en el momento de quedarse embarazada.

no puede ser así, esto, pues, yo qué sé, pues habrá gente con mala suerte, ¿no?, y habrá gente que... yo qué sé, que la mayoría, pues si va a un hospital con gente preparada y con profesionales, pues ya está, no tiene por qué haber ningún problema” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

“Yo antes del parto no sabía ni que existían asociaciones de este tipo ni de apoyo a la lactancia, ni dudaba en ningún momento de que todo lo que me dijeran los médicos... que tampoco es que fueran propuestas, eran órdenes o eran una guía para lo que tenías que hacer en la siguiente cita, ¿no? Nunca, en ningún momento dudé de que nada de lo que me estuviera diciendo no fuera lo que había que hacer siempre, jamás (...). Yo en el primer embarazo no me cuestioné nada, no leí nada, no sabía nada. No tenía la inquietud, no tenía ninguna duda, no tenía nada” (Vera, 38 años, madre y activista, registro de entrevista E15).

Frente a esa autoridad y ese poder, como he mencionado, se le da más importancia, relevancia y pertinencia a la propia autonomía de las mujeres: “Lo que defendemos desde la asociación es que sea la mujer la que decida libremente” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de observación participante EPEN1.4). Por otro lado, la crítica determinante de la autoridad biomédica es reproducida desde la segunda dirección que he observado: el discurso de las moderadoras. Las socias voluntarias de *El Parto es Nuestro* reproducen una perspectiva más firme en relación a esa crítica, relacionándola directamente con el deber de reconocer la autonomía de las mujeres y su capacidad de decidir sobre sus propios cuerpos: “Les estamos dando una autoridad y un poder que realmente no tienen, respecto al ‘me dejan/no me dejan’” (Cintia, madre y activista, registro de observación participante EPEN2.1). Asimismo, la crítica a la cultura biomédica de la atención al parto encuentra en estos discursos otro tipo de reflexión. Al comienzo del ‘Curso de Preparación a la Maternidad y la Paternidad’ de la asociación *Génesis* también se planteó esta crítica. Uno de los primeros aspectos que se trataron durante el curso y que ayudarían a plantear a las mujeres esta reflexión y toma de conciencia es cómo el carácter “hipermedicalizador” de la medicina preventiva genera una “hiperpreocupación” por el control y seguimiento constantes del embarazo y el parto. Así nos explicó Silvina a los asistentes al curso cómo esta medicina preventiva contribuye a producir lo que ella define como “diagnósticos precoces”. La “hipermedicalización institucional de la salud” definiría el protocolo establecido por el SNS durante el seguimiento del embarazo, estructurado en todas las pruebas analíticas y diagnósticas que se llevan a cabo en las distintas fases del embarazo con el fin de prevenir determinados riesgos. Esta hipermedicalización se caracterizaría por un abuso

de la técnica diagnóstica que en los casos necesarios puede resultar altamente útil para prevenir un aumento de las tasas de morbimortalidad, pero que al mismo tiempo puede diagnosticar una alteración de las biometrías analíticas que “al final se quedan en nada pero han generado angustia en la mujer” (Silvina, matrona, registro de observación participante GÉNESIS.2).

En definitiva, se puede concluir que una parte de los principios y estrategias del parto respetado como objetivo residiría en el planteamiento de una reflexión y una consiguiente toma de conciencia sobre las características de la atención hegemónica actual al parto en España, basada en la asunción de unos supuestos riesgos propios del proceso de parto y en el uso de la intervención médica con el fin de prevenirlos. En este sentido, los profesionales sanitarios, desde su posición de autoridades médicas en disposición de los saberes expertos necesarios para prevenir y atajar dichos riesgos, muestran como necesaria, justificada y fundamentada la decisión de intervenir, anteponiendo su autoridad estructural a la capacidad de decisión de las mujeres sobre sus propios cuerpos. Sin embargo, la autoridad estructural de los profesionales de la medicina se encuentra también avalada por una confianza social y cultural en dichos saberes expertos. Especialidades como la cardíaca, oncológica, digestiva o quirúrgica, entre otras, han demostrado altas capacidades y avances científicos en el diagnóstico y tratamiento de patologías propias del cuerpo humano, garantizando la supervivencia, la calidad de vida y el aumento de la esperanza de vida en las sociedades industriales. Históricamente, la medicina en España ha contribuido a equiparar la esperanza de vida de nuestro país con respecto a otros países Europeos desde el siglo XIX. Es importante tener en cuenta que aquí no se trata de desmerecer ni infravalorar los logros alcanzados por la ciencia médica, sin embargo, la medicina obstétrica, es una de las especialidades médicas que acumula más reclamaciones administrativas y judiciales en el estado español (García Ruiz, 2017). ¿Cómo equilibrar, por tanto, la voluntad de la medicina obstétrica de contribuir a mejorar las tasas e indicadores de morbimortalidad en la atención al parto, y el respeto a la fisiología del parto, así como a las mujeres y sus bebés? Este planteamiento nos conduce al siguiente peldaño en los discursos procedentes del activismo de parto respetado: la cuestión de la confianza. Como seguirá a continuación, parte de la cesión de autonomía a la figura de los profesionales radica en un miedo construido en torno a los riesgos que puedan tornarse en desgraciadas complicaciones. Cuando ese miedo emerge en el momento del parto, un momento de gran intensidad física y emocional para las mujeres, cualquier alerta las predispone a

confiar en la figura del profesional antes que en la fisiología de sus cuerpos, y por lo tanto, ceder ante las intervenciones ‘que hagan falta’ para garantizar la vida y la salud del bebé. Asimismo, durante el trabajo de campo, la mayoría de las mujeres embarazadas primerizas que participaron en la investigación mostraron una fuerte incertidumbre ante su capacidad de gestionar el dolor del parto. Desconocer el dolor de las contracciones de parto, así como haber escuchado a lo largo de su vida que tal dolor no es soportable para el cuerpo humano, también las predispone a confiar en la intervención médica para el alivio de dicho dolor. Ante estas circunstancias que subordinan a las mujeres al control de sus partos por parte de la medicina hospitalaria, los colectivos en defensa del parto respetado trabajan por transmitir a las mujeres la confianza necesaria para responsabilizarse y tomar el control de sus partos, concediéndoles así la autonomía y la capacidad de decidir cuándo aceptar una intervención médica si ellas lo consideran necesario.

5.2.3 Confianza en el cuerpo parturiente

La confianza en el trabajo de parto como proceso fisiológico, natural o normal radica, desde la perspectiva de parto respetado, principalmente en dos cuestiones. En líneas generales los discursos reproducidos en contexto de parto respetado suelen relacionar la confianza de las mujeres en sí mismas y en sus cuerpos (Lázare y Fons, 2016) con mejores resultados en sus trabajos de parto en el sentido en que lo expresa Ana:

“Primero, que la autoconfianza siempre viene bien, o sea, *el* pensar: ‘soy capaz de parir’, ya te está dando un plus, ¿no?, o sea, no es lo mismo ir con ese pensamiento que ir con el pensamiento: ‘ay, que pase rápido, que sea una horita corta, y que mi madre era muy estrecha de caderas, que se lo dijeron los médicos y yo pues seguro que también, y no voy a poder parirla, a mi hija’. Pues claro, si vas con ese pensamiento va a ser más difícil que te abandones a las sensaciones del parto, ¿no? Si vas con la energía de: ‘voy a parir, con las ganas, con la curiosidad de a ver cómo va a ser esto, sé que me van a respetar, me voy a sentir segura, sé que si hay algún percance me van a asistir rápido...’ ¿no?, o sea, todo eso” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

En resumen, uno de los objetivos es revertir la idea señalada por Blázquez:

“Como recalcan Montes (1997:296) y Bodoque y Montes (2003:4), este tipo de representaciones dan como resultado que la mujer viva su cuerpo con miedo y

desconfianza durante el embarazo, lo que facilita la apropiación de la atención de sus cuerpos embarazados por parte de los expertos médicos” (Blázquez, 2009:97).

Cuando Blázquez habla de representaciones dirige su mirada a “la lectura patologizadora y medicalizadora de los procesos reproductivos que se suceden en el cuerpo de las mujeres y el intenso control médico que se ejerce sobre ellas” (Montes, 2007:44), representaciones que suponen el motor de las sensaciones de negatividad y desconfianza de las mujeres sobre sí mismas. Así lo expone Montes:

“La desconfianza hacia el cuerpo surge del control médico práctico, de la incesante búsqueda de alteraciones físicas o bioquímicas que se supone pueden ser consecuencia del embarazo, de los discursos del riesgo y las reafirmaciones de su “no saber” que se desprenden de los encuentros asistenciales. La ideología médica hegemónica se presenta como la única cuyas prácticas les puede salvar de los riesgos que conlleva el embarazo y el parto. Las mujeres que mayoritariamente utilizaron estos servicios biomédicos deben confiar en los/as profesionales de los/as que llegan a sentirse totalmente dependientes” (Montes, 2007:344).

En este sentido se engloba la perspectiva del cuerpo sospechoso que mencionábamos como aportación de Montes al estudio del cuerpo gestante (página 80). Así, uno de los principales pilares de los discursos de parto respetado radica en la transmisión de la necesidad de modificar estas conductas de desconfianza (Montes, 2010) transformándolas en una confianza sobre sí mismas y sus cuerpos. Vani, por ejemplo, me explicó cómo la formación recibida en el curso de *Génesis* aportaba un valor de confianza que el curso de la Seguridad Social no proporcionaba:

“Sentir que se puede, de hecho lo hablé con la matrona del centro de salud, porque el curso que nos dio me pareció que estaba muy bien, y le dije que lo que echaba en falta del centro de salud y que *Génesis* nos daba era esta sensación de: ‘se puede’”. (entrevista Irene 2).

Pero dicha (auto)confianza se reparte a su vez en dos direcciones distintas pero interconectadas entre sí en los procesos de información y búsqueda de un parto respetado: la gestión de la vulnerabilidad por riesgos y la gestión del manejo del dolor. Como veremos a continuación, la confianza se encontraría orientada en un primer lugar a reducir la vulnerabilidad en las mujeres mediante una reflexión sobre los posibles riesgos del parto, alejando de su imaginario la noción del riesgo como hecho y anteponiendo la confianza en su cuerpo para llevar a cabo un parto de manera

fisiológica. En segundo lugar, la transmisión de confianza también tiene como objetivo relativizar el discurso colectivo sobre el dolor del parto como algo aterrador e insoportable mediante información relativa a las alternativas de alivio y gestión del mismo, alejando la exclusividad de la anestesia de las interpretaciones sobre dicho dolor como parte del fomento de la mínima intervención.

5.2.3.1 Vulnerabilidad, riesgos y pérdida del miedo al parto

Más allá de una vulnerabilidad física y emocional de las mujeres y de los bebés como característica inherente al acontecimiento del parto, debido a que “resulta tremendamente sencillo el manipular en esos momentos a una madre aterrada, cosificada o alienada” (García, 2018:339), la presencia de riesgos en el discurso médico tanto desde el control del embarazo como en el propio trabajo de parto sitúa a las mujeres en una posición de vulnerabilidad debido al miedo que generan dichos riesgos, y “la incertidumbre del posible riesgo desestructura la seguridad cotidiana de la persona y la hace maleable a las manos del médico y el sistema de salud” (Taussig, 1995:114, citado en Montes, 2007:49). El carácter preventivo de la medicina antepone la posible presencia de riesgos a la confianza en las mujeres de parir por sí solas, y a su vez, esta desconfianza en sus cuerpos también ha contribuido a generar desconfianza para consigo mismas. Durante el embarazo, los riesgos están presentes en cada prueba a la que se someten las mujeres: control del peso, análisis de sangre, cribado del tercer trimestre, diagnóstico de la diabetes gestacional, presencia del *estreptococo agalactiae* en el canal vaginal, etc. A su vez, durante el parto, la presencia de ginecólogos y obstetras suele representar también la presencia de riesgos, pues suelen estar presentes en los momentos de complicaciones o en la realización de intervenciones para las que el equipo de matronas no se encuentra suficientemente cualificado, lo que podemos ilustrar en el siguiente extracto conversacional observado en la investigación en una de las sesiones de EPEN:

Vera: hay muchas mujeres que se sorprenden cuando les dicen que el ginecólogo no está durante el parto.

Mike: eso te iba a preguntar, que si no es normal que no esté el ginecólogo, yo creía que si no está había que preocuparse.

Vera: de hecho, si aparece el ginecólogo es como... (gesto de preocupación).

Cintia: el ginecólogo está preparado para intervenir.

Vera: ve problemas por todas partes”

(Vera, madre y activista; Mike, futuro padre; Cintia, madre y activista, extracto de conversación en sesión de observación participante EPEN2.1).

En los partos de Viviana y Sabrina se dio el caso de presencia médica por riesgos que podían derivar en complicaciones de facto, uno de los cuales finalizó en cesárea de urgencia: “Entonces la doctora dijo, lo dijo además todo muy rápido: ‘no tiene por qué haber nada que esté mal pero hay riesgo de que lo haya cada segundo que pasa, dice, así que vamos a hacer una cesárea” (Viviana, madre primeriza, registro de entrevista E16). En el caso de Sabrina el riesgo no llegó a derivar en complicación de facto, aunque contribuyó a aumentar la vulnerabilidad de ella durante el parto:

“¿Qué pasó? Que de repente estábamos ahí tan tranquilos esperando a ver si la criaturilla se movía para podernos poner a empujar, yo ya estaba de 10 como te comentaba, y de repente entran como en *La vida de Brian*, ¿sabes? Ves ahí, tu, tu, tu, tu, tu, un ejército de gente, Juan se echa para atrás lógicamente porque ve que ahí va a pasar algo y me rodean pero como 5 o 6 personas, todo mujeres, por cierto. Y nada, y veo que eso, pues que las matronas con las que estaba antes de cachondeo y tal, pues con una cara de aquí al suelo, ¿sabes? Y nada, entonces yo ya dije: hostia, aquí pasa algo, esto no va bien. Y nada, poniéndome los controladores estos para ver el latido y demás, tal, no sé qué, los empiezan a mover de un lado a otro. La ginecóloga me dijo que me iba a palpar, empieza a palpar, nada, y claro, yo la oigo que le dice a la que estaba al lado, dice así en plan de: ‘si en 30 segundos no le noto latido, nos la llevamos’ (...). Y nada, pues a los dos segundos de decir esta señora eso, pues empezaron a notar el latido y otra vez el monitor iba bien, y nada, ahí sí que me entraron como unas ganas de llorar, de decir: ‘hostia” (Sabrina, madre primeriza, registro de entrevista E17).

El miedo a los riesgos del parto es un factor que se ha observado también en las sesiones de observación participante de *El Parto es Nuestro* como motivación para la búsqueda de información dentro de las corrientes de parto respetado. Muchas de las mujeres participantes han manifestado cierta inquietud provocada por la posible presencia de dichos riesgos en sus partos, como respuesta a los discursos relativos a la confianza en la fisiología de los procesos reproductivos, tal y como cuestiona Sara: “Hasta qué punto puedo yo saber que no me estoy jugando, pues el miedo ese de que le pase algo” (Sara, embarazada primeriza, registro de observación participante EPEN2.5). Desde los registros recogidos en *Génesis* dicha inseguridad podría

traducirse en el miedo que según explicaba Silvina, puede generar una “relación de dependencia” con el Sistema Nacional de Salud, desembocando en una entrega de “confianza ciega” sobre los profesionales médicos (Silvina, matrona, registro de observación participante GÉNESIS.2). Un ejemplo de la información aportada por el curso puede ser la explicación a la incidencia del miedo sobre el parto, es decir, cómo el miedo activa una cadena química y hormonal que puede provocar en algunos casos una ralentización o estancamiento del parto, derivando en la cadena de intervenciones. Por eso, para ella “es importante no tener miedo y confiar (...). El miedo es un enemigo del parto. Del parto, del embarazo y de la vida” (Silvina, matrona, registro de observación participante GÉNESIS.2). Así, una vez transmitida la necesidad de identificar y prevenir el miedo, se ofrecen herramientas de autoconocimiento con el fin de proporcionar confianza y seguridad en las mujeres, tal y como Ofelia explicaba en su sesión: “sabemos, nosotras sabemos, que el cuerpo lo sabe, sólo tenemos que hacer que vosotras os lo creáis” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de observación participante GÉNESIS.6), y en entrevista ahondaba más en esta cuestión:

“Los bebés saben nacer y las mujeres saben parir. Pero las mujeres estamos condicionadas, por la cultura en la que vivimos. Entonces, si hay una cultura de miedo al parto, es muy difícil salirse de ese miedo al parto (...). Tú sabes parir, pero ese miedo puede bloquear. Entonces, nuestra función en la preparación... es generar esa confianza, de que realmente confíes en que tu cuerpo sabe parir, porque realmente saben, los niños saben nacer y los cuerpos saben parir, pero estamos bloqueadas a veces por unos condicionantes sociales. Nosotras decimos que mucha de la patología en los partos es patología social, o sea, los traslados de partos en casa que vamos al hospital suele ser porque no me siento segura en casa” (Ofelia, 45 años, matrona hospitalaria y domiciliaria, registro de entrevista E12).

Ese trabajo de generación de confianza consistió, durante el curso, en transmitir información extensa y específica, tanto teórica como audiovisual, acerca de la anatomía y procesos fisiológicos reproductivos, tales como los síntomas más comunes en cada trimestre del embarazo, el crecimiento del feto y del útero a lo largo de la gestación, la anatomía de la pelvis femenina, los distintos periodos del parto o el trayecto que recorre el feto a través del canal de parto, entre otros. La tónica de esta transmisión de conocimientos e información respecto a la anatomía y procesos de embarazo y parto parece producir en las mujeres una alta capacidad de confianza y seguridad en la fisiología del parto, e incluso “confiar en que eres capaz de llegar a ese grado de relajación” (Vani, 39 años, embarazada primeriza, registro de observación participante

GÉNESIS.3). Agostina, por su parte, manifestaba la seguridad que sentía en estos términos: “Eso de saber que se puede. Sé que puedo, éste es mi cuerpo. La información que dais aquí y la seguridad con la que te vas...” (Agostina, 33 años, madre embarazada, registro de observación participante GÉNESIS.6). La confianza que aporta el autoconocimiento parecería generar en las mujeres la seguridad a la hora de tomar decisiones en base a su propia autonomía. Además, las matronas de *Génesis* también recalcaron la pertinencia de la Ley de Autonomía del Paciente, así como la importancia de tomar las decisiones oportunas en base a las necesidades de cada una: “nadie puede obligarte a hacerte ni a tomarte nada. Por favor, elegid” (Blanca, 58 años, matrona, registro de observación participante GÉNESIS.5). Los mecanismos de confianza que se han observado a lo largo de la investigación van a depender del contexto en el que se reproduzcan. Los relatos de parto, en el caso del activismo en defensa del parto respetado, son un pilar transversal a todas las categorías de información proporcionadas a las mujeres (redes sociales, campañas, relatos propios, etc.) y suponen una sólida evidencia de éxito al mostrar el resultado de partos que han transcurrido dentro de la normalidad incluso a pesar de haber incluido alguna intervención médica por elección de las mujeres, independientemente de tratarse de partos hospitalarios o domiciliarios. Los resultados de estas evidencias de éxito los resume muy bien Vera en su entrevista cuando expresa cómo descubrió en los relatos de otras mujeres ciertas sensaciones de parto que según comenta ella no había sentido en el suyo, llegando a anhelar experimentar un tipo de parto similar al de esas mujeres:

“Y dos mujeres contaron su experiencia de parto en casa, que a mí en ese momento me producía mucha... pues prácticamente aversión, ¿no?, me parecía una cosa muy antigua y muy peligrosa. Pero sí que me marcó el relato que hicieron y dije: ‘yo quiero sentirme como esas mujeres se han sentido’. O sea, me seguía sin gustar la idea de parir en casa, pero sí que veía que lo que ellas habían sentido teniendo a sus hijos en unos partos ¡tan gozosos!, era ¡tan distinto! a lo que yo había sentido en el mío, que yo me merecía sentirme así aunque fuera pariendo en otro lugar” (Vera, 38 años, madre y activista, registro de entrevista E15).

Las evidencias de éxito también se encuentran presentes como mecanismos de cursos como el de *Génesis*. En su sesión ‘Proyección de videos’ se proyectaron ocho videos de partos que habían tenido lugar en distintos años en las últimas dos décadas tanto en hospitales como en el domicilio. Las reacciones durante la sesión fueron variadas y evolucionaban a medida que transcurrían los partos visionados. Durante los primeros

momentos de cada video, suscitaban en las asistentes una primera sensación de incapacidad para hacer lo que veían que estaba ocurriendo en la pantalla. Incluso Pascual sentenció durante una de las proyecciones: “menos mal que parís vosotras, porque si no...”, manifestando así desconfianza en el cuerpo masculino e intuyéndose una dotación de confianza sobre el cuerpo femenino. No obstante, el momento en el que los bebés nacían se tornaba emocionante entre las mujeres presentes, reproduciendo así la misma reacción que señalaba Vera al escuchar aquellos relatos de parto domiciliario en una de las sesiones de El Parto es Nuestro. El objetivo del curso tomaba en estos instantes un nuevo sentido, aquello por lo que estas mujeres estaban allí se estaba reproduciendo visualmente, como si sus futuros partos se hicieran tangibles al ver a otras mujeres parir con normalidad y en un ambiente íntimo y respetuoso con ellas y sus criaturas. En resumen, vemos cómo en la recuperación de la confianza en una misma y en las capacidades del propio cuerpo para efectuar un trabajo de parto normal y respetado, tanto los grupos activistas como ciertos equipos de profesionales a favor de la mínima intervención siguen un patrón común. Como punto de partida se presenta necesario contextualizar la procedencia de los miedos al parto planteando una reflexión y toma de conciencia que conduzca a comprender la naturaleza preventiva de la atención a los procesos reproductivos femeninos en la cultura biomédica de atención al parto en base a unos riesgos asumidos como hechos en lugar de como probabilidades de complicaciones que se pueden resolver de forma emergente. De igual importancia se pone de relieve una autoridad biomédica que supedita las decisiones de las mujeres a las de los profesionales médicos, avalados por unas estructuras institucionales de poder que les otorgan la máxima responsabilidad en la atención al parto, así como la reversión de dicha autoridad mediante una reflexión que devuelva a las mujeres la autonomía para gestionar y disfrutar sus propios partos, y para tomar las decisiones oportunas basadas en la información existente. Estos procesos de reflexión, de toma de conciencia y de crítica sentarán las bases de nuevas posturas ante la vulnerabilidad que genera en las mujeres la presencia de posibles riesgos durante la asistencia a sus procesos reproductivos. Conocer cuáles son esos riesgos, con qué probabilidad ocurren y cuáles son las técnicas médicas para resolverlos, es parte del proceso de generación de confianza que hará a las mujeres anteponer la seguridad en sí mismas a dicha presencia de riesgos. Del mismo modo, contar con los testimonios tanto escritos como visuales de otras mujeres que no sólo relatan cómo sucedieron sus partos sino también describen las sensaciones de gozo, serenidad y felicidad de las que se imbuyeron esos

momentos, favorece una tendencia a confiar en que para ellas mismas también será posible llevar a cabo un parto de forma exitosa.

5.2.3.2 Incertidumbre y gestión del dolor

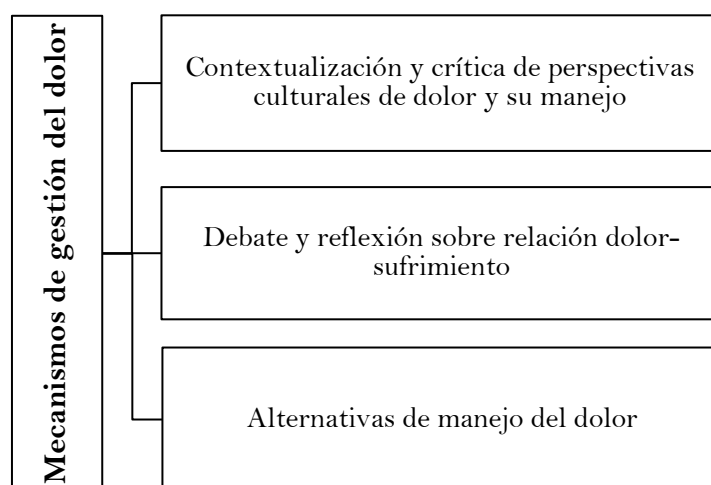
Un tipo de miedo al parto es la incertidumbre relacionada con la gestión del dolor. Como ya apunté en el epígrafe 4.3, el miedo al dolor del parto es una construcción basada en representaciones culturales desde la patologización de los procesos reproductivos femeninos (Otegui, 2000; Núñez, 2014). Un ejemplo de ello puede ser la intervención de Liliana en una de las sesiones de observación participante. En la sesión EPEN2.4 de *El Parto es Nuestro*, Liliana, embarazada primeriza de 14 semanas, manifestó que uno de los motivos por los que acudía a esta reunión era que debido a los resultados de su última analítica que mostraba bajos niveles de plaquetas, le habían transmitido que no sería posible administrarle analgesia epidural durante el parto por riesgo a sufrir una hemorragia. Ante este escenario, Liliana expresó tener miedo al dolor y a no saber gestionarlo. Este caso es bastante representativo de lo que aquí estamos exponiendo. La incertidumbre de Liliana venía dada porque asumía que pariría con epidural como mecanismo de alivio del dolor. Al saber que no podría hacer uso de la analgesia, declaró sentir miedo al dolor. A partir de esta exposición, la conversación entre las mujeres asistentes transcurrió entre la recomendación de otras técnicas y métodos de manejo del dolor y la reflexión sobre la relación entre dolor y sufrimiento. Por su parte, Luci, asistente al curso de *Génesis* y planificando su parto en el domicilio, también manifestó incertidumbre ante la gestión del dolor, pero al contrario que Liliana, lo hace porque su asunción está relacionada con la ausencia de epidural:

“Otro miedo que tengo también es que no sé cómo voy a reaccionar yo durante el parto, como nos han contado que sale nuestro instinto animal, y tampoco sé cómo voy a recibir el dolor, yo creo que tengo claro que puedo hacerlo, pero en ese momento no sabes cómo vas a reaccionar. Pero bueno, yo creo que estoy preparada mentalmente y que me he informado mucho y sé lo que quiero y vamos, yo creo que va a ir bien” (Luci, embarazada primeriza, 33 años, registro de entrevista E4).

Para casos como los recientemente planteados, las posturas, argumentos y discursos relacionados con el parto respetado plantean una crítica a la interpretación social universalizada en torno al dolor del parto y de la exclusividad de la anestesia como método farmacológico de alivio, así como una reflexión sobre la relación entre dolor y

sufrimiento y una exposición de técnicas alternativas, como hemos mencionado y como se presenta en la figura 11:

Figura 11. Abordaje de la incertidumbre por el dolor del parto



Fuente: elaboración propia a partir de análisis.

Con el objetivo de relativizar el uso generalizado de la anestesia epidural, así como el miedo al dolor, los discursos orientados a favorecer una reflexión respecto al parto respetado contextualizan el origen de los relatos sociales relacionados con el dolor de las contracciones. Así, se pone de relieve cómo culturalmente se ha desarrollado una universalización y normalización de los discursos del dolor del parto como una sensación física insoportable y horrorosa. Al resaltar estos aspectos culturales no se está pidiendo a las mujeres que soporten y aguanten el dolor del parto con estoicismo, sino que se les está proporcionando la información necesaria para la comprensión de los discursos sociales en torno a las sensaciones físicas del trabajo de parto. Es decir, se dan las explicaciones pertinentes a la cuestión de por qué muchas mujeres manifiestan miedo al parto debido al imaginario colectivo sobre el dolor, tal y como expresa Ana:

“Yo tenía mucho miedo a que el dolor me bloqueara, porque claro, el imaginario que tenemos del dolor en el parto pues es muy bestia, ¿no?, es como, lo peor... un parto, ¿no? ‘Esto fue un parto’, ¿no?, es como: ‘madre mía, esto tiene que ser telita marinera’. Entonces lo que yo no quería era un traslado, yo tenía mucho miedo a un traslado a un hospital, y tenía mucho miedo de que no fuera por una urgencia sino realmente porque el dolor me bloqueara y dijera: ‘mira, no puedo más, necesito la epidural ya y vámonos’, ¿sabes?” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

Aparte del reduccionismo generalizado de las sensaciones del parto a un dolor desgarrador que no permite a muchas mujeres pensar en otros aspectos del mismo más

que en el deseo de neutralizarlo al máximo, en el marco de los colectivos en defensa del parto respetado también se ha observado una puesta en evidencia de una normalización social de la medicalización por defecto de procesos fisiológicos, entre ellos los procesos reproductivos de las mujeres como la menstruación. Tal y como resalta Blanca, la existencia de drogas ha contribuido a la tendencia a medicalizar por defecto este tipo de procesos:

“Yo creo que es desconocimiento de lo que tu propio cuerpo... es lo que hablábamos, ¿no?, la cultura hoy día es de hacer las cosas rápido, hacer las cosas fáciles, hacer las cosas sin yo exponerme demasiado (...). Y es que yo creo que el umbral del dolor es una cosa individual de cada cual, pero el cómo percibes ese dolor, eso es cultural y entonces ahora mismo nadie, nadie, nadie quiere estar incómoda. ¿Por qué? Porque tenemos todo el rato el bombardeo ese de esa sociedad de todo limpio, todo es fácil. Esto es una explicación mía personal, ¿no?, porque yo no creo que hoy día que las mujeres están muy bien alimentadas, hacen ejercicio, están pues empoderadas al máximo con las feministas, las manifestaciones, las huelgas, todas las mujeres. Y luego les viene la regla... ¿Tú sabes la cantidad de chicas de 18 años que hay tomando anticonceptivos para que no les duela la regla? Adolescentes de 15 años que coge su madre y dice: ‘no hija, para qué te va a doler, toma’. Pero si estás en desarrollo. Que sí, que hoy en día los anticonceptivos están mucho más estudiados y demás, pero ya estás medicalizando un acto natural y cuando llegas al parto te ingresan y si pudieras...” (Blanca, 58 años, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de entrevista E10).

Avalada por esta presencia de fármacos a disposición de las personas y en concreto la analgesia epidural en el caso del parto, Blanca también explica que un fallo en la tendencia intervencionista de la atención al parto es que las mujeres se han convencido de que “no somos capaces de aguantar, y a la mínima nos ponemos en alerta y entramos en un círculo vicioso de dolor-tensión”. De este modo también se pone de relieve una concepción colectiva calificada como errónea en cuestión de dolor durante el parto, y es la creencia de que un parto doloroso no permitirá a las mujeres ejercer su maternidad durante los primeros días de manera efectiva, y que, por el contrario, un parto sin dolor les proporcionará mayores niveles de descanso para estar a disposición del cuidado de sus bebés. He podido observar esta perspectiva en el discurso de Sabrina, que a su vez relaciona el dolor del parto con sufrimiento y con un evento potencialmente medicalizable como es una cirugía:

“Eso sí que, yo siempre he pensado que tener un niño es muy bonito y demás pero si me puedo evitar el dolor, pues igual que si voy a una cirugía, quiero no sufrir pensando

también un poco en el después, ¿no?, que ese niño va a necesitarte 24 horas, entonces yo prefiero estar más tranquila, más descansada, dentro de lo que cabe dentro de un parto, entonces pues no sufrir y usar la epidural” (Sabrina, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E17).

Como ya he mencionado, el análisis de la relación entre dolor y sufrimiento en el parto es una de las cuestiones presentes en la reflexión y debate sobre el parto respetado. Discernir las categorías culturales de dolor y sufrimiento ayudaría a las mujeres a comprender que el dolor del parto, a pesar de no tener que verse obligadas a superarlo estoicamente, no tiene que ver con un padecimiento, malestar o tortura desagradable que las limita o les impide ser capaces de parir de manera fisiológica. Aunque el dolor de las contracciones provocadas por la administración de oxitocina sintética se ha interpretado como un dolor “que nuestro cuerpo no está preparado para soportar” (Cintia, madre y activista, registro de observación participante EPEN2.4), el dolor de las contracciones naturales se aleja en el imaginario de parto respetado de la categoría de sufrimiento:

“El dolor y el sufrimiento pues... hay una delgada línea que depende de cómo... o sea, el dolor del parto es dolor, no es sufrimiento siempre y cuando sea un parto fisiológico. Si la cosa empieza a... pues eso, a mezclarse con drogas sintéticas, pues ya cambia” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

Para contrarrestar las prenociones culturales del dolor del parto en las mujeres embarazadas, principalmente en las que por ser primerizas o por haber tenido un parto inducido no conocen las sensaciones de dolor fisiológico, se plantean alternativas a la interpretación del dolor, así como a su manejo y alivio mediante la medicalización por rutina. El dolor del parto espontáneo se aleja de sus interpretaciones como inútil, insoportable y sufrido, para reconstruirse en perspectivas que le otorgan utilidad en el progreso del trabajo de parto, tal y como explica Ofelia durante una de las sesiones del curso de Génesis:

“El dolor tiene una función muy importante, porque favorece la cadena química que va a ayudar al apego. La epidural es muy importante, pero rompe esa cadena” (Ofelia, 45 años, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de observación participante GÉNESIS.6).

Otra perspectiva, como he adelantado previamente, es alejar el discurso del dolor de categorías como la maldición, en palabras de Vera, y vanagloriar por otro lado las

bondades que un parto respetado o normal podrá aportar a la experiencia tanto de las mujeres como de los recién nacidos:

“Esa capacidad que tenemos, ¿no? Que además es que es eso, que es tan increíble, pero es que es eso, podemos formar bebés dentro, podemos parirlos, podemos alimentarlos, es que es tan alucinante que cuando te crees que eso no es una tara o un problema, o una maldición dolorosa, *psfff*, un buen parto te cambia la vida, ¿no?, o sea, aparte de que lo recordamos toda la vida, esa sensación de poder...” (Vera, 38 años, madre y activista, registro de entrevista E15).

De este modo se contribuye a que, si bien algunas mujeres decidan no recurrir a la epidural en primera instancia, algunas que sí lo deciden también decidan postergar al máximo su administración con el objetivo de minimizar los niveles de intervencionismo médico de cara a evitar una posible cadena de intervenciones:

“Quiero epidural, pero quiero aguantarla, no quiero llegar y ponerme la epidural y pasarme el parto en la cama. Quiero, bueno, pues ver cómo aguanto el dolor. Antes yo lo tenía claro, era como, siempre lo decía: ‘bueno, que me pongan el catéter antes, unos días antes y yo ya en casa en cuanto que empiece, me voy administrando...’ (risas) es broma, evidentemente. Y ahora no, ahora me sorprende que digo: ‘no, quiero llegar y quiero ver, quiero esperar en casa hasta que...’ No me quiero ir al hospital a la primera, y si veo que las contracciones son más fuertes que yo, pues que me pongan la epidural, tampoco pasa nada, no es...O sea, no tengo claro ni que no quiera epidural ni que la quiera en el primer momento. Por saber, cómo se va dando el parto y cómo voy yo tolerando las contracciones” (Merche, 33 años, embarazada primeriza, registro de entrevista E1).

En definitiva, el de parto respetado, así como el de parto fisiológico, normal o natural, es un discurso de transformación de las perspectivas en torno al dolor. Se busca una contextualización del miedo al parto que, aparte de radicar en la vulnerabilidad por la presencia de riesgos procedentes del carácter preventivo de la medicina, también se sitúa en la incertidumbre por la capacidad de una misma respecto a la gestión del dolor de su propio parto. Esta incertidumbre deviene de una generalización del discurso colectivo del dolor del parto como negativo, terrible y relacionado con el sufrimiento, lo que genera en las mujeres inseguridad sobre su capacidad de soportar el dolor sin la ayuda de la medicalización. Por el contrario, los colectivos en defensa del parto respetado ponen a disposición de las mujeres una contextualización de las procedencias del miedo cultural al dolor del parto, así como una crítica a la universalización y normalización de dichas categorías culturales y al reduccionismo de las sensaciones del

parto exclusivamente al dolor. Asimismo, se incluyen en el debate y en la reflexión una serie de alternativas cognitivas a la interpretación hegemónica del dolor del parto y que lo definen lejos del imaginario del sufrimiento. El dolor de un parto fisiológico y respetado, más allá de poder ser gestionado de manera efectiva mediante técnicas no farmacológicas, es un elemento más de las fases de dilatación y expulsivo, que manejado y gestionado de manera natural (con movimientos pélvicos, agua caliente, masajes, etc.) puede contribuir a generar en las mujeres sensaciones de poder no sólo relacionadas con la experiencia de parto, sino también con la de la maternidad:

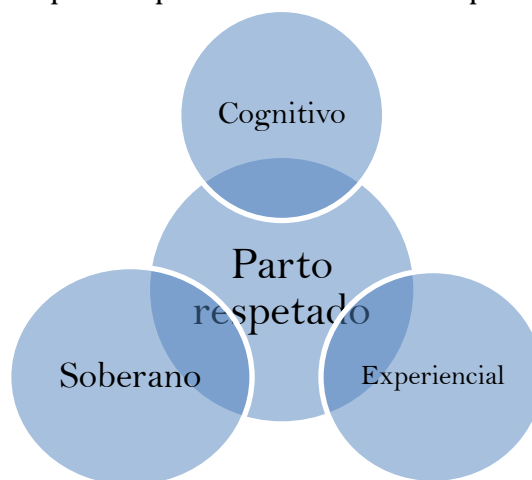
“Yo me siento muy bien, muy poderosa y ya estoy deseando tener otro (risas), al principio decía que no iba a tener más, en el momento del parto por lo que dolía, pero sí, me apetece tener otro e intentar que sea en casa también” (Luci, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E9).

Como expresa Luci al decir que se sintió muy poderosa, los discursos relacionados con un parto normal resaltan un empoderamiento posterior a una experiencia de parto mínimamente intervenida. Pero más allá de este tipo de empoderamiento, se han observado otros dos tipos que paso a analizar en el epígrafe siguiente.

5.2.3.3 Empoderamiento y responsabilidad

A lo largo de la investigación se han observado discursos y prácticas relacionados con el empoderamiento feminista en procesos de parto respetado o de preparación al parto normal. En este sentido he podido identificar tres tipos de empoderamiento.

Figura 12. Tipos de empoderamiento en contexto de parto respetado.



Fuente: elaboración propia.

En primer lugar, un empoderamiento cognitivo relacionado con los procesos descritos por Marcela Lagarde, según la cual empoderarse significa:

“fortalecerse, aprender, imaginar, inventar y crear son poderes vitales específicos generados frente a los desafíos vitales. Todas ellas son características subjetivas producto del empoderamiento y además lo propician” (Lagarde, 2018:10).

El empoderamiento cognitivo se observó en aquellas mujeres dotadas de varios recursos informativos, lingüísticos e ideológicos que las predisponía al parto respetado, alejadas de la vulnerabilidad, la incertidumbre o el miedo. Este tipo de empoderamiento les proporciona la capacidad de confiar en sí mismas y en sus cuerpos, así como cierta sabiduría generada por la transmisión de conocimientos de unas a otras. De este modo lo expresa Francesca, argumentando que antes del parto le fueron de utilidad los relatos experienciales sobre los partos de otras mujeres a la hora de tomar las decisiones respecto al suyo propio y empoderarse en ese sentido:

“Pero es verdad que a mí me ha servido el ver tantas historias para ver qué cosas no quiero, ¿sabes?, y empoderarme, ¿sabes?, en el sentido de... yo qué sé, he visto tantas malas experiencias que sé qué cosas no quiero y dónde voy a poner los límites, ¿no?” (Francesca, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E8).

Las sesiones a las que asistí para la observación participante, principalmente aquellas contextualizadas en el activismo de *El Parto es Nuestro*, transcurren en una dinámica feminista caracterizada por la defensa de los derechos de las mujeres en el ámbito de la atención sanitaria a sus procesos reproductivos. Dentro de esta dinámica, la transmisión de conocimientos de unas mujeres a otras genera, mediante los relatos y las reuniones abiertas, una red comunitaria de identidades relacionadas con el acto de parir, y estas identidades se caracterizan por un tipo de empoderamiento feminista (Boston Women’s Health Colective, 1971), definido desde mi punto de vista como un proceso de fortalecimiento y reinterpretación de las subjetividades femeninas como resultado de una asociacionismo colectivo en torno a relaciones de resistencia y apoyo mutuo entre mujeres en torno a un aspecto clave de sus vidas como es el parto. En este sentido, tal y como afirman Mendizábal y López, el empoderamiento trasciende más allá del estado individual, extrapoliándose al terreno de lo colectivo, por lo que la “individualidad y la subjetividad le servirá a las mujeres para organizarse en torno a la lucha por sus intereses colectivos, es decir, por sus intereses de género” (2013:6). En este sentido, Carla manifiesta que “sentirte comprendida, apoyada y ayudada te

empodera mucho” (Carla, madre asistente a sesión de observación participante EPEN2.3). Así lo avalan Ana y Lorena también:

“Mola mucho cuando te juntas con otras mujeres empoderadas porque... o sea, te sientes como fuerte en una comunidad, ¿no?, o sea, no es: ‘venga, voy a luchar contra el sistema yo sola’, ¿no?, es como... qué pereza. Pero si ves a un grupo de mujeres, un grupo de gente que está queriendo cambiar las cosas desde dentro, que lo está haciendo con energía, con fuerza, confiadas...” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

“La energía que desprenden todas las mujeres de Génesis es algo totalmente increíble, de verdad. Tienen este poder femenino increíble sobre ellas, puedes incluso verlo, es realmente genial. Y te hacen sentir bienvenida, ¿sabes?, ha sido increíble” (Lorena, embarazada primeriza, registro de entrevista E5).

Un segundo tipo de empoderamiento observado en contextos de parto respetado tiene que ver con una soberanía y un control de las mujeres sobre sus propios cuerpos que a su vez se traduce en una alta capacidad asertiva para transmitir su confianza, su seguridad, sus temores o sus dudas. Este empoderamiento se caracteriza por ser un proceso llevado a cabo en el embarazo durante la preparación al parto tanto pedagógica como activista, predisponiendo a las mujeres a sus partos desde un fortalecimiento de sus subjetividades como mujeres embarazadas dispuestas a tomar el control en sus partos y responsabilizarse de las decisiones tomadas al respecto, tal y como expresa Blanca:

“Empoderarse significa coger tu cuerpo, saber cómo funciona, tomar las riendas de lo que te está pasando y asumir esa responsabilidad. Decir: ‘yo quiero ser madre, yo voy a tener un bebé y voy a dejar que mi cuerpo se abra, se rompa, sangre, haga caca, grite, chillé, porque esto lo he decidido yo y es lo que quiero, y si tengo que hacer este esfuerzo, lo hago’. Yo creo que empoderarse es confiar, confiar en tus capacidades” (Blanca, 58 años, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de entrevista E10).

Así, el empoderamiento soberano contribuiría a situar a las mujeres en un grado más alto de autonomía en la toma de decisiones y de responsabilidad sobre las posibles consecuencias de dichas elecciones. El flujo de información en los procesos de parto respetado aporta a las mujeres un bagaje cognitivo con respecto al proceso de parto, sus derechos y los protocolos hospitalarios, que hemos observado en los discursos que relacionan la disposición de información con el empoderamiento y la capacidad de decidir. Como he dicho, este empoderamiento se caracteriza principalmente por

generarse de forma previa al parto, proporcionando a las mujeres autonomía y asertividad a la hora de defender sus decisiones en el momento del parto en base a la disposición de información, tal y como señalaron algunas mujeres como Giuliana u Ofelia: “yo os animo a empoderaros, a decir: ‘yo quiero esto y voy a conseguirlo’”⁸⁸; “es muy importante a veces sentirme que puedo (...), sobre todo en el embarazo es buscar todo, es como empoderarse”⁸⁹.

A pesar de que los discursos y prácticas observados suelen caracterizarse por ser consultas previas al parto o relatos posteriores al mismo, se observó un tipo de empoderamiento experiencial proyectado hacia el mismo momento del parto. Este tipo de empoderamiento es el que experimentan algunas mujeres cuando, en pleno trabajo de parto, se sienten fortalecidas física y emocionalmente y asumen la toma de decisiones y la responsabilidad del transcurso de su parto. Un ejemplo puede ser el caso de Eva, que en una de las reuniones de *El Parto es Nuestro*, relató haber llegado al hospital “empoderada de toda la dilatación en casa”. Durante su ingreso, recuerda haber vivido una disputa con la matrona de turno sobre quién ostentaba la responsabilidad del parto. Al no consentir que se le realizara la episiotomía, la matrona insistió en sentenciar que ella era la responsable de la planta, a lo que Eva contestó: “y la responsable de mi parto soy yo”. Finalmente, Eva recurre al empoderamiento como causa para evitar la episiotomía: “yo me libré gracias a que iba empoderada” (Eva, madre asistente a sesión de observación participante EPEN2.2). Se ha observado que el empoderamiento experiencial también se relaciona con un parto mínimamente intervenido dentro de las posibilidades de un parto hospitalario, en el que la mujer siente haber ostentado la autonomía y responsabilidad suficientes para decidir cómo proceder en cada momento. Esta relación también implicaría que en partos traumáticos o negativos en los que ha habido presencia de violencia obstétrica, algunas mujeres puedan sentirse desempoderadas, tal y como expresa Judith: “empiezas la maternidad desempoderada. Yo empecé la maternidad diciendo: ‘no he podido parir a mi hijo, no le he podido ayudar a nacer’” (Judith, madre asistente a sesión de observación participante EPEN1.2). Desde una perspectiva contraria, muchas de las mujeres que han vivido un parto responsabilizadas y de forma positiva, experimentando las sensaciones fisiológicas de un parto normal, reconocen sentirse poderosas y capaces, tal y como expresa Elisa: “y fue la experiencia más poderosa que he tenido” (Elisa, madre asistente a sesión de observación participante EPEN2.4), e incluso Victoria, que por

⁸⁸ Giuliana, madre asistente a sesión de observación participante EPEN2.3.

⁸⁹ Ofelia, 45 años, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de observación participante GÉNESIS.6.

razones justificadas decidió acceder a una inducción en su segundo parto, y a pesar de ello “fue la experiencia mejor de toda mi vida. Maravillosa, empoderante, fuerte, capaz, fui capaz” (Victoria, madre asistente a sesión de observación participante EPEN2.6). Así, el empoderamiento se construye como un principio en la subjetivación de las mujeres como embarazadas, parturientas y madres. Las subjetividades femeninas, en tanto que procesos culturales relacionados con las identidades, se ven fortalecidas, capacitadas, autónomas, responsables y asertivas en la defensa de sus derechos y decisiones en relación a sus partos. Es altamente común, no obstante, a pesar de fomentar el empoderamiento de parto en las mujeres presentes en contextos de parto respetado, recomendar la utilización y el recurso de ciertos mecanismos tangibles de toma de decisiones, representados por algunos de los documentos oficiales mostrados en el epígrafe 3.4.2, tales como la Ley de Autonomía del Paciente, la EAPN o el *Plan de Parto y Nacimiento*. Independientemente del nivel de empoderamiento que pueda disponer una mujer de cara a su parto, contar con la información proporcionada en la estrategia, estar su autonomía avalada por la ley y poder dejar constancia de sus decisiones en un plan de parto, han sido discursos recurrentemente observados a lo largo de la investigación.

5.2.4 Mecanismos de toma de decisiones

Más allá de los mecanismos de subjetivación para activar la autoconfianza en las mujeres y en sus capacidades reproductivas, los discursos reproducidos en contextos de parto respetado se enmarcan en la defensa de la autonomía de las mismas con el aval de la Ley de Autonomía del Paciente. Este marco legal se presenta a las mujeres como una garantía respecto al nivel de implicación que decidan tener sobre sus partos, tal y como sentencia Vera: “nadie te puede obligar a nada, la ley dice que nosotras podemos decidir” (Vera, 38 años, madre y activista, registro de observación participante EPEN2.5). Asimismo, la información de los textos oficiales como la EAPN, así como aquellos basados en dicha estrategia, supone una fuente cognitiva de datos en los que las mujeres también pueden apoyarse para avalar las decisiones tomadas. En cualquier caso y de forma indiscutible, la herramienta tangible para registrar y hacer constar dichas decisiones para trasladarlas al equipo de obstetricia en las unidades de los hospitales o clínicas seleccionados es el plan de parto. “El plan de parto es una expresión de vuestra voluntad”, así es como Cintia define este documento y resalta la

importancia de hacer uso de él con el objetivo de plasmar las decisiones de las mujeres tomadas respecto a sus partos (Cintia, madre y activista, registro de observación participante EPEN2.6). Aunque existe un modelo oficial publicado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y algunos hospitales ponen a disposición de las mujeres sus propias versiones, la redacción del plan de parto es libre y cada mujer puede basarse en sus propias preferencias para estructurarlo, tal y como expresa Ana cuando habla sobre los planes de parto: “es tu salud, es tu cuerpo, es tu parto y tú tienes que parir como te dé la gana” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de observación participante EPEN1.5). Los esfuerzos de los grupos en defensa del parto respetado se orientan no sólo a que las mujeres redacten y entreguen sus planes de parto en base a la información proporcionada. Igualmente importante es fomentar el interés de los hospitales y clínicas por hacer uso de los mismos con el objetivo de conocer las expectativas de las mujeres y de respetar sus decisiones. Aunque en el marco de la Ley de Autonomía del Paciente la admisión del plan de parto y nacimiento sería de obligado cumplimiento por parte de los equipos de obstetricia de cada institución, todavía hoy en día se denuncia que en muchos hospitales españoles no se permite a las mujeres entregar sus planes de parto para ser adjuntados a sus historias clínicas. Incluso en aquellos que sí los admiten, no siempre se cumple por diversas razones. Tal fue el caso de Natalia, que en una de las reuniones de *El Parto es Nuestro* aseguró haberse informado para la realización y entrega de su plan de parto y finalmente tuvo un parto inducido, asegurando que le “hicieron de todo”, todo lo contrario a lo que había plasmado en el documento (Natalia, madre y asistente, registro de observación participante EPEN1.6). Eva, por su parte, asegura que trató de hacer su plan de parto, pero al enviarlo al Hospital de Alcalá de Henares, fue citada por el jefe de la unidad de obstetricia con el objetivo de disuadirla sobre el uso del documento. La utilidad de los planes de parto tiene dos lecturas. Por un lado facilita al equipo de profesionales conocer los deseos de las mujeres respecto a qué tipo de parto esperan tener y para el que se han preparado. Pueden conocer qué técnicas de alivio del dolor prefieren, si consentirían en la realización de una episiotomía o qué tipo de pinzamiento de cordón desean (precoz, si es inmediato al nacimiento del bebé; o tardío, si se espera un mínimo de cinco minutos para el pinzamiento), entre otros aspectos de las distintas fases del parto. Dejar constancia en un plan de parto de los deseos y expectativas no obliga a las mujeres a cumplirlo si en algún momento del parto cambian de opinión, del mismo modo que tampoco inhabilita a los profesionales a intervenir de urgencia en caso necesario para garantizar la salud de las mujeres y sus bebés. Por el contrario, si

los profesionales sanitarios desoyen los designios de las mujeres a pesar de que las circunstancias del parto y su voluntad permiten cumplir el plan de parto establecidos por ellas, el documento podría servir de constancia frente a una posible negligencia o incumplimiento de la autonomía de las mujeres, del mismo modo que un consentimiento informado pero a la inversa. Para los movimientos en defensa del parto respetado es de máxima importancia que todas las instituciones sanitarias cumplan con la admisión y registro de los planes de parto, cumpliéndolos en la medida de lo posible para garantizar una mejor experiencia de parto y nacimiento. Pero todavía hoy este derecho no está garantizado. A pesar de que hay hospitales que presentan facilidades para la entrega del plan de parto, otros todavía no tienen incorporada una dinámica protocolaria para su recepción y adjunción a las historias clínicas de las mujeres. Según nos relata Merche en su segunda entrevista, en el Hospital Gregorio Marañón “nadie me pidió mi plan de parto, y no había opción a mandarlo antes” (Merche, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E6).

5.2.5 El peso del acompañamiento

Tal y como expliqué en el capítulo 2, la decisión sobre la participación de las y los acompañantes de cada mujer en las distintas fases de entrevistas fue tomada por ellas mismas. Aunque a priori las expectativas sobre el acompañamiento podrían ser recogidas desde sus testimonios, contar finalmente con cuatro acompañantes en las entrevistas proporcionó información y datos pertinentes de ser analizados en la fase de resultados y que cuadraban con lo observado durante las sesiones de observación participante. La presencia de parejas y otros acompañantes tanto en el Grupo Local 2 de *El Parto es Nuestro* como en *Génesis* fue constante, mientras que en el Grupo Local 1 resultó ser esporádica. Aunque algunas de las acompañantes a las sesiones no esperaban estar presentes durante el parto de sus acompañadas, en su mayoría, las personas que acudieron con las mujeres a estas sesiones manifestaron estar presentes como parte de la preparación del acompañamiento durante el parto. Culturalmente existe una tendencia a presuponer que el acompañamiento durante el parto será llevado a cabo por las parejas de las mujeres, o que esas personas son las idóneas o las más legitimadas social y biomédicamente para acompañarlas. En materia de acompañamiento, una de las reflexiones más denodadas que la cultura del parto respetado ha puesto en debate, tiene que ver precisamente con la libertad de las

mujeres de decidir sobre la idoneidad de sus parejas como acompañantes. La mayoría de las mujeres participantes en la investigación mostraron como acompañantes a sus parejas, negando incluso la posibilidad de que el acompañamiento fuera llevado a cabo por otro familiar:

“Con él, no, con él, sólo con él. Mi madre sí que está: ‘ya vas a ver cómo yo te hago mucha falta’, digo ‘sí mamá, tú me vas a hacer mucha falta, pero yo el que quiero que esté es mi pareja’, porque es el que de verdad quiero que esté. Además, que es... claro, que quiero que esté. Mi madre que llegue más tarde, es verdad que no quiero tenerla en casa sentada esperando nerviosa, creo que va a estar más tranquila ella en... Pero yo quiero que esté mi pareja, y ya” (Merche, 33 años, embarazada primeriza, registro de entrevista E1).

Aunque la cultura del pensamiento amoroso (Esteban, 2011), el factor de la familia como unidad emocional y el factor de la descendencia biológica suelen conllevar un peso importante a la hora de pensar el rol de las parejas en el acompañamiento al parto en nuestra sociedad, el activismo de parto respetado no sólo ha puesto en cuestión este supuesto, sino que ha facilitado la proliferación de testimonios de mujeres que aseguran no sentirse cómodas pariendo con la presencia de sus parejas. Un ejemplo observado en esta investigación fue el caso de Judith, que tras un caso de violencia obstétrica en su primer parto y un segundo parto domiciliario, expresó que “yo, si puedo evitar que mi marido esté, mejor” (Judith, madre no embarazada, registro de observación participante EPEN1.2). Posteriormente, Judith me explicó que su arrepentimiento al ser acompañada por su marido en su primer parto radicó en que el acompañamiento no fue el adecuado para prevenir la violencia obstétrica sufrida – por ejemplo, no pudiendo evitar que le fuera practicada una maniobra de Kristeller –, no sintiéndose representada, apoyada ni animada. Por otro lado, también expresó con seguridad que haber sido acompañada por su hermana gemela hubiera resultado en una mejor experiencia para ella. Así, aunque en su mayoría la figura de acompañante ha estado mayoritariamente representada por las parejas a lo largo de la investigación, también ha sido común observar amigas o familiares que acudían junto a las mujeres a los grupos locales de *El Parto es Nuestro* o al curso de *Génesis*, con el objetivo de formarse en el acompañamiento durante el parto. La categoría de ‘acompañante’ siempre se encontraba presente en sus discursos, tanto a la hora de presentarse como en los momentos de hacer consultas o preguntas específicas relacionadas con la atención al

parto. De este modo el acompañamiento también se muestra como un rol a aprender, y dentro de este aprendizaje, se han observado cinco contenidos básicos:

- Entender cómo transcurre fisiológicamente un parto.
- Conocer las prácticas rutinarias de la atención hospitalaria.
- Conocer las complicaciones o alteraciones más comunes del trabajo de parto.
- Capacitarse para ejercer una relación comunicativa con el personal de salud y en la que se representen los intereses, las decisiones y las preferencias de las mujeres.
- Dilucidar las posibles acciones a realizar para satisfacer las expectativas de las acompañadas.

Vemos cómo la cultura del parto respetado promueve así un acompañamiento formado, no necesariamente de forma cualificada, pero sí a modo de complemento en la preparación que las mujeres están llevando a cabo para sus partos. Una buena preparación al parto ya no se restringe a los cursos impartidos por los centros de salud en los que se habla de la dilatación, los pujos o la respiración, sino que se amplía con un acompañamiento consciente e implicado que contribuye a reforzar las condiciones y mecanismos de información, confianza, empoderamiento y toma de decisiones de las mujeres. La participación de los acompañantes en las sesiones de observación se percibe tímida en un principio, pues se intuye una especie de contrato social mediante el que se acuerda que la voz cantante la llevan las embarazadas, cuyas inquietudes, consultas o testimonios son el núcleo de las reuniones. No obstante, también muestran interés en resolver dudas relacionadas con determinadas prácticas e intervenciones, protocolos, derechos, cómo actuar ‘en caso de’, etc. A medida que avanzan las sesiones, los acompañantes van animándose a participar más, implicándose poco a poco en la formación para el rol que les ha sido encomendado y preocupándose por resolver cualquier cuestión determinante en su propia preparación al acompañamiento del parto. En este sentido, al afirmar que “ha sido genial que Alberto pudiera estar ahí⁹⁰”, Lorena se muestra segura de que la presencia de su pareja en la preparación al parto le ha proporcionado una predisposición y una cognición especiales de cara a afrontar su papel como acompañante.

De especial interés ha sido recoger los discursos y prácticas de aquellos acompañantes que se formaban por primera vez, así como de las primerizas que, sin haber pasado

⁹⁰ A lo largo del Curso de Preparación a la Maternidad y la Paternidad de *Génesis*.

todavía por un parto propio, depositaban de forma consciente su confianza en una persona seleccionada para ejercer el acompañamiento. Los acompañantes ya experimentados disponen de un perfil distinto, ya saben cómo es y cómo transcurre un parto, en su mayoría han acompañado o han presenciado partos hospitalarios, y su asistencia a las sesiones de observación participante se puede dar por uno o más motivos:

- Relatar su participación en un parto ya ocurrido y agradecer a las asociaciones la información y el apoyo proporcionados en las sesiones previas al mismo.
- (In)formarse para un mejor acompañamiento en un segundo o tercer parto hospitalario.
- (In)formarse para un acompañamiento al parto en casa tras una experiencia de parto hospitalario⁹¹.

Es importante señalar en este sentido que existe una diferencia sustancial entre el segundo y el tercer punto. Analizando los discursos y prácticas de los acompañantes que se preparan para un parto domiciliario o un parto hospitalario, puedo afirmar que no se instruyen de la misma manera si el parto va a transcurrir en un hospital que si va a ser en casa. Si bien es cierto que en la preparación de un parto domiciliario siempre está presente la posibilidad del traslado al hospital por complicaciones de diversa índole, el acompañamiento tiende a prepararse para una distribución de roles más horizontal y equitativa – que en un parto hospitalario –, en la que la participación, el apoyo y la colaboración del acompañante tienen un peso fundamental en la experiencia de parto, y contribuyen a mejorarla notablemente. No obstante, al prepararse para acompañar un parto hospitalario, late la asunción de una jerarquía en la que la persona acompañante estará de alguna manera subordinada a la autoridad biomédica, por lo que la preparación se orientará más a colaborar con las peticiones del personal de salud y, en la medida de lo posible, de la mujer parturienta. Además, se refuerza en estos casos la necesidad de una representatividad y defensa de los intereses de las mujeres, para lo que se entrena cierta asertividad a la hora de mediar entre ellas y los profesionales, lo cual no ocurre con frecuencia en los partos domiciliarios, pues una de las características de la asistencia al parto en casa es que el ejercicio de las matronas se desarrolla en

⁹¹ Durante las sesiones de observación participante de esta investigación no asistieron acompañantes experimentados cuyas acompañadas hubieran dado a luz exclusivamente en el domicilio, por lo que no puedo incluir como motivo de asistencia una (in)formación continuada en el acompañamiento al parto en casa.

torno a las preferencias y necesidades de las mujeres mediante una relación de confianza mutua y de comunicación continua.

Por su parte, aquellos acompañantes que se preparan por primera vez para estar presentes durante un parto, muestran más inquietudes, miedos e incertidumbres, y es que, al contrario que sucedía durante la segunda mitad del siglo XX – más notoriamente en los años 60 y 70 –, “en los partos en el hospital, normalmente no dejaban entrar a nadie e incluso restringían mucho las visitas en el post parto” (Driéguez, López, Avilés y Conesa, 2018:82), y por lo tanto, el papel del acompañante no conllevaba el peso que hoy en día se promueve desde la cultura del parto respetado. La figura del acompañante se aleja del actor pasivo que observaba y presenciaba el parto, sino que debe desempeñar un rol activo específico que le ha sido asignado por la mujer que lo ha seleccionado como acompañante. De alguna manera, las mujeres depositan su confianza en estas personas y les manifiestan su intención de que estén en sus partos y las acompañen. Lo que aquí se está reproduciendo es un tipo de decisión con un peso y una relevancia que antes no se tomaba. La opción de dar a luz asistidas exclusivamente por el personal de salud no se contempla, más bien se muestra imprescindible la presencia de un acompañante del entorno afectivo, incluso muchas mujeres utilizan este factor como principal a la hora de seleccionar el hospital al que acudirán para el parto. Francesca, por ejemplo, me explicaba cómo después de una experiencia de discriminación homofóbica durante el proceso de reproducción asistida en el que no se permitió la presencia de su mujer – cuando en el caso de parejas heterosexuales al varón sí se le permitía –, su prioridad a la hora de seleccionar el hospital es que se le garantizara que Martina estaría presente durante todo el proceso:

“Yo por ejemplo, una de las cosas que más me importa es que la dejen pasar. Porque vista la experiencia, y también lo que he escuchado en algunos hospitales que... yo qué sé, que no les dejan estar en todo el proceso... si a eso se le suma que hay algún tipo de... o sea, es verdad que igual voy muy como a la defensiva, ¿no?, y a lo mejor no tiene por qué... pero vista mi experiencia, me da miedo que por ser mujer no la dejen pasar, ¿sabes?, y yo necesito que esté allí también, ¿sabes?, en plan... ya no sólo porque a ella le gustaría y demás, sino porque yo, de manera egoísta, necesito que esté allí (risas) porque si no me da algo (...). Entonces a mí, por ejemplo, esa es una de las cosas que más me importa del hospital que sea, que me garanticen seguro que va a estar en todo momento conmigo” (Francesca, 33 años, embarazada primeriza, registro de entrevista E2).

Vemos la implicación de la pareja como un componente altamente relevante en este cambio cultural, una característica en la atención biomédica al embarazo y el parto que se interpreta como incuestionable, llegando incluso a la crítica hacia aquellas instituciones que no respetan este principio:

“Sí que hay una cosa que no me gusta nada en La Paz, que es que el familiar, el padre o lo que sea, no puede entrar en las urgencias, entonces se tiene que quedar en la sala de espera. ¿Entonces qué pasa? Pues las veces que yo fui por los sangrados y demás, pues tú entras, te hacen entrar sola, estás en la sala de espera, te llaman y hay una puerta en la que le dan ellos como a un timbre para que se abra, porque no puedes entrar si no, y entonces ya te meten ahí. Me hicieron unas exploraciones y demás, que vieron que estaba bien y tal, pero al marido no le dejan entrar, y esto me parece mal porque oye, el hombre se queda preocupado fuera y ya no es que sea yo, sino que es que también es su bebé, o sea, si yo gracias a Dios no lo perdí ni nada, pero oye, si lo llego a perder pues para mí es una ayuda que esté el padre de la criatura conmigo recibiendo la noticia de: ‘oye, has perdido al niño’” (Sabrina, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E17).

Teniendo en cuenta el valor que se le otorga al rol del acompañante a lo largo de la gestación y en la preparación al parto, he podido identificar, durante la investigación, tres dimensiones del acompañamiento entendido desde la cultura del parto respetado:

Figura 13. Dimensiones del acompañamiento

Acompañante delegado y protector

- Conoce las decisiones, los intereses y las preferencias de la mujer con respecto a su parto, y desde una postura dialogante y asertiva, se comunica con el personal de salud en representación de ella y la protege de intervenciones no deseadas.

Acompañante asistente

- Permanece dispuesto y preparado para colaborar con necesidades materiales de la mujer en momentos puntuales: bebida, alimento, masajes, confort, etc.

Acompañante emocional

- Brinda apoyo emocional y ánimo; transmite seguridad, confianza y tranquilidad.

Fuente: elaboración propia.

En los momentos en que se hablaba de la parte del acompañamiento, tanto en la observación participante como en las entrevistas, solía surgir la cuestión del parto

como una situación de vulnerabilidad para las mujeres en la que, o bien dejan de estar capacitadas para discutir con el personal de salud sobre las posibles intervenciones, o bien no deberían tener por qué malgastar energías en ello pudiendo estar concentradas en parir. Como fórmula para resolver posibles situaciones en las que se deban defender las preferencias y las prioridades de las mujeres de cara a la intención de intervenir por parte del personal de salud, la figura del acompañante actuaría como representante de sus intereses, hablando y actuando en nombre de la mujer. De este modo, la persona que acompañe es alguien en quien se ha delegado la voz y el voto, conociendo las decisiones, los intereses y las prioridades que la mujer embarazada le ha transmitido – o ha plasmado en el plan de parto –, y disponiendo de una asertividad entrenada específicamente para dialogar y comunicarse con el personal de salud en nombre de ella. Para ello se considera importante que esa persona comprenda las motivaciones por las que se busca una experiencia de parto respetado, qué características son importantes para las mujeres para que esa experiencia sea considerada como tal, y qué actitud comunicativa es mejor desempeñar con los profesionales en el caso de un parto hospitalario⁹². Vani me expresó que, dentro de la importancia que le otorgaba al acompañamiento, la persona designada – en este caso, Silvia –, debía reunir determinadas características de disponibilidad, comunicación y complicidad, con quien compartiera sinergias, puntos en común y encuentros en base a los cuales pudiera ser representada:

“Yo necesito a alguien que pueda paralizar su vida dos días, así, cuando toque (...). Entonces en Silvia se juntaba, por un lado, que por su situación laboral, que es *freelance* y también se puede permitir esta cosa de parar dos días y no pasa nada (...). Y cuida muy bien y también me parece alguien que puede decirle a un médico que no con educación, que es otra de las cosas que me preocupaba, el tener a alguien con quien yo pudiera hablar de todo y sentirme cómoda y *no sé qué*, y que en un momento dado en el que yo no fuera capaz de decir: ‘esto no’ o lo que sea, sé que ella tiene esa fuerza así de decir: ‘no, mira’, o ‘hasta aquí, esto no, esto sí’... tal. Que en realidad creo que es lo que más... o sea, que aparte del cariño, es también una de las cosas que más te hacen falta, ¿sabes?, saber que estás en manos de alguien que no se va a dejar... ¿sabes? Quería tener a alguien que supiera que iba a defender mis intereses, digamos, de alguna manera, de una manera razonable y sin enfadarse ni nada, o sea, que iba a saber transmitirlo bien y que

⁹² Los acompañantes que se preparan para un parto domiciliario no suelen necesitar entrenar estas capacidades, pues la comunicación y el diálogo en torno a las preferencias y los intereses de las mujeres son una constante en las visitas a las matronas y una característica inherente a la modalidad de parto en casa, por lo que se da por hecho la escucha activa por parte de las profesionales sobre estas cuestiones.

además, es que estamos muy de acuerdo en muchas cosas, ¿sabes?” (Vani, 39 años, embarazada primeriza, registro de entrevista E3).

Los acompañantes a quienes se delega la representatividad de las mujeres también actúan a modo de protectores sobre quienes se deposita la confianza y la responsabilidad de acometer esta función. Al establecer una comunicación asertiva con el personal de salud y defender los intereses de ellas, estarían protegiéndolas de posibles intervenciones o actitudes no deseadas, tal y como señala Francesca: “claro, yo le meto mucha caña⁹³ en plan de que ella tiene que protegerme, a mí y al bebé” (Francesca, 33 años, embarazada primeriza, registro de entrevista E2). El nivel de confianza y de responsabilidad depositados sobre el perfil del acompañante se refleja, además, en la incertidumbre que muestra Martina sobre ‘estar a la altura’ de las expectativas de Francesca, aunque efectivamente sí se muestra firme en su predisposición a representarla, así como a defender sus intereses y sus preferencias respecto a la actuación del personal de salud:

“Yo estoy cagada por... vamos (risas). Creo que tengo más miedo que ella, aunque ella dice que tiene más miedo que yo. Porque no sé, verlo también desde otra parte también tiene que ser... Y después que como ella va a estar metida y estresada con su dolor y con su tal tengo que yo... si el médico va a hacer algo que no queremos nosotras, ¿no?, como... yo qué sé, que se acueste o lo que sea, pues tengo que yo que dar la cara, ¿no?” (Martina, 32 años, futura madre primeriza, registro de entrevista E2).

Esta dimensión del acompañamiento está compuesta, por tanto, por cuatro cualidades tanto en la acción de designar al acompañante como en las capacidades que éste debe desarrollar:

Tabla 31. Cualidades del acompañamiento delegado.

La mujer embarazada...	El/la acompañante debe...
... designa un/a acompañante.	... estar disponible para acompañar.
... deposita confianza y responsabilidad.	... protegerla de intervenciones no deseadas.
... transmite intereses, preferencias y decisiones.	... conocer las prioridades en cada caso.
... delega voz y voto.	... dialogar con asertividad con el personal.

Fuente: elaboración propia.

Una segunda faceta del acompañamiento como pilar fundamental de la cultura de parto respetado es un rol caracterizado por la predisposición a atender a las mujeres en lo

⁹³ A Martina.

que necesiten durante el trabajo de parto. Este tipo de acompañamiento, a modo de asistente, auxiliar o colaborador, cubre las necesidades materiales de las mujeres que puedan contribuir a una mejor experiencia de parto, tales como alimentación, bebidas, masajes, regulación de la temperatura y la luz, y demás elementos tangibles que esté en su mano poner a disposición de ellas. Asumiendo que como acompañantes no dispondrán de la posibilidad de ofrecer asistencia profesional – en algunos casos, debido a la formación/profesión del acompañante sí sería posible – hacen uso de sus habilidades domésticas y de cuidados para responder a las solicitudes que se les haga en cada momento. Pascual, por ejemplo, explica cómo espera acompañar a Luci asumiendo que su papel durante el parto se limitará a desempeñar esta función en la medida que ella así lo precise:

“Creo que sí [estoy mentalizado], creo que sí, pero yo qué sé, hasta que no esté ahí en el ajo... pero vamos, yo creo que sí. Yo es lo que te digo, creo muchísimo en ella, no es por quitarme responsabilidad, sino porque es verdad. Mi papel va a ser lo que diga Luci, no puedo hacer nada, si quiere estar sola, que esté sola, si necesita un nivel de luz tal, pues que esté ese nivel de luz, masaje... Y que sea también, en la medida de lo posible, que sea algo entre ella y él, entre tú y el hijo [a Luci]” (Pascual, 31 años, futuro padre primerizo, registro de entrevista E4).

Al igual que Alberto, que tras el parto de Lorena me contaba cómo le había estado manifestando su apoyo a través de su rol de asistente:

“Pues estuve dando mi apoyo todo el rato. Mi parte era asegurar que estuviera lo más cómoda posible, o si necesitaba que le diera fuerzas. Y apoyarla y atenderla en lo que fuera necesario, aunque solo fuera traerle unos hielos, o comida, o bebida” (Alberto, 35 años, padre primerizo, registro de entrevista E13).

Pero aparte de esta función, Alberto describió muy bien la tercera dimensión identificada dentro de esta nueva manera de acompañar a las mujeres durante el parto, la del acompañante emocional. En el siguiente extracto Alberto expone una cuestión que en esta dimensión del acompañamiento me ha resultado de gran interés. Al hablar de un ‘estar sin estar’, está definiendo el acompañamiento como una presencia latente que durante el parto se activaría en el caso de que Lorena requiriera cubrir necesidades propias del acompañamiento asistente. Desde el silencio y desde un segundo plano, contribuiría a crear un clima de calidez, tranquilidad y seguridad que le permita a ella concentrarse en parir:

“Para mí, bueno, obviamente quiero estar ahí, quiero estar presente, quiero ser capaz de dar apoyo, quiero ver todo. Parte de mí piensa que es una cosa muy maternal, así que creo que quizás sea bueno para mí estar ahí, mi presencia podría ser tranquilizadora. No es una cuestión egoísta, sino especial, como de completar. Tendrás [a Lorena] un enfoque completo, y yo estaré ahí, pero igual ni te das cuenta de que estoy ahí. Así que es algo que estoy intentando hacer. Desde las últimas semanas, lo tengamos aquí o no [en casa], intentar hacer un pequeño... un espacio en calma, tranquilo, seguro. Y eso es lo que yo creo que hago, intentar asegurar que Lorena esté tranquila y tenga la mayor sensación de seguridad posible, creo que es lo que debo hacer, y obviamente, pues ser padre [risas]. Esas cosas como que van sin necesidad de decirlas, ¿sabes?” (Alberto, 35 años, futuro padre primerizo, registro de entrevista E5).

“Cuando tienes momentos de bajón, ¿sabes?, tu mujer o tu pareja está pasando por ese momento y necesita que seas cuidadoso y comprensivo, y lo más equilibrado posible, ¿no? Y entender que esto puede ser un momento para tu pareja en el que, ¿sabes?, el límite de... Capacidad no sería la palabra, no va de ser capaz o no, porque sabes que puede hacerlo pero... Sus emociones son tan intensas que se puede hacer difícil pensar en lo que viene después porque estás tan en el momento y tan abrumado que necesitas cierta calma, comprensión constante y... sí, necesitas una persona competente para darte ese apoyo” (Alberto, 35 años, padre primerizo, registro de entrevista E13).

Esas cualidades en este tipo de acompañamiento estructuran lo que he denominado el acompañamiento emocional. Desde una posición empática hacia la mujer que está de parto, el acompañante trata de comprender el proceso por el que está pasando, así como de transmitirle confianza, seguridad y tranquilidad. Aunque en este caso la entrevista estaba contextualizada en la planificación y la posterior experiencia de un parto en casa, también es cierto que la cultura de parto respetado promueve este tipo de acompañamiento emocional durante el parto hospitalario, enfocado en parte a contrarrestar los efectos de una atención institucional, impersonal y medicalizada que quizás pueda bloquear el clima de calma y tranquilidad que se espera de un parto. De este modo, el acompañamiento emocional proporcionaría a un parto hospitalario un ambiente más propio de un parto domiciliario, porque al fin y al cabo, y esta es una cuestión que quiero subrayar, el fondo de la cultura de parto respetado es promover un tipo de atención hospitalaria lo más semejante posible a la domiciliaria. Podría parecer, llegados a este punto, que el acompañamiento afectivo – es decir, aquel desempeñado por agentes familiares a las mujeres – y el acompañamiento profesional fueran incompatibles. Pero el rol de asistente y el emocional también se ven en algunos

profesionales como las matronas o las doulas, e incluso en enfermeros, celadores u obstetras. De hecho, cuando menciono el fondo de la cultura de parto respetado me estoy refiriendo precisamente a un cambio en la mentalidad de los distintos profesionales que derive en una actitud más de acompañamiento que de asistencia intervencionista. Durante la investigación se dio el caso del parto de Luci, que a pesar de haber sido planificado en su domicilio con *Génesis*, finalmente tuvo que ser atendido en el hospital por rotura de bolsa y no progresión de la dilatación. En palabras de Luci, tuvo la suerte de que Ofelia, matrona de *Génesis*, se encontraba en su turno en el hospital de referencia seleccionado. La confianza que se había generado entre ellas durante el curso, así como la predisposición de Ofelia, facilitaron que ésta adoptara un rol de acompañante en todas sus dimensiones: como delegada a la hora de evitar una cesárea con la que amenazaba el especialista del servicio; como asistente proporcionándole masajes y cambios posturales durante la dilatación; y como acompañante emocional, transmitiéndole confianza y seguridad:

“La verdad que estaba muy cómoda porque tenía a Ofelia al lado, y me estaba informando de todo en todo momento. Quizás si hubiera tenido que enfrentarme a otra persona que no conozco, hubiera sido totalmente diferente, hubiera estado muy insegura, y quizás hubieran tenido que hacer episiotomía e incluso cesárea, ¿quién sabe? Pero con Ofelia al lado me sentía súper bien, confianza plena en ella, en mí y como que yo tomaba las decisiones, ¿sabes?, ella me decía lo que íbamos a hacer, algunas cosas se tenían que hacer sí o sí, pero otras era un poco lo que yo iba pidiendo, así que muy bien” (Luci, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E9).

Así, un parto respetado iría más allá de la autoconfianza, la seguridad y el empoderamiento. Requeriría, además, un soporte humano que garantice unas condiciones determinadas para que se cumplan las expectativas, los intereses y las prioridades de las mujeres.

5.3 Interpretaciones divergentes

Las mujeres entrevistadas en relación a sus partos durante el trabajo de campo han mostrado perspectivas de carácter más personal respecto al parto respetado. Como veremos a continuación, los discursos personales distan de aquellos procesos emanados de los movimientos activistas en defensa del parto respetado, lo que nos hace determinar que existen perspectivas distintas en relación al respeto en el parto.

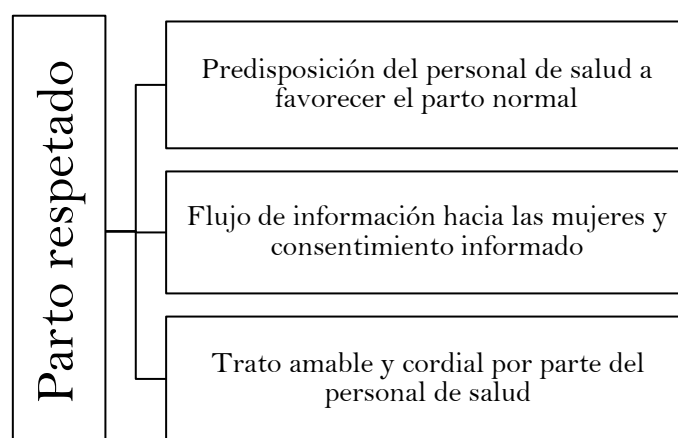
Tabla 32. Intervencionismo en los partos de las mujeres entrevistadas

	Merche	Francesca	Vani	Luci	Lorena	Viviana	Sabrina
Tipo de parto	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Vaginal	Cesárea	Vaginal
Inicio del parto	Amniotomía y oxitocina	Espontáneo	Espontáneo	Prostaglandinas y oxitocina	Espontáneo	Oxitocina	Espontáneo
Epidural	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
Oxitocina postepidural	Sí	No	No	No	No	No	Sí
Litotomía	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí
Presencia obstétrica	Sí	No	Sí	No	No	Sí	Sí
Episiotomía	No	No	Sí	No	No	No	Sí
Instrumental	Ventosa	No	Fórceps	No	No	Quirúrgico	No

Fuente: elaboración propia a partir de trabajo de campo.

De las 7 mujeres entrevistadas en relación a sus partos, 5 de ellas tuvieron partos medicalizados, así como intervenidos y/o instrumentalizados. No obstante, todas ellas señalaron que fueron partos respetados. En la tabla 32 he esbozado las principales características de cada parto para determinar el nivel de instrumentalización que recibieron, no incluyendo la maniobra de Kristeller al no haberse realizado en ninguno de ellos. He señalado si el parto ocurrió de forma vaginal o por cesárea, si fue inducido o espontáneo, si contó con epidural, si fue necesario administrar oxitocina por estancamiento post epidural, si la mujer se encontraba en litotomía, si hubo presencia de especialistas por emergencia, si se le realizó episiotomía y si se utilizó algún tipo de instrumental durante el expulsivo. Como vemos, salvo los partos de Francesca y Lorena, el resto implicó algún tipo de intervención, bien con el objetivo de desencadenar el parto, bien mediante instrumentalización durante el expulsivo, y todos, salvo los mencionados, contaron con algún tipo de analgesia epidural. Vemos también el uso de la episiotomía, presencia de especialistas obstétricos por algún tipo de emergencia, e incluso, una cesárea. Sin embargo, de acuerdo con las interpretaciones de las protagonistas, todos fueron partos respetados. ¿Qué factores han contribuido a construir este tipo de perspectiva que sitúa un parto medicalizado al nivel de un parto respetado? En este epígrafe expondré algunos registros discursivos para analizar las perspectivas e interpretaciones de estas mujeres en torno al parto respetado. En los discursos de Merche, Vani, Luci, Viviana y Sabrina se pueden observar tres factores principales que las motivan a la hora de valorar sus partos como respetados:

Figura 14. Factores de valoración de un PR en las mujeres entrevistadas



Fuente: elaboración propia a partir de análisis.

En primer lugar valoraron muy positivamente la predisposición del personal de salud a que sus partos transcurrieran de forma vaginal con la mayor normalidad posible.

“Yo creo que depende mucho de la persona, y que yo tuve mucha suerte, porque tengo la sensación de que todo se intentó desmedicalizar todo lo posible y que sólo se actuó con protocolo ginecológico intervencionista cuando se vio que no había más opción, o sea, sí que tengo la sensación de que las matronas hicieron todo lo posible e imposible” (Vani, 39 años, madre primeriza, registro de entrevista E7).

Merche, por su parte, explica también cómo se responsabilizó de su ingreso en el hospital a pesar de que el personal de salud hubiera mostrado una actitud más colaboradora con respecto a su dilatación. Preguntada sobre si su parto fue respetado, responde:

“Sí, totalmente, totalmente. Porque a mí me hubieran podido, o sea, yo, si hubiera aguantado, pues me habrían dejado sin oxitocina, me hubieran mandado a casa a seguir, porque yo no podía más, entonces bueno, fue mi decisión también” (Merche, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E6).

En segundo lugar, otro componente utilizado para valorar positivamente y como respetuoso un parto instrumental, intervenido o medicalizado es el constante flujo de información principalmente desde el personal de salud hacia ellas, así como la posterior solicitud de consentimiento para la realización de cualquier práctica o maniobra: “Todas las decisiones, todas. Me fueron informando, y luego ya la decisión la tomábamos nosotros” (Merche, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E6). En este sentido, Sabrina también relata cómo valoró el hecho de sentirse informada y autónoma en la decisión en el momento de realizar la episiotomía:

“Sí que es verdad que cuando me lo hicieron me preguntaron y tuve que dar yo el consentimiento. O sea, no fue en plan de: ‘bueno, esta niña no sale, pues te abro aquí un poquito, te hago la rajilla’, y hala. No, no, a mí me dijeron: ‘¿quieres que lo hagamos o seguimos intentándolo?’ Y nada, y yo veía que es que llevaba ya bastantes empujones y que la cabeza no salía y dije que sí, que lo hicieran, y sin ningún problema, por eso te digo que yo la verdad que muy contenta porque me trataron muy bien y en todo momento, cada cosa que tenían que hacer y demás, me iban comentando, me iban diciendo: ‘¿quieres esto?, ¿no lo quieres?’” (Sabrina, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E17).

Por último, el tercer factor identificado en la valoración del parto como respetado ha sido el trato recibido, adelantado en el registro discursivo de Sabrina que acabamos de presentar. Vemos, a su vez, cómo se valora la amabilidad, la escucha y la consideración como elementos constitutivos del buen trato en la atención al parto:

“Yo creo que ahí⁹⁴ está protocolizado el respetar el parto. Todas eran gente muy joven. Todas muy joven, súper amables, o sea, muy bien, es que no tengo una cosa que digas: ‘esto’, qué va” (Merche, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E6).

“Entonces yo se lo había dicho⁹⁵, debe ser porque había leído mucho en internet y era lo que llevaba más así y se lo dije a la que estaba más así y me dijo: ‘mira, eso normalmente no se hace, no te preocupes, además estoy yo aquí y ya me has contado que no quieres que se haga’, o sea, luego igual no es verdad, pero a mí me dejó mucho más tranquila” (Viviana, 37 años, madre primeriza, registro de entrevista E16).

“La verdad que bastante bien, todas las matronas, enfermeras que entraron a chequear al niño o a mí, muy pendientes de cómo cogía la teta, de cómo me encontraba” (Luci, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E9).

Por su parte, las matronas y activistas entrevistadas muestran a su vez perspectivas individuales que pueden casar tanto con las perspectivas de las mujeres como con los discursos observados en los contextos activistas. La perspectiva de Ofelia, matrona tanto del SNS como de la asistencia domiciliaria al parto, coincide con las mujeres en que cualquier tipo de parto puede ser respetado, independientemente del nivel de intervencionismo acontecido durante el mismo:

“Un parto respetado puede ser una cesárea, puede ser un fórceps, un parto respetado puede ser cualquier cosa, respetado. Respetado, informado, consentido, ¿no? Todo puede ser respetado, no hace falta ser un parto natural. Un parto intervenido puede ser... una inducción puede ser muy respetada, una cesárea puede ser muy respetada. Y el parto natural puede ser nada, nada respetado, porque la mujer quiera una epidural y no se la pongan, por ejemplo” (Ofelia, 45 años, matrona, registro de entrevista E12).

Similar a esta postura observamos el discurso de Ana, recalcando el respeto al parto como el respeto a la información y capacidad de decisión de las que disponen las mujeres, anteponiéndolas a la autoridad biomédica en base a su propia autonomía:

⁹⁴ En el Hospital de Torrejón de Ardoz.

⁹⁵ Viviana le había solicitado a la matrona discutir su plan de parto porque había especificado que no quería que se le realizara la maniobra de Kristeller.

“Yo creo que es tan sencillo como escuchar a las mujeres y atender sus peticiones, no... (risas), o sea, no cuesta tanto. Un parto respetado, ¿pues qué quieren?, ¿qué quieren?, pues respeto, o sea, pues yo qué sé, si la mujer quiere ir al hospital con su propia ropa y no ponerse la batita verde, pues que respeten esa decisión. O sea, de eso tan básico y tan nimio como que realmente sea protagonista de su proceso y que si no quiere someterse a una intervención, pues que respeten su decisión, sin ningún tipo de coacción, sin insuflarles miedos innecesarios, que la respeten, que la traten como a una persona, (...), no sé, creo que tienen que cambiar el chip y ver que el proceso de parto es un proceso fisiológico, no es un proceso patológico, o sea, en el momento en el que hay una patología, pues evidentemente está el ginecólogo que tiene que decir: ‘mira, pasa esto, hay que intervenir de esta manera, ¿consientes?, sí, no’, y si dice que no hay que respetar esa decisión, ¿no?, aunque sea una decisión que ellos consideren equivocada o que lo que sea, pero es que la salud es de esa mujer, el cuerpo es de esa mujer y creo que es tan sencillo como entender que las mujeres gobiernan sobre su propia vida” (Ana, 33 años, madre y activista, registro de entrevista E14).

Por otro lado, y más encuadradas en la tendencia a respetar los tiempos y fisiología del parto, Ana, Ivana y Vera expresan cómo el calificativo ‘respetado’ puede distraer de los elementos que conforman la fisiología del parto en esencia. Cabe resaltar que en las perspectivas de Ivana y Ana sí se contempla una ligera necesidad de incluir el término ‘respetado’ para garantizar que en determinados centros se asegure el respeto al mismo.

“Es complicado elegir el nombre, ¿no?, parto respetado, parto humanizado, intentamos de hecho llamarlo parto normal, ¿no?, porque cuando le pones tantas florituras parece que quieres algo especial, ¿no?, y es que no, es que lo especial del parto es que lo normal ya es maravilloso, ¿no?, y que debería ser el ofrecimiento de la sociedad, del mundo sanitario a la mujer” (Vera, 38 años, madre y activista, registro de entrevista E15).

“Y fíjate que le ponemos nombres: parto, antes era parto humanizado, parto sin violencia, parto respetado, parto mínimamente intervenido, parto natural, parto *yo qué sé*. A mí me parece que es un postureo. Porque parir es parir y luego el nombre que le damos yo creo que es simplemente pues para decir: ‘ay, pues en tal lugar, en tal hospital, han hecho el protocolo de parto’, con la palabra, con el adjetivo que te guste, ¿no?” (Blanca, 58 años, matrona, registro de entrevista E10).

“Yo es que creo como que hay muchos, las nomenclaturas, eso: parto natural, parto respetado, es un poco follón, a mí se me hace un poco follón todo eso, parto humanizado, o sea, me parecen términos que sobran, que tendrían que ser, se tendrían que dar por

hecho, el parto tiene que ser un proceso respetado igual que cualquier otro, igual que cualquier proceso humano, no sé, que cualquier situación de vida, de proceso vital o de... que es que sobra la palabra, o sea, debería de sobrar, igual en muchos sitios no sobra, y hay que ponerlo para recalcarlo o hacerlo de verdad más visible, que tiene que ser de esa manera. Pero para mí debería de sobrar igual que lo de cesárea humanizada” (Ivana, 29 años, matrona domiciliaria y hospitalaria, registro de entrevista E11).

Al tratar la cuestión del parto respetado las interpretaciones se alejan de los principios y estrategias planteados por el activismo de parto respetado. Entre las mujeres entrevistadas respecto a sus propios partos no se han observado aspectos relacionados con el activismo de parto respetado como la crítica a la cultura biomédica de atención al parto. Algunas de las interpretaciones apuntan incluso a un respeto a la medicalización del parto, como la de Viviana:

“Yo quiero que se respete que quiero medicación, o sea, yo no quiero llegar a un sitio y que me digan: ‘espérate a tener medicación’. Básicamente yo lo que quería era la epidural lo antes posible, o sea, respetar mi opción, yo no quiero llegar y que me empiecen a convencer: ‘bueno, si igual no hace falta’, no, yo quiero que si la pido me la pongan” (Viviana, 37 años, madre primeriza, registro de entrevista E16).

Así, el nivel de intervencionismo y medicalización de un parto no implicaría falta de respeto siempre que el respeto se dé hacia las decisiones de las mujeres, a pesar de que dicha medicalización pueda derivar en procedimientos relacionados con la violencia obstétrica como son la postura litotómica obligatoria o una episiotomía injustificada, entre otras intervenciones. En esta línea discurre también la perspectiva de Sabrina, para la que parto respetado es precisamente lo contrario a lo expuesto en los epígrafes anteriores:

“Porque a mí sí que es verdad, he de decir que para mí el parto respetado no es el parto que mucha gente habla ahora, de: ‘no, yo es que paro como me dé la gana, pues yo si quiero hacerlo en casa, lo hago en casa’, o tal. Creo que mucha gente lo está llevando a un extremo y que no está pensando realmente en eso, en el bebé que viene, o sea. ‘Sí, porque quiero que sea natural, quiero que sea tal’, sí, querrás que sea natural, pero tienes que ser consciente de lo que estás haciendo, de lo que estás haciendo, de lo que puede sufrir el niño y lo que vas a sufrir tú, porque al día siguiente, los días siguientes, los meses siguientes, ese niño te va a necesitar a tí, tú también tienes que pensar que tienes que estar a tope luego para estar con ese niño. Entonces a mí hay gente que, hay veces que eso, que el parto respetado me da la sensación que es como una idea, como un flower

power de, ‘sí, yo lo quiero aquí idílico, yo lo quiero súper bien’, tal, pero luego tararí que te vi, ¿sabes?’ (Sabrina, 33 años, madre primeriza, registro de entrevista E17).

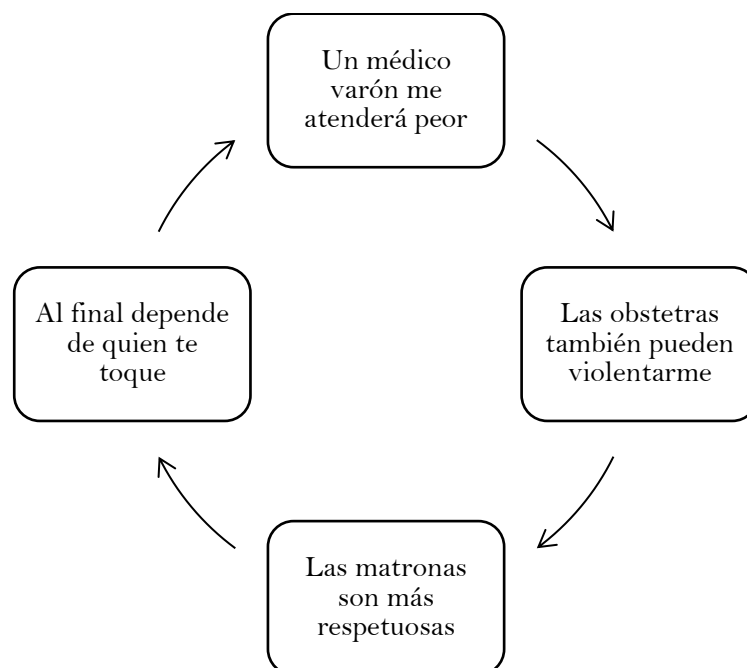
Estas lecturas del parto respetado suponen una divergencia respecto a los discursos orientados a una combinación entre los procesos descritos en el epígrafe 5.2 (información, crítica, confianza, toma de decisiones, empoderamiento), o más bien la reinterpretación de un término dispuesto por un movimiento feminista que, al permear en la acción social, es comprendido desde interpretaciones personales relacionadas con la propia experiencia de parto. Esto es, el parto respetado emerge como un necesario imperativo feminista con el objetivo de resolver la cuestión del exceso de medicalización de los procesos reproductivos de las mujeres. Pero a medida que se desarrollan y aportan los fundamentos que estructuran la construcción del parto respetado, éstos se utilizan de forma selectiva derivando en interpretaciones personales dispares en torno a lo que es un parto respetado. No obstante, a pesar de la diversidad de perspectivas individuales, éstas siguen enmarcadas en una interpretación colectiva que continúa adquiriendo presencia en la sociedad actual, es decir, en la interpretación del parto respetado todavía disponen de más peso las perspectivas de los movimientos sociales.

5.4 ¿Es la atención sanitaria una cuestión de género?

Seguramente se haya notado a lo largo del texto una tendencia a simplificar las relaciones de poder en la atención al parto basadas en una cuestión de género. Al hablar de androcentrismo y patriarcado se puede caer en el error de dar por hecho que las categorías que aquí he analizado se construyen en una relación de poder hombre-mujer. Y es cierto que las mujeres nos hemos visto subyugadas al dominio sociocultural, económico y político que el patriarcado ha conferido a los hombres. Desde posiciones alejadas del feminismo se ha argumentado que la justificación al dominio de los hombres está basada en una categoría biológica según la cual, en tanto que reproductoras, las capacidades de las mujeres en otros ámbitos de la vida nos hemos visto cultural y radicalmente limitadas o anuladas. Y una de las escasas parcelas de poder y representación de las mujeres era la asistencia al parto, hasta que la biomedicina se encargó de destituir las y otorgar la competencia médica de la atención al parto a cirujanos y especialistas obstétricos. La atención obstétrica adquirió entonces una dimensión androcéntrica, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de

afecciones relacionadas con embarazo, parto u puerperio. Y aunque todavía hoy se puede observar cómo sigue operando el androcentrismo en salud (Rohlf's, 2010), las mujeres hemos conseguido ingresar y extender nuestra presencia en la cátedra médica, incluyendo la ginecología y la obstetricia. ¿Cómo entender entonces la presencia de mujeres en un contexto de patologización y medicalización de los procesos reproductivos? Parece contradictorio pensar en mujeres ejerciendo violencia obstétrica contra otras mujeres, pero quizás esa sea la evidencia de que el patriarcado y el androcentrismo no están en absoluto superados. Esta contradicción ha sido comúnmente observada a lo largo del trabajo de campo. Afirmando en varias ocasiones, desde la reflexión y el desafío a la cultura biomédica de atención al parto, que la masculinización de la atención obstétrica es la que nos arrebató la autonomía y la responsabilidad en nuestros partos, muchas mujeres asumen que serán peor atendidas por hombres (Delgado y López, 2004:112-117, citados en Blázquez, 2009:243). Pero a partir de esta premisa, la prudencia a la hora de juzgar a las y los profesionales en función del género hace que los argumentos se tornen cíclicos, encontrándonos distintas interpretaciones en cuanto a las expectativas y las valoraciones que las mujeres y las activistas. Como se puede observar en la figura 15, el argumento más común tiende a considerar que el obstetra varón será menos empático y atenderá peor a las mujeres, haciendo uso no sólo de su autoridad como profesional en la relación médico-paciente, sino también de su superioridad masculina por encima de las mujeres.

Figura 15. Ciclo argumental sobre el género en atención obstétrica



Fuente: elaboración propia.

Posteriormente, al compartir entre ellas experiencias traumáticas de partos asistidos por mujeres obstetras, se comparte la consideración de que, al desempeñar una profesión circunscrita en un contexto patriarcal y androcéntrico, las profesionales sanitarias también son susceptibles de ejercer actitudes y prácticas violentas, patologizadoras y sobreintervencionistas. Tras esta reflexión, la siguiente tendencia es a discernir entre la práctica de la obstetra y de la matrona, considerando que ésta última es más proclive a una atención más respetuosa con las mujeres, sus partos y sus criaturas, dada la historia de la profesión y el tipo de atención que suelen ofrecer. Pero una vez más, nos encontramos con testimonios, narrativas y relatos de matronas que han ejercido algún tipo de violencia durante el parto, y en la cadena argumental relativa al sesgo de género en atención obstétrica, nos quedamos sin eslabones que justifiquen las diferentes interpretaciones reproducidas en relación a esta cuestión. Así, la conclusión provisional a la que se llega en todas las sesiones de observación participante a las que he asistido, es que la experiencia de parto de cada mujer va a depender de la persona concreta que le toque, es decir, del personal (especialistas⁹⁶, matronas, enfermeras, auxiliares y celadores) que se encuentren trabajando en los distintos turnos durante los que transcurre el parto. He añadido el adjetivo ‘provisional’, porque de alguna manera, siempre se vuelve al punto de partida de considerar que los especialistas varones son más reacios al trato respetuoso y que están más predispuestos a cualquier mínima intervención.

5.5 La cultura del parto respetado

Aunque no todas las mujeres sufren violencia obstétrica en sus partos, la cultura del parto respetado, en el que no tiene cabida este tipo de violencia, desafía la cultura biomédica de atención al parto. Sin ánimo de rechazar las ventajas y beneficios que la Ginecología y la Obstetricia pueden aportar en materia de salud maternoinfantil, este cambio cultural espera impactar en los protocolos institucionales de las unidades de maternidad, así como en la rutina de los profesionales sanitarios, que en base a una formación más centrada en el acompañamiento a las mujeres y sus familias – en lugar de la ‘intervención’ –, tenderán a modificar sus conductas hacia un descenso de la patologización y medicalización de procesos reproductivos como embarazo, parto y puerperio. Pero dicho cambio cultural no podría completarse si no trascendiera

⁹⁶ Obstetra, ginecólogo/a, pediatra, anestésista, neonatólogo/a.

también en las subjetividades de las mujeres modificando las categorías de parto respecto a su relación con sus propios cuerpos y la fisiología de los mismos, entendiendo que ‘parir’ debería implicar una mayor autonomía, responsabilidad e importancia tanto en sus vidas como en las de los recién nacidos. La cultura de parto respetado parte, como motor de dicho cambio cultural, de un examen a la atención hospitalaria actual, y prosigue con propuestas de mejora en aquellos aspectos de la cultura biomédica que son susceptibles de incurrir en actos de violencia obstétrica. Y los cambios propuestos por esta nueva cultura que he identificado pueden agruparse en tres categorías diferentes que he listado en la siguiente tabla:

Tabla 33. Diferencias culturales entre parto biomédico y parto respetado.

Cultura Biomédica de Atención al Parto	Cultura del Parto Respetado
<i>Idiosincrasia del parto</i>	
Hospitalario	Libre elección
Jerárquico	Horizontal
Androcéntrico	Feminista
Patológico	
Medicalizado	Fisiológico
Intervenido	
Acelerable y medible	Pausado y variable
<i>Subjetividades de las mujeres de parto</i>	
Paciente → estatus de enferma	Usuaría → mujer de parto
Legítima la cultura biomédica	Crítica con cultura biomédica
Dócil y obediente → sujeto pasivo	Autónoma y decidida → sujeto activo
Desconfiada	
Con incertidumbre	Segura
Vulnerable	Empoderada
<i>Rol de profesionales y familiares</i>	
El especialista en el centro	La matrona como profesional experta
Actitud apremiante, nerviosa e intranquila	Actitud expectante, sosegada y segura
Rol centrado en la asistencia o intervención	Rol centrado en el acompañamiento
Acompañantes subordinados	Acompañantes delegados y protectores

Fuente: elaboración propia.

En primer lugar, la idiosincrasia del parto se modifica radicalmente, entendiendo que las interpretaciones que desde el imaginario colectivo se hacen del parto se alejan de forma considerable de una realidad muy distinta. Por otro lado, parte del cambio cultural radica en una modificación de las subjetividades de las mujeres, que ya no se muestran subordinadas, obedientes, agitadas e intranquilas, sino empoderadas y conecedoras de sí mismas y de sus cuerpos. Por último, la tercera de las categorías clave a la hora de entender cómo se perciben, se interpretan y se reproducen las distintas culturas del parto tiene que ver con el resto de agentes presentes en el mismo. Según la cultura de parto respetado, los procesos reproductivos de las mujeres dejan de ser eventos controlados, asistidos e intervenidos y se interpretan más como procesos

acompañados, en los que se transforman los roles desempeñados por cada uno de los agentes. Vemos así como las características que definen la cultura biomédica de atención al parto se ven desafiadas y revertidas en una nueva forma de pensar el parto notablemente opuesta. El parto deja de presuponerse como un proceso únicamente legitimado para tener lugar en el hospital, aceptándose una libertad de elección respecto al lugar donde parir. La distribución de responsabilidades no se efectúa de forma verticalmente jerárquica, sino de manera equitativa y horizontal en la que, de haber un agente con un estatus más elevado, serían las mujeres. Asimismo, el sesgo androcéntrico de género es vigilado y remediado desde una perspectiva feminista que previene actitudes machistas y patriarcales. Al mismo tiempo, el parto dejaría de interpretarse como una enfermedad cargada de riesgos, con el consecuente abandono de la medicalización y el intervencionismo propios de un parto patologizado y acelerable. Al contrario, se recupera la visión del parto como un proceso fisiológico que varía en tiempos según cada caso, vigilándose de forma pausada y permitiendo al cuerpo llevar a cabo el proceso normalmente, salvo en caso de complicación o alteración. Cómo las mujeres se perciben a sí mismas y la actitud desde la que se disponen a parir son categorías que varían también de forma importante de una cultura a otra. Desde la cultura biomédica las mujeres son consideradas pacientes, otorgándoseles así un estatus de enfermas que facilita la interpretación del parto como evento medicalizable e intervenible, aspecto que tampoco se cuestiona ni se debate, sino que se legitima desde un posicionamiento que asume toda intervención necesaria con el fin de que ‘el bebé esté bien’, independientemente de los recuerdos o las secuelas que la experiencia haya dejado en ellas. Dada esta legitimidad otorgada a las formas de proceder de la cultura biomédica de atención al parto, las mujeres se supeditan a las órdenes del personal de salud, obedeciendo sus indicaciones e instrucciones, entendiendo que la responsabilidad de decidir recae en los profesionales y que en su mano se encuentra únicamente el hecho de seguir las directrices. Así, al no disponer de los saberes y prácticas expertos para la toma de decisiones, las mujeres tienden a mostrarse desconfiadas, debido en parte a dicha carencia cognitiva, pero también a la incertidumbre y la vulnerabilidad con respecto al manejo del dolor o a la gestión de los riesgos. Al contrario, las mujeres que han incorporado la cultura del parto respetado asumen la selección de hospital como una cuestión probabilística según la cual, ante cualquier complicación, se encontrarían en el lugar idóneo para solventarla, pero en ningún caso presuponen el parto hospitalario como una asunción y aceptación del sobreintervencionismo propio de la cultura biomédica. Al mismo tiempo, desde una

postura crítica con el modelo biomédico, y con las actitudes y prácticas que lo definen, independientemente de la elección escogida en relación al lugar de parto, las mujeres abandonan la postura estigmatizadora del parto domiciliario y adoptan una actitud más empática, comprensiva y defensiva de la libertad de decisión. Vemos también como estas mujeres adquieren también una conciencia sobre el control de sus cuerpos, y por tanto, sobre su autonomía y su nivel de responsabilidad para tomar decisiones y hacerse cargo de forma adulta y madura de las posibles consecuencias. Decidir, desde el empoderamiento que confiere el asociacionismo feminista, sobre cómo, dónde y con quién parirán, no implica un salto al vacío o una negación absoluta de la intervención médica, sino más bien una reflexión consciente respecto a dónde poner los límites de la medicalización de sus procesos reproductivos. Sentirse seguras de sí mismas y de sus cuerpos es parte de una cultura y un pensamiento aprehendidos que, al contrario de lo que se expresa desde algunas posturas contestatarias a la cultura del parto respetado, las hace capaces de tomar el control de sus decisiones en base a la información y los conocimientos adquiridos durante un proceso de formación para una experiencia de parto positiva. Finalmente, mientras en un parto biomédico el resto de agentes implicados suele contribuir a generar un clima apremiante y de intranquilidad basado en una tendencia a intervenir en exceso, un parto respetado guarda más relación con un acompañamiento expectante, sosegado y seguro, en el que la profesional apta y cualificada para el seguimiento y la vigilancia del parto es la matrona, y los acompañantes seleccionados por las mujeres desempeñan roles más involucrados, comprometidos e implicados con el parto en sí, pero también con una mejora de la experiencia de ellas.

Aunque vemos dos culturas claramente diferenciadas y contrapuestas entre sí, esto no implica la existencia de dos modelos únicos, separados e incompatibles de atención al parto. Es decir, la diferenciación de las características y las cualidades de ambas culturas no debe denotar que los partos deban transcurrir de una u otra manera, pues cada parto 'es un mundo', y en función de una pluralidad de factores relacionados con variables sociodemográficas, ideologías, creencias y personalidades, las mujeres experimentarán partos o bien puramente biomédicos, completamente respetados o en los que se combinen características de ambas culturas. El surgimiento de la cultura de parto respetado no tiene entre sus metas la erradicación absoluta de la cultura biomédica, aunque sí, como he mencionado en otros momentos, un profundo cambio en las formas de entender, pensar y representar el parto. Quizás el momento álgido del

activismo de parto respetado se encuentre en un equilibrio entre ambas culturas, adquiriendo en el pensamiento social, político y biomédico una forma de entender el parto menos rígida, intervencionista y estigmatizadora, primando por encima de todo la autonomía, la libertad y la capacidad de las mujeres de decidir sobre sus cuerpos y sus vidas, sabiendo que existe una medicina dispuesta a colaborar en la salud tanto de ellas como de sus criaturas en la medida que así se le requiera y se le permita.

6 VAMOS DESPACIO PORQUE VAMOS LEJOS

A lo largo de esta tesis doctoral he tratado de mostrar cómo el término de parto respetado, cada vez más escuchado en nuestra sociedad desde hace más de 15 años, se ha venido construyendo como una cultura reaccionaria a un tipo de obstetricia patologizadora y sobreintervencionista con las mujeres en el contexto de la atención sanitaria a sus procesos reproductivos. La atención al parto moderna, que encuentra sus antecedentes a partir del segundo tercio del siglo XX, se encuentra caracterizada por una cultura biomédica que se ha enraizado en el imaginario colectivo de sociedades como la madrileña, consolidando en nuestra cultura una manera de entender y percibir el parto como un evento patológico, peligroso y apremiante, cuya única garantía se encuentra en la asistencia biomédica. Desde mi punto de vista, el afianzamiento de la cultura biomédica tiene que ver con la legitimidad social y política otorgada a la ciencia médica gracias a los grandes avances en investigación, desarrollo y progreso que han permitido efectuar importantes descubrimientos relacionados con la salud colectiva y la esperanza de vida de las sociedades industriales⁹⁷. Los éxitos de la medicina moderna se reflejan culturalmente en la mejora de la calidad de vida de las personas, lo que ha contribuido a atribuir claros tintes de heroicidad a la profesión médica y a consolidar la incuestionabilidad de la práctica médica, incluso en procesos no patológicos como es el parto. La legitimidad otorgada a los profesionales de la medicina está caracterizada por dos atributos relacionados directamente con el ejercicio de la autoridad biomédica. En primer lugar, la disposición de los saberes y prácticas expertos es lo que conforma el conocimiento autorizado detectado por Brigitte Jordan en 1987. Así, los conocimientos expertos de la medicina disponen de mayor valor social y profesional que los de cualquier otro agente, generándose así una jerarquía de saberes en la que los profesionales médicos se encuentran en el escalón más alto. Esta jerarquía nos conduce al segundo atributo, el de la toma de decisiones avalada por la autoridad biomédica. En

⁹⁷ El descubrimiento de la penicilina, los antibióticos, las vacunas, o el avance en las técnicas diagnóstica y quirúrgica, entre otros, se han plasmado en mejores índices y tasas de mortalidad y morbilidad, incluso de natalidad.

tanto que expertos y figuras de autoridad, los profesionales disponen de la capacidad de decidir las intervenciones, las prácticas y los fármacos que deben ser empleados en los cuerpos de los pacientes para sanarlos. De este modo, dada la legitimidad y la incuestionabilidad de la profesión médica, puede hacerse más comprensible la existencia de resistencias biomédicas a reconocer el sobreintervencionismo y la patologización como parte de la violencia obstétrica efectuada desde los profesionales que asisten a las mujeres durante el parto, así como a efectuar cualquier tipo de autocritica al ejercicio de la medicina. Al mismo tiempo, la normalización que la sociedad ha otorgado a la práctica y al intervencionismo de la medicina obstétrica en aras de una sobreprotección del recién nacido – en base a la cual todo está justificado con tal de que nazca con vida y sano – impide romper las barreras para hablar, por un lado, de violencia obstétrica, y por otro, de la autonomía, la capacidad de decisión y la responsabilidad de las mujeres para hacerse cargo de sus decisiones. En Madrid, así como en el resto de España, la violencia obstétrica no está reconocida a nivel político o jurídico, aunque el activismo de parto respetado ha logrado llevar el mensaje a determinados focos de la sociedad, de los profesionales sanitarios – no son pocos los que reconocen la existencia de la violencia obstétrica – y particularmente, de las mujeres preocupadas y concienciadas sobre el trato y el intervencionismo ejercido durante el parto en las instituciones españolas. Al igual que ha ocurrido con el término ‘violencia de género’, que tardó en ser reconocido política y jurídicamente en España, el activismo feminista de parto respetado encuentra grandes obstáculos e impedimentos no sólo para que la violencia obstétrica sea reconocida y visibilizada – lo que sería un primer gran logro –, sino también para que sea incluida como un tipo de violencia de género. Sin embargo, a nivel internacional, en el informe fechado a 11 de julio de 2019 y presentado a la Asamblea General de Naciones Unidas, la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Dubravka Šimonović, reconoce la existencia de la violencia obstétrica como “un fenómeno generalizado y sistemático” (Naciones Unidas, 2019:4). El informe se hace eco de varios relatos de mujeres, así como de situaciones controvertidas y polémicas en distintos países que han hecho saltar las voces de alarma sobre el trato que están recibiendo actualmente las mujeres en la atención obstétrica. La publicación de este informe se ha difundido de manera exponencial durante las primeras semanas, principalmente entre las asociaciones y organismos que trabajan en torno a la erradicación de la violencia obstétrica, extendiendo el mensaje de que este documento sienta un gran precedente histórico en el reconocimiento internacional de la violencia

obstétrica como producto de un sistema patriarcal y androcéntrico excesivamente violento con las mujeres. Y es que la designación de la violencia obstétrica como un tipo de violencia hacia las mujeres en el contexto de la atención sanitaria institucional a sus procesos reproductivos pone de manifiesto que la violencia patriarcal está social y culturalmente estructurada en un sistema que todavía hoy se define por la dominación masculina. Sin embargo, ningún organismo médico oficial, al menos en España, ha optado por adherirse a este reconocimiento, continuando las resistencias biomédicas a dialogar y a reflexionar sobre el estado de la atención al parto actual. No olvidemos que la violencia de género encuentra, todavía hoy, resistencias en su reconocimiento por parte, precisamente, de colectivos, partidos políticos y lobbies machistas y androcéntricos que niegan su existencia y cualquier tipo de opresión sobre las mujeres. Del mismo modo ocurre con la violencia obstétrica: las principales autoridades biomédicas representantes de la cátedra de ginecología y obstetricia han manifestado su más firme rechazo al término de violencia obstétrica, negando su ejercicio en la atención biomédica al parto. Estas resistencias encierran una invisibilización, una infravaloración y un silenciamiento de las voces de las mujeres que reclaman una atención más humana y menos intervencionista durante sus partos, no solamente desde una lógica feminista que ve las faltas de respeto a las mujeres como un producto de los sistemas patriarcales, sino también desde las propias experiencias de las mujeres que han sufrido violencia obstétrica y recuerdan, todavía con trauma, sus propios partos⁹⁸. En este punto es posible conectar la sobreprotección del recién nacido a la que me refería más arriba con la omisión de una escucha activa hacia las mujeres por parte de la biomedicina, especialmente de la ginecología y la obstetricia. Si sumamos estos dos factores – el feto como alguien a proteger ante todo y el silenciamiento de las experiencias de las mujeres – obtenemos como resultado el reduccionismo patriarcal de las mujeres a meras reproductoras. Desmereciendo sus percepciones y opiniones con respecto a cómo han transcurrido sus partos y cómo han sido atendidas durante los mismos, se está, de algún modo, reconociendo que el sentir de las madres tras el parto dispone de mucho menos valor que el resultado del nacimiento para los recién nacidos. Así es como se construye la categorización de las mujeres como ‘vasijas’, ‘incubadoras’,

⁹⁸ Aunque en el capítulo 2 expresé los motivos por los que mis informantes principales serían mujeres primerizas, quisiera detenerme en este punto para recordar que aquellas mujeres con experiencias de parto previas son agentes clave en la construcción cultural del parto respetado. Como mostré en el epígrafe 2.2.2.1, este perfil sí se encontraba incluido en la observación participante, aunque no suponía el núcleo central de las agentes seleccionadas ad-hoc. No obstante, para conocer en profundidad los discursos y prácticas de mujeres que han sufrido violencia obstétrica en España, recomiendo el trabajo de Eva M. García de 2018, donde aporta una amplia variedad de relatos a este respecto.

‘recipientes’⁹⁹, es decir, como cuerpos gestantes susceptibles de ser sometidos a las intervenciones necesarias con el fin de garantizar un nacimiento con ‘buenos’ resultados. A modo de inciso, he de señalar que aunque esta investigación se ha centrado en el proceso de parto, también cabe analizar posibles procesos de violencia obstétrica ejercida durante la atención sanitaria a otros procesos relacionados con la reproducción, como pueden ser el aborto, la reproducción asistida o el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como la endometriosis o el síndrome de ovarios poliquísticos, pues todas estas cuestiones también se ven directamente relacionadas con la capacidad de las mujeres de reproducirse, aspecto de nuestro cuerpo utilizado por el patriarcado para someternos y silenciarnos. En este sentido, podría definirse también la violencia obstétrica como un sistema, un ensamblaje o un entramado de prácticas y procesos de deshumanización de las mujeres. Los procesos de homogeneización, patologización, fragmentación, naturalización, contaminación y culpabilización descritos por Michelle Sadler en 2004 (ver página 175) podrían englobarse en este gran sistema de deshumanización que es la violencia obstétrica. Porque si el objetivo final es garantizar la vida de los recién nacidos en el nacimiento, y para ello es preciso aplicar las intervenciones médicas necesarias sobre el cuerpo de sus madres, la deshumanización de las mujeres es el anestésico emocional perfecto para lograr dicho objetivo. Así, puede concluirse que esta deshumanización es la espina dorsal de la violencia obstétrica, justificándola en las bajas tasas de morbimortalidad materno-infantil perseguidas por la ciencia médica. Esto no quiere decir que la violencia obstétrica se ejerza como tal de forma consciente y voluntaria por el personal de salud, ni que desde la cultura de parto respetado se infravaloren los logros obtenidos por la investigación científica en materia de salud. Pero entender cómo opera la violencia obstétrica desde un sistema global de deshumanización femenina puede ayudarnos a comprender por qué todavía hoy se desoye a las mujeres y se niega la existencia de la violencia durante el parto. Considero que uno de los primeros pasos a dar tras la publicación de esta investigación es la recogida y análisis de las reacciones de la comunidad médica a este tipo de producciones científicas. Una vez se ha definido cómo opera la violencia obstétrica como violencia de género en España (García, 2018) y cómo se construye el parto respetado como una demanda y un objetivo (Murialdo, 2019), es importante escuchar a las y los profesionales sanitarios para encontrar un

⁹⁹ Me sirvo de estos términos utilizados por el feminismo abolicionista del siglo XXI que teoriza, entre otros procesos, contra los vientres de alquiler, también conocidos mediante el eufemismo ‘gestación subrogada’.

equilibrio entre la práctica de la asistencia obstétrica, los deseos de las mujeres y las demandas del activismo. Las y los profesionales sanitarios no son enemigos de las mujeres, ni de sus partos, ni de sus criaturas. Muchos se defienden argumentando que desempeñan su labor de acuerdo a sus principios deontológicos y con el objetivo de salvaguardar la vida y la integridad física tanto de las mujeres como de los recién nacidos. A lo largo del trabajo de campo no sólo no he encontrado a nadie que ponga esto en duda, sino que además he observado reconocimientos a que en efecto, el interés de la obstetricia y la matronería se corresponde con la vocación que estas profesionales manifiestan. Asimismo, no he recogido a lo largo de la tesis las condiciones sociolaborales que empujan a los profesionales a actuar de determinada manera, para ello García (2018) apuntó en su investigación cómo la disposición de los turnos hospitalarios, las relaciones de poder entre ellos, los protocolos y otros factores, condicionan el trato que finalmente reciben las mujeres. Una etnografía centrada exclusivamente en la práctica biomédica actual en la atención al parto podría considerar ampliamente todas estas cuestiones, aportando datos y resultados pertinentes y relevantes no sólo para la Antropología Médica, sino también para la sociedad. Y entender cómo se genera la falta de autocrítica en la profesión médica y por tanto, las resistencias a reconocer la violencia obstétrica, puede ayudar a encontrar las vías sobre las que tender los puentes de diálogo que el activismo de parto respetado busca construir entre las mujeres, las asociaciones y los profesionales. La autocrítica, la aceptación de propuestas y el progreso en la inclusión de todo tipo de perspectivas antidiscriminatorias, nutre y da impulso al activismo feminista, y este movimiento está dando ejemplo de cómo una sociedad más inclusiva es posible partiendo de la escucha activa¹⁰⁰. El activismo de parto respetado, lejos de transmitir sus principios mediante un lenguaje peyorativo, invita a los profesionales, los políticos y la sociedad en general, a hacer autocrítica en relación a la violencia que caracteriza la cultura biomédica de atención al parto. Pero la respuesta no se está caracterizando precisamente por una escucha activa, sino más bien por brazos cruzados, irritación y negación de la realidad.

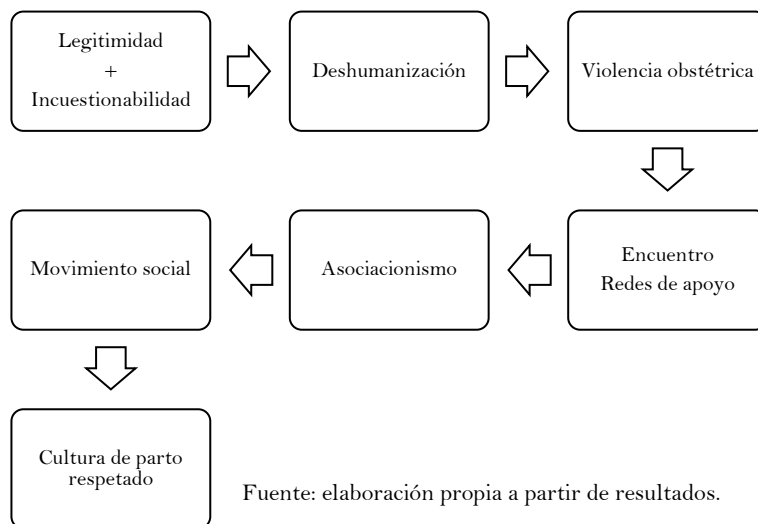
¹⁰⁰ A modo de ejemplo sobre la autocrítica sana y madura como reflejo de una sociedad equitativa, igualitaria y justa, el feminismo euroblanco ha recibido algunas críticas por parte de compañeras feministas víctimas de discriminaciones racistas, xenófobas, homófobas o tránsfobas, que argumentaban que las feministas blancas europeas no estábamos ejerciendo una lucha inclusiva y que abarcara todas las categorías de discriminación que sufrimos las mujeres. A pesar de que un sector del feminismo radical no ha aceptado tales críticas y, más bien, al contrario, ha caído en la elaboración de discursos controvertidos y polémicos que han sido acusados de tránsfobos desde una parte del transfeminismo, otra parte del feminismo sí ha sabido ver los sesgos de clase, etnia o identidad que la lucha feminista estaba pasando por alto en las últimas grandes movilizaciones de los años 2017, 2018 y 2019.

Se hace tedioso pensar que la responsabilidad exclusiva de visibilizar y erradicar la violencia obstétrica deba recaer en las víctimas mediante procesos de relato, denuncia y revictimización de sus experiencias. Para ello, el activismo de parto respetado ofrece no solamente apoyo emocional, legal y personal, también hace de portavoz de todas las mujeres que no están siendo escuchadas y a las que no se está dando salida a los traumas sufridos por una atención biomédica deficiente y ofensiva.

Esta lectura que he formulado en torno a la cultura biomédica del parto y a la indiosincrasia de la violencia obstétrica no es otra cosa que el fruto del análisis del surgimiento del asociacionismo y el movimiento feminista por el parto respetado. Para entender qué se está demandando es preciso comprender qué lo propicia, y dada la cultura biomédica y los escenarios y procesos de violencia que acabo de mencionar, parecería evidente la emergencia y consolidación de un activismo feminista por un cambio paradigmático en la obstetricia moderna. Y no es casual que el detonante fuera un encuentro virtual de mujeres compartiendo sus experiencias y ofreciéndose apoyo mutuo. El progreso en internet y los nuevos medios de comunicación social que el siglo XXI ha traído consigo, está facilitando nuevas vías de intercambio y difusión de información y opiniones, transformando el activismo social en un activismo internauta mucho más fácil de extender y de internacionalizar. Así, el encuentro de aquellas mujeres a través de Apoyocesáreas fue el origen de un activismo que comenzaría por radiografiar una cultura biomédica que se empezaba a poner en evidencia, y que continuaría tornándose en un asociacionismo feminista, en un movimiento social y, por último, en una cultura de parto respetado. En la figura 16 he dibujado el proceso de construcción cultural de parto respetado que he analizado en esta investigación, poniendo de relieve cuáles han sido los factores generales que lo han propiciado y a los que se ha llegado en estas conclusiones. En ella se observa cómo el parto respetado no ha sido una terminología emergida *in extremis*, sino que es el resultado de un proceso más complejo que abarca la comprensión de un estatus de incuestionabilidad biomédica que permite un proceso de deshumanización de las mujeres durante el parto para respetar una sobreprotección de los recién nacidos, lo cual propicia a su vez el ejercicio de la violencia obstétrica. El momento de creación de Apoyocesáreas en 2001, correspondiente al recuadro de 'Encuentro/Redes de apoyo', fue señalado debidamente por Stella Villarmeá, Ibone Olza y Adela Recio en 2015, aunque como parte de estas conclusiones quisiera remarcarlo como un hecho histórico en la construcción cultural del parto respetado, un hito o punto de inflexión que marcó un antes y un después en el

paradigma de parto y de atención obstétrica. Pues este momento es el punto de partida del trabajo por la visibilización de la violencia obstétrica en España y concretamente en Madrid.

Figura 16. Construcción cultural del parto respetado



Recordando que la segunda mitad del siglo XX fue testigo de importantes movilizaciones feministas por los derechos de salud sexual y reproductiva de las mujeres, parece evidente que las mujeres del siglo XXI también reaccionarían a la violencia obstétrica de la medicina moderna, aunque pueda no existir una relación directa de causalidad entre ambos hechos históricos. Independientemente de la terminología que se le aplique¹⁰¹, se me antoja impensable que no hubiera una reacción feminista a la manipulación biomédica de los cuerpos de las mujeres con la connivencia de la sociedad, los medios de comunicación y la clase política. Pero a pesar de ello, esta nueva forma paradigmática de entender el parto y su acompañamiento no se encuentra

¹⁰¹ A pesar de que en mi investigación he utilizado la noción de parto respetado para definir esta nueva cultura, es cierto que una parte del activismo relacionado con la maternidad – o matriactivismo – no encuentra comodidad con esta terminología. Aunque durante el diseño de la investigación traté de contactar con algunas mujeres y profesionales relacionadas con esta postura, finalmente no fue posible incorporarlas a la investigación por falta de respuesta. Este rechazo no tiene que ver con una satisfacción con la cultura biomédica de atención al parto, sino más bien con una reflexión orientada a cuestionarse por qué hablamos de parto respetado si el respeto debería ser inherente a cualquier parto, independientemente de dónde, cómo y con quién haya transcurrido. Al hablar de parto respetado como una oferta que algunos hospitales incluyen en sus programas de maternidad parece estar asumiéndose que por defecto no se ofrece respeto en la atención obstétrica. Y por tanto, si el respeto debiera ser una cualidad propia de cualquier parto, no deberíamos estar hablando de ‘parto respetado’ sino de ‘parto’ a secas porque, ¿se imaginan a una mujer expresando que quiere un parto no respetado? Este rechazo en forma de reflexión no está comprometiendo los principios culturales mediante los que se construye la cultura de parto respetado, más bien al contrario, creo que cimienta todavía más el activismo del parto en la idea de que todo parto debe ir acompañado de respeto. Sería interesante investigar cómo estas nociones están evolucionando en la actualidad, en qué principios e ideales se forjan y cómo influyen o impactan en el activismo de parto respetado.

extendida a todos los ámbitos de acción y reacción del feminismo del siglo XXI, pues todavía queda un sector muy extendido de feministas que desconocen qué es la violencia obstétrica y por qué su erradicación se está incorporando a las agendas del feminismo del nuevo siglo¹⁰². Muestra de ello son las conclusiones de Aline de Andrade, que señala los discursos teóricos de feministas como Simone de Beauvoir, Shulamith Firestone, Adrienne Rich y Lidia Falcón, contrarias a la interpretación del parto y la maternidad como posibles espacios de poder de las mujeres (de Andrade, 2019). En este sentido, incluir estudios respecto a las maternidades y explorar cuestiones como las diferentes interpretaciones en torno a la lactancia (Ausona, 2015), la conciliación, la educación, la organización de las familias, etc., puede también aportarnos pistas sobre cómo se interrelaciona la experiencia del parto con todas estas cuestiones. Una investigación continuada a este respecto podría ser el análisis sobre cómo la producción de conocimiento feminista incorpora distintas visiones, significados, construcciones e interpretaciones en torno a los procesos reproductivos femeninos, puede enriquecer el corpus de saberes antropológicos en materia reproductiva como un eje central en el marco de la Antropología Médica, del mismo modo que efectuó Belén Nogueiras en 2018 y cuyo trabajo puede inspirar a la Antropología Feminista a proyectar un feminismo que abrace la diversidad, los encuentros, los disensos y la pluralidad en las subjetividades e interpretaciones que las mujeres hacemos de procesos relacionados con las maternidades. Asimismo, aunque considero suficientes los datos sociohistóricos que he aportado para comprender la construcción cultural del parto respetado en el contexto del activismo feminista, quizás sería interesante actualizar el conocimiento existente en materia de historia de la medicina y de antropología médica, incluyendo todas las cuestiones relativas a la atención obstétrica que aquí he planteado. En este sentido me plantearía una revisión histórica desde el siglo XIX hasta la actualidad que incorpore no sólo la emergencia de estas nuevas culturas del parto, sino también la evolución que hasta el día de hoy ha venido experimentando la biomedicina. Es igualmente importante incorporar en este análisis cómo ha ido evolucionando el pensamiento feminista de unas generaciones a otras y cómo las herencias del feminismo han contribuido a nuevos pensamientos y activismos relacionados con las maternidades.

¹⁰² Quizás esto tenga mucho que ver con el señalamiento que el feminismo ha hecho de la maternidad como un peso para las mujeres y un impedimento para trasladar su presencia a espacios de poder primordialmente ocupados por hombres. El feminismo todavía encuentra dificultades para encajar los derechos de las mujeres en relación a la maternidad como una cuestión propia, aunque cada vez son más feministas las que trabajan por la visibilización e inclusión de la maternidad como espacio de derechos.

Siguiendo con las conclusiones de esta investigación, como comentaba más arriba, los nuevos medios de comunicación social han contribuido a una proliferación de información y un intercambio de impresiones mucho más rápidos en los últimos años, ventaja de la que se han servido asociaciones como *El Parto es Nuestro*, que ha visto un importante crecimiento en la cantidad y en la calidad de la información puesta a disposición de las mujeres y de los profesionales en sitios web como su propia página y otras redes sociales. El dinamismo en la comunicación ha favorecido el éxito de campañas como las descritas en las páginas 55-56, así como el crecimiento de grupos virtuales de mujeres y profesionales como el de esta misma asociación en *Facebook*. En términos generales, el mensaje de este activismo es la existencia de una cultura del parto sobreintervencionista que es necesario revisar y reinventar de acuerdo a los principios e ideales feministas de libertad, autonomía y soberanía de las mujeres sobre sus cuerpos. Y este mensaje ha venido tomando forma desde la eclosión de este movimiento en una serie ordenada de procesos de identificación, análisis, difusión y convencimiento que tiene como objetivo un cambio cultural y paradigmático en relación a la idiosincrasia del parto, a las subjetividades de las mujeres en relación al mismo, y al rol que profesionales y acompañantes deben o pueden adoptar en estos eventos (ver página 246). Como he ido mostrando a lo largo de la investigación, las categorías principales relacionadas con la atención biomédica al parto son el excesivo intervencionismo, la visión patologizadora y la deshumanización de las mujeres (traducida en procesos de violencia obstétrica). La identificación de estas categorías como origen del impacto en las experiencias de un grupo de mujeres va a dar pie al análisis de los factores que conforman la cultura biomédica de atención al parto que he descrito en el capítulo 3. Así, todo el corpus de conocimiento producido entre las fases de identificación y de análisis pasará a una fase de difusión en la que entra en juego la capacidad divulgativa y de expansión de internet y las redes sociales. Finalmente, el objetivo principal, motivo por el cual se confirma que estamos hablando de una cultura con ideas, principios, creencias y prácticas propias, es hacer calar un mensaje suficientemente significativo y sustancial en el imaginario colectivo de la sociedad, dirigiéndolo estratégicamente a la opinión pública, al conjunto de profesionales de la salud, a la clase política y a los medios de comunicación, que son los agentes con más relevancia y presencia en la producción de creencias y prácticas en torno al parto. Claro ejemplo de que este mensaje está llegando a sus destinatarios y de que, por tanto, una nueva cultura se está generando en relación a la atención al parto, es la pluralidad de perspectivas, definiciones y conceptualizaciones que organizaciones como la OMS, la

SEGO o la FAME han adoptado en sus producciones científicas y divulgativas. Términos como ‘parto normal’, ‘parto fisiológico’, ‘parto humanizado’ e incluso ‘cesárea humanizada’ están cada vez más presentes en textos oficiales como la *Estrategia de Atención al Parto Normal* o en el interés de algunos hospitales por implementar protocolos de parto respetado. Vemos así como una de las funcionalidades más visibles del activismo de parto respetado es haber roto con la exclusividad biomédica de qué es un parto, cómo debe transcurrir y cómo debe ser acompañado¹⁰³. Sin embargo, todavía hoy el activismo de parto respetado debe cargar con la tarea de vigilancia y seguimiento del cumplimiento con las estrategias y las recomendaciones de la EAPN y la OMS, lo que dificulta y ralentiza el proceso de difusión y transmisión de los principios básicos del nuevo paradigma de parto. Actualmente las estrategias y recomendaciones oficiales parecen encontrarse aparcadas fuera del interés de instituciones (tanto públicas como privadas), organismos y profesionales, lo que hace que se continúe observando la tendencia patologizadora y sobreintervencionista de la atención biomédica al parto, por lo que asociaciones como *El Parto es Nuestro* deben realizar esfuerzos extra no solamente para tratar de garantizar su cumplimiento, sino para promover actualizaciones de acuerdo al conocimiento más novedoso producido en torno a los beneficios del parto respetado.

Asimismo, existe una parte de la cultura de parto respetado que podría catalogarse de microcultura o cultura local, y es la que tiene que ver con los grupos y redes de apoyo presenciales a las que las mujeres acuden con el fin de compartir experiencias, recoger información y/o recibir y ofrecer apoyo. A diferencia de esa cultura situada más a nivel institucional que persigue un ideal colectivo de parto, la cultura local de parto respetado, representada en reuniones como las de *El Parto es Nuestro* o en cursos como el de *Génesis* (que promueven una forma más cercana de preparación de un parto y de sentir las experiencias vividas), se mueve para ofrecer herramientas y mecanismos a las mujeres que desean experimentar el parto de manera alternativa a la biomédica. Las experiencias, opiniones, interpretaciones y perspectivas compartidas en el seno de estas redes locales de apoyo son la base de la que se nutre el mensaje formulado por el activismo feminista. Desde estos grupos se construye la crítica a la lógica biomédica de interpretación del parto, se promueve un espíritu de reflexividad constructiva que incorpore nuevas formas más respetuosas de acompañar un parto, se rompe con la

¹⁰³ Uno de los aspectos que más está costando en el cambio de paradigma es poner fin a la estigmatización y al rechazo social que reciben las mujeres que optan por un parto domiciliario y las profesionales que lo ofrecen como una modalidad alternativa y segura.

incuestionabilidad de las profesiones perinatales y se trata de revertir la normalización de la violencia obstétrica. Aunque, como he explicado, la proyección principal del mensaje de esta cultura de parto respetado se oriente a un nivel institucional y social – pues es común escuchar que el cambio debe proceder de los profesionales y de las instituciones en lugar de que sean las mujeres quienes se tengan que esforzar por hacerse respetar –, la parte más local ofrece estrategias de autoconfianza (y de confianza en la fisiología del parto), de empoderamiento y de seguridad para entender y resolver las típicas cuestiones biomédicas que contribuyen al bloqueo durante el parto y, por tanto, a la tendencia al sobreintervencionismo, como es la gestión de los riesgos, el manejo del dolor, el afrontamiento del miedo o la utilización pragmática de documentos como el plan de parto. Pero por encima de estos elementos estratégicos se encuentran las que son características fundamentales de la cultura local de parto respetado, y que suponen el verdadero reto a la hora de incorporar esta cultura al Sistema Nacional de Salud: la escucha activa, la comprensión, la elusión de juicios de valor y la horizontalidad. Estas características se ven consolidadas en espacios propios que asociaciones como *El Parto es Nuestro* ponen a disposición de las mujeres para comunicarse entre ellas y compartir dudas, inquietudes y críticas a la biomedicina del parto. Así, el parto hospitalario podrá continuar tornándose en una asistencia más humana, pero las mujeres seguirán necesitando de redes de apoyo y espacios de confianza para escucharse y continuar formulando los ideales de una atención al parto respetuosa, horizontal y feminista.

La investigación ha podido mostrar cómo los discursos de mujeres, activistas y profesionales desarrollados tanto en el seno de *El Parto es Nuestro* como de *Génesis*, han apuntado a una serie de características fundamentales con respecto al parto respetado. Partiendo de una desestigmatización de las actitudes decisorias de las mujeres – entre las cuales cobra especial relevancia la libre decisión de parir en el domicilio – el principio fundamental sobre el que se asienta el respeto al parto y a las mujeres es la decisión del ‘dónde-cómo-con quien’ parir. Esta tríada de cuestiones va a estar en juego en todo el proceso de construcción de la cultura de parto respetado, pues son los tres ejes sobre los que se valorará el grado de estigmatización volcado sobre las mujeres por sus decisiones (dónde), el nivel de intervencionismo recibido (cómo) y el trato de las personas acompañantes (con quién), y que contribuirán a analizar la posible presencia de violencia obstétrica, así como a catalogar el parto como respetuoso o humanizado. Como mencionaba, de especial relevancia es la reacción social y médica a

la decisión del ‘dónde’, pues uno de los aspectos clave de la deshumanización de las mujeres y de la violencia obstétrica es el rechazo y el estigma vertidos sobre la modalidad de parto domiciliario. Podría decirse que superar este estigma social supondría un impulso inicial muy potente de cara a consolidar los principios básicos de libertad y soberanía de las mujeres, aunque desde una perspectiva realista, dicha superación, a día de hoy, más que como un horizonte lejano, se nos antoja como una utopía. Al contrario de lo que podría interpretarse, la cultura del parto respetado no es una cultura de promoción exclusiva del parto domiciliario, sino más bien – y ésta es una cuestión con la que cerraré la tesis, pues supone una de las conclusiones más importantes que extraigo de los resultados – de transformación del parto hospitalario a un paradigma radicalmente opuesto al del sobreintervencionismo actual¹⁰⁴. Entre los ejes del ‘cómo’ y el ‘con quién’ se encuentra la horizontalidad como condición fundamental para atajar la jerarquía biomédica que sitúa a las mujeres en el escalón más bajo en las relaciones sociales dentro de las instituciones de salud, lo que al mismo tiempo se relaciona con la despatologización del parto y, por tanto, de las mujeres como sujetos pasivos y enfermos. Dejar de percibir el parto como un evento preeminentemente peligroso y arriesgado ayudará a desbloquear la confianza de las mujeres en la fisiología del parto y en ellas mismas como sujetos activos, responsables y capaces. El mayor reto que veo a este respecto es el de conseguir rebajar el rol de los profesionales a meros consejeros y practicantes. Se trataría de disminuir al mínimo la tendencia a la intervención, y transformar la disposición de saberes expertos para orientarlos a un flujo de información de calidad entre el personal de salud y las mujeres en lugar de dirigirlos a obviar sus deseos y decisiones. La clave podría encontrarse en la formación académica y en la presencia de la Antropología en las carreras de medicina. Al igual que el activismo de parto respetado se ha caracterizado por una multidisciplinariedad de profesionales preocupadas por la cultura biomédica de atención al parto¹⁰⁵, la formación biomédica se vería ampliamente complementada si

¹⁰⁴ En cualquier caso, desde mi punto de vista, sí podría tratarse de promover un debate sobre la recuperación del parto en casa como una opción por defecto. Teniendo en cuenta que las mujeres podrían optar libremente por el parto hospitalario por razones propias o que por motivos de vigilancia de la salud no pudiera garantizarse la seguridad de un parto domiciliario, recuperar esta modalidad conllevaría importantes beneficios, como por ejemplo el aumento de la empleabilidad entre las matronas españolas, una formación obstétrica y materno-infantil que incorpore una dimensión más humanizada, así como un mayor ahorro de costes al Sistema Nacional de Salud al no hacer un uso excesivo de las instalaciones, instrumental y fármacos disponibles para el parto.

¹⁰⁵ Desde profesiones como la Arquitectura (Marta Parra, Angela Müller), la Psiquiatría (Ibone Olza), el Derecho (Francisca Fernández, Marta Busquets, Lorena Moncholí), la Estadística (Adela Recio) la Matronería (Consuelo Ruiz, Teresa M. Martínez, etc.), la Historia (Teresa Ortiz, Lola Ruiz-Berdún), la Filosofía (Stella Villarmeá) o la Escritura (Casilda Rodríguez, Isabel Fernández del Castillo), entre

incluyera la perspectiva antropológica en la transmisión de conocimientos. La aplicación de la antropología en la disciplina médica puede conllevar grandes ventajas en la comprensión de las sociedades y su relación con el cuerpo y sus afecciones. Pero especialmente, la antropología dispone de la clave para transmitir los progresos académicos en materia de violencia obstétrica y parto respetado para ampliar los conocimientos de los profesionales médicos en el ejercicio de la atención institucional al parto, por lo que sería interesante estudiar la viabilidad de una asignatura de Antropología no sólo en la carrera de Medicina, sino también en la especialidad de Ginecología y Obstetricia. Así, reformular la tendencia intervencionista del personal de salud en los partos implicaría también una mayor valoración de las intervenciones, técnicas y prácticas necesarias para garantizar la salud de mujeres y criaturas. Esto es así porque el ejercicio de la profesión se alejaría del 'hacer por hacer', del 'intervenir porque sí', y los profesionales tendrían la capacidad de poner en práctica su experiencia y su código deontológico en aquellas situaciones que realmente requieran de sus saberes, sus habilidades y sus capacidades. De este modo, culturalmente se traspasaría toda la soberanía a las mujeres, pues no podemos olvidar que la soberanía sobre nuestros propios cuerpos es uno de los pilares teóricos del feminismo, y nos consideremos feministas o no, hoy en día el parto es una cuestión política que tiene que ver con parte de los derechos reproductivos de las mujeres. El parto debe ser, por tanto, un pilar teórico fundamental del movimiento feminista del siglo XXI. Dentro de esta lógica también es importante pararse a reflexionar sobre la libertad de las mujeres a optar por un parto medicalizado y los progresos que el activismo de parto respetado ha efectuado en este sentido. Que las mujeres hayan pasado de acudir al hospital con el único cometido de dejarse intervenir y cumplir las indicaciones del equipo de profesionales a ser conscientes de las intervenciones, técnicas y fármacos que pueden serles administrados durante sus partos, así como de los efectos que tienen y de sus derechos a ser informadas y consultadas a la hora de proceder, es un indicio de que la cultura de parto respetado está obteniendo determinados logros que paso a paso van contribuyendo al cambio cultural y paradigmático en la atención sanitaria al parto. Mujeres como Viviana, que de forma autodidacta se nutren de la información dispuesta por el activismo de parto respetado, y que toman conciencia de que no confían en sus cuerpos y quieren un parto medicalizado, son la muestra de que, a pesar de esa reafirmación en la cultura biomédica, ya se está desarrollando un cambio en el nivel de

otras, el activismo de parto respetado se fundamenta sólidamente y se caracteriza de un amplio abanico de conocimientos expertos que le dan firmeza a sus principios y legitimidad a sus objetivos.

responsabilidad que cada mujer adquiere en las decisiones que toma respecto a su parto. Es interesante observar cómo las reacciones de las mujeres por el sobreintervencionismo y las actitudes ofensivas recibidas durante sus partos han servido también a aquellas mujeres que, por determinados motivos, no conectan con esta nueva manera de entender el parto y su asistencia. Tal vez esto sea debido porque el cambio, independientemente de los deseos de cada mujer, deba surgir desde ellas. La convicción de los profesionales sobre la benignidad de su labor quizás no les permita ser el foco desde el que se produzca un cambio de mentalidad sustancial que deje de entender el embarazo y el parto desde una lectura patológica – dentro de la cultura de parto respetado existe, no obstante, un gran reconocimiento a aquellas matronas, obstetras y demás profesionales que sí reconocen el daño que se puede causar a las mujeres y a los recién nacidos con un exceso de intervención y de malas maneras –, por lo que el activismo de parto respetado todavía sirve de altavoz de las experiencias de las mujeres para visibilizar que la atención biomédica al parto no se está ejerciendo con el respeto que las mujeres merecen. En cualquier caso, las interpretaciones que difieren de la cultura del parto respetado pueden tener un trasfondo cultural mucho más profundo del que he mostrado en el epígrafe 5.3. En esta investigación he analizado cómo se construye la cultura del parto respetado y qué agentes juegan un papel importante en ella. Pero puede dar la sensación de que existe una universalidad en la demanda de parto respetado entre las mujeres, cuando, nada más lejos de la realidad, la cultura biomédica de atención al parto se caracteriza por elementos tan interesantes para la academia como:

- Asumir el parto hospitalario como la única posibilidad de cara a evitar riesgos y garantizar el éxito.
- Reconocer incuestionablemente las creencias y prácticas propias de la biomedicina y por consiguiente, el conocimiento autorizado de los profesionales de la salud.
- No juzgar las intervenciones realizadas en sus cuerpos durante sus partos mientras la criatura haya nacido sana.
- Estigmatizar modelos alternativos de parto, rechazando por ejemplo la modalidad de parto domiciliario.

Pero es importante dejar claras cuáles son las distancias entre aquello que se está denunciando y las opciones que hay para una mejor experiencia de parto. No parecería coherente, por ejemplo, considerar como respetado un parto en el que ha sido

practicada la maniobra de Kristeller, por muy buenos modos que se hayan empleado. Aunque la libertad de decisión y la autonomía de las mujeres para valorar sus partos son indiscutibles, es necesario establecer los límites de lo que implica el parto respetado como una idea cultural.

Para finalizar el capítulo quisiera reflexionar sobre dos cuestiones que desde mi punto de vista es imprescindible extraer de los resultados y de las conclusiones, no sólo para entender por qué se ha construido una cultura de parto respetado, sino también por qué es primordial reflexionar sobre la manipulación de los cuerpos de las mujeres en base a una superioridad de los fetos como sujetos de derecho por encima de ellas. En el momento en que escribo estas líneas he recibido la noticia de que una mujer en Elche ha sido forzada judicialmente a una cirugía mayor de cesárea para serle extraído el feto de 32 semanas que se encontraba gestando, por obstrucción del cordón umbilical y riesgo para su vida y su salud¹⁰⁶. El debate que se está desarrollando en el seno del activismo tiene que ver con que, si en el caso de una gestación avanzada con riesgo probado para la criatura una intervención médica puede contribuir a anular dichos riesgos, pueda existir buena praxis al forzar una cesárea judicialmente, independientemente de que la mujer haya manifestado expresamente no desear ser sometida a una cirugía mayor. A día de hoy todavía es complicado determinar los factores que contribuirán a catalogar de respetado un parto. La cultura de parto respetado es una cultura joven, todavía se encuentra madurando, y las contradicciones entre el derecho de las mujeres y el derecho de los no natos todavía son una cuestión no superada. Cuando hablamos de violencia obstétrica y parto respetado, desde el seno del activismo puede parecer claro qué factores determinarán un parto respetuoso. Pero si me detengo a enumerar cuáles son esos factores desde mis conocimientos y experiencia, todavía no se hace posible asegurar con firmeza que dichos factores puedan funcionar en la permeabilidad de la cultura de parto respetado en la asistencia obstétrica actual. Maribel Blázquez señaló algunas actitudes y prácticas relacionadas con una “atención más igualitaria” del embarazo, parto y puerperio (2009:353), y las relacionó con una tendencia de las profesionales a incluir algunas cuestiones aquí descritas como la horizontalidad, la desmedicalización o la promoción de la autonomía de las mujeres. Y aunque la cultura del parto respetado guarda bastante relación con estas categorías, tal y como he mostrado, el parto respetado en sí es todavía una noción estructuralmente muy compleja, y debido a la divergencia en las variadas

¹⁰⁶ Accesible: <https://www.diarioinformacion.com/elche/2019/09/20/jueza-autoriza-cesarea-salvar-feto/2188215.html>

interpretaciones, no hay definida una suma de condiciones que deban darse *sine qua non* para que un parto sea respetado tal y como lo entiende el activismo del siglo XXI. Existe, no obstante, un factor que sí puedo asegurar con garantía que favorecerá que un parto sea respetado en cualquier caso, y se encuentra ejemplificado en los casos de intervenciones judicialmente forzadas como el que acabo de mencionar. Un parto será respetado siempre que desde la gestación se respeten los principios de autonomía, libertad, soberanía y responsabilidad de las mujeres. En primer lugar se debe respetar la autonomía de las mujeres a decidir dónde, cómo y con quién desean parir, alejándose de cualquier estigma o rechazo social por ejercer dicha autonomía. Superada esta primera condición, el resto es cuestión de respetar sus deseos durante el transcurso del parto. Esto contribuirá inevitablemente a la despatologización y a la desmedicalización del parto, reduciendo los niveles de intervencionismo a los casos en los que se requiera por parte de ellas mediante solicitud expresa, así como a aquellos en los que exista un consentimiento informado ante la presencia de riesgos probados. Ante la controversia de una gestación que conlleve riesgos demostrados y las mujeres no deseen ser intervenidas para resolverlos, es importante entender que no existe libertad de decisión sin el derecho a hacernos responsables de nuestras propias decisiones. Las consecuencias relacionadas con la mortalidad perinatal tienen un impacto social y cultural que hace que sintamos a las criaturas ajenas como nuestras, empujándonos a decidir las intervenciones que deben ser realizadas sobre el cuerpo de otras mujeres con tal de salvaguardar la salud y la vida del feto, pero olvidando que éstas son personas autónomas y responsables de sus propias vidas y decisiones. Sean las consecuencias de nuestras decisiones de agrado del resto de la sociedad o no, las únicas responsables de las decisiones que hacemos somos nosotras mismas, y poner la vida de los fetos por encima de nuestra condición de personas autónomas y soberanas es producto de un sistema patriarcal que nos objetiviza como meras reproductoras. Así, entender el parto desde una lógica feminista como una cuestión en la que ante todo está la soberanía de las mujeres sobre sus cuerpos y sus vidas puede ser garantía para un parto respetado. Pues cuestiones como el intervencionismo, la confianza, el manejo del dolor, la gestión de los riesgos, la libertad de movimiento y otras categorías analizadas en esta investigación, vendrán determinadas por la voluntad que cada mujer disponga en función de sus creencias, ideología, experiencias, información, etc. Y como el respeto es un ejercicio realizado por agentes externos que son los que deben brindarlo, el acompañamiento respetuoso ejercido por el personal de salud y los agentes afectivos de las mujeres vendrá a su vez determinado por su capacidad para

comprender que quien tiene la última palabra sobre sus partos, son las mujeres. En segundo lugar y para cerrar, al mostrar iniciativas como la Unidad de Parto de Baja Intervención y de Parto Natural del Hospital Nuevo Belén llevada a cabo por el estudio Arquitectura de Maternidades, los protocolos de parto respetado como el del Hospital de Torrejón de Ardoz y sus nuevos paritorios, los cursos de preparación a la maternidad como el de *Génesis* o los servicios de las matronas de parto en casa, estoy poniendo de relieve que la cultura de parto respetado ha fomentado un interés institucional por ofrecer una atención sanitaria al parto lo más parecida a “parir como en casa”. A pesar del rechazo social, político y biomédico a la modalidad de parto en casa, este interés parece encerrar un reconocimiento de que parir en entornos de confianza, seguros, cercanos y familiares no sólo es algo demandado, sino también beneficioso. Los paritorios son decorados con colores menos asépticos y más cálidos, vestidos con telas más cómodas, y dispuestos de elementos de confort para facilitar el parto normal o fisiológico¹⁰⁷, y, por tanto, una experiencia de parto positiva y exenta de violencia obstétrica. ¿Dónde se encuentra el equilibrio, por tanto, entre el rechazo al parto domiciliario y el interés por ofrecer una asistencia institucional similar? Tanto el parto domiciliario como el hospitalario tienen sus ventajas y beneficios, y pueden contemplarse como modalidades complementarias, pero los discursos reproducidos en torno a ambos tipos de asistencia como algo opuesto, impide ver las complicidades existentes que pueden favorecer mejores experiencias de parto. Mientras en el domicilio gobierna la calma, la tranquilidad, la calidez y la seguridad, las mujeres que paren en los hospitales lo hacen sabiendo que se encuentran rodeadas de los avances médicos necesarios para, en la mayoría de los casos, resolver las complicaciones con éxito. ¿Y si se pudieran combinar los beneficios de ambas modalidades? El ejemplo de las casas de parto pone de manifiesto que una modalidad intermedia es posible, garantizando un parto respetuoso en un entorno médicamente más preparado.

Porque puede que, al fin y al cabo, un parto respetado sea lo más parecido a parir en casa.

Virginia Murialdo Miniello, Antropóloga Sociocultural.
Activista Feminista, Socia de *El Parto es Nuestro*

¹⁰⁷ Lianas colgadas del techo, pelotas de pilates, duchas de agua caliente, sillas de partos, etc.

BIBLIOGRAFÍA

ALBEROLA, Carmen, GÓMEZ, M^a Antonia y RODRÍGUEZ, M^a Soledad (2005). Cuidados a la mujer durante el trabajo de parto: ¿práctica habitual o práctica basada en la evidencia? *Matronas Profesión*, 6(3), pp. 23-29.

ARNAL, Luc H., FLINKER, Adeen, KLEINSCHMIDT, Andreas, GIRAUD, Anne-Lise y POEPEL, David (2015). Human screams occupy a privileged niche in the communication soundscape. *Curr Biol*: 25(15), pp. 2051-2056.

ARNAU, José, MARTÍNEZ, M^a Emilia, NICOLÁS, M^a Dolores, BAS, Encarnación, MORALES, Rosario y ÁLVAREZ, Luis (2012). Los conceptos de parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 7, N^o2, pp. 225-247.

ASAMBLEA LEGISLATIVA DEL DISTRITO FEDERAL (2008). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Distrito Federal*. Distrito Federal: Gaceta Oficial.

ASAMBLEA NACIONAL DE LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA (2007). *Ley orgánica sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. Caracas: Asamblea Nacional.

ASSOCIACIÓ CATALANA DE LLEVADORES (2018). *Guía de asistencia al parto en casa*. Barcelona: ACL.

AUSONA, Marta (2015). *Alletaments de llarga durada i ltres usos de la corporalitat en la criança*. Tesis doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.

BAJO, José Manuel, DE MIGUEL, José Ramón y GONZÁLEZ-NAVARRO, Gabriel (2007). Evolución histórica y advenimiento de la especialidad. Concepto actual de Obstetricia y Ginecología, en SEGO, *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, pp. 1-11.

BELLI, Laura F. (2013). La violencia obstétrica: otra forma de violación de los derechos humanos. *Revista Redbioética*, Año 4, Vol. 1, N^o7, pp. 25-34.

BELLÓN, Silvia (2014). *Obstetric violence. Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?* Tesis de máster. Utrecht: Universiteit Utrecht.

BIURRUN-GARRIDO, Ainoa y GOBERNA-TRICAS, Josefina (2013). La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión*, N°14, pp. 62-66.

BIURRUN-GARRIDO, Ainoa (2017). *La humanización de la asistencia al parto: valoración de la satisfacción, autonomía y del control*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat de Barcelona.

BLÁZQUEZ, Maribel (2005). Aproximación a la antropología de la reproducción. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, N°42.

BLÁZQUEZ, Maribel (2009). *Ideologías y prácticas de género en la atención sanitaria del embarazo, parto y puerperio: el caso del área 12 de la Comunidad de Madrid*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

BODOQUE, Yolanda (2002). El trabajo de campo como experiencia personal, en, TÉLLEZ, Anastasia, *Técnicas de investigación en antropología. Experiencias de campo*. Alicante: Universidad Miguel Hernández.

BOHREN, Meghan A. et al. (2015). The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. *PLoS Med* 12(6): e1001847.

BOSTON WOMEN'S HEALTH COLLECTIVE (1971). *Our bodies, ourselves*. Boston: New England Free Press.

BOURDIEU, Pierre (2003). La objetivación participante. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol. 9-2, pp. 281-294.

BOWSER, Diana y HILL, Kathleen (2010). *Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth*. Harvard: USAID-TRAction Project.

BRIGIDI, Serena y FERREIRO, Susana (2018). Observatorio de la violencia obstétrica en España. *Mujeres y Salud*, n. 43, pp. 42-44.

- CAMACHO, Francisca, GARCÍA, Inés, LÓPEZ, Alba y BELDA, Ada (2017). Factores que influyen en la realización de una episiotomía en partos eutócicos. *Matronas Profesión*, 18(3), pp. 98-104.
- CARDÚS, Laura (2015). Miedo al parto y narrativas intergeneracionales: una aproximación desde la antropología. *Dilemata*, N°18, pp. 129-145.
- CARROZA, M^a Ángeles, CORDÓN SCHARFHAUSEN, Javier, TROYANO, Juan Mario y BAJO, José Manuel (2007). Duración del embarazo. Modificaciones de los órganos genitales y de las mamas. Molestias comunes del embarazo normal, en SEGO, *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, pp. 171-181.
- CASTRILLO, Belén (2016). Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Revista Latinoamericana "Sexualidad, Salud y Sociedad"*, N°24, pp.43-68.
- CLEMENT, Sarah (1997). Childbirth on television. *British Journal of Midwifery*, 5(1), pp. 37-42.
- COL·LEGI OFICIAL D'INFERMERIA DE BARCELONA (2010). *Guía de asistencia del parto en casa*. Barcelona: COIB.
- COMUNIDAD DE MADRID (2005). *Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid*. Madrid: BOCM N°310, de 29 de diciembre de 2005; BOE N°52, de 2 de marzo de 2006.
- CONGRESO DEL ESTADO DE GUANAJUATO (2010). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Guanajuato*. Guanajuato: Periódico Oficial.
- COUSO, Aldina, ZAPICO, Álvaro y MELCHOR, Juan Carlos (2007). Concepto y definición del parto normal. Causas del inicio del parto. Signos prodrómicos y diagnóstico de parto, en SEGO, *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, pp. 339-346.
- DAVIS-FLOYD, Robbie (1992). *Birth as an American Rite of Passage*. Berkeley: University of California Press.
- DAVIS-FLOYD, Robbie et al. (1997). *Childbirth and authoritative knowledge*. Berkeley: University of California Press.

- DAVIS-FLOYD, Robbie (2001). The technocratic, humanistic and holistic paradigms of childbirth. *Londres: International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 75, S5-S23.
- DE ANDRADE, Aline (2019), ¿Parir o revolucionar?: un análisis del discurso feminista radical sobre el parto natural. *Asparkía Investigación Feminista*. N°34, pp. 31-47.
- DE BEAUVOIR, Simone (1949). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- DE MIGUEL, Jesús (1980). Sociología de la población y control de la natalidad en España. *Reis*, 10-80, pp. 15-47.
- DE MOLINA, M^a Inmaculada (2014). *Expectativas y satisfacción de las mujeres ante el parto. Diseño y eficacia de una intervención educativa como elemento de mejora*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.
- DEVILLARD, Marie José, FRANZÉ, Adela y PAZOS, Álvaro (2012). Apuntes metodológicos sobre la conversación en el trabajo etnográfico. *Política y Sociedad*, Vol. 49, N°2, pp. 353-369.
- DIAZ-TELLO, Farah (2016). Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters*, Vol. 24, N°47, pp. 56-64.
- DRIÉGUEZ, Celia, LÓPEZ, Esther M., AVILÉZ, Zaraida y CONESA, María Belén (2018). Experiencias de partos en casa y en el hospital de mujeres en los años 60 y 70 en España. *Cultura de los Cuidados*, Edición digital, 22(52), pp. 77-91.
- DUNN, Peter M. (1999). John Braxton Hicks (1823-97) and painless uterine contractions. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 81(2), F157-158.
- EHRENREICH, Barbara y ENGLISH, Deirdre (1981[1973]). *Brujas, comadronas y enfermeras. Historia de las sanadoras*. Barcelona: La Sal.
- EHRENREICH, Barbara y ENGLISH, Deirdre (2010). *Por tu propio bien: 150 años de consejos expertos a mujeres*. Madrid: Capitán Swing.
- EL PARTO ES NUESTRO (2013). Unidos en neonatos 2013. Informe sobre la accesibilidad de padres y madres a las Unidades Neonatales y el cumplimiento de los derechos de los bebés ingresados. Accesible:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20130212UCINfinal/unidos_en_neonatos_informe_2013.pdf.

EL PARTO ES NUESTRO (2014). Informe de la campaña Stop Kristeller: cuestión de gravedad. Accesible:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/blog/20140626KristellerFINAL/informe_stopkristeller.pdf

EMBER, Carol y Melvin, (2003). *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Yale: Human Relations Area Files.

ESCURIET, Ramón et al. (2014). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Profesión*, 15(2), pp. 62-70.

ESTEBAN, Mari Luz (1992). *Actitudes y percepciones de las mujeres respecto a su salud reproductiva y sexual. Necesidades de salud percibidas por las mujeres y respuesta del sistema sanitario*. Tesis doctoral. Barcelona: Universidad de Barcelona.

ESTEBAN, Mari Luz (1994). La salud de las mujeres. Relecturas y revisiones necesarias. *Salud 2000*. VIII, 45:5-8.

ESTEBAN, Mari Luz (1996). Relaciones entre feminismo y sistema médico– científico, en ORTIZ, Teresa. *Mujeres de ciencia*. Granada: Universidad de Granada, Seminario de Estudios de la mujer, pp. 143–184.

ESTEBAN, Mari Luz (2001). El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En MIQUEO et al. (comp.), *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva, pp. 25-51.

ESTEBAN, Mari Luz (2007). Antropología, sistema médico–científico y desigualdades de género en salud, en ESTEBAN, Mari Luz (ed.) *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. País Vasco: Asociación Defensa Salud Pública País Vasco, pp. 55–71.

ESTEBAN, Mari Luz (2011), *Crítica del pensamiento amoroso*. Barcelona: Bellaterra.

EUROPERISTAT (2010). *Informe europeo de salud perinatal. Salud y cuidado de mujeres embarazadas y bebés en 2010*. Paris: INSERM.

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (2006). Definición de parto normal – FAME. Accesible:

<https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/definicion-2bparto-2bnormal-fame-2b10-06-2006.pdf>

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MATRONAS DE ESPAÑA (2011). *Iniciativa Parto Normal. Guía para madres y padres*. Pamplona: FAME

FEDERICI, Silvia (2013). *Revolución en punto cero. Trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas*. Madrid: Traficantes de Sueños.

FORADADA, Carles M. (2006). Reflexiones sobre la cesárea. *Matronas Profesión*: 7(1), pp. 5-13.

FOUCAULT, Michel (2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: FCE.

FRAILE, Ruth (2013). *La ginecología en la historia de la medicina*. Madrid: Yoy&Us.

FREEDMAN, Lynn P., RAMSEY, Kate, ABUYA, Timothy, BELLOWS, Ben, NDWIGA, Charity, WARREN, Charlotte E., KUJAWSKI, Stephanie, MOYO, Wema, KRUK, Margaret E. y MBARUKU Godfrey (2014). Defining disrespect and abuse of women in childbirth: a research, policy and rights agenda. *Bulletin of the World Health Organization*, Vol. 92, N° 12, pp. 915-917.

GAINES, Atwood y DAVIS-FLOYD, Robbie (2003). On biomedicine, en EMBER, Carol y Melvin, *Encyclopedia of Medical Anthropology*. Yale: Human Relations Area Files.

GARCÍA, Eva Margarita (2018). *La violencia obstétrica como violencia de género. Estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

GARCÍA, Sonia (2014). Las prácticas tradicionales y la medicalización del parto: una convivencia tensa en la sociedad contemporánea, en GARCÍA, Sonia, MEDINA, Silvia y SUÁREZ, Carmen (eds.). *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Gijón: Ediciones Trea, pp. 109-128.

GARCÍA RUIZ, Nicolás (2017). *La responsabilidad profesional en obstetricia y ginecología: mirando al futuro*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

GIL-BELLO, Rosa María (2018). El imaginario de la maternidad durante el embarazo. *Matronas Profesión*, N°19, pp. 4-10.

GLASER, Barney G. y STRAUSS, Anselm L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Mill Valley: C. A. Sociology Press.

GÓMEZ, José María, REVILLA, Enrique, FERNÁNDEZ-CUESTA, Miguel Ángel y EL-ASMAR, Ahmad (2011). *Las 50 principales consultas en medicina de familia. Un abordaje práctico basado en la evidencia*. Madrid: CEGE Taller Editorial.

GOBIERNO DEL ESTADO DE VERACRUZ (2008). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave*. Veracruz: Instituto Veracruzano de las Mujeres.

GUBER, Rosana (2004). *El salvaje metropolitano: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Buenos Aires: Paidós.

HAMMERSLEY, Martyn y ATKINSON, Paul (1994). *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.

HARAWAY, Donna (1988). Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective. *Feminist Studies*, vol. 14, N°3, 575-599.

HERNÁNDEZ, José Manuel (2009). *La deshumanización de la maternidad*. Murcia: Editorial Diego Marín.

HOSPITAL 12 DE OCTUBRE (2017). *Memoria 2017*. Madrid: Servicio Madrileño de Salud.

HOSPITAL CLÍNIC, HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU y UNIVERSITAT DE BARCELONA (Sin fecha). Protocolo. Lesiones perineales de origen obstétrico: diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Accesible:

<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/lesiones%20perineales%20de%20origen%20obst%C3%A9trica.pdf>

HOSPITALES NISA (sin fecha). Consentimiento informado. Anestesia epidural obstétrica. Accesible:

<https://video.hospitalesnisa.com/ficheroscentros/CIAnestesiaEpiduralObst%C3%A9rica.pdf>

IMAZ, Elixabete (2001). Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo. *Madrid: Política y Sociedad*, N°36, pp. 97-111.

IMAZ, Elixabete (2007). *Mujeres gestantes, madres en gestación. Representaciones, modelos y experiencias en el tránsito a la maternidad de las mujeres vascas contemporáneas*. Tesis doctoral. Universidad del País Vasco.

IMAZ, Elixabete (2010). *Convertirse en madre. Etnografía del tiempo de gestación*. Madrid: Cátedra.

IMAZ, Elixabete (2010b). Entre ginecólogos y matronas. La relación con lo médico en la cotidianidad de la embarazada, en ESTEBAN, Mari Luz, COMELLES, Josep M. y DÍEZ MINTEGUI, Carmen (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra, pp. 173-189.

INHORN, Marcia (2005), Gender, health and globalization in the Middle East: Male infertility, ICSI and men's resistance, en KICKBUSH, Ilona, et al. *Globalization, Women, and Health in the Twenty-First Century*, Nueva York: Palgrave Macmillan.

IRWIN, Susan y JORDAN, Brigitte (1984). Knowledge, practice, and power: court-ordered cesarean sections. *Medical Anthropology Quarterly*, Vol. 1. N°3, pp. 319-334.

JEFATURA DEL ESTADO (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Madrid: Boletín Oficial del Estado N° 274 de 15 de noviembre de 2002.

JEWKES, Rachel y PENN-KEKANA, Loveday (2015). Mistreatment of women during childbirth: Time for action on this important dimension of violence against women. *PLoS Med* 12(6): e1001849.

JOCILES, M^a Isabel (1999). Observación participante y distancia antropológica. *Revista de dialectología y tradiciones populares*, Vol. LIV, N°2, pp. 5-58.

JOCILES, M^a Isabel (2002). Contexto etnográfico y uso de las técnicas de investigación de antropología social, en, DE LA CRUZ, Isabel, JOCILES, M^a Isabel, PIQUERAS, Andrés y RIVAS, Ana María (2002), *Introducción a la antropología para la intervención social*. Valencia: Tirant lo Blanc.

JONES, A. David y DOUGHERTY, Chris (1982). Childbirth in a scientific and industrial society, en MACCORMACK, Carol, *Ethnography of fertility and birth*. Londres: Academic Press, pp. 269-290.

JORDAN, Brigitte (1993, [1978]). *Birth in four cultures. A crosscultural investigation of childbirth in Yucatan, Holland, Sweden and the United States*. Illinois: Waveland Press, Inc.

JORDAN, Brigitte (1997), Authoritative knowledge, en DAVIS-FLOYD, Robbie y SARGENT, Carolyn (eds.). *Childbirth and Authoritative Knowledge*. Berkeley: University of California Press.

KENNY, Michael y DE MIGUEL, Jesús (1980). *La antropología médica en España*. Barcelona: Anagrama.

KITZINGER, Sheila (1982). The social context of birth: Some comparisons between childbirth in Jamaica and Britain, en MACCORMACK, Carol, *Ethnography of fertility and birth*. Londres: Academic Press, pp. 181-203.

KITZINGER, Sheila (1998). *El nuevo gran libro del embarazo y el parto*. Barcelona: Medici.

KLEINMAN, Arthur (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

LAGARDE, Marcela (1990). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

LAGARDE, Marcela (2018). *Vías para el empoderamiento de las mujeres*. Proyecto EQUAL I.O. Metal, Acción 3.

LÁZARE, Sarah (2016). Análisis antropológico del cuerpo en los relatos de parto normal de mujeres y profesionales de Barcelona. *Musas, Revista de Investigación*, Vol. 1, N°1, pp. 3-16.

LÁZARE, Sarah (2016b). Conceptualización del cuerpo, la persona y la maternidad en el parto natural: el caso del centro de salud Marenostrom de Barcelona. *Institut Català d'Antropologia: Quaderns-e*, N°21(1), pp. 18-32.

LÁZARE, Sarah y FONS, Virginia (2016). Los procesos procreativos desde la Antropología: el caso de las madres de Barcelona por un parto respetado. *Institut Català d'Antropologia: Quaderns-e*, N°21(2), pp. 21-37.

LE BRETON, David (1990). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

LEGISLATURA DURANGO (2007). *Ley de las mujeres para una vida sin violencia*. Durango: Periódico Oficial.

LÓPEZ, Gemma y JIMÉNEZ, M. (2009). Las casas de parto dentro del sistema hospitalario. *Matronas Profesión*: 10(2), pp. 12-15.

MACCORMACK, Carol (1982). *Ethnography of fertility and birth*. Londres: Academic Press, Inc.

MACEIRA, M^a del Carmen, SALGADO, Ángel y ATIENZA, Gerardo (2009). *La asistencia al parto de las mujeres sanas. Estudio de variabilidad y revisión sistemática*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación.

MAGNONE, Natalia (2011). Derechos sexuales y reproductivos en tensión: intervencionismo y violencia obstétrica. *X Jornadas de Investigación de la Facultad de Ciencias Sociales, Udelar*.

MALVASI, Antonio et al. (2018). Kristeller maneuvers or fundal pressure and maternal/neonatal morbidity: obstetric and judicial literature review. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, N°21, pp. 1-10.

MARÍN, M^a Pilar (2015). *Aspectos bioéticos del parto natural*. Tesis doctoral. Murcia: Universidad de Murcia.

MARTIN, Emily (1987). *The woman in the body: A cultural analysis of reproduction*. Boston: Beacon Press.

MARTÍNEZ, Teresa M^a. (2015). *Etnografía sobre la decisión del parto en el domicilio*. Tesis doctoral. Alicante: Universidad de Alicante.

MEAD, Margaret, y NEWTON, Niles (1967). Cultural patterning of perinatal behavior, en RICHARDSON, S.A. y GUTTMACHER, A.F. (eds). *Childbearing: Its social and psychological aspects*. Washington: Williams & Wilkins Company.

MENDIZÁBAL, Garbiñe y LÓPEZ, Miren (2013). Empoderamiento de las mujeres: del individual al social. Accesible:

<http://www.ortuella.eus/es-ES/Servicios/Igualdad/WORLD%20CAFE%2007052013/Empoderamientodelasmujeres20130507.pdf>

MENÉNDEZ, Eduardo (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, N°3, pp. 84-119.

MENÉNDEZ, Eduardo (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires, 30 de abril al 7 de mayo, pp. 451-464.

MILLET, Kate (2017[1970]). *Sexual Politics*. Madrid: Cátedra.

MINISTERIO DEL PODER POPULAR PARA LA SALUD (2003). *Norma oficial para la atención integral en salud sexual y reproductiva*. Caracas: Gobierno Bolivariano de Venezuela.

MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD (2011). *Plan de parto y nacimiento*. Accesible:

<https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/planPartoNacimiento.pdf>

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD y OBSERVATORIO DE SALUD DE LAS MUJERES (2012). *Informe sobre la atención al parto y nacimiento en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Secretaría General de Sanidad y Consumo.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2013). *Manual básico de Obstetricia y Ginecología*. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014). *Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio*. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (2007). *Estrategia de atención al parto normal del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Centro de Publicaciones del MSC.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2009). *Maternidad hospitalaria. Estándares y recomendaciones*. Madrid: Centro de Publicaciones del MSPS.

MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). *Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas*. Madrid: Centro de Publicaciones del MSPS.

MONCÓ, Beatriz (2009). Maternidad ritualizada: un análisis desde la antropología del género. *AIBR. Revista de Antropología Iberoamericana*, Vol. 4, N°3, pp. 357-384.

MONTESANTI, Stephanie R. y THURSTON, Wilfreda E. (2015). Mapping the role of structural and interpersonal violence in the lives of women: implications for public health interventions and policy. *BMC Women's Health*, 15:100, pp. 1-13.

MONTES, M^a Jesús (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis doctoral. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili.

MONTES, M^a Jesús (2008). Cuerpos gestantes y orden social. Discursos y prácticas en el embarazo. *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades*, Vol. 17, N°1, pp. 25-29.

MONTES, M^a Jesús (2010). Mujeres, reproducción y género. Encuentros asistenciales en el embarazo y el parto, en ESTEBAN, Mari Luz, COMELLES, Josep M. y DÍEZ MINTEGUI, Carmen (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra, pp. 191-208.

MONTES, M^a Jesús (2012). La construcción médica de la asistencia al parto. Representaciones y prácticas en Cataluña. España. *Investigación y Educación en Enfermería*, Vol. 30, N°2, pp. 198-207.

MONTES, M^a Jesús, JIMÉNEZ-HERRERA, María F., CASTELLS-MONTES, Ana y MARTORELL-POVEDA, M^a Antonia (2013). Ser matrona a mediados del siglo XX.

El género como distribuidor de oportunidades y organizador de las emociones, en MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Ángel, MASANA, Lina y DiGIACOMO, Susan M., *Evidencias y narrativas en la atención sanitaria. Una perspectiva antropológica*. Tarragona/Porto Alegre: Publicaciones URV y Associação Brasileira da Rede Unida.

MONTÓN, Sandra (2000). Las mujeres y su espacio: una historia de los espacios sin espacio en la Historia. *Arqueología Espacial*, 22, *Revista del SAET*, pp. 45-59.

MOZO, M^a Luz y SÁNCHEZ, N. (2004). Estados hipertensivos del embarazo. *Matronas Profesión*, Vol. 5, N^o16, pp. 11-16.

MURIALDO, Virginia (2018). ¿Quién ostenta la soberanía de los cuerpos femeninos? Aportes desde la construcción social de los partos respetados a la Antropología Obstétrica. *IV Congreso Internacional de Antropología AIBR*, Granada, 4 al 7 de septiembre.

NACIONES UNIDAS (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: POPIN.

NIETO, T., CAÑETE, ML, VALERO, FJ, MELCHOR MARCOS, Juan Carlos (2007). La cesárea, en SEGO, *Fundamentos de Obstetricia*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, pp. 793-807.

NOGUEIRAS, Belén (2018). *La teoría feminista aplicada al ámbito de la salud de las mujeres: discursos y prácticas (España, 1975-2013)*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

NÚÑEZ, Patricia (2014). Experiencias en torno al dolor en el parto hospitalario: una aproximación antropológica. *Matronas Profesión*, 15(2), pp. 43-49.

OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA (2014). *Documento marco del Observatorio de la Violencia Obstétrica*. Accesible:

https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/documentomarco_o vo.pdf

OBSERVATORIO DE LA VIOLENCIA OBSTÉTRICA (2016). *Informe del Observatorio de la Violencia Obstétrica. Asociación El Parto es Nuestro. 25 de noviembre de 2016*. Accesible:

<https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informe2016.pdf>

OLZA, Ibone y LEBRERO, Enrique (2012). *¿Nacer por cesárea?* Santa Cruz de Tenerife: Ob Stare.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985). Tecnología apropiada para el parto, en Declaración de Fortaleza. *The Lancet*, 2, pp. 436-437.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Recomendaciones de la OMS para la conducción del trabajo de parto*. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015). *Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea*. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2018). *Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva. Transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar*. Ginebra: OMS.

ORTEGA, E. Macarena, RUIZ, A., Garrido, A.E. y MARCHADOR, B. (2009). Evidencia científica en relación con el momento idóneo para pinzar el cordón umbilical. *Matronas Profesión*: 10(2), pp. 25-28.

ORTIZ, Teresa (1999). Las matronas y la transmisión de saberes científicos sobre el parto en la España del S. XIX. *Arenal, Revista de Historia de Mujeres*, Vol. 6, N°1, pp. 55-79.

ORTIZ, Teresa (2002). El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer, en RAMOS, Elvira (ed.), *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 29-42.

ORTIZ, Teresa (2007). La práctica sanitaria en la historia, ¿una cuestión femenina? *Eidon, Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud*, N°23, pp. 61-65.

OTEGUI, Rosario (2000). Factores socioculturales del dolor y el sufrimiento. En PERDIGUERO, Enrique y COMELLES, Josep María (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, pp. 227-248.

PETCHESKY, Rosalind (1987). Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction. *Feminist Studies*, Vol. 13, N°2, pp. 263-292.

PICOT, M^a Jesús (2004). Amenaza de parto pretérmino. *Matronas Profesión*, Vol. 5(17), pp. 30-36.

PODER JUDICIAL DEL ESTADO DE CHIAPAS (2009). Ley general de acceso a una vida libre de violencia para las mujeres. Chiapas: Periódico Oficial.

QUATTROCCHI, Patrizia (2014). “Riesgo” y “seguridad” durante el embarazo y el parto: desde la visión biomédica hacia la visión de las mujeres que optan por un parto domiciliario. *Periferias, fronteras y diálogos. Actas del XIII Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Tarragona, pp. 4444-4464.

QUATTROCCHI, Patrizia (2017). Violencia obstétrica. Los nuevos objetivos para la investigación, política y derechos humanos relacionados al parto y al nacimiento. *Obstetric Violence Research & Policies*, Boletín N°1, pp. 1-4.

QUATTROCCHI, Patrizia (2017-2018). Progress report on the project “Obstetric violence. The new goal for research, policies and human rights on childbirth”. Udine: Università degli Studi di Udine; Lanús: Instituto de Salud Colectiva; Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

RECIO, Adela y MÜLLER, Angela (2016). Nacer en horario laboral. Accesible: https://www.elparto nuestro.es/sites/default/files/public/Prensa/nacer_en_horario_laboral_informe_el_parto_es_nuestro.pdf

REGUEIRO, Purificación, BAJO, José Manuel y GRIMAU, María (2007). Analgoanestesia obstétrica, en SEGO. *Fundamentos de obstetricia*. Madrid: Grupo ENE Publicidad, pp. 395-400.

RENGEL, Cristóbal (2011). La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas. *Matronas Profesión*, 12(3), pp. 82-89.

RICH, Adrienne (1996). *Nacemos de mujer: la maternidad como experiencia e institución*. Madrid: Cátedra.

RICOY-OLARIAGA, Jesusa (2014). *Madre, el último tabú. Reflexiones sobre violencia obstétrica*. E-book: edición propia.

RICOY-OLARIAGA, Jesusa (2018). *Mujeres de película, partos de ciencia ficción*. Cáceres: Ediciones Liliputienses.

RODRIGÁÑEZ, Casilda (2007). *Pariremos con placer. Apuntes sobre la recuperación del útero espástico y la energía sexual femenina*. Murcia: Ediciones Crimentales.

RODRÍGUEZ, Rafael (2016). Internet como oportunidad y problema en los movimientos sociales contemporáneos. *Revista Teknokultura*, Vol. 13(1), pp. 289-307.

ROHLFS, Izabella (2010). El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública, en ESTEBAN, Mari Luz, COMELLES, Josep M. y DÍEZ MINTEGUI, Carmen (eds.). *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellaterra, pp. 33-47.

ROSENBERG, Karen R. (1992). The evolution of modern human childbirth. *Yearbook of Physical Anthropology*, Vol. 35, pp. 89-124.

RUBIN, Gayle (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*. Vol. III, N°30, pp. 95-145.

RUBIO-ROMERO, Jorge A. (2018). La episiotomía en mujeres nulíparas: ¿un hábito difícil de dejar? *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69(2), pp. 85-87.

RUIZ-BERDÚN, Lola y OLZA, Ibone (2016). The past and the present of obstetric violence in Spain, en *VI Jornadas Internacionais de História da Psiquiatria e Saúde Mental*, pp. 97-104.

RUIZ-BERDÚN, Lola y GOMIS, Alberto (2016). *Compromiso social y género: la historia de las matronas en España en la segunda república, la guerra civil y la autarquía (1931-1955)*. Madrid: Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Henares.

SADLER, Michelle (2004). Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto hospitalario, en SADLER, Michelle, ACUÑA, María y OBACH, Alexandra (2004), *Nacer, educar, sanar; Miradas desde la Antropología del género*. Santiago de Chile: Colección Género, Cultura y Sociedad, Cátedra UNESCO Género, pp. 15-66.

SADLER, Michelle y RIVERA, Magdalena (2015). El temor al parto: Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*, N°6, pp. 60-72.

- SADLER, Michelle et al. (2016). Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters*, 24:24, pp. 47-55.
- SADLER, Michelle (2018). Razones no médicas en la atención al nacimiento. Conferencia del 9 de abril de 2018 en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Alcalá.
- SAZ, Pablo, TEJERO, M^a Carmen y ORTIZ, María (2008). Asistencia al parto en casa. *Medicina Naturista*: Vol. 2, N^o1, pp. 13-32.
- SEGAL, Shira (2007). The masculinization project of hospital birth practices and Hollywood comedies. *eSharp*, issue 9, Gender: Power and authority.
- SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA (2004). *Ley nacional N^o 25.929 de parto respetado*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA (2009). *Ley nacional N^o 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA (2015). *Decreto 2035/2015*. Buenos Aires: Presidencia de la Nación.
- ŠIMONOVIC, Dubravka (2019). *Enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en la atención al parto y la violencia obstétrica*. Nueva York: Naciones Unidas.
- SUÁREZ, Patricia (2014), El arte de parrear: parteras y parturientas a lo largo de la Edad Moderna, en GARCÍA, Sonia, MEDINA, Silvia y SUÁREZ, Carmen (eds.), *Nacimientos bajo control. El parto en las edades Moderna y Contemporánea*. Gijón: Ediciones Trea, pp. 39-49.
- TABOADA, Leonor (1978). *Cuaderno feminista. Introducción al Self-help*. Barcelona: Fontanella.
- VAN HOLLEN, Cecilia (1994). Perspectives on the anthropology of birth. *Culture, Medicine and Psychiatry*, N^o18, pp. 501-512.

VELASCO, Honorio y DÍAZ DE RADA, Ángel (1997). *La lógica de la investigación etnográfica. Un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Madrid: Trotta.

VILLARMEA, Stella, OLZA, Ibone y RECIO, Adela (2015). El Parto es Nuestro: el impacto de una asociación de usuarias en la reforma del sistema obstétrico en España. *Dilemata*, N°18, pp. 157-183.

WHITE RIBBON ALLIANCE (2011). Promoviendo un cuidado materno respetuoso: los derechos universales de las mujeres en edad reproductiva. Accesible:

<https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2018/01/RMC-Charter-Spanish.pdf>

WORTH, Jennifer (2002). *Call the midwife: A true story if the East End in the 1950s*. Londres: Merton Books.

ANEXOS

ANEXO I

Guion de entrevista preparto a mujeres embarazadas y acompañantes, en su caso:

Pseudónimo:

Profesión:

Motivación:

Fecha:

Lugar:

Duración:

Estructura de la entrevista:

1. Información experiencial de la informante
 - Variables sociodemográficas: edad, origen, estudios y profesión.
 - Dónde ha trabajado anteriormente y dónde trabaja ahora.
 - Motivaciones para dedicarse a su profesión.
 - Pareja: profesión, posición ante el EPP.

2. Embarazo
 - ¿Es un embarazo deseado/planificado?
 - De ser así, cuándo y cómo decidieron tener un hijo.
 - ¿Cómo ha vivido su embarazo hasta ahora?
 - ¿Cómo ha sido el seguimiento médico del embarazo?
 - Familiares y amigos: cómo influyen.
 - ¿Ha acudido a clases de preparación al parto?

3. EPEN/Génesis
 - Cómo conoció EPEN/Génesis.
 - Por qué decidió acudir a la reunión/curso.
 - Qué aspectos valora más de su experiencia en EPEN/Génesis.
 - ¿Existe algún aspecto negativo en relación a EPEN/Génesis?
 - En qué le ha ayudado más acudir a EPEN/Génesis.

4. Parto
 - Lugar donde tiene pensado dar a luz.
 - Expectativas suyas: quién la acompañará, tipo de analgesia si la requiere, si ha elaborado un plan de parto o no...etc.
 - Expectativas sobre su/s acompañante/s.
 - Expectativas sobre el personal sanitario.

5. Puerperio¹⁰⁸
 - Qué expectativas tiene del puerperio a nivel general.

¹⁰⁸En la entrevista posparto se valorarán aspectos más específicos sobre este apartado.

ANEXO II

Guion de entrevista posparto a madres primerizas y acompañantes, en su caso:

Pseudónimo:

Profesión:

Motivación:

Fecha:

Lugar:

Duración:

Estructura de la entrevista:

1. Plan de parto
 - Si finalmente realizó y envió plan de parto.
 - Qué aspectos del plan de parto destaca como importantes.
 - Respuesta del hospital/clínica al envío del plan de parto.
2. Relato del parto
 - Qué hospital seleccionó finalmente.
 - Motivaciones para decidirse por ese hospital.
 - Desencadenamiento del parto: espontáneo o inducción.
 - Mecanismo seleccionado para el manejo del dolor.
 - Intervenciones:
 - o Maniobra de Hamilton
 - o Administración de oxitocina sintética
 - o Postura en litotomía
 - o Maniobra de Kristeller
 - o Episiotomía
 - o Cesárea
 - Papel del acompañante.
 - Valoración general de la atención sanitaria del hospital.
3. Respecto a EPEN/Génesis
 - Relación entre el transcurso del parto y los aspectos aprendidos en EPEN/Génesis.
 - En qué ayudó su asistencia a las reuniones/el curso.
4. Descripción de la experiencia en relación al objeto de estudio
 - ¿Fue un parto respetado?
 - ¿Tuvieron en cuenta sus decisiones?
 - ¿Se solicitó consentimiento informado para la realización de determinadas prácticas?
 - Postura frente a un posible segundo parto.

ANEXO III

Guion de entrevista a matronas:

Pseudónimo:

Profesión:

Motivación:

Fecha:

Lugar:

Duración:

Estructura de la entrevista:

1. Información experiencial de la informante
 - Variables sociodemográficas: edad, origen, estudios y profesión.
 - Dónde ha trabajado anteriormente y dónde trabaja ahora.
 - Motivaciones para dedicarse a su profesión.

2. Parto y asistencia
 - Experiencias en atención hospitalaria al parto.
 - Motivaciones para asistir parto domiciliario.
 - Características y perspectivas del parto domiciliario.
 - Interpretación en torno a las categorías de violencia obstétrica y parto respetado.

3. Situación actual
 - Consideraciones en torno a la atención sanitaria actual al parto.
 - Qué aspectos han cambiado y están cambiando en la atención al parto.
 - Qué cuestiones priman en un cambio cultural en torno a la atención al parto.

ANEXO IV

Guion de entrevista a activistas:

Pseudónimo:

Profesión:

Motivación:

Fecha:

Lugar:

Duración:

Estructura de la entrevista:

1. Información experiencial de la informante
 - Variables sociodemográficas: edad, origen, estudios y profesión.
 - Dónde ha trabajado anteriormente y dónde trabaja ahora.
 - Motivaciones para dedicarse a su profesión.

2. Parto¹⁰⁹
 - Cómo preparó su parto.
 - Relato del parto.
 - Papel de los acompañantes.
 - Papel del personal que la asistió.

3. EPEN
 - Cómo conoció EPEN.
 - Cuándo se asoció y cómo decidió empezar a participar activamente.
 - Qué le ha aportado EPEN y qué supone para ella la asociación.
 - Qué aporta EPEN a la sociedad.
 - En qué le ha ayudado más acudir a EPEN.

4. Unidades de análisis a tener en cuenta
 - Parto respetado.
 - Violencia obstétrica.
 - Información, decisión.
 - Confianza en el cuerpo.
 - Subjetivación activa.
 - Miedo.
 - Empoderamiento.
 - Aspectos a modificar en la atención al parto.

¹⁰⁹ Como ser madres es una de las condiciones para dedicarse a la coordinación de un Grupo Local de EPEN, queremos entender la posible relación existente entre su experiencia de parto y su adhesión a la asociación.

ANEXO V

Guion de entrevistas a mujeres procedentes de conversación informal:

Pseudónimo:

Profesión:

Motivación:

Fecha:

Lugar:

Duración:

Estructura de la entrevista:

1. Información experiencial de la informante
 - Variables sociodemográficas: edad, origen, estudios y profesión.
 - Dónde ha trabajado anteriormente y dónde trabaja ahora.
 - Motivaciones para dedicarse a su profesión.
 - Pareja: profesión, posición ante el EPP.

2. Relato del parto
 - Si realizó algún tipo de preparación y cuál.
 - Si recurrió a la búsqueda de información y a la toma de decisiones.
 - Expectativas o perspectivas anteriores al parto.
 - Desencadenamiento del parto: espontáneo o inducción.
 - Mecanismo seleccionado para la gestión del dolor.
 - Intervenciones:
 - o Maniobra de Hamilton
 - o Administración de oxitocina sintética
 - o Postura en litotomía
 - o Maniobra de Kristeller
 - o Episiotomía
 - o Cesárea
 - Papel del acompañante.
 - Valoración general de la atención sanitaria del hospital.

5. Descripción de la experiencia en relación al objeto de estudio
 - ¿Fue un parto respetado?
 - ¿Tuvieron en cuenta sus decisiones?
 - ¿Se solicitó consentimiento informado para la realización de determinadas prácticas?
 - Postura frente a un posible segundo parto.

ANEXO VI

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL/A INFORMANTE

Estudio: Etnografía de los partos respetados en Madrid

Departamento: Antropología Social y Cultural

Doctoranda: Virginia Murialdo Miniello

Contacto: v.....@ucm.es

600 00 00 00



UNIVERSIDAD
COMPLUTENSE
MADRID

Yo, Virginia Murialdo Miniello, con DNI 5.....1D, estudiante del programa de Doctorado en Sociología y Antropología de la Universidad Complutense de Madrid, por la presente, dejo constancia de que los datos recogidos en la entrevista realizada a D./Dña. _____ en _____, y a fecha _____ serán tratados bajo el marco de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, mediante la que se garantiza que:

- La entrevista se hará con carácter anónimo, sin publicación de cualesquiera datos de carácter personal, para lo que se utilizará nombre en clave del/a informante.
- La grabación de la entrevista se realizará únicamente con fines de transcripción.
- Tanto la transcripción como la grabación serán destruidas al fin de la investigación.

Y para que así conste, firmo la presente a fecha _____.

La investigadora.

El/la informante.

